UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DEL SEXO, NIVEL SOCIOECONÓMICO, SÍNTOMAS FÍSICOS, ESTILO DE VIDA, SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y FIGURA CORPORAL SOBRE EL INDICE DE MASA CORPORAL EN ESTUDIANTES UNIVERSTARIOS

Autores:

Daniela CORAO

Andreina DUARTE

Profesora Guía:

Yolanda CAÑOTO

Caracas, Junio 2011

A nuestras familias que nos acompañan en cuerpo y alma...

Por apoyarnos y aceptarnos en todo momento

Es una alegría compartir este logro con ustedes.

AGRADECIMIENTOS

A Johan mi hermano del alma porque siempre creyó en mi aunque yo no lo hiciera. Este logro también es tuyo…

A mis abuelos por siempre estar ahí cuando los necesito, porque desde el amor me han cuidado siempre y se preocuparon por darme la educación que necesito para seguir formándome como persona.

A mis papás quienes que me han amado y aceptado incondicionalmente. Papi gracias por todos esos momentos compartidos y ánimos cuando los he necesitado y mami gracias por enseñarme a valorar las cosas que tengo y a trabajar duro por la cosas que quiero tener…

A mis tíos Jessica y Víctor, por ser los mejores Role Model que he tenido y porque siempre me han apoyado en las buenas, malas y peores… ¡Gracias Jessi por enseñarme de psicología y de tantas cosas!

A Dani mi mejor amiga y compañera de tesis que amo profundamente por todos los momentos incontables que hemos vivido juntas, por tantas risas y lágrimas compartidas. Porque me enseñó que a pesar de grandes diferencias hemos encontrado un espacio grato de verdadera amistad. ¡Gracias Chiama!

A nuestra tutora Cañoto por confiar en nosotras, tenernos paciencia y ayudarnos ha realizar este trabajón!

A la profe Angelucci que siempre atendió nuestras dudas con mucho cariño.

Al profe Peña quien con su particular método de enseñanza me transmitió su amor por la psicología y me retó intelectualmente como nadie. Gracias!

Andreína Duarte.

A mi familia por ser mis compañeros incondicionales en esta primera gran meta y durante todo el recorrido. Su apoyo y orientación constantes fueron mi transporte

¡! Los amo ¡!

A la brisa y LUZ de mi hogar ☺

Al Rugby por darme la fortaleza y la disciplina cuando más lo necesité.

A la profe Cañoto, por recibirnos y mantenerse con nosotras. La guía fue vital y la confianza nos mantuvo juntas trabajando.

A la profe Angelucci porque sin su gran corazón no hubiésemos podido tener los datos tan rápido.

Al profe Peña, por aparecer en mi camino en los momentos más importantes, muy oportuno.

A los padrinos Corredor y Yaber, particulares como la promo.

A mi compañera "de tesis" y de vida….ANdreina… por estar, por no estar, por llorar, por reír, por rumbear y estudiar, por dormir y despertar siendo amigas… te kiero ami

A los amores y desamores, simplemente por AMOR

A mi hermana, mi amor mas Rande

Nam miojo rengue kyo

**DANIELA CORAO

INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS iii
ÌNDICE DE CONTENIDO v
ÌNDICE DE TABLAS vi
ÌNDICE DE FIGURAS vii
RESUMEN vii
I. INTRODUCCIÓN 8
II. MARCO TEÓRICO 12
III. MÉTODO 63
Problema 63
Hipótesis 63
Definición de variables 63
Variables endógena 63
Variables exógenas 66
Tipo y diseño de investigación 66
Población y muestra 68
Instrumentos
1. Hoja de datos de identificación 68
2. Escala de salud física percibida 69
3. Cuestionario de Salud General 70
4. Escala estilo de vida saludable 72
5. Peso y estatura 75
6. Cuestionario de Figura Corporal 75
Procedimiento 77
Análisis de datos 78
Consideraciones éticas 80
IV. ANÁLISIS DE DATOS 81
V. DISCUSIÓN 111
VI. CONCLUSIONES 124
VII. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES 126
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 128
IX. ANEXOS 138

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. *Correlaciones Escala-ítem* 84

Tabla 2. *Correlaciones Escala-ítem* 86

Tabla 3. *Correlaciones Item-escala* 91

Tabla 4. *Matriz de Componentes Rotados* 92

Tabla 5. *Correlaciones Item-escala* 100

Tabla 6. *Matriz de Componentes Rotados del Inventario de Figura Corporal* 101

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Rutas propuesto. 63

Figura 2 .Distribución del NSE en la muestra. 81

Figura 3. Distribución de los sujetos de la muestra de acuerdo al IMC. 83

Figura 4. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 1 de la variable síntomas psicológicos. 88

Figura 5. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 2 de la variable síntomas psicológicos. 89

Figura 6. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 3 de la variable síntomas psicológicos. 90

Figura 7. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 1 de alimentación de la variable estilo de vida. 95

Figura 8. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 2 de ejercicio físico de la variable estilo de vida. 96

Figura 9. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 3 sueño de la variable estilo de vida. 97

Figura 10. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 4 (uso de drogas) de la variable estilo de vida. . 98

Figura 11. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 5 sobre el chequeo médico de la variable estilo de vida. 99

Figura 12. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 1 de la variable Figura Corporal. 103

Figura 13. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 2 de la variable Figura Corporal. 104

Figura 14. Modelo de Rutas resultante. 110

RESUMEN

La obesidad es una pandemia actual cuyo estudio como tema prioritario de salud pública se justifica por ser un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la nutrición, algunas de las cuales son causas importantes de muerte como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Hoy en día es preciso tener en cuenta los factores que influyen sobre la obesidad y es necesario también ubicarla dentro de un contexto determinado para realizar intervenciones realistas y eficaces.

En la presente investigación se estudió la influencia del sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida, figura corporal, síntomas físicos y síntomas psicológicos sobre el IMC y como se relacionaron estas variables entre sí en estudiantes universitarios. La muestra estuvo constituida por 312 estudiantes universitarios entre 17 y 30 años (Xedad= 19,9 años) quienes fueron separados según su IMC (por debajo del peso, peso normal y sobrepeso), a los mismo se les aplicaron los siguientes instrumentos: (a) hoja con datos de identificación y datos sociodemográficos, (b) escala de salud física percibida, (c) cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), (d) escala de Estilo de Vida, y (e) cuestionario de la Figura corporal.

A partir de la revisión de la literatura de las variables antes mencionadas, se prodeció a diagrama de ruta con la finalidad de contrastar las hipótesis acerca de las variables postuladas en el modelo. Esto fue llevado a cabo a través de distintos análisis de regresión múltiple (con un nivel de significancia de 0,05), obteniéndose como resultados: (a) ninguna de las variables consideradas en el estudio puedo explicar el IMC de los estudiantes universitarios, (b) los sujetos con una peor percepción y malestar con su figura corporal, que no se hagan chequeo médico frecuente y de NSE bajo que además sean hombres, tendrán un mayor IMC, (c) las personas con hábitos poco saludables de sueño y con uso de drogas, que además sean mujeres, reportarán más síntomas físicos, (d) las mujeres con malos hábitos de sueño y que usen drogas será más probable que presenten más síntomas de ansiedad, (e) las personas con malestar hacia su cuerpo y hábitos de sueño poco saludables tenderán a presentar más síntomas depresivos, (f) el malestar con la figura corporal con hábitos poco saludables de sueño y el no realizar

chequeos médicos llevarán a falta de bienestar psicológico en las personas, (g) las mujeres tienen un estilo de vida más saludables que los hombres en cuanto a las conductas de alimentación, (h) los hombres realizan más actividades físicas que las mujeres, (i) presencia de hábitos más saludables para dormir en los hombres que en las mujeres, (j) las mujeres con mayor NSE tenderán a acudir más frecuentemente al médico que hombres de NSE bajos, (k) las mujeres las que presentaron mayor insatisfacción con la figura corporal.

Todos estos datos resultan de gran importancia para conocer qué factores influyen en el IMC de los estudiantes universitarios ya que al tener en cuenta el período de vida en el que se encuentran, el estilo de vida que llevan y la presión generada por la sociedad para verse delgados se constituyen como factores importantes que pueden influir sobre su salud tanto física como psicológica. Estos resultados pueden ser de gran utilidad población en general así como psicólogos a profesionales de la salud y otros profesionales de la salud que aborden en su trabajo profesional a población obesa.

I. INTRODUCCION

La salud es un tema de gran interés social pues afecta directamente las condiciones y el nivel de vida de toda la población; específicamente, en los últimos años, se ha evidenciado un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades físicas que podrían estar relacionadas con factores psicosociales. De esta manera, los investigadores se han centrado en el estudio de los factores que afectan la salud, para poder identificarlos y posteriormente puedan ser prevenidos o intervenidos con el fin de promover el bienestar físico y psicológico de los individuos. (Taylor, 1999; cp. Araujo y Moreno, 2006).

Este nuevo impulso dio origen al estudio de la salud a partir de un abordaje interdisciplinario, que toma en cuenta e integra armónicamente las dimensiones biológica, psicológica y social. Dentro de las diferentes disciplinas, en la psicología, después de pasar por distintos modelos, surge oficialmente en 1978 la “psicología de la salud” con el objetivo de ocuparse de los factores psicológicos presentes en los fenómenos del continuo salud-enfermedad, además propone un modelo de salud denominado *biopsicosocial*, en el que los problemas médicos presentan una etiología multifactorial por lo que se hace necesario la búsqueda de soluciones interdisciplinares; y en el que se hace hincapié en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Calero y Cols., 1997; cp. Nuñez y Socorro, 2005).

Uno de los problemas médicos que ha tomado relevancia actualmente es la obesidad, debido a las consecuencias negativas que puede acarrear a la salud tanto física como psicológica. La obesidad y el sobrepeso según la Organización Mundial de la Salud (OMS., 2006) se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m2) y representa una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC; el IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como: Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), la diabetes, las enfermedades del aparato locomotor y en particular la artrosis y algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon. (OMS, 2006)

Además de la obesidad, el estudio del estilo de vida de las personas se hace relevante debido a que hoy en día, los individuos llevan a cabo conductas tales como ejercicio físico, una buena alimentación, la restricción del consumo de sustancias nocivas y adecuados hábitos de sueño, chequeo médico y autocuidado, con el fin de ser o parecer más saludables; por lo cual el hecho de estudiar estos tópicos dentro de la psicología de la salud es relevante (Ramírez-Hoffmann, 2002).

Debido a esto y al hecho de que las personas se han hecho cada vez más conscientes de lo que comen, la manera en como luce el cuerpo y cómo se siente con respecto a éste, una de las variables a investigar en este estudio es la figura corporal. (Lopes, 2008). De la misma forma, el estigma de la obesidad trae consigo dificultades durante la adolescencia, que es un periodo de elevado riesgo a presentar ambivalencia respecto a la figura corporal. Esto se debe principalmente a que los adolescentes con sobrepeso u obesidad se perciben así mismos como diferentes, y escuchan comentarios negativos e incluso ofensivos de sus pares, este tipo de comentarios y tratos diferenciales pueden llevar a los adolescentes obesos a desarrollar problemas psicológicos como consecuencia de la discriminación y el deterioro de la automagen (Cruz, 1983; cp. Lopes, 2008).

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física; basados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios. Este

desbalance entre la energía que ingresa y lo que se gasta genera un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo (Silvestri y Stavile, 2005).

Aún hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios. Pero esta es una mirada estrecha y reduccionista, La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables.

Es conocido que la obesidad se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales diferentes de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado la herencia genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales.

Por tanto, el presente estudio se propone evaluar, a través de un modelo de ruta, la influencia del estilo de vida, síntomas psicológicos, figura corporal y síntomas físicos sobre el índice de masa corporal de estudiantes universitarios (entre 17 y 30 años), tomando en cuenta variables sociodemográficas (sexo y nivel socioeconómico), además, se evaluará también la influencia que tienen entre sí el conjunto de variables sobre el IMC.

La presente investigación, además de tener relevancia teórica cuenta con relevancia práctica, ya que los resultados podrían permitir establecer lineamientos para programas de intervención educativos y preventivos, para promover el bienestar general de los individuos.

II. MARCO TEORICO

La American Psychological Association (APA) en 1978, estableció la división 38 denominada Psicología de la salud en respuesta a la cantidad de desarrollos en el campo de salud y enfermedad; como por ejemplo la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual, entre otros (Ribes, 2008). En vista de este crecimiento, Matarazzo (1980), ofrece una descripción inicial de este campo emergente de la psicología:

> Psicología de la salud es el agregado de la educación específica, científica, y contribución profesional de la disciplina psicológica hacia la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados con salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas. (Matarazzo, 1980).

Actualmente, la división 38 de la APA, la Psicología de la Salud, tiene como foco, el contribuir con avances de la disciplina psicológica a través de la comprensión de la salud y la enfermedad con investigaciones básicas y clínicas; fomentando la integración de la información biomédica con el conocimiento psicológico actual. Así mismo, se enfoca en la promoción de la educación y servicios en psicología de la salud y la enfermedad. Finalmente, se centra en informar a la comunidad psicológica y biomédica, al igual que al público en general, de los resultados de investigaciones actuales y actividades de servicio en esta área (Health Psychology Web Site, 2010).

Esta división se estableció para facilitar la colaboración de los psicólogos y otros profesionales de la salud interesados en la psicología y el aspecto comportamental de la salud física y mental, con lo cual, ésta apoya la educación, ciencia, y contribución profesional de psicólogos para: (a) entender la etiología, promoción y mantenimiento de salud en prevención, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación de enfermedades físicas y mentales, (b) estudio psicológico, social, y factores comportamentales en enfermedades físicas y mentales, (c) contribuir al crecimiento del sistema de cuidado de la salud, y (d) formular una política de salud (Health Psychology Web Site, 2010).

Por su parte Oblitas (2007) define la Psicología de la Salud como:

> La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. (p. 2)

En la misma línea de ideas, Ribes (2008), se refiere a la salud en el ámbito biomédico, es decir, en términos de la enfermedad y en el ámbito sociocultural, el cual hace referencia al bienestar. En este sentido, se han realizado esfuerzos por enmarcar la dimensión psicológica que le es pertinente a la salud. De allí se desprenden dos modelos generales que cubren dimensiones distintas, la medicobiológica y la sociocultural, así como diversas concepciones implícitas acerca de los propios factores psicológicos (Ribes, 2008).

El modelo médico-biológico de la salud la describe como carencia de enfermedad; mientras que el modelo sociocultural ha subrayado la correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida (Ribes, 2008). Este último, según el autor, le otorga un nivel de generalidad e imagen ambigua a la salud, en vista de que alude a condiciones socioculturales responsables de alteraciones de la salud biológica. Estas condiciones serían, las características de agua potable, alimentos, drenajes y otros medios elementales de subsistencia, considerando también la disponibilidad de factores vinculados a la riqueza y abundancia, excesos o deformación de la dieta, el estrés urbano, la disponibilidad de fármacos, la preparación artificial de los alimentos, la contaminación industrial de los alimentos, etc.

Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas (Alarcón, 2004). Entonces, el análisis psicológico a parte de un complemento de lo biológico, es la comprensión del estado salud-enfermedad de una biología particular de un individuo como entidad ubicada en un entorno (Ribes, 2008). Ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Alarcón, 2004).

Esta variabilidad de modelos puede intersectarse en un eje vinculador, el cual es representado por el comportamiento, entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales (Ribes, 2008). Morales (1999) destaca la dimensión psicológica de la salud en el desarrollo de una nueva perspectiva en cuanto al abordaje del continuo salud-enfermedad. La psicología de la salud es la implicación de la actuación de un individuo en la prevención, curación y rehabilitación o inicio de una enfermedad (Ribes, 2008).

En este sentido, Oblitas (2008) indica que el papel de los psicólogos de la salud, está en el diseño de instrumentos para medir las conductas de riesgo para la salud, en la creación de programas de prevención y promoción de la salud y en el desarrollo de estrategias de intervención para el manejo de los aspectos psicológicos de la enfermedad. De la misma manera, plantea como principales áreas de aplicación de la psicología de la salud, las siguientes: el cáncer, dolor crónico, trastornos cardiovasculares, obesidad o sobrepeso, trastornos del sueño, asma bronquial, VIH SIDA, diabetes, fibromialgia, síndrome del intestino irritable.

Alarcón (2004) se refiere a la psicología de la salud haciendo énfasis en los cambios sociales que se han llevado a cabo con el crecimiento poblacional y desarrollo humano: la psicología de la salud constituye, el reconocimiento de que el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales. Este autor, destaca a su vez el papel que juegan factores

como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de la variabilidad del proceso salud-enfermedad, que es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos.

Este planteamiento concuerda con los patrones actuales de morbilidad y mortalidad, que difieren considerablemente de los de comienzo del siglo XX. En 1900, la neumonía, la gripe y la tuberculosis eran tres de las cuatro principales causas de muerte. Sin embargo, en 1988 las tres principales causas de muerte fueron la enfermedad coronaria, los ataques fulminantes y el cáncer, dolencias que se deben en parte a la conducta y estilo de vida del sujeto. Por ejemplo, a principios de 1990, aproximadamente el 38% de las muertes eran debidas a la enfermedad coronaria y el 7% a los ataques, esto es, el 45% de las muertes eran debidas a enfermedades cardiovasculares. El cáncer daba cuenta del 22,5% de todas las muertes y los accidentes, del 4,5%, o lo que es lo mismo, más del 70% de todas las muertes son consecuencia de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y el SIDA, enfermedades estrechamente vinculadas a las conductas y estilos de vida de los individuos (Oblitas, 2008).

Los hombres en Estados Unidos en promedio mueren seis años más jóvenes que las mujeres (OMS, 2006) Aunque las tasas de mortalidad por lesiones no intencionales, los suicidios y los homicidios son 2,4 a 4,3 veces mayor entre los hombres que en mujeres (OMS, 2006), las muertes violentas por sí solas no explican la disparidad de género. Los hombres y los niños tienen mayores tasas de mortalidad que las mujeres y las niñas en cada grupo de edad (OMS, 2006) Ajustada por la edad, la tasa de mortalidad de los hombres debida a enfermedades del corazón por ejemplo es casi dos veces más alta que la tasa de mortalidad de las mujeres. (OMS, 2006) y uno de cada dos hombres, en comparación con una de cada tres mujeres desarrollará cáncer en su vida (American Cancer Society, Inc., 2009).

La tasa de incidencia de siete de las diez enfermedades infecciosas más comunes son más altas entre los hombres en Estados Unidos que entre las mujeres (OMS, 2006). Los hombres son también más propensos que las

mujeres a sufrir graves enfermedades crónicas y enfermedades mortales y además lo sufren a edades más tempranas (Verbrugge y Wingard, 1987) Por ejemplo, casi tres de cada cuatro personas menores de 65 años, que mueren de ataques al corazón son hombres (OMS,2006).

De la misma manera en Venezuela, en el Anuario de Mortalidad en el 2007 (Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), 2009) se reporta como la principal causa de muerte las enfermedades del corazón en un 20,18%, en segundo lugar, el cáncer con una prevalencia de 15,17%, el tercer lugar lo ocupan los accidentes (8,25%). En el cuarto lugar se ubican los suicidios y homicidios (8,17%) y el quinto lugar lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares (7,64%). La diabetes está en el sexto lugar con un 6,17%, seguido por las enfermedades respiratorias y las enfermedades del hígado en el séptimo lugar (2,19%).

Conociendo que la principal causa de muerte en Venezuela se debe a enfermedades cardiovasculares y que la condición de obesidad coloca a las personas que la padecen bajo una condición de vulnerabilidad que aumenta notablemente el riesgo de sufrir enfermedades del corazón, es evidente que se deben estudiar las conductas de riesgo que pueden llevar a problemas de salud relacionados con el sobrepeso.

Buescher, Whitmire, y Plescia, (2008) realizaron un estudio que tenía como objetivo analizar los patrones de gastos por atención médica y por el uso de servicios médicos en una muestra de adolescentes de Carolina del Norte. Para este fin, los autores compararon los registros de salud pública de Carolina del Norte (incluyen: medición clínica de la altura y el peso, con los registros de inscripción en Medicaid de Carolina del Norte durante el año 2004 de adolescentes de 12 a 18 años). En cuanto al análisis estadístico, se llevó a cabo un análisis estratificado según el índice de masa corporal, tabulando los reembolsos del seguro médico realizados a estos 3528 adolescentes en el año 2004; el gasto total por sexo y raza, los costos hospitalarios, los costos por honorarios médicos y los costos por medicamentos recetados. Encontraron que, los adolescentes con sobrepeso y con riesgo de sobrepeso tenían, en

promedio, gastos más altos de ayuda médica que los adolescentes con un peso normal. Los autores concluyen que el sobrepeso implica más gastos monetarios para los obesos desdela adolescencia (Buescher, Whitmire, y Plescia, 2008).

La obesidad trae como resultado enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, cáncer, hipertensión arterial, anormalidades endocrinas, infertilidad, irregularidades menstruales, derrames cerebrales, incontinencia urinaria, y complicaciones obstétricas y ginecológicas (Braguisnky, 2005; Martinez, Moreno, Marques y Martí, 2004; Pinel, Asanhand y Lehman, 2000; Spence-Jones, 2003; Pacheco, Serrano y Echegaray, 2007). Así mismo, esta enfermedad trae como consecuencia una esperanza de vida menor (Pacheco, Serrano y Echegaray, 2007).

A parte de las consecuencias fisiológicas, es importante señalar que la obesidad tiene efectos psicológicos, económicos y sociales importantes, como: enfermedades mentales, acceso diferenciado a los servicios disponibles y estigma social (Field, Barnoya, y Colditz, 2002; Ranero, 2000; Stunkard y Wadden, 1992; Moreau, Kalaboka, Choquet, y Annesi-Maesano, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define la obesidad y el sobrepeso como:

> una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m2)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. Esta representa la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos. (OMS, 2006)

La OMS establece puntos de corte para el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21 (OMS, 2006). Las principales ventajas de la medida a partir del IMC son que: es práctico, objetivo, es consistente con la valoración del adulto y es biológicamente medible (Reilly, Wilson, Summerbell, Wilson, 2002, c.p. Ureña, 2008). El IMC de referencia cambia con la edad y es diferente entre niños y niñas; por lo que es necesario utilizar como referencia valores tanto por sexo como por edad (Ureña, 2008).

Ya que la obesidad es el aumento en la acumulación de tejido adiposo, cuando ésta acumulación es muy elevada, el diagnóstico es fácil, y comúnmente se le llama obesidad mórbida (Ureña, 2008). Por otra parte, tomando en cuenta más que la categoría precisa a partir del IMC Braguisnky (2003) define la obesidad como una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con comorbilidad múltiple, determinada por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Se ha reportado que el sobrepeso y la obesidad pueden deberse a una baja tasa metabólica, baja capacidad de adaptación ante incremento de consumo de calorías que no permite que se incremente el gasto metabólico o una tendencia a reducir el gasto calórico cuando se limita la ingesta de comida (Wooley, Wooley, y Dyrenforth, 1979). Esta enfermedad resulta de factores genéticos, como enzimas, hormonas, entre otros, y de factores sociales como lo son patrones de alimentación, estilos de vida, costumbres, etc (Braguisnky, 2005).

La identificación y el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso en la adolescencia, constituyen un aspecto importante de la atención preventiva y la salud pública, que afectan positivamente la salud física, social y emocional de este grupo etario, y que puede repercutir en la edad adulta. El exceso de peso

y grasa corporal en la adolescencia se ha asociado a un incremento de los niveles plasmáticos de insulina, dislipidemia, hipertensión arterial, factores asociados claramente con la morbilidad adulta debida a la obesidad; aceleración del crecimiento y maduración ósea, hiperandrogenismo ovárico, ginecomastia, colecistitis, pancreatitis y pseudotumor cerebral (Behrman, Kliegman, Jenson, 2001; Reilly, Wilson, Summerbell, Wilson, 2002, c.p. Ureña, 2008).

La obesidad es una enfermedad compleja, de dimensiones psicológicas y sociales que afectan a individuos de todas las edades y niveles socioeconómicos (Guzman y Lugli, 2009). Debido a la multiplicidad de sus consecuencias negativas, se puede considerar el tema de la obesidad como un problema de salud pública importante en la actualidad, que atañe a la psicología de la salud. En particular, el interés del presente trabajo de investigación se centra en los aspectos relacionados con la obesidad y su relación con la salud tanto física como psicológica.

A pesar de que el sobrepeso acarrea consigo enfermedades que acortan la esperanza de vida, la mayoría de las causas de mortalidad adolescente no son debido a enfermedades, de hecho las causas de mortalidad están relacionadas con factores sociales, ambientales y de comportamiento (Irwin, Millstein, 1986; cp. Neumark, Story, French y Resnick, 1997). Se sabe así mismo que, las principales causas de muerte tampoco son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables, lo que da cuenta de una nueva concepción de salud (Heman y Oblitas, 2005, c.p. Oblitas, 2008).

Retomando la perspectiva de Alarcón (2004), Oblitas (2008) y Ribes (2008), quienes plantean que, ciertas cuestiones del desarrollo económico y social, aunque han beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, también han impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la inequidad en

el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades.

En nuestros días, casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria en la salud y en la enfermedad. En la actualidad hay evidencia de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo (Ramirez-Hoffmann, 2002; Vinaccia y Orozco, 2005; Oblitas, 2008).

En esta misma línea de ideas, el comportamiento humano, que a través de los hábitos estables de la persona conforma un determinado estilo de vida, aparece como un factor de gran relevancia en la variabilidad de los demás factores que determinan el curso del proceso salud-enfermedad. Ya sea por la acción que el hombre realiza sobre el ambiente, por su acción sobre los servicios de salud, o por su acción sobre el propio organismo, el estilo de vida modifica todas las condiciones que favorecen o alejan a la persona de una salud óptima (Oblitas, 2008).

Dentro de este contexto, estilo de vida se define según Tercedor y Delgado (2000) como la forma que usualmente vivimos de manera cotidiana, en diversos ámbitos del campo vital; agregado a esto, lo saludable implica una serie de conductas que no influyen negativamente en la salud, acorde con cada cultura y su entorno.

Según Rivera, (2006) los estilos de vida influyen en el estado de salud de la población, por lo cual la educación integral representa un componente determinante en la salud, pues influye de forma directa en su calidad de vida y un componente de los estilos de vida, son los hábitos alimentarios. Abordar la alimentación con la obesidad significa avanzar en la educación integral de los futuros profesionales de la salud, aún más en el área de las Ciencias Médicas.

Dentro de los estilos de vida existen conductas que hacen a una persona más susceptible a la enfermedad, estas conductas se llaman *patógenos conductuales*. Por su parte, los *inmunógenos conductuales* son

aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad. Uno de los mejores ejemplos de inmunógenos conductuales nos lo proporciona un amplio estudio realizado en Estados Unidos, con una muestra de 7000 personas seguidas a lo largo de nueve años y medio donde se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud medidas a los cinco años y medio y a los nueve años y medio. Éstos inmunógenos conductuales eran 1) dormir de 7 a 8 horas; 2) desayunar casi todos los días; 3) tres comidas al día, sin picar entre ellas; 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) practicar ejercicio físico regularmente; 6) uso moderado del alcohol o no beberlo; y, 7) no fumar (Oblitas, 2007, c.p. Oblitas 2008; Pacheco, Serrano y Echegaray, 2007; Ribes, 2008). Estos comportamientos se relacionan estrechamente con la obesidad.

Que una persona lleve a cabo o no comportamientos protectores puede depender de motivaciones, percepciones del individuo acerca de las enfermedades o modelos sociales y no únicamente de los conocimientos que se tengan sobre las causas de la salud y la enfermedad. Además de que el que realice un comportamiento saludable no garantiza que se realicen otros, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden darse al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, según Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), existe una serie de repertorios de conducta que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad, tales como: el consumo de alcohol y de tabaco, el desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada de los servicios de salud, entre otros.

Según Roales (1998; cp. Oblitas, 2006) una de las aproximaciones al concepto de estilo de vida es la forma genérica, en la que se le conceptualiza como una moral saludable, que cae bajo la responsabilidad del individuo o

bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y administración pública, según el ámbito cultural. En ésta conceptualización podrían incluirse las definición de Singer (1982; cp. Oblitas, 2006) donde dice que: “El estilo de vida es una forma de vivir o la manera en que la gente se conduce con sus actividades día a día”. (p.25). Mientras que Ardell (1979; cp. Oblitas, 2006), aplicando el concepto a la salud, lo define como: “Aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud” (p.25).

La hipótesis de que el comportamiento poco saludable de los hombres es el factor más importante en el acortamiento de sus vidas se ha planteado desde 1970 (Harrison, 1978; Waldron, 1976). Una amplia investigación en el ámbito de la prevención de enfermedades que se llevó a cabo a mediados de 1980 ofrece pruebas que apoyan ésta hipótesis. Los estudios indican consistentemente que las mujeres son más propensas que los hombres a participar en una variedad de comportamientos que promueven la salud y de tener patrones de vida más saludables (Brener y Collins, 1998; Courtenay, 2000; Kandrack, Grant, y Segall, 1991) Ser una mujer puede, de hecho, ser el predictor más fuerte de prevención y fomento de la salud (Brown y McCreedy, 1986).

Los hombres, en cambio, son más propensos que las mujeres a participar en las conductas de riesgo (Courtenay, 2000). Hay pruebas sólidas de que realizar una menor cantidad de comportamientos que promueven la salud y una mayor asunción de riesgos entre los hombres, contribuyen a que tengan mayor riesgo de enfermedades crónicas graves, lesiones y la muerte. El consumo de sustancias, los hábitos dietéticos y la atención preventiva constituyen tres ámbitos en los que los que se han estudiado los comportamientos de asunción de riesgos, los cuales se han examinado bajo los efectos de género y etnia. El uso de tabaco, alcohol, esteroides anabólicos y otras drogas o sustancias, es significativamente mayor en hombres que en mujeres (Courtenay, 2000). El nivel socioeconómico ha sido un importante determinante del uso de drogas, pues el Índice de consumo se asocia con el poder adquisitivo. Así, el consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes se

correlaciona positivamente con la escolaridad del jefe de familia. El 53% de la producción de alcohol es consumido por 30% de la población con más ingresos (Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, y Tapia-Conyer, 2001).

En cuanto a los hábitos alimentarios, las dietas de los hombres en general, son menos saludables y nutritivas que las dietas de las mujeres (Courtenay, 2000). La dieta del hombre común es un importante contribuyente a la enfermedad cardíaca y el cáncer, las dos principales causas de muerte en los EE.UU. (Courtenay, 2000).

Los exámenes físicos, las evaluaciones periódicas y el auto-exámen son aspectos importantes de las conductas que promueven la salud y la detección precoz de la enfermedad, especialmente para los hombres, que ven a los médicos con menos frecuencia que las mujeres. Aunque tanto los hombres y los adolescentes tienen una mayor exposición al sol, son menos propensos que las mujeres y las niñas de usar protector solar y otras formas de protección solar (Courtenay, 2000).

De la misma manera, los jóvenes universitarios al igual que los hombres en general, se encuentran menos dispuestos que las mujeres de la universidad a pedir ayuda o apoyo en situaciones donde se necesita, incluyendo ayuda para enfermedades físicas. Los jóvenes universitarios son también más propensos que las mujeres universitarias a retrasar la búsqueda de ayuda psicológica (Prosser-Gelwick, y Garni, 1988).

Los estilos de vida que presentan estos repertorios de conductas en jóvenes universitarios y adolescentes han sido descritos en diversos estudios. (Ferrer, Cabrero, Ferrer, Cascales, y Martínez, 2001; Arroyo, Rocandio, Ansostegui, Pascual, Salces, y Ochoa, 2006; y Arrivillaga, Salazar y Correa 2003). En ellos se señalan datos que apuntan a un predominio de estilos de vida poco saludables dentro de esta población.

En una investigación que tenía como objetivo estudiar la calidad de vida y del estado de salud en una muestra representativa de los estudiantes de la Universidad de Alicante (España) Ferrer, Cabrero, Ferrer, Cascales, y Martínez, (2001), utilizaron un procedimiento muestral probabilístico aleatorio, con la finalidad de hacer generalizaciones de sus resultados a la población universitaria. La muestra estuvo constituida por 527 estudiantes, de los cuales 298 eran mujeres y 229 hombres, con una media de 22 años. Entre sus resultados se presentan algunos datos que caracterizan los estilos de vida de los jóvenes en esa institución. Entre ellos cabe destacar que el 68% de los estudiantes eran consumidores habituales de alcohol (la frecuencia es mayor en hombres que en mujeres); más del 8% consumían bebidas alcohólicas en exceso; un 38% admitió haber conducido habiendo abusado del alcohol o haber sido acompañante de un conductor que había bebido excesivamente y el 34% eran fumadores habituales.

Adicionalmente, se encontró que las mujeres fumadoras (40%) superaban a los hombres (27%). Casi la mitad de los estudiantes había consumido *cannabis* y aproximadamente el 10% la consumía regularmente. La cocaína, el éxtasis y los tranquilizantes eran las siguientes drogas más consumidas. Por otra parte, sólo el 37% de los estudiantes evaluados realizaba ejercicio físico adecuado a su edad. En general más de un tercio de la población consumía comida rápida con frecuencia. Respecto al comportamiento sexual, se señala que un 70% de los estudiantes había tenido alguna práctica coital y que la edad de inicio se ubicaba alrededor de los 18 años. El uso de preservativos en las prácticas sexuales con nuevas parejas era una práctica frecuente. Se destaca el dato de que solamente el 15% de las estudiantes realizaba exámenes ginecológicos con regularidad, y que un 59.3% no lo había hecho nunca. (Ferrer, Cabrero, Ferrer, Cascales, y Martínez, 2001).

Páez y Castaño, (2010) realizaron una investigación que tenía como objetivo explorar algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales (Colombia) para esto llevaron a cabo un estudio de corte transversal efectuado durante el

segundo semestre del 2008; con una muestra de 172 alumnos. La información se recolectó mediante un cuestionario auto aplicado. Entre sus resultados encontraron que la edad promedio era de 21,42 años, 85,4% eran solteros y 82% pertenecían al género femenino; 64,7%, provenían de Manizales y vivían en promedio con 3 personas. El 39,4% tenían una actividad diferente al estudio, la cual corresponde al trabajo y al deporte, en la misma proporción. Se identificó además un 65,1% de no fumadores, 26,9% no consumía alcohol, 34,6% presentaron problemas con el alcohol y un 21,1% presentaron dependencia del alcohol. Si bien el 65% manifestaron protegerse contra enfermedades de transmisión sexual y el 87,2% se protegía contra el embarazo, esta protección no se daba siempre. Resaltó además, un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa. Sólo el 13,6% de los estudiantes presentó una alimentación adecuada, se identificó un 28,7% con factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria; 65,2% de estudiantes presentó somnolencia ligera y 24,7% presentaron factor de riesgo positivo para impulsividad. 40% de la población presentó problemas de ansiedad y 7,7% con problemas de depresión; riesgo suicida de 14,8%. A partir de estos resultados Páez, y Castaño (2010), concluyeron que existen altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población de jóvenes universitarios.

Angelucci y Cañoto (2010), evaluaron los estilos de vida en estudiantes universitarios de la Universidad Católica Andrés Bello, para esto, utilizaron una muestra de 364 estudiantes de la escuela de psicología 86 estudiantes eran hombres y 278 mujeres, donde el rango de edad se ubicaba entre los 16 y 43 años con un promedio de 19,4 años. Entre sus resultados encontraron en la dimensión de actividad física que los estudiantes realizan con mayor frecuencia conductas no saludables como: hacer ejercicio sin supervisión, no realizar actividades físicas de recreación, no hacer ejercicios relajantes, no realizar ejercicios que ayuden al funcionamiento cardíaco, no hacer ejercicio en general y hacer ejercicios sin protección.

Otro estilo de vida donde los estudiantes reportaron ser poco saludables fue el chequeo médico, es decir, reportaban más a menudo no chequearse la

presión arterial, no ir al urólogo o ginecólogo, no se chequean el colesterol, triglicéridos y glicemia, ni van al odontólogo. Cabe destacar que, el sexo solo diferencia significativamente el puntaje de ésta variable, donde las mujeres presentan una conducta más saludable que los hombres.

Respecto a la dimensión de alimentación, la mayoría de los estudiantes consume alimentos salados, no limitan la ingesta de grasas, dulces y golosinas. No obstante también encontraron que consumen con menor frecuencia embutidos, comidas rápidas, carne, azúcar, ingredientes artificiales, productos ahumados y más de tres refrescos diarios. (Angelucci y Cañoto, 2010). Estos resultados demuestran que en cuanto a estilo de vida, los estudiantes suelen tener malos hábitos de alimentación los cuales a largo plazo afectarán negativamente su salud.

De la misma manera, los estudiantes reportan que se levantaban sin vitalidad, cansados y duermen menos de siete horas. En cuanto a las conductas preventivas Angelucci y Cañoto (2010) obtuvieron que la conducta menos realizada es la referida a la protección solar, luego la de señales de tránsito, señales de seguridad y uso del cinturón de seguridad; el resto de las conductas indican que sí realizan actividades recreativas solo y con su familia y amigos, y leen las instrucciones de los medicamentos.

Las mismas autoras, en la dimensión de drogas, observaron que la mayoría de los estudiantes no prohíben a otras personas que fumen en su presencia. No obstante la mayoría de los estudiantes reportaron que no manejan bajo el efecto del alcohol, saben cuando parar de beber, no toman licor más de dos veces a la semana y no fuman más de dos cigarrillos diarios, siendo ésta la dimensión más saludable. Angelucci y Cañoto (2010) concluyen a partir de estos resultados que existen pocos estilos de vida saludables al referirse a la actividad física, chequeo médico, consumo de comida nociva y sueño. Como se ha mencionado anteriormente, la actividad física y el consumo de comida nociva se relacionan estrechamente con la obesidad.

Ceballos, Gurrola y Medina, (2009) realizaron un estudio con el propósito de comparar el gasto energético medio y los niveles de actividad física entre los jóvenes de Monterrey, México y Zaragoza, España; considerando variables como género y momento de la semana (jornada escolar o fin de semana). Para esto, escogieron como muestra estudiantes adolescentes de 12 a 17 años, pertenecientes a las escuelas públicas y privadas de la ciudad de Monterrey (N= 396) y Zaragoza (N=394). Se utilizó el cuestionario Four by one-day physical activity questionnaire con una fiabilidad de .89, realizado con un test-retest por su adaptación de formato. Entre sus resultados encontraron que existe tanto en Zaragoza (46.7%) como en Monterrey (41.4%) un número importante de escolares con bajos niveles de actividad física. Casi la mitad de los escolares se han tipificado como inactivos y muy inactivos. El gasto energético fue muy similar 37.52 kcal/kg/día ± 2.12 para Zaragoza y 37.66 kcal/kg/día ± 2.95 para Monterrey, en las dos ciudades señaladas. En cuanto al género los hombres presentan mayores niveles de actividad física que las mujeres dato que coincide con la mayoría de los estudios (Domínguez-Berjón, Borrell, Nebot y Plasencia, 1998; Castillo, y Balaguer, 1998; Piéron, M., Telama, R., Almond, L. y Carreiro, F. 1999). Además en el estudio de Ceballos, Gurrola y Medina, (2009) Los escolares reportaron realizar mayor nivel de actividad física durante la jornada escolar que en los fines de semana.

Se han encontrado del mismo modo diferencias de género en cuanto a estilos de vida, específicamente para el chequeo médico. Franks, Gold, y Clancy (1996) realizaron una investigación que tenía como objetivo relacionar tres medidas de acceso a las medidas de atención y el riesgo de mortalidad. Utilizaron como fuente de datos una muestra nacional representativa tomada de la primera asamblea nacional de salud y nutrición que incluyó a los adultos entre 25 y 64 años de edad que no tenían seguros de salud financiados con fondos públicos y se siguió de forma prospectiva desde la primera entrevista en 1971 hasta 1975. De esta manera se obtuvo la información de 4.491 personas y se evaluaron las respuestas a tres preguntas: tener una fuente habitual de atención, obtención de un chequeo general frecuente y no obtener la atención necesaria. Los análisis fueron ajustados según la raza y la edad, la educación,

ingreso, residencia, situación laboral, la percepción de la salud, el tabaquismo, el ejercicio de ocio, el consumo de alcohol, y la obesidad. Según sus resultados el no obtener un chequeo general se asoció con mayor mortalidad en las mujeres (razón de riesgo = 1,64 [IC 95% = 1,16, 2,32]), pero no en los hombres (razón de riesgo = 1,07 [IC del 95% intervalo de confianza = 0,80, 1,42]). El reportar tener una fuente habitual de atención y el no obtener la atención necesaria no se relacionaron con la mortalidad posterior en hombres o mujeres. A partir de estos resultados Franks, Gold, y Clancy (1996) concluyeron que informar de un chequeo general es una medida de riesgo de salud relacionado con las mujeres solamente y que en investigaciones posteriores se deben abordar las diferencias de género en el uso de atención médica.

Como hemos visto, el estilo de vida puede afectar diferentes aspectos de la salud de las personas, resulta paradójico que, a pesar de su importancia, los indicadores relativos a la salud mental sean variables poco utilizadas para definir las condiciones generales de salud de la población (Salgado, Díaz, González, 2003). Esta situación se explica parcialmente si se toma en cuenta que la salud mental ha sido por mucho tiempo artificialmente escindida de la salud física, lo cual ha repercutido en la ausencia de información sistematizada sobre los padecimientos mentales de la población.

Los estudios destinados a identificar cuáles son las áreas de funcionamiento psicológico que se ven más afectadas en los obesos están resultando ser imprescindibles para planificar adecuadamente tratamientos que mejoren la calidad de vida de estos pacientes (Friedman y Brownell, 1995). La importancia que tienen las alteraciones psicopatológicas en la presentación del trastorno justifica su tratamiento especializado y su correcta atención permitirá un mejor seguimiento del tratamiento médico (Barris, Sibel, Bassas, Quiles y Tomás, 1999; cp. Lorence, 2008).

Las investigaciones psicológicas iniciales sobre obesidad se han centrado en la búsqueda de un perfil de personalidad específico y, en la suposición de que existe una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas en comparación con la población general. Autores como

Stunkard y Wadden (1992) no extraen en su estudio un tipo de personalidad peculiar que caracterice a los obesos mórbidos, y en su estudio de 1987, no distinguen mayores niveles de enfermedad psiquiátrica general que en el resto de la población. En conjunto, y a pesar de las discrepancias, existe un acuerdo clínico al decir que, la psicopatología más frecuente son alteraciones afectivas sin gravedad, patología ansiosa y trastornos de la personalidad (Delgado, Morales, Maruri, Rodríguez del Toro, Benavente y Nuñez, 2002).

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan. Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende abordar y tratar el sobrepeso (Silvestri y Stavile, 2005).

Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Lo cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento (Silvestri, Stavile, 2005).

El intento de los médicos y profesionales de la salud de evaluar objetivamente los niveles de salud mental, fue lo que motivó a David Goldberg a elaborar el *General Health Questionaire (GHQ)* que es un cuestionario elaborado en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general (Goldberg, 1978; cp. García, 1999). Según García, este cuestionario fue elaborado con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física (García, 1999).

Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Golberg (Goldberg, 1978; cp. García, 1999). García, (1999) afirma que el GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercibida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Este instrumento es el utilizado en la presente investigación, pero existen otras escalas desarrolladas para la medida del bienestar general.

González, Landero y Ruiz, (2008) evaluaron la capacidad predictora del estrés, el apoyo social y la autoestima respecto de la salud mental y física del individuo mediante ecuaciones estructurales, integrando modelos parciales que y para este fin utilizaron un diseño transversal. La muestra del estudio estuvo formada por 283 mujeres seleccionadas por conveniencia, con edades comprendidas entre 18 y 59 años. Utilizaron la escala PSS (Perceived Stress Scale, escala de estrés percibido) para evaluar el grado en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o está sobrecargada. También utilizaron el ISEL (Interpersonal Support Evaluation List–General Population) que es un cuestionario de evaluación del apoyo interpersonal del familiar o cuidador.

De la misma, se valieron del Inventario de autoestima de Coopersmith, versión para adultos. Y por último, utilizaron también el MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) que es un cuestionario abreviado de 36 ítems sobre la salud derivado del estudio de los resultados médicos, que exploran a su vez, ocho aspectos del estado de salud: función física, función social, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Estas ocho categorías se reagrupan teóricamente en dos dimensiones de segundo orden: salud mental y salud física (González, M., Landero, R., Ruiz, M., 2008). Según el modelo resultante de estos autores, existe un efecto de la salud física sobre la salud

mental (β = 0,52). Además, el coeficiente de la correlación entre ambas variables endógenas es 0,73.

En la actualidad, los estados emocionales del obeso y en general los síntomas psicológicos que presentan, tienden a verse como una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza (Silvestri y Stavile, 2005). Dentro de éstos aspectos sociales que marcan la vida de las personas obesas, se encuentra el estigma social, como el de desviaciones corpóreas que se refiere a la forma en que las personas se desvían de lo normal al poseer deformaciones o malformaciones físicas visibles o diferentes en la forma estructural de su cuerpo (Pacheco, Serrano y Echegaray, 2007). El impacto psicológico de esta estigmatización incluye ansiedad, depresión, disminución de autoestima y figura corporal negativa (Latner, Stunkard y Wilson, 2005).

En un trabajo de investigación distinto realizado por Cano, Miguel-Tobal, Iruarrizaga y González (1994), se defiende una concepción cognitiva, interactiva y multidimensional de la ansiedad, el estrés y las emociones, según la cual, la ansiedad se entiende como una emoción negativa o desagradable, caracterizada por malestar subjetivo, alta activación fisiológica, e inquietud motora; a su vez, la ansiedad está ligada a diferencias individuales en ciertas áreas situacionales, lo que ellos determinan como rasgos específicos, y surge porque el sujeto percibe que una determinada situación representa una amenaza para él (valoración de la situación), sin que pueda remediarlo por escasez de recursos (afrontamiento).

En algunas personas, determinadas conductas consumatorias tales como comer, beber bebidas alcohólicas, fumar, tomar tranquilizantes u otras sustancias, etc., pueden disminuir el malestar y reducir la activación fisiológica, producidos por la ansiedad. Sin embargo, estos consumos pueden hacerse cada vez más necesarios para aliviar los síntomas de ansiedad, o incluso para evitar el síndrome de abstinencia, un cuadro clínico con intensas respuestas de ansiedad. La posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpretaría

como una amenaza que produce más ansiedad afrontada mediante el consumo (Cano, Miguel-Tobal, Iruarrizaga y González, 1994),

Si bien en la mayor parte de las ocasiones las mujeres muestran más ansiedad que los varones en los autoinformes, en cambio en situaciones sociales la ansiedad de los varones se suele igualar con la de las mujeres. Además, Los trastornos de ansiedad suelen ser más frecuentes en mujeres que en varones, siendo la proporción de dos a uno, sin embargo, en el caso de fobia social se igualan ambos sexos, y en el caso de "fobia social más alcoholismo" dicha proporción se invierte, alcanzando una proporción de dos a uno favorable a los varones (Marks, 1991).

Como se puede observar el comer exceso o ser obeso se encuentra asociado a diversos síntomas psicológicos como ansiedad, disminución de autoestima y estigma social. En un estudio realizado por Latner, Stunkard y Wilson, (2005) que tenía como objetivo medir la estigmatización de la obesidad relativa a la estigmatización de distintas discapacidades en hombres y mujeres jóvenes, comparar las actitudes entre los grupos étnicos y además, comparar estos resultados con los aportados por estigmatización severa en niños. La muestra fue conformada por 348 estudiantes de la Universidad de Canterbury en Nueva Zelanda, con una media de edad de 20,6 años y con un IMC calculado para el momento de 23,3 kg/m2, 56% mujeres y 44% hombres.

Se les pidió a los participantes que estigmatizaran del 1 al 6 imágenes con distintas discapacidades, donde a mayor número mayor estigmatización. La imagen de la persona sana recibió la mejor valoración (hombres X= 2.08 y mujeres X=3,85) y la persona obesa recibió la segunda peor (hombres X= 4,34 y mujeres X=2,24), seguido de la persona sin mano izquierda (hombres X= 4,66 y mujeres X=4,42). Lo que significa, que esta población de jóvenes estudiantes presenta una alta estigmatización de la obesidad (Latner, Stunkard y Wilson, 2005).

En cuanto al sexo, se encontraron diferencias significativas, siendo que los sujetos masculinos respondieron de forma más favorable ante las

imágenes de obesidad que las mujeres [*t*(339) 3,20 , *p* 0,005; 4,34 y 3,85]. Debido a que la valoración se hacía con imágenes del mismo sexo, se podría predecir que los sujetos masculinos pueden tener actitudes negativas hacia las mujeres obesas, así como hacia los hombres obesos (Latner, Stunkard y Wilson, 2005).

Finalmente, no se reportaron diferencias entre ninguna categoría de peso. El análisis entre grupos indicó que los jóvenes adultos con sobrepeso y obesos, estigmatizan al igual que los de peso normal la obesidad, lo cual es consistente con el reporte de actitudes negativas hacia la obesidad por parte de la población obesa (Cramer y Steinwert, 1998, cp. Latner, Stunkard y Wilson, 2005). Se ha sugerido que esta estigmatización internalizada pueda deberse a la baja autoestima de estos individuos (Crandall, 1994, cp. Latner, Stunkard y Wilson, 2005).

El estilo de vida actual, basado en avances tecnológicos, contribuye a la disminución de los niveles de actividad física y a los deportes, asociado a esto, se encuentran los fenómenos de incremento en el consumo de comidas hipercalóricas y la obesidad. Simultáneamente, la presión social empuja hacia la delgadez conforme a estándares rígidos de belleza que demandan cada vez perfiles antopométricos más delgados (Bosi, Luiz, Morgado, Caravalho, 2006). De hecho, según Lopes (2008), la representación social del cuerpo ideal está anclada a imágenes de juventud, belleza, vigor y salud, además que, los medios de comunicación social perpetúan esta obsesión con la apariencia que la sociedad misma construyó.

En esta sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. De hecho se gastan millones cada año para mejorar el aspecto físico y uno de los negocios más lucrativos es el que hace referencia a la mejora del aspecto corporal. Pero la preocupación exagerada puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso incapacitante para mucha gente (Raich, 2004).

El principal objetivo de la publicidad para la belleza y las mayores consumidoras de sus productos lo son las mujeres. La presión hacia la belleza (y la belleza, hoy en día, es igual a esbeltez) es mucho mayor en las mujeres que en los hombres, así como también son mucho mayores las cifras de trastornos alimentarios en éstas (Raich, 2004).

En la sociedad actual, el culto al cuerpo y a la belleza emergen como uno de los principales factores relevantes en la adolescencia. Esto lleva a los adolescentes a sentirse insatisfechos con su propia apariencia, lo cual puede traer como consecuencia, desajuste psicológico y trastornos de alimentación (Neumark, Story, French y Resnick ,1997). La búsqueda de identificación con un grupo social, como es típico en la conflictiva adolescente, lleva al hombre a comportarse bajo éstos estándares, causando la aparición de el concepto de individuo desviado, indicando y señalando a cualquiera que no alcance éstos estándares (Lopes, 2008). Estos individuos son considerados por tener un cuerpo imperfecto, causando en ellos sentimientos de inadecuación y sentimientos de discriminación por parte de los demás (Santos y Sawaia, 2000).

Aunado a esto, actualmente los adolescentes manifiestan afinidad hacia esta estética impuesta por la sociedad contemporánea, esto hace que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Otero, Lameiras, y Rodríguez 2004). La preocupación por la figura corporal en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública. Sentirse obesa, preocupación por el peso, son factores de riesgo para el desarrollo de TCA (Killen y Taylor, 1996, cp. Lopez, Molina y Rojas, 2008).

Las razones mencionadas anteriormente señalan que, la figura corporal parece ser un concepto que crece en importancia actualmente, siendo éste definido por Schilder (1950, cp. Baile, 2003) como, la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos.

Tres décadas mas tarde, Slade (1988; cp. Lopes, 2008) define la figura corporal como la ilustración mental acerca de la talla, imagen y forma del cuerpo, la cual se encuentra asociada con dimensiones emocionales. La figura corporal según Garner, Garfinkel, y O'Shauhnessy, (1985) es definida como la discrepancia entre la forma actual e ideal del cuerpo; o el grado de sentimientos negativos sobre la forma del cuerpo, partes y peso (Cash, Fleming, Alindogan, Steadman, y Whitehead, 2002).

Analizando las posturas de diversos autores, Cash y Pruzinsky (1990) proponen la existencia de varias imágenes corporales interrelacionadas:

- Una imagen *perceptual*. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto al cuerpo, como un esquema corporal mental donde se incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.

- Una imagen *cognitiva.* Que incluye pensamientos, auto-mensajes, creencias sobre el cuerpo.

- Una imagen *emocional*. Que incluye los sentimientos sobre el grado de satisfacción con la propia figura y con las experiencias que proporciona ese cuerpo.

Para Cash y Pruzinsky (1990), la figura corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene que poseer un correlato fiel con la realidad. Este concepto amplio de figura corporal, tiene las siguientes características:

1.-Es un concepto multifacético.

2.-La figura corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia; es decir el como percibimos el propio cuerpo, se relaciona significativamente con la percepción de uno mismo.

3.-La figura corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.

4.-La figura corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.

5.-La figura corporal influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influencia por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

6.-La figura corporal influye en el comportamiento, y no sólo la figura corporal consciente, sino también la preconsciente y la inconsciente.

A manera de integración, Baile (2003) plantea la figura corporal como un constructo psicológico complejo, que se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas.

Luego este autor hace alusion a la alteración dentro de la figura corporal (insatisfacción corporal), que se ha considerado clave dentro los posibles factores predisponentes a síntomas psicológicos, y otra alteración (distorsiones perceptivas del tamaño corporal) como un criterio diagnóstico, el estudio de la figura corporal también ha recibido gran atención. Este concepto de alteración de la figura corporal es aplicado para explicar aspectos importantes de la personalidad como la autoestima o el autoconcepto, o para explicar ciertas psicopatologías como los trastornos dismórficos y de la conducta alimentaria, o para explicar la integración social de los adolescentes.

Es a través de la figura corporal que los individuos mantienen un equilibrio interno con el mundo, ya que, los provee de un sentido de identidad e influencia su comportamiento (Santos y Sawaia, 2000). Esta dinámica

interacción entre lo subjetivo y lo social induce a que se perciba el cuerpo de una manera similar a como lo hace la mayoría de las personas, pero, simultáneamente también se percibe de una manera totalmente individualizada (Lopes, 2008).

Estos conceptos acerca de la evaluación de la figura corporal imponen la necesidad de reflexión desde el punto de vista de la salud y la enfermedad, especialmente importante en el caso de la obesidad. En la misma línea de ideas, Lopes (2008), realizó una investigación cuantitativa, exploratoria y transversal que pretendía evaluar cómo los adolescentes perciben su peso y la prevalencia de la obesidad en una muestra de adolescentes del distrito de Viseu en Portugal.

Lopes (2008), tenía como objetivo analizar la relación entre figura corporal y obesidad incluyendo aspectos sociodemográficos (escuela, sexo, edad, nivel socioeconómico, funcionamiento familiar), psicológicos (autoconcepto, depresión, eventos escolares) y comportamentales (actividad física). Se seleccionaron para éste estudio 1198 individuos que asistían a la escuela secundaria en el distrito de Viseu (Portugal), de los cuales 497 eran de sexo masculino y 701 de sexo femenino, con edades comprendidas entre 15 y 22 años (media 16 años). Se les aplicó un cuestionario compuesto por preguntas cerradas, abiertas y mixtas relacionadas con características acerca de la muestra y las variables seleccionadas.

Luego de analizar las diferencias entre las tres categorías de figura corporal (normal, delgado y gordo) a través de la prueba de KrusKal- Wallis y la prueba de Mann-Whitney para evaluar las diferencias entre las dos categorías de IMC (obeso, no obeso), Lopes (2008) encontró que, la mayoría de los adolescentes encuestados se consideraban a sí mismo como “normales” (71,5%), mientras que el 15% se consideraban “delgados” y el 12,7% se consideraban a sí mismos como “gordos”.

Entre otros resultados Lopes, (2008) encontró que el porcentaje de mujeres que se consideraban a sí mismas como gordas (15,9%) era mayor

que el de los hombres (8,0%) que se consideraban a sí mismos como gordos. De hecho, el 5,3% de las mujeres realmente estaban obesas mientras que el 13,7% de los hombres eran obesos (p= .000). Para Lopes, estos resultados parecen confirmar la tendencia de los individuos, en mayor medida de las mujeres, a sobreestimar su peso, considerándose a sí mismas con sobrepeso cuando efectivamente no lo tienen (Veggi, Lopes, Faerstein, Sichieri, 2004; cp. Lopes, 2008).

Lopes (2008) también encontró que, los individuos que se consideraban a sí mismos como gordos presentaban índices más altos de inactividad física (p= 0,015). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre nivel socioeconómico (NSE) y figura corporal (p= 0,983) ni relación estadísticamente importante entre las clases de figura corporal y el funcionamiento familiar. Respectivamente al autoconcepto y la figura corporal, encontró diferencias significativas entre las categorías de figura corporal y el autoconcepto, siendo que, los adolescentes que se consideraban a sí mismos como gordos o delgados tenían en promedio un autoconcepto más bajo que los demás sujetos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre autoconcepto y obesidad.

En cuanto a la variable depresión, Lopes (2008) halló diferencias significativas entre las categorías de figura corporal y los índices de depresión, siendo que, los adolescentes que se percibían a sí mismos como gordos eran los que tenían mayor índice de depresión, seguido por los que se consideraban a sí mismos como delgados y por último aquellos que se consideraban normales. De la misma manera, el mayor porcentaje de adolescentes que se consideraban gordos presentaban serios problemas de depresión (19,6%) seguido de casos de depresión moderada (13,2%) y depresión no existente (9,8%).

En cuanto a la medida de la obesidad, Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006), realizaron una investigación para evaluar la precisión del IMC calculado a partir del peso y de la talla autorreportados, con respecto al IMC obtenido de los valores medidos y la precisión de la imágenes de siluetas

relativas a las categorías en que se clasifica comúnmente el IMC para denotar peso normal, sobrepeso y obesidad.

Para esta investigación utilizaron como muestra a trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 18 y 89 años de edad (media 42,3 años; DE 8,5), posteriormente, se analizaron datos de una submuestra de 934 hombres y mujeres no embarazadas. Para el reporte de la figura corporal se incluyó una detallada estimación de la misma mediante la selección de la silueta que mejor representaba la imagen del participante, en un juego de nueve siluetas, en rangos que iban desde muy delgada hasta extremadamente obesa. El cuestionario también incluyó autorreportar el peso y la talla actuales. Los participantes desconocían que, entre cuatro y ocho meses después de la autoaplicación del cuestionario, se tomarían las medidas directas de peso y talla y, para controlar la probable variación del peso se incluyó una pregunta referente a si había cambiado de peso en el último año y que fue considerada en el análisis.

Entre sus resultados Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006), encontraron que, la correlación global entre la talla medida y la autorreportada fue de 0.94. Las correlaciones en las diferentes categorías del IMC medido (<25, 25-30 y ³ 30 kg/m2) no tuvieron cambios sensibles; éstas fueron de 0.87 para las mujeres y de 0.90 para los hombre. La media de las diferencias entre talla medida y autorreportada fue de -0.013 (p< 0.001); 62.4% de los participantes sobrestimaron su talla (media de la diferencia 0.028 m ±0.025) y 21.7% la subestimaron (media de la diferencia 0.020m ±0.022). No hubo significancia estadística en la diferencia de estimación por sexo (mujeres -0.013 y hombres -0.014; p=0.46), ocupación (p=0.19), nivel de educación (p=0.18) y estado civil (p=0.13). Sin embargo, se observaron diferencias entre la talla medida y la autorreportada entre grupos de edad (p=0.02); específicamente la sobrestimación de talla aumentó con la edad (-0.010 m en el grupo de 18-29 años y -0.045 m para el de 60-76 años; p=0.003).

La correlación entre el IMC medido y el autorreportado fue de 0.90; dentro de los diferentes niveles del IMC medido (<25, 25-30 y ³30 kg/m2) fue

de 0.72, 0.68 y 0.75, respectivamente; tales correlaciones fueron de 0.89 para las mujeres y de 0.91 para los hombres). Los resultados de Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006), muestran que las características autorreportadas, tales como peso y talla corregidos, así como la PIC –validada mediante el IMC medido–, son medidas válidas que se pueden utilizar para estimar valores categóricos y continuos del IMC, en vista de la sensibilidad obtenida para la categoría sobrepeso más obesidad.

Madrigal-Fritsch, Irala-Estévez, Martínez-González, Kearney, Gibney y Martínez-Hernández (1999), tenían como objetivo comparar la percepción de la figura corporal con el IMC calculado a partir del peso y la talla reportados por los sujetos. Se empleó una muestra representativa de la población española, integrada por 517 hombres y 483 mujeres mayores de 15 años. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, nivel educativo, IMC y figura corporal percibida, las diferencias entre grupos se estimaron con la prueba de chi cuadrado. Los autores hallaron que el estado nutricional para ambos indicadores (especificidad y sensibilidad) mostró mayor sobrepeso en hombres y mayor obesidad en mujeres; el sobrepeso y la obesidad se incrementan conforme aumenta la edad, y disminuyen conforme aumenta el nivel educativo. La percepción de la figura corporal fue distinta entre sexos, así como por edad y nivel educativo ($p<0.01$).

En el trabajo de Perpiná y Baños (1990) se evaluó la percepción de la imagen corporal en 83 adolescentes de sexo femenino, la muestra se dividió en tres grupos de peso percibido: kilos de menos percibido, peso justo percibido y kilos demás percibidos. Se encontró que los sujetos del grupo “kilos de menos percibidos” mostraron una autopercepción adecuada de su peso (100% de las integrantes estaban realmente por debajo de su peso), mientras que el grupo “peso justo percibido” el 73,9% estaban realmente por debajo de su peso ideal. En cuanto al grupo “kilos de màs percibidos” el 67,4% estaba por encima de su peso, el 23,3% estaba por debajo de su peso ideal. Los autores concluyen que la sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real.

Los adolescentes manifiestan una afinidad hacia una determinada estética impuesta por la sociedad contemporánea, por lo que presentan una preocupación excesiva por su cuerpo. Esto los puede llevar a incurrir en conductas de riesgo con el fin de mantener una figura corporal determinada (Fernandez, Calado, Rodriguez y Fernández, 2003, c.p. López, Molina y Rojas 2008).

La American Psychiatric Association ha considerado dos categorías diagnósticas, que son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, cuyas fuerzas motivacionales son principalmente el miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado; en ambas se presenta distorsión de la imagen y el peso corporal. La imagen corporal que la persona tiene de sí misma está considerada entre los principales factores que condicionarían las conductas de riesgo alimentarias (Thompson, Tantleff-Dunn, 1998).

En un estudio realizado por López, Molina y Rojas (2008), con el fin de analizar la influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria (TCA) en adolescentes de primero y segundo año de educación media y diversificada de la ciudad de Mérida (Venezuela). Para esto se empleó una muestra de 421 adolescentes, 56.5% varones y 43.5 % hembras, el promedio de edad para los varones fue 15.75 ± 1.05 años y para las hembras 15.80 ±1.07 años.

Se elaboró una encuesta de auto registro validada por expertos, a la cual se le calculó la validez de contenido de cada ítem y de todo el instrumento y el nivel de concordancia entre jueces. Se empleó el coeficiente de Alpha de Croambach para determinar la confiabilidad, la cual fue de 0,9226. Lo que significa que el instrumento posee una alta correlación entre los ítems y que puede aplicarse para la medida. Para evaluar la percepción de la Imagen corporal se solicitó al participante seleccionar una opción entre cuatro alternativas (delgado, normal, sobrepeso, y obeso) (WHO, 1998, c.p. López, Molina y Rojas, 2008) y que la misma fuese la más representativa de su condición para el momento de la solicitud. Para el registro de la conducta

alimentaria se solicitó al participante seleccionar entre un listado de diferentes prácticas de control de peso, la aplicación o no de algunas de ellas en los últimos seis meses.

El análisis estadístico aplicado a los datos fue el análisis de frecuencia y Chi2 a través del paquete estadístico SPSS versión 9.5., los autores llegaron a los siguientes resultados: una relación estadísticamente significativa entre las variables, percepción de la imagen corporal y el género (chi cuadrado de 9,586 F=2 p=0,008). Se observó que el 57,5% se percibió normal, el 30,6% como delgados y el 11,9% manifiestan presentar sobrepeso. No se reportó percepción de imagen corporal obesa en ninguno de los adolescentes entrevistados. La percepción de imagen corporal normal y delgada fueron más frecuentes en los varones (32,5%) mientras que la percepción caracterizada por el exceso, se registró en un porcentaje más alto en las hembras (7,4%).

De los 184 (86 hombres y 98 mujeres) que reportaron haber realizado prácticas para el control del peso y mejorar su imagen corporal, el 38,6% informaron haber practicado ejercicio o deporte, conducta preferida por los varones (n=40). Por otra parte, un porcentaje importante de los encuestados reportaron el uso de la reducción de calorías (27,2%), recurso usado preferentemente por la hembras, de igual forma la incorporación de mayor consumo de frutas y vegetales a la dieta.

Con respecto, a las conductas alimentarias y la percepción de la imagen corporal, no se reportan diferencias estadísticamente significativas entre las referidas variables (Chi2 2,689 F=3 p=0,442). Mientras que la relación entre conductas alimentarias de riesgo y género si fue significativa (Chi cuadrado 12,622 F=5 p=0,027). Se reportan entre los hallazgos, un 10,9% de los participantes que manifiestan haber tomado medicamentos para perder apetito (5,4%), vomitar (2,2%) y el uso de laxantes y diuréticos (3,3%) destacándose que las participantes del sexo femenino tienen una mayor tendencia al uso de estas últimas cuatro prácticas que los varones.

Los autores comentan que el temor a subir de peso y ser obeso, es lo que motiva las conductas alimentarias de riesgo (Lara y Saucedo, 2006, c.p. López, Molina y Rojas 2008). Por otra parte, la mujer es más susceptible a la información relacionada con el ideal de belleza divulgado en los medios de comunicación (López, Molina y Rojas 2008). Investigaciones llevadas a cabo en muestras de preadolescentes y adolescentes, han documentado la presencia de conductas alimentarias de riesgo y problemas en la percepción de la imagen corporal particularmente en el género femenino, ya que a las mujeres se les invita y se les recuerda constantemente "el poder que posee la apariencia física y el valor de la delgadez" (Killen y Taylor, 1996, c.p. López, Molina y Rojas 2008), y que el comer poco es más femenino.

La percepción de la imagen corporal actualmente, con la cultura en la que se ha adoptado una imagen delgada como figura ideal con las mujeres como principales protagonistas ha tenido mucha importancia en la sociedad. En el estudio de López, Molina y Rojas (2008) se evidencia este fenómeno, ya que la percepción de la propia imagen está ligada con conductas alimentarias de riesgo, entre las que resaltan, hacer modificaciones y restricciones alimentarias, usos de laxantes, diuréticos, practicar ejercicios y deporte entre otros.

Berg, Simonsson y Ringqvist (2005), en una investigación realizada en Suecia con 989 estudiantes varones de 15 años de edad, compararon los aspectos de estilo de vida y salud de los adolescentes obesos, con sobrepeso, y los de peso normal a través de una encuesta anónima que contenía preguntas acerca de indicadores de masa corporal, factores sociales, hábitos alimentarios, actividad física, figura corporal, relaciones interpersonales, la situación en la escuela, el uso de alcohol, drogas y tabaco, y por último síntomas somáticos y psicológicos.

En general dentro de sus resultados se encontró que el 44% de los adolescentes obesos no estaban satisfechos con su peso y el 21% se mostraron también insatisfechos con su apariencia, tenían menos amigos (18,6%), además de, que los adolescentes obesos y con peso normal diferían

en el estilo de vida y en la frecuencia de los síntomas somáticos y psicológicos. Específicamente, los adolescentes con sobrepeso presentaron hábitos alimenticios más irregulares omitiendo el desayuno y el almuerzo (20,9%) más a menudo que los de peso normal (8,4%) (Berg, Simonsson y Ringqvist, 2005).

La frecuencia reportada de la actividad física regular, en general fue baja y no difirió entre los grupos de peso. Por su parte, la proporción de grandes consumidores de alcohol se encontró en el mismo nivel entre los diferentes grupos de peso (34% para los obesos y 28,5% para los de peso normal). Los adolescentes obesos reportaron que habían usado drogas ilícitas e inhalado solventes (27,9%) con mayor frecuencia que sus compañeros de peso normal (11,2%). Para estos autores, la razón del por qué los adolescentes obesos parecen tener un estilo de vida que pone en peligro su salud más el que sus pares, por ejemplo, mediante el uso de drogas ilícitas, puede ser debido a que se sienten fracasados e infelices y utilizan las drogas como un remedio temporal a su malestar (Berg, Simonsson y Ringqvist, 2005).

Otro resultado de esta investigación fue que los adolescentes con sobrepeso reportaron que no le gustaba la escuela, se ausentaban de ella con mayor frecuencia y habían estado expuestos a más violencia por parte de sus compañeros, además de, reportar que tenían menos amigos. De la misma forma, el 23% de los adolescentes obesos informaron más síntomas somáticos y psicológicos que sus pares con peso normal (6%) y sobrepeso (7%). Según Berg, Simonsson y Ringqvist (2005) esto podría ser una consecuencia directa de su peso corporal, de una figura corporal negativa, un estilo de vida desorganizado, la violencia, el abuso de drogas, y el tener pocos amigos cercanos.

Una investigación de Casillas-Estrella, Montaño- Castrejón, Reyes-Velázquez, Bacardí-Gascón y Jiménez-Cruz A. (2006) que tenía como objetivo valorar el grado de insatisfacción con la figura corporal de personas que acuden a un centro de atención primaria universitaria en Tijuana (México). La muestra estuvo constituida por 158 pacientes, se les solicitó que indicaran

sobre una serie de figuras, con la que identifican su imagen corporal personal y la imagen corporal personal deseable. Todos fueron pesados y medidos. Se aplicó la correlación de Spearman para verificar la asociación entre las variables y la prueba de T de Student para las diferencias de grado de insatisfacción con la figura corporal, de los grupos con riesgo de obesidad abdominal sobrepeso, obesidad y género. En cuanto a los resultados, se obtuvo una correlación positiva entre el grado de insatisfacción y el IMC (O.544, P < 0.01), es decir, los participantes que tenían un peso adecuado indicaron una insatisfacción promedio con su figura de 0.9, quienes presentaron sobrepeso de 1.7 y los sujetos con obesidad de 2.6. En cuanto al género, las mujeres obtuvieron un mayor grado de insatisfacción con su figura (2.0) que los hombres (1.5) (p < 0.01), igualmente para las personas con riesgo de exceso de grasa abdominal (P < 0.0001), con sobrepeso y con obesidad (P < 0.001).

Como lo indican las investigaciones señaladas anteriormente, son muchas las consecuencias y efectos negativos que trae cosigo una alteración en la figura corporal, sobretodo en adolescentes. Esto puede deberse a que es un grupo evolutivo caracterizado por sobreestimar la apariencia física y la aceptación social por parte de sus pares, además, que se consideran estos elementos vitales para su desarrollo y el mantenimiento de relaciones de amistad y/o pareja.

Un estudio realizado por Chiang-Salgado, Casanueva-Escobar, Cid-Cea, González-Rubilar, Olate-Mellado, Nickel-Paredes y Revello-Chiang (1999) que tenía como objetivo evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en universitarios asintomáticos de ambos sexos, de entre 18 y 25 años de edad; se midió en una muestra de 293 sujetos, los lípidos séricos, con un analizador químico Hitachi 717, la obesidad se estimó considerando el índice de masa corporal (IMC); el antecedente familiar de infarto, así como el consumo de cigarrillos y el nivel de actividad física se determinaron mediante un cuestionario de autoevaluación. Se usó la prueba de Chi Cuadrado para estudiar asociaciones entre factores de riesgo lipídicos y no lipídicos. Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar la relación de cada una de las

variables lipídicas: colesterol total (CT), colesterol-lipoproteína de baja densidad (C-LDL) colesterol-lipoproteína de alta densidad (C-HDL) y triglicéridos, así como de las no lipídicas (edad, peso, estatura, IMC, sexo, presión arterial, conducta sedentaria y antecedente familiar de infarto precoz). Los hombres resultaron, en promedio, significativamente más altos que las mujeres (1.7±0.06 m y 1.6±0.06 m respectivamente; $p<0.01$), de mayor peso (71.1±9.3 kg y 58±8.3 kg respectivamente; $p<0.001$) y con un IMC también más elevado (23.5±2.6 kg/m2 y 22.6±30 kg/m2 respectivamente; $p<0.05$).

En cuanto al colesterol, sólo se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a las lipoproteínas de alta densidad (HDL) (8.7 y 1.2%, $p<0.001$). Se encontraron niveles de riesgo lipídico en 29.2% de los casos para colesterol total, en 16.2% para lipoproteína de baja densidad y en 5% para lipoproteína de alta densidad. Entre los factores de riesgo no lipídicos más prevalentes, estaban el consumo de cigarrillos, con 46.1%, y el sedentarismo, que alcanzó 60.8%. La obesidad, la hipertensión arterial y el antecedente familiar alcanzaron 1.9, 4.6 y 11%, respectivamente. Se observó una asociación entre el perfil lipídico de riesgo, la obesidad, la conducta fumadora y el antecedente familiar. Los criterios utilizados para definir un perfil lipídico de riesgo fueron: CT mayor de 200 mg/dl o C-LDL sobre 130 mg/dl para riesgo moderado, y CT sobre 240mg/dl o C-LDL mayor a 160 mg/dl para riesgo alto. Se consideraron como valores de riesgo independientes, niveles de C-HDL menores que 35 mg/dl.

Se puede observar que el sedentarismo, el antecedente familiar de infarto precoz y la obesidad se presentan en una mayor proporción entre los individuos que tienen valores de CT por encima de los 200mg/dl; destaca, además, la diferencia existente entre el grupo de obesos (en el que 54.6% presentaba un nivel de colesterol riesgoso) y el grupo de sujetos con peso normal (23.4%), con un valor de $p>0.001$. En relación con el C-HDL menor a 35 mg/dl, se encontró una mayor proporción de jóvenes con probabilidades de presentar algún padecimiento cardiovascular cuando estaban presentes los factores no lipídicos; de este modo, los obesos fueron los que constituyeron el grupo de mayor riesgo.

En conclusión, los resultados mostraron una alta prevalencia de sedentarismo y conducta fumadora, asociada a un perfil lipídico de riesgo. Estos estilos de vida inactivos y poco saludables en estudiantes universitarios está relacionado con los adquiridos desde la niñez, con el auge de las computadoras, se fomenta aún más el sedentarismo asociado a los hábitos familiares. Finalmente, cabe destacar que a pesar de la baja prevalencia de la obesidad encontrada en este estudio (1.9%), este trastorno está asociado a factores de riesgo como hipertensión, sedentarismo, diabetes y dislipidemia; aún así se pudo comprobar la relación que existe con los niveles de riesgo lipídicos. Resalta la necesidad de un programa de intervención con el fin de modificar el estilo de vida y prevenir la posible presencia de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta de los jóvenes.

Los comportamientos que comprometen la salud de los individuos con sobrepeso se ven afectados por otras variables que median en su relación. Específicamente, se consideran diferencias en cuanto al sexo y al nivel socioeconómico de las personas obesas. De la misma manera, se han encontrado factores protectores y de riesgo asociadas a la obesidad que varían en función del nivel socioeconómico.

Aunado a esto, el estado nutricional de un individuo está determinado por el consumo de los alimentos, que a su vez está condicionado por factores como la disponibilidad de alimentos, la decisión de compra y por aspectos interactuantes relacionados con el aprovechamiento biológico de los alimentos, además de factores sociales, económicos, culturales y psicológicos. Ya se ha mencionado que, el consumo de alimentos inadecuado, puede llevar consigo un estado de mal nutrición por deficiencia o exceso. En el caso de las deficiencias puede conducir a enfermedades tales como: anemias, anorexia y bulimia; en el caso de excesos, enfermedades como: obesidad, diabetes mellitus y las cardiovasculares, entre otras (Rivera, 2006).

En este sentido un estudio realizado por Jansen, Boyce, Simpson y Pickett (2006), tomaron en cuenta ciertas variables sociodemográficas que

influían o no, en la presencia de obesidad en adolescentes. El objetivo de esta investigación era, examinar la asociación entre las medidas individuales y contextuales de nivel socioeconómico (NSE) y obesidad en adolescentes. Así mismo, se platearon examinar la relación entre los niveles de medida individuales y contextuales del NSE con alimentación poco sana e inactividad física. Para el nivel individual de medida, la muestra consistió en 6.684 jóvenes de 169 escuelas de Canadá entre 6to y 10mo grado. Los datos del nivel de medida contextual se obtuvieron del censo de Canadá del año 2001 (Canada Census of Population, 2001 cp. Boyce, Simpson y Pickett (2006).

Las variables del NSE para el nivel de medida individual fueron, riqueza material (Family Affluence Scale) y percepción de riqueza familiar (medida con una pregunta tipo likert de 5 puntos). En cuanto al contexto, se infirió el NSE del área reportada por los sujetos incluyendo 1) la tasa de desempleo, 2) porcentaje de adultos residentes con estudios menores al bachillerato, y 3) promedio de ingreso de las cabezas de familia del área (Jansen, et al., 2006).

En cuanto a la obesidad, se calculó a partir del reporte de peso y estatura de los sujetos su Índice de Masa Corporal (IMC), se clasificó a los sujetos con puntos de corte entre obesos (IMC mayor a 30) y no obesos (IMC menor de 30). Para la alimentación poco sana se preguntó la frecuencia de consumo de ciertos alimentos. Para evaluar la inactividad física se realizó una actividad acumulativa en la que se le preguntaba a los sujetos cuantos días en la semana habían estado activos físicamente (Jansen, et al., 2006).

Para el análisis estadístico, los autores (Jansen, et al., 2006) examinaron las asociaciones entre NSE, obesidad, alimentación poco sana, e inactividad física con el procedimiento de regresión logística multivariada. En cuanto a los resultados, para el nivel individual, se encontró que una baja riqueza material y baja percepción de riqueza familiar se relaciona con un aumento en la probabilidad de obesidad ($p < 0,05$) e inactividad física ($p < 0,05$). En el nivel contextual, una alta tasa de desempleo en el área se asoció con aumento en probabilidad de obesidad ($p < 0,05$), un porcentaje alto de residentes con estudios menor a bachillerato se asoció con aumento en

probabilidad alimentación poco sana (p=0,05), y un bajo promedio de ingreso se asoció con aumento en la probabilidad de obesidad (p=0,02).

Jansen, et al., (2006) relacionaron los niveles de medida individual y contextual del NSE en los análisis bivariado y multivariado, sin embargo, sólo el nivel individual de NSE se asoció con inactividad física y el nivel contextual de NSE sólo se relacionó con alimentación poco sana. Finalmente, en los resultados del análisis de ruta, se observó que la única variable significativa relacionada con alimentación poco sana fue un alto porcentaje de residentes con bajo nivel educativo. Riqueza material y percepción de riqueza material se relacionó con inactividad física y dos medidas de NSE (riqueza material y tasa de desempleo) (Jansen, Boyce, Simpson y Pickett, 2006).

Al parecer, adolescentes que provienen de familias privadas económicamente tienen mayor probabilidad de ser obesos, independientemente del NSE del vecindario, y los adolescentes que viven en áreas pobres son más propensos a ser obesos, sin importar la riqueza familiar. Esta relación puede deberse a que los barrios pobres tienden a contar con mas oportunidades de alimentación poco sana (Reidpath, Burns, Garrard, Mahoney, Townsend, 2002, c.p. Jansen, et al., 2006).

En cuanto a la inactividad física, adolescentes de familias con bajo NSE tienen menos oportunidad de participar en eventos deportivos o cualquier otra actividad física, ya sea por el costo o por apoyo familiar (Gordon-Larsen, McMurray, Popkin, 2000; Kristjansdottir, Vilhjalmsson, 2001; cp. Jansen, et al., 2006). En realidad, los niveles de medida individual y contextual de bajo NSE se asociaron positivamente con inactividad física, y el análisis de ruta sugiere que hay una relación entre NSE y obesidad. En general, los determinantes del nivel de medida contextual de NSE fueron débiles predictores de obesidad, alimentación poco sana e inactividad física comparados con los determinantes individuales de NSE.

En la misma línea de ideas, tomando en cuenta el NSE Rivera (2006), realizó una investigación donde el objetivo fue identificar el estado nutricional y

hábitos alimentarios en estudiantes de primer año de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACS) de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, durante el ciclo escolar agosto-diciembre de 2003. El muestreo fue probabilístico estratificado y constó de 274 estudiantes de los primeros años de las carreras de medicina y otras afines (entre 17 y 34 años); a quienes se les aplicó un cuestionario sobre hábitos alimentarios y características socio-económicas. Se obtuvo el índice de masa corporal para conocer el estado nutricional. Así mismo la autora organizó un grupo focal para evaluar los conceptos que los estudiantes tenían sobre alimentación sana y los factores que influyen en una persona para que pueda alimentarse correctamente.

En cuanto a los resultados, se halló que el estado nutricional encontrado de acuerdo al IMC, el 63,1 % se mostró normal encontrándose sólo un estudiante con desnutrición de primer grado. En la clasificación de la actividad física y el estado nutricional, el 52 % señaló que tenía hábitos sedentarios, de estos el 8,8 % mostraba obesidad tipo I y el 8 % obesidad tipo II. Del 38,7 % que realizaba actividad física ligera, el 21,2 % tenía IMC normal, y el 16,1% obesidad tipo I, seguida de obesidad tipo II. Es importante mencionar que entre los estudiantes que realizaban actividad física intensa, ninguno tenía obesidad y su IMC fue normal.

Es relevante destacar que los que presentaron obesidad tipo I (IMC de 30,0 a 34,9) y obesidad tipo II (IMC de 35,0 a 39,9) conformaron el 36,5 % de la muestra. En el consumo frecuente de alimentos por parte de los estudiantes, se encontró que el 26 % acostumbraban a ingerir preparaciones a base de maíz y cereales así como carnes y sus derivados. Entre los alimentos que se consumían en menor cantidad se encontraban las leguminosas, las frutas y verduras (7,3 %) y finalmente quedaron la leche y sus derivados, así como el huevo (6,8 %).

El resultado del grupo focal, respecto a los conceptos que posee sobre qué es alimentarse, manifestaron: “obtener los nutrientes necesarios para que proporcionen energía y poder realizar las actividades”. Sobre el concepto de qué entendían por alimentarse sanamente, ellos dijeron: “comer de todo,

consumir una dieta balanceada y evitar las grasas de origen animal". De los factores que influyen en una persona para que pueda alimentarse correctamente, mencionaron factores económicos, la publicidad, el medio ambiente, aspectos culturales, aspectos físicos y de salud, hábitos y costumbres, la influencia de la familia y amigos, las modas y el aspecto de los alimentos, entre otros.

La autora plantea que una dieta equilibrada y un buen nivel de actividad física tienen efectos sinérgicos favorables en el mantenimiento de la salud. Esto se confirma en este estudio, ya que de los estudiantes realizaban actividad física intensa ninguno presentó obesidad o sobrepeso, mientras que los que realizaban actividades sedentarias presentaron los más altos porcentajes en obesidad tipo I y II.

También se observó que es necesario darle orientación a los estudiantes para alimentarse correctamente, ya que algunos no tienen un concepto claro de la alimentación, pues manifiestan que comen, pero no saben comer, haciendo referencia a los factores que influyen en una correcta alimentación. En resumen, mencionaron todos los factores, incluyendo los culturales, geográficos, psicológicos, económicos. Los sujetos de estudio no conocen ninguna relación entre el tipo de alimentación que ingieren y su salud; pues los alimentos se consumen y escogen en función factores económicos y por las limitaciones del mercado (Kaufer-Horawitz, 1994, cp. Rivera, 2006).

Finalmente, se puede decir que, los estudiantes poseen información deficiente sobre una alimentación sana y los hábitos alimentarios, viéndose influenciados por factores económicos y de oferta, que limita el consumo de alimentos variados, lo que puede conllevar al deterioro de su estado nutricional y al incremento de malos estilos de vida. Es de vital importancia la inclusión de la educación nutricional para mejorar la alimentación y contribuir al fomento de un estilo de vida saludable, determinado en gran medida por las experiencias sociales, el ambiente cultural, estado de salud, sexo, edad, papeles sociales, responsabilidades familiares, economía y la clase social.

Haciendo énfasis en los correlatos psicosociales de comportamientos que comprometen la salud de los adolescentes, Neumark, Story, French y Resnick (1997) llevaron a cabo una investigación donde se analiza el abuso de sustancias, delincuencia, riesgo suicida, actividad sexual y pérdida de peso no saludable sobre la asunción de riesgos, tomando en cuenta grupos de edad y género. Para este propósito utilizaron una muestra de 123.132 sujetos quienes completaron una encuesta en el año 1992 del Departamento de Educación Minnesota.

La relación entre las variables se examinó a través del coeficiente de correlación de Pearson entre hombres y mujeres. Además, se empleó coeficiente de regresión lineal para analizar la relación entre las variables psicosociales y las conductas de asunción de riesgos, donde se realizaron análisis separados de regresión para cada comportamiento para los diferentes grupos de edad y género. Entre los resultados del estudio de Neumark, Story, French y Resnick (1997), se encontró que el riesgo suicida está fuertemente correlacionado (r=0,50) con bienestar emocional y autoestima que a su vez correlacionaban muy bajo (r=0,21) con abuso de sustancias y delincuencia para los subgrupos de género y edad. Lo que quiere decir que las personas con un bajo bienestar emocional y poca autoestima tendrán un mayor riesgo suicida que las personas que abusan de sustancias y que han delinquido.

Los predictores psicosociales globales medidos en este estudio no correlacionaron fuertemente con la pérdida de peso no saludable ni con la actividad sexual, lo que sugiere para estos autores que, existe unos factores etiológicos específicos para estos dominios, ya que, la investigación previa indica como predictor mas importante para los comportamientos de pérdida de peso no saludable la insatisfacción corporal (Attie, Brocks-Gunn, 1989; cp. Neumark, Story, French y Resnick ,1997). De la misma manera, se encontró que, mientras la autoestima estaba fuertemente correlacionada con comportamientos de pérdida de peso no saludables entre las mujeres, para los hombres la variable que correlacionaba más alto era el abuso sexual, sugiriendo que éstos comportamientos en los hombres se debían más probablemente a eventos estresantes de la vida que a dificultades con la figura

corporal. Lo que quiere decir que, las mujeres con baja autoestima tenderán a realizar comportamientos menos saludables para perder peso.

Soloumi, y Plourde (2010) examina algunas de las variables psicológicas implicadas en la etiología de la obesidad, además de, detectar las diferencias entre adolescentes y adultos jóvenes, para éste fin, obtuvieron una muestra de sujetos a partir de los resultados de una encuesta que abarca aproximadamente el 98% de la población canadiense acerca de determinantes y estatus de la salud de los individuos, que fue recogida entre enero y diciembre del 2003.

El total de la muestra del estudio de Soloumi y Plourde (2010) corresponde a 25.246 sujetos femeninos y masculinos entre 15 y 29 años, para efectos del objetivo de la investigación, los sujetos fueron clasificados según su índice de masa corporal (IMC) calculado a partir del peso y la talla reportados, de manera que, se separaron finalmente en dos grupos: peso adecuado y sobrepeso. Lo individuos que se encontraban por debajo de su peso esperado se clasificaron para efectos estadísticos dentro de la categoría peso adecuado, debido a la poca prevalencia de éstos. A demás, realizaron categorías respecto a la variable edad: un grupo con edades comprendidas entre 15 y 19 años, 20 y 24 años y entre 25 y 29 años.

Las variables psicológicas escogidas para el objetivo del estudio se encontraban relacionadas a figura corporal, autoestima, comportamientos de control de peso, interacción social, hábitos de alimentación, estatus socioeconómico y actividad física. Específicamente, las variables que analizaron fueron: tener un miedo marcado de estar muy gordo, la opinión de los encuestados acerca de su propio peso, satisfacción con la vida, satisfacción con la manera en que luce su cuerpo (aplicado solo a mujeres), tipo de fumador, razones para evadir las comidas, consumo diario total de frutas y vegetales, nivel más alto de educación, ingreso total, índice de actividad física, número de horas que camina hacia el trabajo o escuela, actividad de los últimos tres meses y número de horas que dedica a ver televisión o videos.

Al computar un análisis de chi cuadrado para evaluar la asociación entre las variables de interés y el IMC, Soloumi y Plourde (2010) obtuvieron una relación inversa entre la satisfacción con la vida y el exceso de peso entre sujetos femeninos en los tres grupos de edades ($p < 0,05$) y para los sujetos masculinos solo en el grupo de 15 a 19 años ($p < 0,05$). Sin embargo, para varones del grupo entre 20 y 24 años, no se encontraron diferencias entre la proporción de aquellos que se encontraban satisfechos con su vida (40%) y los que no se encontraban satisfechos con su vida (40,9%, ($p < 0,05$). A la inversa, en el grupo de 25 a 29 años de sujetos masculinos, había una mayor proporción de éstos con exceso de peso que reportaban estar satisfechos con sus vidas ($p < 0,05$).

Además, éstos autores encontraron, entre otros resultados, una asociación inversa entre la satisfacción con la manera como luce su cuerpo y el exceso de peso entre las mujeres ($p < 0,05$), de hecho, en las tres categorías de edad, la proporción de mujeres que se encontraban insatisfechas con la manera como luce su cuerpo era mayor que la proporción de aquellas que estaban satisfechas y esta tendencia aumentaba conforme a la edad ($p < 0,05$).

Soloumi y Plourde (2010), a partir de los resultados de su investigación, sugieren que los problemas de figura corporal comienzan en la adolescencia y perduran durante la adultez temprana. En general, según estos autores, las mujeres tienden a estar más preocupadas a cerca de su peso que los hombres, y éstos tienden a estar más satisfechos con la manera en que lucen aún teniendo sobrepeso. Una posible explicación que proponen los investigadores es que la autopercepcion de los hombres de su altura y peso está asociada con fuerza y masculinidad (Barker y Cooke, 1992 cp. Soloumi y Plourde 2010).

En cuanto a la satisfacción con la vida, según los resultados de Soloumi y Plourde (2010) considerando sólo a los adolescentes, la proporción de aquellos que estaban insatisfechos con su vida era mayor de aquellos que

estaban satisfechos (p < 0,05). Por su parte, después de los 25 años la proporción de aquellos que estaban satisfechos con su vida era más alta que la de los que se encontraban insatisfechos (p < 0,05). Esto podría ser explicado debido a que durante la adolescencia, varones y hembras se encuentran en la búsqueda de su identidad, y tienden a preocuparse más por su apariencia física, que a su vez, puede afectar su autoestima y la percepción de la vida (Tiggemann, 2005 cp. Soloumi y Plourde 2010).

Otro resultado de este estudio, indica que en la categoría donde se encontraban las personas de 25 a 29 años, la proporción de hombres con exceso de peso que estaban satisfechos con su vida era mayor que aquellos que no lo estaban (p < 0,05), a partir de estos resultados, los autores sugieren que una posible explicación para este cambio es que una vez entrada en la adultez, tener exceso de peso ya no es un factor inquietante para los hombres, de hecho, durante la adultez, tener un trabajo y ser económicamente independiente son factores que afectan la satisfacción con la vida (Booth y Ours, 2008 cp. Soloumi y Plourde, 2010).

Otra relación importante a partir de los resultados es que, el evadir la comida debido a su contenido calórico parece estar más pronunciado en hombres que en mujeres, (p < 0,05) además que, esta correspondencia aumentaba con la edad, lo que resalta las diferencias de género en cuanto a los comportamientos relacionados con la ingesta de alimento. Una sugerencia que proponen los autores es que, los hombres evitan sobretodo ingerir comida con alto contenido calórico por razones relacionadas con la salud, mientras que las mujeres lo hacen por razones de pérdida de peso (Alexander y Tepper, 1995 cp. Soloumi y Plourde, 2010).

En términos generales, los resultados de la investigación realizada por Soloumi y Plourde (2010), ponen de relieve las diferencias de género en cuanto a la figura corporal, satisfacción con la vida y prácticas de control de peso, además de, ilustrar que algunas variables psicológicas cambian con la edad y otras persisten, lo que sugiere que, las dificultades psicológicas o

hábitos durante la adolescencia asociadas con exceso de peso pueden persistir durante la adultez.

En este sentido, un indicador de dificultades psicológicas es la ansiedad que a su vez se ha asociado con el estilo de vida de las personas, específicamente, Según Eller, Aluoja, Vasar, y Veldi (2006), algunos problemas de sueño se hacen referencia a síntomas subyacentes de ansiedad y depresión. Para probar esta afirmación realizaron una investigación que tenía como objetivo evaluar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de Estonia y además, encontrar relaciones entre los problemas de sueño y los síntomas emocionales. El grupo de estudio consistió de 413 estudiantes de medicina, con edades comprendidas entre 19 y 33 años, de la Universidad de Tartu (Estonia).

A cada uno se les pidió que completaran dos cuestionarios: el Cuestionario de Estado emocional (EST-Q), que contiene 28 preguntas y el cuestionario sobre hábitos de sueño y hábitos durante el día, con 25 preguntas. Entre sus resultados encontraron que el 21.9% de los estudiantes tenían síntomas de ansiedad, y el 30,6% tenían síntomas de depresión. La frecuencia de los síntomas de ansiedad y de depresión fue mayor en mujeres. En la regresión y el análisis de regresión múltiple, se determinó que los problemas del sueño se relacionan con los síntomas emocionales. Las asociaciones eran diferentes para hombres y mujeres. En las mujeres, la ansiedad se mantuvo una relación significativa con el despertar a causa de las pesadillas y sentirse cansado en la mañana, los síntomas depresivos fueron relacionados con las dificultades para conciliar el sueño por la noche, se despierta a causa de las pesadillas y los hábitos de alimentación nocturna, somnolencia diurna y sueño durante las clases en la universidad. En los hombres, las relaciones significativas fueron claras sólo para la depresión: dificultades para conciliar el sueño por la noche antes de un examen y la calidad subjetiva del sueño. Estos autores concluyen a partir de su estudio que existe un alto porcentaje de estudiantes de medicina presentan síntomas emocionales.

Según Sánchez, Pichardo y López (2004), no hace mucho tiempo las personas de alto nivel socioeconómico eran obesas y las de bajo nivel socioeconómico eran delgadas, por lo tanto, la preocupación era cómo alimentar a los desnutridos. Actualmente, esa relación se ha invertido, y el nivel socioeconómico se ha relacionado con una población que además de estar desnutrida es obesa, colocando en primer lugar a la preocupación por la obesidad.

La identificación de grupos de alto riesgo para ser obesos es de importancia crítica dado el carácter epidemiológico global que posee, de hecho, la obesidad fue etiquetada como epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud en el año 1998 (OMS, 2003; cp. Sánchez, Pichardo y López, 2004) debido a que a nivel global, existe más de 1 billón de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos son obesos.

La epidemia de obesidad no se restringe a sociedades desarrolladas, de hecho, su aumento es con frecuencia más rápido en los países en vías de desarrollo, quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición. La epidemia de obesidad y sobrepeso se ha triplicado en menos de dos décadas, según Chopra, Galbraith y Darnton-Hill, 2002). La elevación del IMC se encuentra entre los cinco principales factores de riesgo tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo con baja mortalidad (OMS, 2006).

En países subdesarrollados y con rápido crecimiento como Venezuela, el sedentarismo, el estrés, aumento de consumo de alcohol y cigarrillo, resultan determinantes de la obesidad y otras enfermedades crónicas y degenerativas (Martorell, Kettel, Hughes y Grumer, 1998; cp. Nuñez, Peña, Pacheco, Sanchez y Rivera, 2006).

Para ilustrar la necesidad de atender la obesidad en Venezuela y sus consecuencias, se realizó un estudio con la finalidad de responder a un problema sanitario del Municipio Sucre del Estado Miranda, se evaluó el estado nutricional de 360 adultos que consultaron ambulatorios en el 2005

para el diagnóstico de obesidad tipo I, II y III (determinando según el IMC). La muestra estaba distribuida en, 270 mujeres y 90 hombres mayores de 20 años y hasta los 80 (Nuñez, et al., 2006).

En cuanto a los resultados de este estudio (Nuñez, et al., 2006), en la distribución por sexo se observó en las mujeres un 28,88% de obesidad, un 31,11% de sobrepeso y 32,22% de peso normal. En la población masculina un 23,33% de obesidad, un 30% de sobrepeso y 40% de peso normal. Obteniéndose un mayor porcentaje de mujeres obesas (61,63%) que de hombres obesos (38,36%). Según el grupo etáreo se observó una mayor prevalencia de obesidad entre los 20 y 40 años en el caso de los hombres, y en el caso de las mujeres la obesidad tuvo mayor prevalencia entre los 31 y 55 años (Nuñez, et al., 2006).

Ante las evidencias mostradas se planteó como objetivo de la presente investigación, determinar la influencia del sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida, figura corporal, síntomas físicos y síntomas psicológicos sobre el IMC de estudiantes universitarios. Para relacionar dichas variables se empleó un análisis de ruta o de análisis causal, que permite formular y contrastar diversas hipótesis acerca de las relaciones causales directas e indirectas de las variables mencionadas sobre el IMC. Estas relaciones resultaron relevantes debido a que dichas variables pueden generar consecuencias negativas, que constituyen verdaderos problemas para la salud, como: enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades del aparato locomotor, entre otras. Por lo que su entendimiento es un aporte más a la comprensión de la problemática juvenil y para el desarrollo de planes de intervención más eficaces.

III. METODO

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cómo influyen el sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida, figura corporal, síntomas físicos y síntomas psicológicos sobre el índice de masa corporal de estudiantes universitarios y cómo se relacionan estas variables entre sí?

HIPÓTESIS

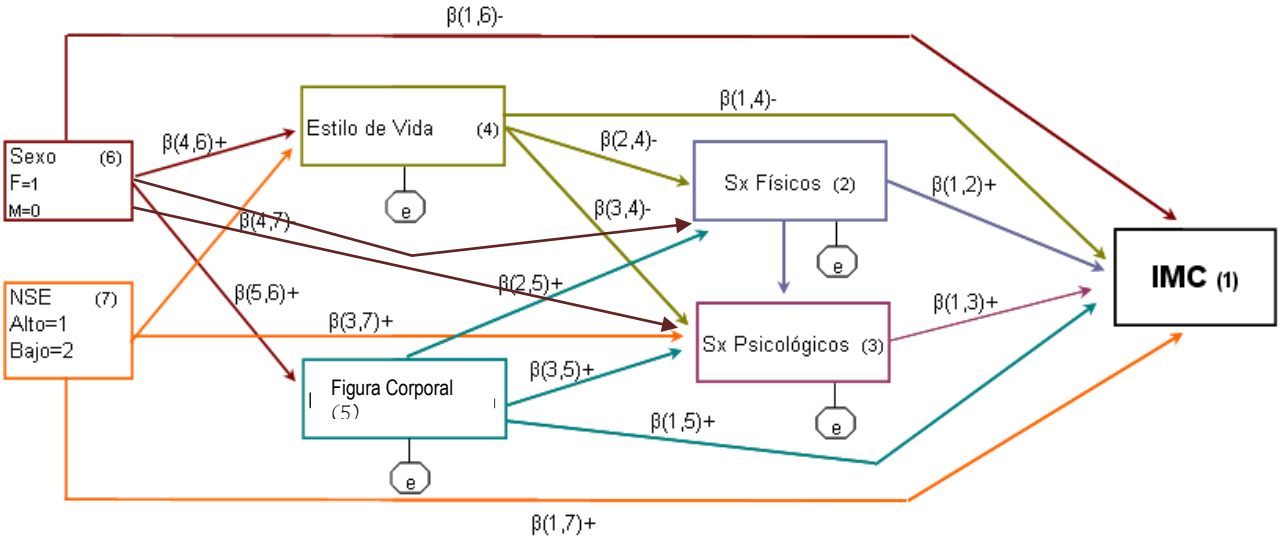

Figura 1. Diagrama de ruta propuesto

Variables endógenas

Índice de Masa Corporal:

Definición constitutiva: es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. Es el resultado del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m2) (OMS Website, 2006).

Definición Operacional: resultado numérico obtenido a partir de la fórmula Kg/m2 en función de la medida directa del peso en Kg y la talla en metros de cada uno de los participantes del estudio. Esta variable es contínua, es decir,

puede adquirir cualquier valor dentro del intervalo específico de valores (menor a 25, igual o superior a 25 e igual o superior a 30), que solamente está limitado por la precisión del aparato medidor. El valor se interpreta en función de la clasificación sobre el IMC (peso normal, sobrepeso y obeso).

Estilo de Vida Saludable:

Definición constitutiva: es el conjunto de hábitos y conductas de las personas frente a las circunstancias en las que se desarrolla en la sociedad, que se consideran saludables y a los que subyace una buena calidad de vida (Ramírez-Hoffmann, 2002).

Definición Operacional: Puntuación obtenida en la evaluación del cuestionario Estilo de Vida Saludable (Angelucci y Cañoto 2010), que se encuentra constituida por seis dimensiones que hacen referencia a las prácticas del estilo de vida; a saber: (a) condición, actividad física y deporte; (b) recreación y manejo del tiempo libre, (c) autocuidado y cuidado médico; (d) hábitos alimenticios; (e) consumo de alcoho tabaco y otras drogas; (f) sueño. La escala consta de 58 ítems que se puntuan de 1 (¨Nunca¨) al 4 (¨Siempre¨), siendo la puntuación máxima de 232; donde a mayor puntaje se considera que el estilo de vida es más saludable.

Figura Corporal:

Definición constitutiva: se refiere a cómo la autopercepción del cuerpo/apariencia genera una representación mental, compuesta por un esquema corporal perceptivo y así como las emociones, pensamientos y conductas asociadas (Baile, 2003).

Definición Operacional: Puntaje obtenido en el Cuestionario de la Figura Corporal, adaptado por Guzmán (2007, cp., Pereira y Verdura, 2008), que consta de 30 ítems cuyo puntaje va desde 1 (¨Nunca¨) hasta el 6 (¨Siempre¨). La puntuación máxima es de 180 puntos, donde a mayor puntuación, mayor insatisfacción con la imagen corporal.

Síntomas Físicos

Definición constitutiva: Conjunto de síntomas reportados relacionados con diferentes enfermedades (Angelucci, 2007).

Definición Operacional: Puntaje obtenido en el cuestionario de Salud Física de Angelucci (2007), donde a mayor puntaje, peor es el estado de salud.

Salud psicológica:

Definición constitutiva: se refiere a la presencia de síntomas generales asociados con trastornos a nivel emocional y físico (Goldberg y Weaver, 1988).

Definición operacional: puntuación obtenida en el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28). Se obtienen puntajes en cuatro subescalas que miden: (a) Somatización, (b) Ansiedad e insomnio, (c) Disfunción social, y (d) Depresión grave; donde a mayor puntaje, peor es el estado de salud psicológica.

Variables exógenas.

Sexo:

Definición Constitutiva: diferenciación entre hombre y mujer determinada por factores genéticos presentes en la concepción que tiene su resultado en las diferencias fisiológicas y anatómicas (Baron y Byrne, 2005).

Definición operacional: respuesta de los individuos en el espacio correspondiente al sexo en los datos de identificación, siendo computado el hombre como 0 y la mujer como 1.

Nivel socio-económico:

Definición constitutiva: caracterización de la comunidad según sus símbolos de estatus, en ella se relaciona la situación de la comunidad, el uso del espacio, tipo construcción, aglomeración y vialidad de la misma, referido al área socioeconómica (Rivero y González, 1991).

Definición operacional: ubicación espacial de la zona de residencia de los estudiantes universitarios reportada por los mismos y clasificada según su NSE en cinco estratos: bajo (1), medio bajo (2), medio (3) medio alto (4) y alto (5).

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La investigación que es de tipo no experimental o ex post facto, ya que no se ejerció control directo o manipulación sobre las variables a estudiar, es decir, se pretende evaluar el efecto del sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida, figura corporal, síntomas físicos y síntomas psicológicos sobre el IMC, sin ejercer control directo sobre dichas variables. (Kerlinger y Lee, 2002).

Además, es una investigación explicativa, debido a que presenta un diagrama de las relaciones causales que se supone que existen entre un conjunto de variables a través de un modelo de rutas. El cual plantea, según Briones (1998; cp. Núñez y Socorro, 2005) un sistema de variables cerrado, lineal, no recursivo y relacionado con el conocimiento que se tiene de las relaciones causales entre las variables; lo que permite evaluar la influencia directa e indirecta de una variable sobre la otra.

Para realizar este procedimiento se deben cumplir los siguientes supuestos en el modelo de rutas: (a) debe ser un sistema de variables cerrado, es decir, que cada variable endógena debe estar determinada por alguna combinación de variable en el sistema, (b) debe ser recursivo, siendo que, las relaciones entre las variables deben ser asimétricas, (c) debe ser lineal; las relaciones entre las variables se deben poder representar a través de ecuaciones lineales, (d) todas las variables deben estar unidad por relaciones de causalidad, (e) las variables deben ser de tipo cuantitativo, en escalas de

intervalo o razón, y (f) las variables residuales (que se hallan incluidas en el sistema) no deben estar correlacionadas entre sí y su influencia debe ser aleatoria (Kerlinger y Lee, 2002).

Por su parte, se considera también una investigación de tipo transversal ya que estudia el fenómeno a través de una sola medida para cada variable y no a lo largo del tiempo, es decir, las respuestas de los participantes a las escalas son recolectadas en un momento discreto del tiempo (Salkind, 1999; cp. Núñez y Socorro, 2005, Kerlinger y Lee, 2002).

Por último, se considera que es un estudio de campo, puesto que se enmarca en el tipo de investigación científica que busca el establecimiento de relaciones e interacciones en estructuras sociales reales (Kerlinger y Lee, 2002), particularmente para esta investigación es el grupo particular de estudiantes universitarios.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del presente estudio, fueron estudiantes universitarios que acudieron a la Universidad Católica Andrés Bello Caracas. La selección de dicha población se realizó mediante un muestreo probabilísitico por racimos; donde se eligieron en función del IMC. Un racimo puede ser definido como un grupo de cosas de la misma clase, es un conjunto de elementos muestrales unidos por alguna característica en común; en este muestreo, el universo es fraccionado en racimos, que luego son muestreados aleatoriamente (Kerlinger y Lee, 2002). Para fines de este estudio, los racimos fueron en función de su IMC (personas por debajo de su peso, en su peso esperado y por encima de su peso), además de separase por sexo (hombres - mujeres).

Finalmente, la muestra estuvo constituida por 312 jóvenes universitarios voluntarios y clasificados según los criterios antes especificados que se encontraban cursando sus estudios para la fecha de la recolección de datos. El número de participantes se estimó a partir del criterio propuesto por Hair,

Anderson, Tatham y Black (2000; cp. Cruz, 2010) el cual estipula que se deben emplear entre 20 y 25 individuos por variable planteada en el análisis de ruta, específicamente y para efectos de este estudio se plantearon seis variables dando un resultado de 120 sujetos, con el fin de obtener resultados psicométricamente más confiables se aumentó la muestra a 312 sujetos.

INSTRUMENTOS

1. *Hoja de datos de identificación (Anexo A)*

Consistirá en una hoja donde se solicitará a los participantes que coloquen la siguiente información: (a) sexo, (b) edad, (c) lugar de residencia (NSE), (d) peso, y (e) estatura.

2. *Escala de Salud Física Percibida (Anexo A)*

Esta escala fue construida por Angelucci (2007), con la finalidad de evaluar la salud física percibida por el sujeto en función de la presencia de la aparición de diferentes síntomas físicos relacionados o no con diferentes enfermedades. Esta escala está basada en varios cuestionarios de síntomas entre los cuales se encuentra el de Mellner, Krantz y Lundberg (2005; cp. Angelucci, 2007).

Está constituida por 26 síntomas. La escala es puntuada según la frecuencia de aparición del síntoma en las dos últimas semanas de la siguiente manera: nunca = 0, algunas veces = 1, bastantes veces = 2, muchas veces = 3. De manera que un mayor puntaje indica un mayor número de síntomas y por tanto una inadecuada salud (Angelucci, 2007).

Para la construcción de la escala se realizó el proceso de validez de contenido y constructo por jueces expertos, además de que, la confiabilidad obtenida fue de 0,866 lo que indica alta consistencia interna, todos los ítems

correlacionan positivamente y con correlaciones mayores a 0,25 con el puntaje total, a excepción del ítem 17 que presenta una correlación de 0,24. Se realizó también, un análisis de componente principal con un autovalor de 1,5 y se obtuvo un factor. Éste factor presenta un autovalor de 6,20 y explica el 23,84% de la varianza total (Angelucci, 2007).

En una investigación realizada por Blanco y La rosa (2009) con el fin de evaluar la influencia de la salud psicológica, salud física, estilo de vida saludable, turno laboral, antigüedad laboral, tipo de institución, sexo y edad sobre la satisfacción laboral en profesionales de enfermería. Emplearon el cuestionario de Salud física de Angelucci (2007), el cual presentó una alta confiabilidad (alpha de cronbach de 0,90); con lo cual, esta escala se mide de forma consistente el reporte de los síntomas físicos y quejas somáticas que reportan los sujetos, específicamente en esta población venezolana.

Al realizar el análisis factorial de componente principal para el cuestionario de Salud Física, se encontró un solo factor que explica el 36,62% de la varianza total, utilizando un autovalor de 2, por lo cual dicho instrumento puede considerarse unidimensional (Blanco y La rosa, 2009).

3. *Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) (Anexo A):*

El cuestionario de Salud General (GHQ-28) fue elaborado por Goldberg en 1972, como un instrumento de auto-reporte para evaluar la situación actual del individuo con respecto al estado general de salud psicológica (Werneke, Goldberg, Yalcin y Ustun, 2000; cp., Gibbons, Flores y Mónico, 2004). Este instrumento se caracteriza por ser breve, de fácil administración y es aceptado por los participantes.

Examina el funcionamiento en dos áreas principales, primero la habilidad para llevar a cabo sus actividades saludables usuales, y segundo el reciente desarrollo de síntomas subjetivos de estrés psicológico. Son cuatro escalas

que consisten en siete ítems cada una, las cuales son, Depresión severa, Ansiedad e insomnio, Somatización y Disfunción Social (Gibbons, Flores y Mónico, 2004). Las opciones de respuesta son presentadas por medio de una escala tipo Likert de cuatro opciones, donde 1 es ¨no en absoluto¨ hasta 4 es ¨mucho mas de los habitual¨. La puntuación total se calcula sumando las respuestas a cada ítem, siendo un mayor puntaje reflejo de mayores problemas de salud (Molina y Andrade, 2002).

Estos autores, Gibbons, Flores y Mónico, (2004) realizaron un estudio con el fin de evaluar la estructura factorial del GHQ-28 en estudiantes universitarios salvadoreños y comparar los factores emergentes con los identificados previamente. Así mismo quisieron comprobar la confiabilidad test-retest y la consistencia interna del instrumento en esta población.

Se le administró a 710 estudiantes (edad media de 22,4 años y compuesta por un 52% de mujeres), el GHQ-28 en español (Muñoz, Vazquez, Pastrana, Rodríguez y Oneca, 1978; cp. Gibbons, Flores y Mónico, 2004) 45 participantes repitieron el GHQ-28 entre dos y seis meses después para calcular la confianza test retest. Se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los datos de toda la escala obteniendo cuatro factores como solución que explican el 54% de la varianza total escogidos con un autovalor de 0,40 (Gibbons, Flores y Mónico, 2004).

Todos los ítems cargaron en su factor original, aunque algunos cargaron también en otra subescala, lo que da cuenta de la relación entre los factores, puede deberse a que toda la escala mide salud psicológica. Las subescalas que presentan valores mas altos en las correlaciones de Pearson son Ansiedad e insomnio y Somatización (0,70). En cuanto a la confiabilidad, medida a través del test-retest el valor de Kappa fue de 0,74 ($p<0,001$) obteniéndose un 88% de correspondencia entre las dos aplicaciones del instrumento. El alpha de Cronbach para la escala global fue de 0,86; y para el restos de las subescalas fueron los siguientes: Somatización (0,81), Ansiedad e insomnio (0,86), Depresión severa (0,87) y Disfunción social (0,79). La consistencia interna del instrumento, se estimó calculando el coeficiente de Pearson entre la

escala global y cada subescala, a saber, Somatización (0,74), Ansiedad e insomnio (0,87), Depresión severa (0,71) y Disfunción social (0,67) (Gibbons, Flores y Mónico, 2004).

En una investigación realizada por Blanco y La rosa (2009) con el fin de evaluar la influencia de la salud psicológica, salud física, estilo de vida saludable, turno laboral, antigüedad laboral, tipo de institución, sexo y edad sobre la satisfacción laboral en profesionales de enfermería. Aplicaron el GHQ-28 a una muestra de 300 profesionales de enfermería, este obtuvo una alta consistencia interna (alpha de cronbach de 0,87).

Se efectuó el análisis de componentes principales con un autovalor de 2, hallándose tres factores que explicaron el 47,14% de la varianza. El primer factor, explicó el 21,76% de la varianza; el segundo explicó el 13,98% de la varianza y el tercer factor explicó el 11,39%.

Por medio de la rotación Varimax y una carga factorial igual o mayor a 0,35 como criterio de inclusión de los ítems dentro de los factores, se encontró que los ítems pertenecientes al primer factor fueron 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 16; los que constituyen al segundo factor fueron los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, y los que conforman el tercer factor fueron los reactivos 15, 16, 17, 18, 19, 20, y 21. El primer factor recibió el nombre de Ansiedad, insomnio y síntomas somáticos; el segundo depresión y el tercero disfunción social.

4. Escala de Estilo de Vida Saludable (Anexo A)

La versión original del cuestionario fue diseñada por Arrivillaga y Salazar (2002; cp. Arrivillaga y Salazar, 2003), y utilizado por Blanco y la Rosa, (2009), así como por Angelucci y Cañoto (2010). El cuestionario está compuesto por 116 ítems cuya finalidad es medir seis dimensiones del estilo de vida, a saber: (a) condición, actividad física y deporte, esta dimensión se

conforma por los ítems que van del 1 al 6 y del 70 al 74, (b) recreación y manejo del tiempo libre, conformada por los ítems que van del 7 al 11 y del 75 al 78, (c) auto-cuidado y cuidado médico, representado por los ítems del 12 al 32 y del 79 al 91, (d) hábitos alimentarios, compuesto por los ítems que van del 33 al 49 y del 92 al 98, (e) consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conformada por los ítems del 50 al 59 y del 99 al 109 (f) sueño, compuesta por los ítems del 60 al 69 y del 110 al 116; valorándose los puntos como positivos o negativos según su influencia en el estilo de vida.

Las opciones de respuesta del cuestionario se presentan por medio de una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde “nunca” hasta siempre (del 0 al 3 respectivamente). Para cada apartado del cuestionario se establecieron las siguientes escalas de clasificación, en cuanto a las prácticas, estas se dividen en: Muy Saludables (MS), Saludables (S), Poco Saludables (PS), y No Saludables (NS); por su parte, las creencias se clafisifican según su grado de presencia en cuando a la favorabilidad en: Muy altas (MA), Altas (A), Bajas (B) y Muy Bajas (MB) (Arrivillaga et al., 2003).

En la investigación de Arrivillaga et al. (2003) se realizó una validación del contenido del instrumento, solicitando a jueces expertos en el campo de la Psicología Clínica y de la Salud que evaluaran la pertinencia, suficiencia y redacción de dicho cuestionario. Posteriormente, aplicaron el instrumento a una muestra piloto compuesta por 30 Jóvenes universitarios donde el 57% eran hombres y el 43% mujeres con edades comprendidas entre los 16 y 55 años. Cabe destacar que durante este proceso se eliminaron los ítems relacionados con las creencias, quedando constituido el instrumento por 69 ítems.

Por su parte, Blanco y La Rosa (2009) validaron igualmente el contenido de la versión preliminar del cuestionario a través de la ayuda de jueces expertos, determinando que el lenguaje empleado en los ítems era adecuado para su muestra, además se eliminaron ocho ítems, obteniendo como resultado un instrumento de 61 reactivos en total. Estas mismas autoras llevaron a cabo un estudio piloto para evaluar la confiabilidad y validez de

dicha escala, utilizando una muestra de 184 sujetos profesionales de la enfermería de la Universidad Central de Venezuela con edades comprendidas entre 20 y 54 años, de sexo femenino (154) y masculino (30).

El indicador de consistencia interna obtenido a partir del estudio piloto de Blanco y La Rosa (2009) permite afirmar que el instrumento posee una alta confiabilidad (alfa de Cronbach= 0,833). En cuanto a la validez del mismo, los resultados del análisis factorial de componente principal (con rotación Varimax, un autovalor de 2 y carga factorial de 0,35), evidencian que la estructura que subyace a la escala es de seis factores, los cuales explican el 43% de la varianza total (Blanco y La Rosa, 2009). Dichos factores, con los ítems que la conforman son: (a) consumo de sustancias nocivas y alimentos poco saludables, baja calidad del sueño; ítems 20, 24, 31, 32, 38, 40, 44, 46, 48, 50, 52, 53, 57, 58, 60 y 61, (b) conductas de autocuidado; ítems 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 41 y 43, (c) alimentación poco balanceada, ítems 30, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 44, 45, 53 y 55, (d) descanso, actividades físicas y recreativas y medidas de autocuidado, ítems 4, 6, 8, 9, 10, 19, 23, 56 y 60. (e) práctica de actividades físicas y cuidados médicos, ítems 1, 4, 5, 7, 13 y 18, (f) conductas alimentarias saludables y patrones de sueño adecuados: ítems 26, 34, 36, 47, 49, 51 y 54.

De la escala definitiva Blanco y De la Rosa (2009) eliminaron los ítems 11, 49 y 59 por no poseer carga factorial y porque existía una baja correlación inversa entre éstos ítems con los del resto del cuestionario, con lo que, la versión final del instrumento finalmente se conforma por 58 reactivos. Además dichas autoras modificaron la redacción de los ítems 35, 50 y 54. Seguidamente, Blanco y de la Rosa aplicaron el instrumento a profesionales de la enfermería y obtuvieron indicadores de alta consistencia interna (Alfa de Cronbach= 0,85), lo que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio piloto antes mencionado.

Otra investigación que da cuenta de la confiabilidad y validez del instrumento fue realizada por Angelucci y Cañoto (2010), donde utilizaron una muestra de 364 estudiantes universitarios venezolanos (con edades comprendidas entre 14 y 43 años), y obtuvieron un índice de consistencia

interna alto (Alfa de Cronbach= 0,81) muy parecido al encontrado por Blanco y De la Rosa.

Para el presente estudio se emplearan las dimensiones halladas en la investigación de Angelucci y Cañoto (2010), las cuales son: (a) alimentación nociva compuesta por los ítems 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 43, 44 y 52, (b) actividad física conformada por los ítems 1, 4, 5, 7 y 22, (c) conductas preventivas/autocuidado compuesta por los ítems 9, 10, 13, 16, 25, 26 y 27, (d) sueño conformado por los ítems2, 53, 54, 55, 56, 57 y 59 (e) no consumo de drogas, donde cargan los ítems 23, 24, 45, 46, 47, 48, 49 y 50 y (f) chequeo médico, que cuenta con los ítems 11, 12, 15, 17 y 21.

A partir de los indicadores mencionados anteriormente, se puede afirmar que el instrumento cuenta con el respaldo psicométrico suficiente en la población venezolana y por tanto se considera pertinente su uso en el presente trabajo de investigación.

5. Peso y estatura

Para obtener la medida del peso de los sujetos se usó una báscula marca TANTA modelo BF 64 9W y para la talla se empleó un tallímetro marca SACO cuya medida máxima era de 2,10 metros.

6. Cuestionario de la Figura Corporal (Anexo B)

Guzman, (2007, cp. Pereira y Verdura, 2008) realiza una versión del Cuestionario de la Figura Corporal adaptada a la población venezolana, la cual posee 30 ítems referentes a la autoimagen que se evalúa mediante una escala de frecuencia de seis puntos que va desde ¨Nunca¨ hasta ¨Siempre¨. Para la validez del constructo, este autor realizó un análisis factorial de componentes

principales con rotación Varimax, estableciendo como criterio de extracción de factores los autovalores mayores a 1,5 resultando un factor principal.

Así mismo, el gráfico de sedimentación de Cattel mostró una estructura unifactorial, explicando un 65,71% de la varianza total, agrupando los ítems en el factor insatisfacción con imagen corporal. Según Guzman (2007, Pereira y Verdura, 2008), esto es teóricamente pertinente ya que los autores del cuestionario definen el constructo unidimensionalmente; lo cual le aporta validez de constructo adecuada a la escala. En lo que respecta a la confiabilidad de dicha adaptación, se obtuvo un coeficiente de alpha de Cronbach de 0,981, lo cual indica una alta homogeneidad entre los ítems y consistencia interna.

En una investigación realizada por Pereira y Verdura (2008), con el fin de estudiar la influencia de la autoestima, insatisfacción con imagen corporal, el IMC, sexo y edad sobre las conductas de riesgo asociadas a la anorexia nerviosa de tipo restrictiva (ANR) en adolescentes estudiantes entre 13 y 18 años. Se empleó este cuestionario, donde las autoras verificaron la confiabilidad del cuestionario y luego realizaron un análisis factorial para evaluar la validez del mismo.

La confiabilidad obtenida con el coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0,94, lo cual indica una alta confiabilidad del instrumento. Así mismo se obtuvo una alta consistencia interna en el cuestionario (desde 0,125 a 0,752). En cuanto a la validez, el análisis de componentes principales con rotación Varimax (autovalor mínimo de 1,5) arrojó una estructura factorial de dos factores; donde el factor 1 explica 32,5% de la varianza total, y el factor 2, el 14,69%. Ambos factores explican el 47,19% de la varianza total.

Para describir a cada uno de los factores emplearon una carga factorial mayor de 0,30 a partir de la cual el factor 1 quedó compuesto por los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 29 y 30. Este se refiere al grado de insatisfacción que la persona reporta con respecto a la percepción que se tiene de su propia figura, y por tanto se le denominó ¨percepción de la figura corporal ¨. El factor 2 se compuso por los ítems: 6, 7,

9, 15, 17 , 22, 23, 24, 27 y 28. Este se refiere a la sensación de malestar emocional significativo con respecto a la propia figura corporal y se denominó ¨malestar asociado a la figura¨.

Otro estudio que también empleó el Cuestionario de la Figura Corporal fue el realizado por Cruz (2010) donde se pretendía estudiar la influencia de la lactancia materna, la depresión, la variación de peso después del embarazo, el estilo de vida y el IMC previo al embarazo sobre la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres en período de postparto. Se encontró un alto índice de consistencia interna (alpha de Cronbach de 0,90); además se evidenció que los ítems correlacionaron de forma alta y positiva con el test, a excepción del ítem 23.

PROCEDIMIENTO

Para dar respuesta al problema de investigación, los participantes acudieron de forma voluntaria a un laboratorio dotado con los instrumentos necesarios para tomar las medidas precisas en primer lugar de la talla y el peso. De la misma manera, luego de pesar y medir a los jóvenes, se les presentaron los instrumentos con sus respectivas instrucciones y se aguardó mientras los contestaban. Este procedimiento se hizo en el mismo orden para todos los participantes.

Luego de obtener los resultados por parte de los estudiantes, se cargaron en una base de datos, y por medio de técnicas estadísticas, aplicadas mediante el programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) se determinaron la confiabilidad y estructura factorial de las diferentes escalas.

Utilizando ésta base de datos, en el programa SPSS, se realizaron análisis considerando variables tales como, sexo y nivel socio-económico. Al realizar los análisis estadísticos pertinentes al estudio, se computó a su vez, el análisis de los resultados en función de la evidencia teórica y empírica disponible, para así finalmente dar respuesta al problema de investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Se calculó en primer lugar el Alfa de Cronbach o consistencia interna, como indicador de la confiabilidad de los instrumentos (Cuestionario de la Figura Corporal, Escala de Estilo de Vida Saludable, Escala de Salud Física Percibida y Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28), además se realizó un análisis factorial de componentes principales, para evaluar la estructura subyacente a las escalas. Para las escalas de Figura Corporal y Estilo de Vida Saludable se evaluaron las dimensiones o componentes que resultaron del análisis. Las dimensiones o componentes de cada variable resultante en dicho análisis fueron incluidas en los modelos de regresión múltiple posterior. Luego se calcularon los estadísticos descriptivos: media, mediana, desviación típica, varianza, asimetría, coeficiente de covariación y curtosis de todas las variables contenidas en el modelo, exceptuando sexo con la cual sólo se calculó frecuencia y porcentaje, para determinar cómo se comporta en la muestra.

Aunado a esto con el propósito de evaluar cómo influyen el sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida, figura corporal, síntomas físicos y síntomas psicológicos sobre el índice de masa corporal de estudiantes universitarios y cómo se relacionan estas variables entre sí, se elaboró un análisis de ruta, verificando el cumplimiento de los supuestos del análisis de regresión que son, relaciones aditivas entre las variables, no correlación de los errores, normalidad de las variables, el error debe ser mínimo, y la no multicolinaridad. Posteriormente, se realizó el cálculo de 4 ecuaciones de regresión de las variables endógenas, para determinar la relación causa-efecto entre éstas, descritas en el modelo de ruta.

Adicionalmente, se estimaron los coeficientes F, R, y R^2 para determinar los efectos significativos, las correlaciones entre las variables y el porcentaje de varianza que la variables predictoras explican de las predichas. Para determinar el aporte de cada una de las variables el coeficiente β. Éstos

cálculos se llevaron a cabo empleando el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS.

En relación a la estructura de la base de datos, ésta se diseñó de la siguiente manera; en la primera columna ubicada de izquierda a derecha, se colocaron los sujetos, específicamente, en la columna siguiente se ubicará la variable sexo, donde 1 es el asignado al sexo masculino (M) y 2 al sexo femenino (F), en la tercera fila se ubicó la variable NSE y en cada fila se colocó 1 (baja), (2) media baja (3) media, (4) media alta (5) alta correspondiente a cada uno de los participantes; posteriormente por cada instrumento administrado se crearon tantas columnas como ítems contiene cada escala, de esta forma para la escala que pretende medir la percepción de la Figura Corporal se crearon 30 columnas, en el caso de la escala de Estilo de Vida Saludable se crearon 60 columnas, en la Escala de Síntomas Físicos Percibidos se establecieron 26 columnas, y finalmente la escala que pretende medir Salud Psicológica que es el *Cuestionario de Salud General de Goldberg*, está compuesta por 28 ítems por tanto, se crearon 28 columnas que corresponden con cada uno de los ítems de la misma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del presente trabajo, se tuvieron en cuenta los principios éticos sobre el respeto por los participantes que contribuyeron en la investigación, así como también, por la responsabilidad y competencia necesarias al tratar con sujetos humanos (Escuela de Psicología, 2002). El estudio se realizó bajo la estricta supervisión de personas entrenadas y certificadas (Salkind, 1981; cp. Cruz, 2010).

Los participantes asistieron voluntariamente y una vez que acudieron, se les informó acerca de la naturaleza y el propósito de la investigación, pero evitando dar información que pueda distorsionar los resultados (Kerlinger y Lee, 2002). Se les garantizó la confiabilidad, es decir, no se solicitó ni divulgó ningún dato que permita identificarlos, de la misma manera, también se

garantizó la responsabilidad y el trato ético de la información proporcionada por los participantes, dándoles a conocer acerca de la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo deseen e informarles que esto no acarreará consecuencias negativas en sus vidas (Kerlinger y Lee, 2002).

Por último, toda la información recopilada, así como el análisis y reporte de los resultados, se hizo conforme a los propósitos de la investigación y al finalizar la misma, se realizó un informe que se otorga a la UCAB Caracas con el fin de darles a conocer los resultandos tanto a la institución como a los participantes. (Kerlinger y Lee, 2002, Escuela de Psicología, 2002).

ANÁLISIS DE DATOS

En el presente trabajo de investigación la muestra definitiva estuvo compuesta por 312 sujetos con edades comprendidas entre 17 y 30 años cuya media fue de 19,9 años con una desviación de 2,26; de los cuales 156 eran mujeres y 156 hombres. En cuanto a la talla la media de la muestra fue de 1,69 mts con una desviación típica de 0,1mts (hombres 1,75 mts y mujeres 1,62

mts); y para el peso la media de los sujetos fue de 66,23 kg (S=17,05), siendo la de los hombre 73,19kg y para las mujeres 59,27 kg.

Para la variable NSE los resultados se distribuyeron de la siguiente manera: la clase media obtuvo el mayor porcentaje de 38,9 del total de la muestra, seguido por la clase media baja que obtuvo un 30,1%, mientras que la clase alta presentó un porcentaje de 1,3% y finalmente la clase baja se representó en el 13,7% de la muestra total. Lo que da cuenta de una distribución normal de esta variable.

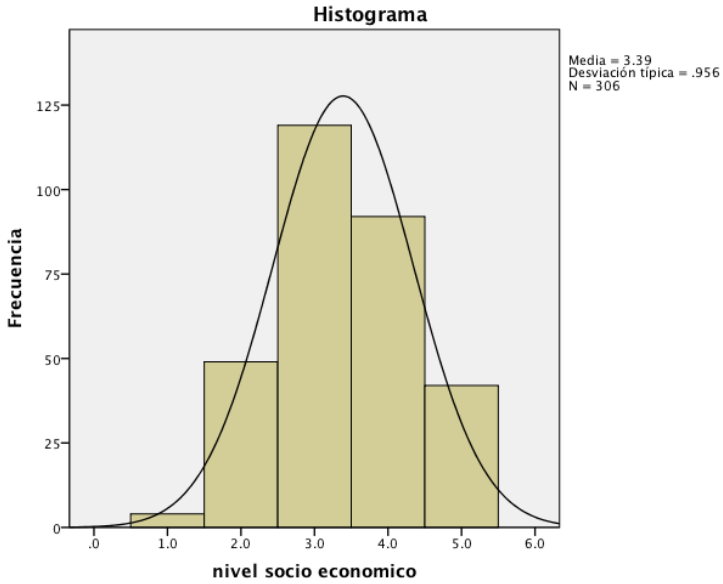

Figura 2 .Distribución del NSE en la muestra.

Para cada una de las variables del estudio se realizó un análisis estadístico descriptivo con el objeto de conocer el comportamiento de la distribución de los resultados. Posteriormente se realizaron los análisis de regresión múltiples pertinentes para obtener el modelo de ruta resultante en función del modelo planteado.

Análisis descriptivo de la variable IMC:

En cuanto al índice de masa corporal los sujetos obtuvieron una media de 23,05 (S=5,09). La media del IMC para las mujeres fue de 22,49 (S=5,34) y

para los hombres 23,07 (S=4,79), lo cual indica que en general los sujetos que conformaron la muestra presentan un índice dentro de los valores normales.

En principio se esperaba conseguir una muestra equilibrada en cuanto al IMC y el sexo (50 personas por categoría), sin embargo este criterio no se pudo alcanzar ya que las mujeres con sobrepeso evidente no accedían a participar en la investigación, con lo cual esta categoría finalmente estuvo compuesta por 40 mujeres. En cuanto a los hombres con IMC por debajo de lo esperado, tampoco fue posible encontrar la totalidad de participantes debido a la reducida población de los mismos constituyéndose esta finalmente por 26 hombres.

Específicamente el 8,3% (n_1=26) eran hombres por debajo del peso, el 16,02% (n_2=50) eran mujeres por debajo del peso, el 24,68% (n_3=77) fueron hombres de peso normal, el 21,15% (n_4=66) se refiere a mujeres con peso normal. En cuanto al sobrepeso las mujeres ocuparon el 12,82% (n_5=40) y los hombres el 16,99% (n_6=53).

En lo que se refiere a la distribución de los sujetos de la muestra en la variable IMC se obtuvo una asimetría de 1,25, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la variable IMC se concentran por debajo de la media de la distribución. Así mismo, se obtuvo una kurtosis de 2,07 a partir de los cual se señala que la naturaleza de la distribución es leptocúrtica. Sin embargo, es importante resaltar que no se espera que esta distribución sea simétrica ya que la muestra se escogió intencionalmente, con el fin de alcanzar un criterio de 50 sujetos por categoría de IMC y sexo.

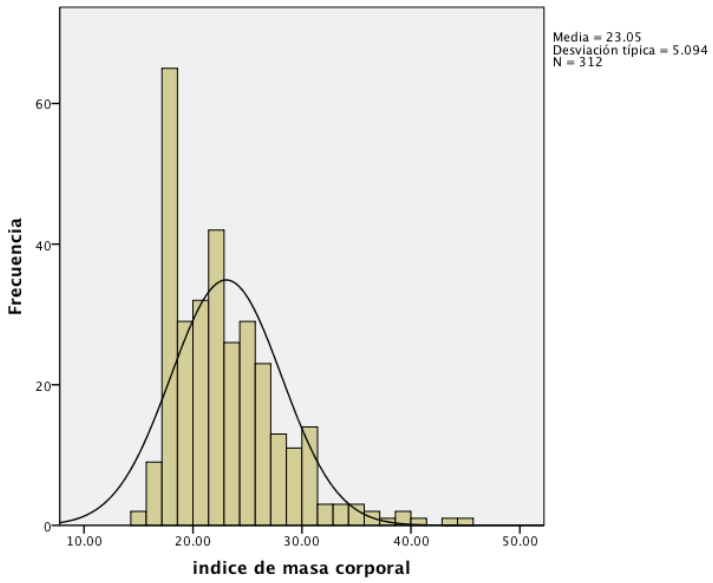

Figura 3. Distribución de los sujetos de la muestra de acuerdo al IMC.

Análisis de la variable Síntomas Físicos

En principio, en lo que se refiere a síntomas físicos, se realizó un análisis de confiabilidad del inventario utilizado en el que se obtuvo un alpha de Croanbach de 0,78. Las correlaciones que se obtuvieron entre los elementos fueron todas positivas y mayores a 0,1 excepto por los ítems 19 (0,69) y 20 (0,82). Sin embargo al eliminarlos de la escala, la confiabilidad solo aumenta a 0,79, con lo cual se puede hablar de una buena consistencia interna. La media de las puntuaciones de los sujetos obtenidas en esta escala fue de 4,69 (S= 3,68) lo que señala que en general los sujetos que componen la muestra presentan un buen nivel de salud física.

Tabla 1. *Correlaciones Escala-ítem*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
sf2	4.1946	11.834	.396	.	.767
sf3	4.5436	12.188	.462	.	.765
sf4	4.3087	12.416	.232	.	.779
sf5	4.6510	12.996	.306	.	.775
sf6	4.4933	12.264	.369	.	.769
sf7	4.3725	12.410	.250	.	.777
sf8	4.6242	12.828	.319	.	.773
sf9	4.5839	12.554	.369	.	.770
sf10	4.6174	12.661	.395	.	.770
sf11	4.6342	12.906	.302	.	.774
sf12	4.4799	12.190	.385	.	.768
sf13	4.4463	12.335	.308	.	.773
sf14	4.5839	12.648	.325	.	.772
sf15	4.5000	12.082	.446	.	.765
sf16	4.6342	12.879	.319	.	.773
sf17	4.5671	12.650	.297	.	.773
sf18	4.5235	12.432	.335	.	.771
sf19	4.6544	13.325	.069	.	.781
sf20	4.4698	13.031	.082	.	.786
sf21	4.1141	12.229	.281	.	.776
sf22	4.5906	12.842	.243	.	.776
sf23	4.6107	12.898	.249	.	.775
sf24	4.6007	12.611	.377	.	.770
sf25	4.6242	13.017	.210	.	.777
sf26	4.6577	13.000	.338	.	.774
sf27	4.4933	12.271	.367	.	.769
Sf1	4.3121	12.047	.346	.	.771

En cuanto a la distribución de las respuestas reportadas por los sujetos, se obtuvo una pendiente leptocúrtica (Ku=1,72) con una asimetría de 1,22 lo que da cuenta de cierta acumulación de puntajes por debajo de la media, es decir en los valores bajos. Esto es indicativo de pocos síntomas físicos reportados por la muestra. El análisis de componentes principales no permitió agrupar los ítems en factores, por lo cual el análisis se llevó a cabo en función de porcentajes de respuesta.

En cuanto a los ítems particulares, el de mayor frecuencia reportado por los estudiantes fue presentar sueño durante el día (57%) seguido por dolor de

cabeza o jaqueca (49,7%), de la misma manera, el 38,1% de los encuestados indicó presentar tos, catarro o gripe, el 37,5% indicó dolor de huesos, articulaciones o espalda y el 31,4% presentó la dificultad para dormir. Entre los demás síntomas físicos reportados se encuentra tener la boca seca (24%), levantarse a orinar por las noches (21,8%), tener manos o pies fríos (21,5%) y llorar con facilidad (19,9). El 19,2% de los estudiantes presenta cansancio sin razón aparente, Igualmente, el 18,6% reporta malestar estomacal, el 16,7% presenta gases, el 14,4% indicó mareos o vahíos, el 12,2% pérdida de apetito, el 10,3% dificultad para respirar o sensación de falta de aire y en la misma proporción (10,3%), sensación de náuseas y ganas de vomitar.

Seguidamente, los estudiantes reportaron con menos frecuencia los siguientes síntomas: zumbido en los oídos (9,3%), hormigueo en los brazos o en las piernas (9%), picazón en el cuerpo (8%), palpitaciones y/o taquicardia (7,1%), debilidad en las piernas (6,7%) problemas en la piel (6,1%). Fue menos habitual el reporte de reporte de dolor u opresión en el pecho (5,1%), diarrea (5,1%), dificultad para controlar la orina (3,2%), tener los tobillos hinchados (3,8%) y presentar sofocos (2,9%).

Análisis de la variable Síntomas Psicológicos

En primer lugar se realizó un análisis de confiabilidad de la escala de síntomas psicológicos utilizada, en el que se obtuvo un coeficiente alpha de Croanbach de 0,82, lo que indica una alta confiabilidad de la escala. Así mismo, se obtuvieron correlaciones entre los elementos y la escala total que oscilaron entre 0,26 (ítem 20) y 0,56 (ítem 26) lo cual indica alta consistencia interna. Excepto por el ítem 15 que cargó negativo (-0,07) y al retirarlo de la escala la confiabilidad aumenta a 0,85. La media de las puntuaciones de los sujetos obtenida en este cuestionario fue de 6,64 (S=4,95) lo que señala que los sujetos que componen la muestra poseen un buen nivel de salud psicológica.

Tabla 2. *Correlaciones Escala-ítem*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sp1	6.2669	22.210	.445	.	.807
sp2	6.4223	22.821	.378	.	.810
sp3	6.3345	21.871	.556	.	.802
sp4	6.3176	22.584	.377	.	.810
sp5	6.0034	22.783	.315	.	.812
sp6	6.3446	22.423	.427	.	.808
sp7	6.4122	23.423	.216	.	.816
sp8	6.2736	22.654	.346	.	.811
sp9	6.3074	22.715	.342	.	.811
sp10	6.3007	21.858	.540	.	.802
sp11	6.3142	22.284	.446	.	.807
sp12	6.5236	23.579	.258	.	.814
sp13	6.3412	21.954	.540	.	.803
sp14	6.3446	22.396	.434	.	.807
sp15	6.2196	24.206	-.065	.	.853
sp16	6.3547	22.460	.424	.	.808
sp17	6.3649	22.931	.315	.	.812
sp18	6.3446	22.450	.421	.	.808
sp19	6.5068	23.342	.314	.	.813
sp20	6.5405	23.707	.237	.	.815
sp21	6.4628	22.751	.437	.	.808
sp22	6.5338	23.294	.372	.	.811
sp23	6.5980	23.875	.302	.	.814
sp24	6.5845	23.878	.253	.	.815
sp25	6.5541	23.658	.277	.	.814
sp26	6.4291	22.171	.559	.	.803
sp27	6.5642	23.460	.379	.	.812
sp28	6.5845	23.667	.353	.	.813

Se realizó el análisis de componentes principales con un autovalor de 1,5, hallándose tres factores que explicaron el 37,58% de la varianza. El primer factor explicó el 16,25% de la varianza; el segundo factor explicó el 10,68% y el tercer factor explicó el 10,65%.

Por medio de la rotación varimax y una carga factorial igual o mayor a 0,30 como criterio de inclusión de los ítems dentro de los factores, se encontró que los ítems pertenecientes al primer factor fueron: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16 y 26; que hace referencia a síntomas de ansiedad. Los ítems que corresponden al factor 2 fueron: 22, 23, 24, 25, 27, y 28; relacionados con depresión. Por último el tercer factor se compone de los ítems: 17, 18, 19, 20, y 21 que dan cuenta de poco/bajo bienestar psicológico.

En lo que se refiere al factor 1 (síntomas de ansiedad), los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 4,83 (S=3,78) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan niveles bajos con respecto a ansiedad. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 0,77, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el factor 1 de ansiedad son inferiores a la media de la distribución. En cuanto a la pendiente de la curva obtenida para ese factor arrojó un valor de -0,43 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es normal, con tendencia a ser platicúrtica, es decir, hay un grado de concentración normal-reducido alrededor de los valores normales del factor 1 de ansiedad. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

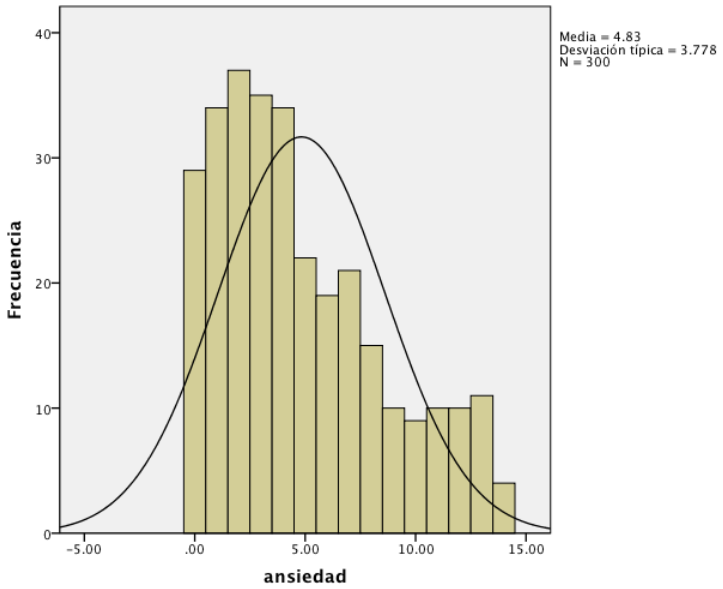

Figura 4. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 1 de la variable síntomas psicológicos.

En lo que se refiere al factor 2 (síntomas depresivos), los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 0,4 (S=3,78) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan niveles muy bajos con respecto a síntomas depresivos. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 3,25, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el factor 2 de depresión son inferiores a la media de la distribución. En cuanto a la pendiente de la curva obtenida para ese factor arrojó un valor de 11,85 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es leptocúrtica, es decir, hay un grado de concentración alrededor de los valores bajos del factor 2 de depresión. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

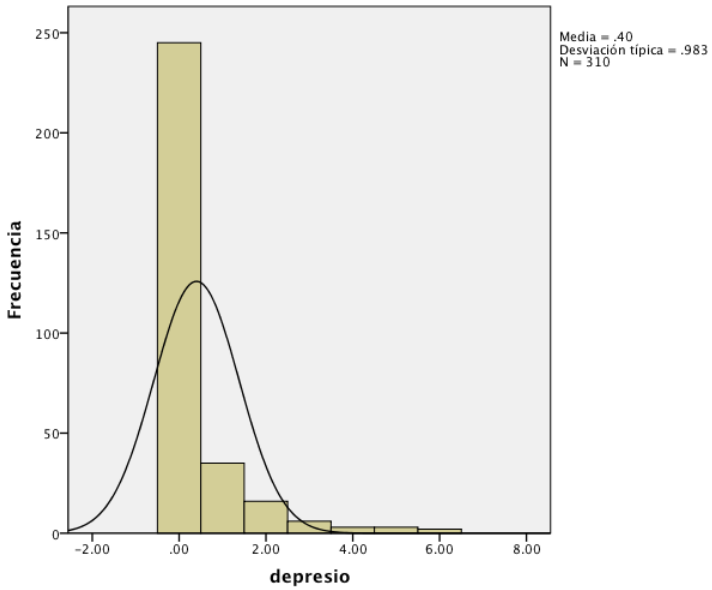

Figura 5. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 2 de la variable síntomas psicológicos.

En cuanto al factor 3 (falta de bienestar psicológico), los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 0,98 (S=1,39) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan niveles muy bajos con respecto a la falta de bienestar psicológico. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 1,48, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el factor 3 de no bienestar psicológico son inferiores a la media de la distribución. En cuanto a la pendiente de la curva obtenida para ese factor se obtuvo un valor de 1,26 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es leptocúrtica, es decir, hay un grado de concentración alrededor de los valores bajos del factor 3 de no bienestar psicológico. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

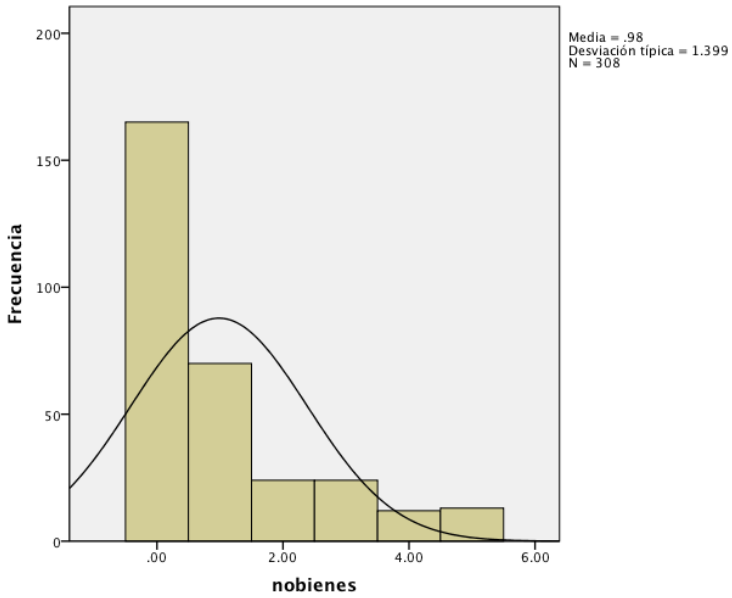

Figura 6. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 3 de la variable síntomas psicológicos.

Análisis de la variable estilo de vida

En lo que respecta a la variable estilo de vida, se realizó principalmente un análisis de confiabilidad del inventario utilizado en el que se obtuvo un alpha de Croanbach de 0,74. Las correlaciones obtenidas entre los elementos fueron todas positivas y mayores a 0 cercanas a 0,1 excepto por los ítem 10 (0,04), ítem 19 (0,02) y el ítem 58 (-0,03), sin embargo al eliminar estos de la escala no aumenta de forma significativa la confiabilidad. La media de las puntuaciones de los sujetos obtenidas en esta escala fue de 34,1 con una desviación estándar de 6,39, lo que refleja las conductas no saludables por parte de la población estudiantil estudiada son moderadas.

Tabla 3. *Correlaciones Item-escala*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ev1	33.4646	39.628	.177	.	.734
ev2	33.7946	39.333	.238	.	.731
ev3	33.4141	39.399	.227	.	.732
ev4	33.5758	39.265	.226	.	.732
ev5	33.9360	40.276	.108	.	.736
ev6	33.8653	39.495	.233	.	.732
ev7	33.6162	40.176	.079	.	.738
ev8	33.2525	40.419	.085	.	.737
ev9	33.1448	40.536	.142	.	.735
ev10	33.1582	40.776	.036	.	.737
ev11	33.5960	39.221	.233	.	.731
ev12	33.5354	39.419	.203	.	.733
ev13	33.5522	39.708	.155	.	.735
ev14	33.5724	39.550	.180	.	.734
ev15	33.8249	39.354	.244	.	.731
ev16	33.3468	39.504	.230	.	.732
ev17	33.7845	38.872	.316	.	.728
ev18	33.8485	40.007	.133	.	.735
ev19	33.1515	40.832	.020	.	.737
ev20	33.5286	39.987	.112	.	.737
ev21	33.9327	40.637	.031	.	.739
ev22	33.6027	38.896	.286	.	.729
ev23	33.2492	39.992	.183	.	.734
ev24	33.4007	39.592	.196	.	.733
ev25	33.2492	39.958	.191	.	.733
ev26	33.2694	40.123	.142	.	.735
ev27	33.3199	39.630	.218	.	.732
ev28	33.4512	39.512	.199	.	.733
ev29	33.9630	39.630	.268	.	.731
ev30	33.5892	40.060	.098	.	.737
ev31	33.5017	39.197	.244	.	.731
ev32	33.8350	39.658	.192	.	.733
ev33	33.2593	39.531	.279	.	.730
ev34	33.6397	38.589	.337	.	.727
ev35	33.5286	40.243	.071	.	.738
ev36	33.9226	40.193	.120	.	.736

ev37	33.5926	39.310	.218	.	.732
ev38	33.9158	39.949	.167	.	.734
ev39	33.7407	40.287	.067	.	.738
ev40	33.5286	39.020	.269	.	.730
ev41	33.4141	39.953	.131	.	.736
ev42	33.3232	40.091	.128	.	.735
ev43	33.8384	39.176	.281	.	.730
ev44	33.9764	39.584	.294	.	.730
ev45	33.2323	39.780	.246	.	.732
ev46	33.7609	39.574	.189	.	.733
ev47	33.3636	39.773	.175	.	.734
ev48	33.2256	40.344	.116	.	.736
ev49	33.1785	40.620	.073	.	.737
ev50	33.3064	39.815	.188	.	.733
ev51	33.3199	39.887	.168	.	.734
ev52	33.4949	38.893	.295	.	.729
ev53	33.4916	39.433	.206	.	.733
ev54	33.8013	39.579	.197	.	.733
ev55	33.5758	39.373	.208	.	.732
ev56	33.4377	39.321	.234	.	.731
ev57	33.4377	39.531	.198	.	.733
ev58	33.7138	40.867	-.028	.	.743
ev59	33.6667	39.230	.234	.	.731
ev60	33.1448	40.719	.069	.	.737

Así mismo, se realizó un análisis factorial para evaluar la validez del inventario, donde el análisis de componentes principales con rotación varimax y un autovalor mínimo de 2 arrojó una estructura factorial de cinco componentes o factores, donde el factor 1 explica el 5,68% de la varianza total, el factor 2 explica el 5,13%, el factor 3 explica un 5,1%, el factor 4 un 4,61% y el factor 5 un 4,47 de la varianza. Todos los factores explican el 24,99 de la varianza total.

Tabla 4. *Matriz de Componentes Rotados*

Matriz de componentes rotados[a]

	Componente				
	1	2	3	4	5
estilo de vida		.781	.114		
ev2	.129	.313	.417		-.188
ev3		.203	.381	.194	-.199
ev4		.784	.133		
ev5		.405			
ev6		.652			.196
ev7	-.158	.707			
ev8	-.237	-.273	.408	.122	.149
ev9		-.181	.347		.170
ev10	-.194	-.225	.295		.101
ev11			.308		.283
ev12			.170		.593
ev13	.139	-.103		.279	
ev14	.208	-.166	.112	.217	
ev15	.176				.475
ev16			.157	.259	.362
ev17	.188	.142		.159	.543
ev18	.337		.210	-.151	-.165
ev19				.401	-.386
ev20		.119		.110	.303
ev21	-.101				.428
ev22	.113	.331	.293		.127
ev23	.153			.271	.252
ev24	.246	-.123		.237	.131
ev25			.134	.306	.112
ev26	.141		.158		
ev27	.176			.126	.247
ev28		.156	.307		
ev29	.396			.124	
ev30	.238		.182		-.234
ev31	.572				.120
ev32	.467				-.121
ev33	.167	.111	.290	.138	.124
ev34	.432		.144	.166	.130
ev35	.102				.185
ev36	.513			-.134	-.145
ev37	.275			.128	.210

ev38	.518		-.196		.142
ev39	.366		-.214	.109	
ev40	.351		.310		-.150
ev41			.282	.151	-.144
ev42	.150		.171	.126	-.205
ev43	.523				
ev44	.514	.127			.186
ev45				.477	
ev46				.371	.149
ev47	.170	-.103	-.151	.327	.343
ev48			-.122	.510	.108
ev49	-.115		-.180	.596	
ev50				.545	
ev51	.137			.327	
ev52	.518			.105	.302
ev53			.593	-.108	
ev54	.188	-.141	.412		
ev55	-.101		.573		
ev56			.291	.287	
ev57		.169	.283	.261	-.188
ev58	-.182	-.104	.208		
ev59		.171	.547		
ev60		.138		.415	-.310

Para describir a cada uno de los factores se empleó una carga factorial mayor a 0,30 a partir de la cual el factor 1 quedó compuesto por los ítems: 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 40, 43, 44, 52, el cual se refiere a alimentación. El factor 2 se compuso de los ítems: 1, 4, 5, 6 y 7, este se refiere a la actividad física. El factor 3 se compuso por los ítems: 2, 3, 8, 53, 55, 58 y 59, con respecto a los hábitos de sueño. El factor 4 contiene los ítems: 19, 45, 46, 48, 49, 50 y 60, llamado uso de drogas. El factor 5 se compone de los ítems: 12, 15, 16, 17 y 21 que se refiere al chequeo médico.

En cuanto al factor 1, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 4,13 (S=2,36) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan conductas no saludables en cuanto a la alimentación tales como: no tomar entre 4 y 8 vasos de agua al día, consumir alimentos salados, agregarle azúcar a las bebidas, consumir más de 4 gaseosas a la semana, no limitar el consumo de alimentos con alto contenido de grasa, comer golosinas, carnes rojas,

embutidos y productos ahumados. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 0,41, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son inferiores a la media de la distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de -.30 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es platicúrtica, por ende, los puntajes obtenidos por los sujetos se distribuyen alrededor de los valores bajos del factor 1 de conductas no saludables en cuanto a su alimentación. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

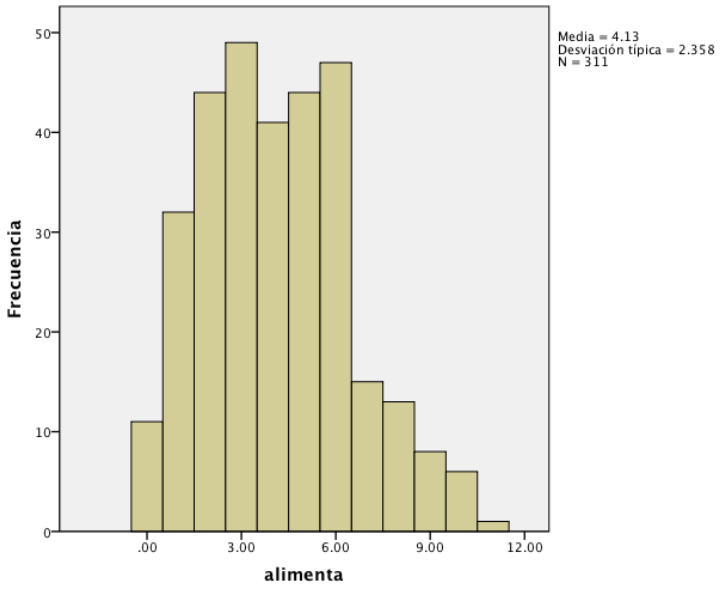

Figura 7. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 1 de alimentación de la variable estilo de vida.

En cuanto al factor 2, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 2,08 (S=1,65) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan poca frecuencia de actividad física, como por ejemplo: hacer ejercicio, caminar trotar o jugar algún deporte, realizar ejercicios que le ayuden a tener un adecuado funcionamiento cardíaco, o a estar tranquilo (taichí, yoga, kung fu, danza, meditación), participar en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión o practicar actividades físicas por recreación. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 0,08, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son inferiores a la media de la

distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de -1,29 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es platicúrtica, por ende, los puntajes obtenidos por los sujetos se distribuyen alrededor de todos los valores del factor 2 de ejercicio físico. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

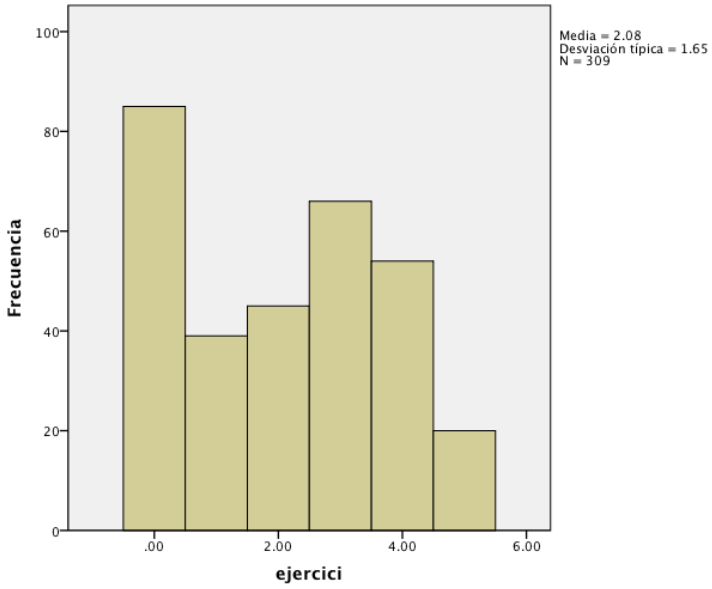

Figura 8. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 2 de ejercicio físico de la variable estilo de vida.

En cuanto al factor 3, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 3,74 (S=1,79) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra realizan conductas saludables con respeto a los hábitos para dormir, tales como: dormir menos de siete horas, no hacer siesta, mantenerse con sueño durante el día, terminar el día sin vitalidad e incluir momentos de descanso en la vida diaria. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría negativa de -0,15, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son superiores a la media de la distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de -0,96 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho

factor es platicurtica, por ende, los puntajes obtenidos por los sujetos se distribuyen alrededor de todos los valores bajos del factor 3 relacionado con hábitos en el sueño. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

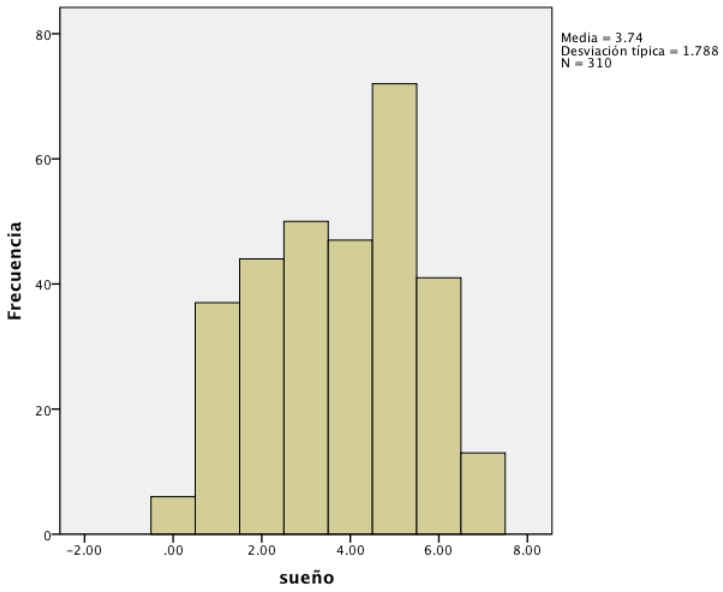

Figura 9. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 3 sueño de la variable estilo de vida.

En cuanto al factor 4, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 5,73 (S=1,21) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan estilos de vida bastante saludables con respeto al uso de drogas, es decir, son personas que no fuman más de dos cigarrillos al día, prohíben que fume fumen en su presencia, cuando beben pueden reconocer el momento cuando parar, no consumen drogas, dicen NO a todo tipo de drogas, no usan pastillas para dormir y no consumen medicamentos sin prescripción médica. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría negativa de -1,22, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son superiores a la media de la distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de 1,61 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es leptocurtica, por ende, los puntajes obtenidos por los sujetos se distribuyen en los valores altos del factor 4 relacionado con el uso de drogas,

predominando los valores por encima de la media. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

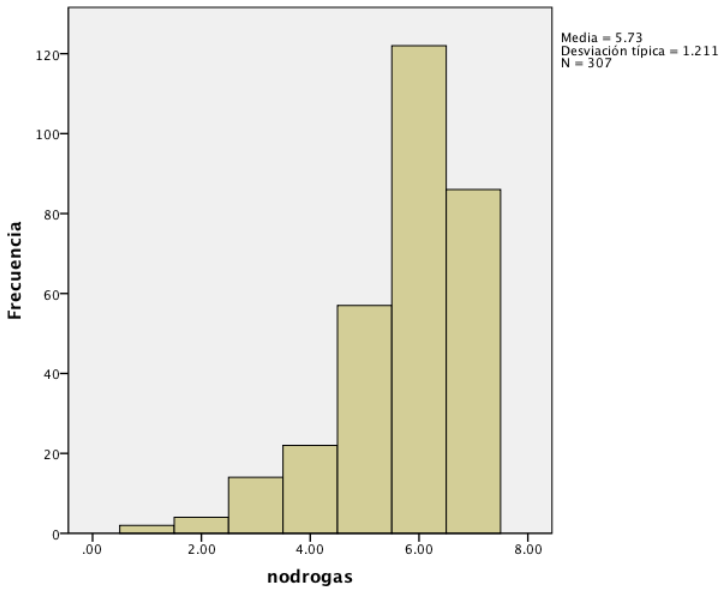

Figura 10. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 4 (uso de drogas) de la variable estilo de vida.

En cuanto al factor 5, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 2,11 (S=1,36) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra no han asistido a chequeo médico en los últimos 6 meses y no leen ni siguen las instrucciones cuando utilizan algún medicamento. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 0,31, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son inferiores a la media de la distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de -0,74 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es platicurtica, por ende, los puntajes obtenidos por los sujetos se distribuyen alrededor de todos los valores bajos del factor 5 relacionado con el chequeo médico. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

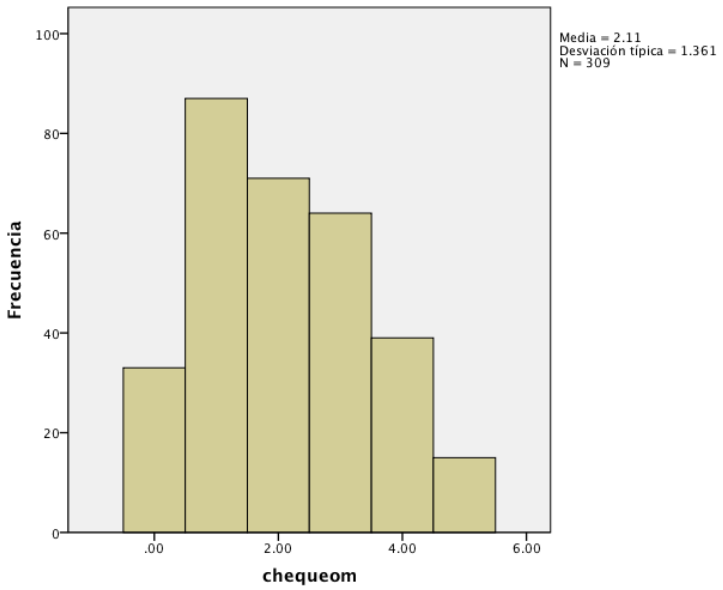

Figura 11. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 5 sobre el chequeo médico de la variable estilo de vida.

Análisis de la variable figura corporal

En lo que respecta a la variable figura corporal, se realizó un análisis de confiabilidad del inventario utilizado en el que se obtuvo un alpha de Croanbach de 0,96. Igualmente se obtuvieron correlaciones entre los elementos desde 0,35 (ítem 23) hasta 0,79 (ítem 12) lo que indica una alta consistencia interna de la escala. La media de las puntuaciones de los sujetos obtenidas en esta escala fue de 20,06 (S= 22,86) lo que señala que en general los sujetos que componen la muestra presentan adecuada satisfacción con su cuerpo.

Tabla 5. *Correlaciones Item-escala*

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Fc1	19.2715	492.854	.569	.532	.956
fc2	18.6873	471.892	.641	.576	.956
fc3	18.6048	469.564	.708	.645	.955
fc4	19.1478	481.954	.711	.581	.955
fc5	19.2027	480.817	.696	.660	.955
fc6	19.9003	506.966	.573	.614	.956
fc7	19.8694	507.286	.452	.467	.956
fc8	19.2955	480.940	.727	.639	.954
fc9	19.7766	498.760	.652	.644	.955
fc10	19.1203	483.210	.696	.660	.955
fc11	19.7285	497.640	.649	.666	.955
fc12	19.4845	482.885	.795	.737	.954
fc13	19.4674	483.002	.698	.653	.955
fc14	19.4433	480.696	.789	.759	.954
fc15	19.8900	508.250	.489	.563	.956
fc16	19.6392	491.280	.734	.690	.955
fc17	19.3574	482.789	.743	.751	.954
fc18	19.1271	476.629	.742	.714	.954
fc19	19.2749	485.579	.601	.506	.956
fc20	19.2921	480.711	.670	.670	.955
fc21	19.2646	477.650	.780	.743	.954
fc22	19.8282	503.060	.546	.584	.956
fc23	19.9897	516.790	.346	.395	.957
fc24	19.8488	502.405	.625	.664	.956
fc25	19.3677	480.806	.773	.737	.954
fc26	19.2371	491.030	.553	.429	.956
fc27	19.3918	484.267	.672	.643	.955
fc28	19.9210	508.487	.472	.588	.956
fc29	19.1856	486.331	.655	.610	.955
fc30	18.1787	472.485	.655	.598	.955

Así mismo, se realizó un análisis factorial para evaluar la validez del inventario, donde el análisis de componentes principales con rotación varimax y un autovalor mínimo de 1,5 arrojó una estructura factorial de dos componentes

o factores, donde el factor 1 explica el 32,19 de la varianza total y el factor 21,89 de la varianza. Todos los factores explican el 54,09 de la varianza total.

Para describir a cada uno de los factores se empleó una carga factorial mayor a 0,30 a partir de la cual el factor 1 quedó compuesto por los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 29 y 30 el cual se refiere al grado de insatisfacción que la persona reporta con respecto a la percepción que se tiene de su propia figura, y por tanto se le denominó “percepción de la figura corporal”. El factor 2 se compuso de los ítems: 6, 7, 9, 11, 13, 15, 22, 23, 24, 27 y 28. Este se refiere a la sensación de malestar emocional significativo con respecto a la propia figura corporal y se le denominó “malestar asociado a la figura corporal”.

Tabla 6. *Matriz de Componentes Rotados del Inventario de Figura Corporal*

Matriz de componentes rotados[a]

	Componente	
	1	2
fc18	.774	
fc30	.754	
fc3	.748	
fc2	.724	
fc20	.722	
fc8	.715	
fc17	.701	.341
fc29	.700	
fc25	.695	.400
fc21	.688	.415
fc12	.679	.463
Fc1	.666	
fc14	.640	.501
fc4	.630	.381
fc5	.628	.362
fc10	.617	.390
fc27	.544	.448
fc19	.541	.320
fc26	.457	.359
fc6		.750

fc28		.735
fc24	.343	.666
fc9	.391	.637
fc15		.634
fc7		.623
fc22		.617
fc11	.418	.604
fc13	.470	.600
fc23		.592
fc16	.536	.574

En cuanto al factor 1, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 17,02 (S=17,87) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan niveles muy bajos de insatisfacción respecto a la percepción que tienen de su figura corporal. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 1,55, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son inferiores a la media de la distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de 2,54 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es leptocúrtica, por ende, hay un elevado grado de concentración de los puntajes obtenidos por los sujetos alrededor de los valores bajos del factor 1 de percepción de la figura corporal. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

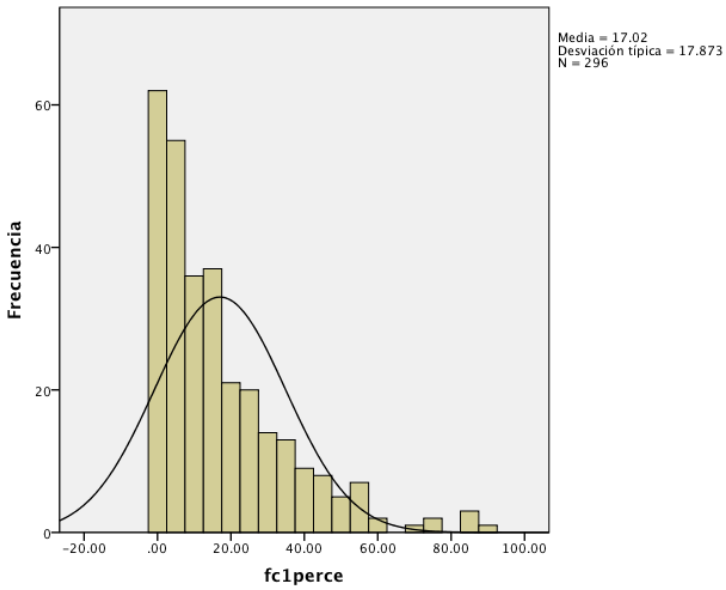

Figura 12. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 1 de la variable figura corporal.

En cuanto al factor 2, los sujetos de la muestra obtuvieron una media de 3,21 (S=6,01) lo cual indica que en general los sujetos de la muestra presentan niveles muy bajos de malestar respecto asociado a la figura corporal. Además al analizar los indicadores de la distribución de los sujetos de la muestra en este factor se obtuvo una asimetría positiva de 3,55, lo cual indica que las puntuaciones obtenidas por los sujetos son inferiores a la media de la distribución. En relación a la naturaleza de la distribución, se obtuvo una Curtosis de 15,6 lo que señala que la distribución de los puntajes para dicho factor es leptocúrtica, por ende, hay un elevado grado de concentración de los puntajes obtenidos por los sujetos alrededor de los valores bajos del factor 2 de malestar asociado a la figura corporal. A continuación se muestra la distribución de los sujetos de la muestra en dicho factor:

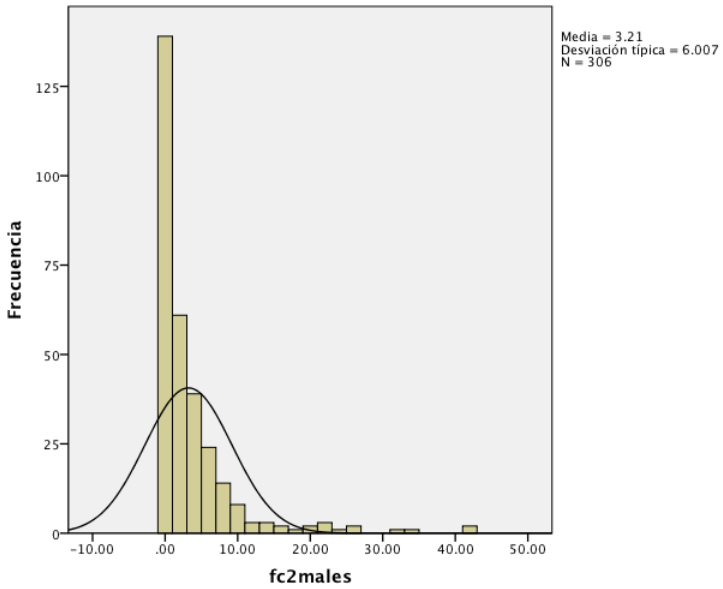

Figura 13. Distribución de los sujetos de la muestra en el factor 2 de la variable figura corporal.

Con el objetivo de verificar los supuestos del modelo de regresión múltiple, se llevó a cabo primero la evaluación de los criterios de normalidad de las variables endógenas y los supuestos que se refieren a los errores y la multicolinealidad de las variables.

En cuanto a la normalidad, verificada a través de los gráficos de normalidad de los residuos, se halló que la dimensión de depresión de síntomas psicológicos, uso de drogas, percepción y malestar de la figura corporal no se ajustan a la distribución normal, mientras que si lo hicieron el IMC, síntomas físicos, las dimensiones de ansiedad y falta de bienestar psicológico de síntomas psicológicos, el factor de alimentación, actividad física, hábitos de sueño y chequeo médico de la variable estilo de vida (Ver Anexo D).

Por su parte el supuesto que hace alusión a la relación de los errores entre sí fue verificado por medio del estadístico Durbin-Watson: se evidenció que no existe correlación entre los errores para las variables IMC (Durbin-Watson=2,07), salud física (Durbin-Watson=1,83), síntomas de ansiedad (Durbin-Watson=1,96), síntomas de depresión (Durbin-Watson=2,13), falta de bienestar psicológico (Durbin-Watson=1,93), alimentación (Durbin-Watson=1,63), actividad física (Durbin-Watson=1,89), habitos de sueño

(Durbin-Watson=1,71), uso de drogas (Durbin-Watson=2,03), chequeo médico (Durbin-Watson=1,80), percepción de la figura corporal (Durbin-Watson=1,88) y malestar con respecto a la figura corporal (Durbin-Watson=1,87). Lo que significa que los errores se comportan aleatoriamente y que no está actuando un error de forma sistemática sobre las variables.

En lo que respecta a la multicolinealidad de las variables del modelo, que se refiere a la correlación de las variables independientes entre sí, se halló que el índice de tolerancia de cada una de las mismas es un indicativo de que no se encuentran relacionadas, debido a que todos se acercaron al criterio que es 1 (Ver Anexos). Además al revisar la matriz de correlaciones producto-momento de Pearson, se puede afirmar que las correlaciones no exceden el valor de 0,70 con lo cual las variables del modelos no son multicolineales (Anexo E). Excepto la correlación entre las dimensiones de figura corporal (malestar y percepción) que poseen una correlación de 0,72.

A continuación, se procedió a realizar el análisis de regresión múltiple para cada una de las variables endógenas del diagrama de rutas, con la finalidad de verificar las hipótesis planteadas en el mismo, enfatizándose en los montos de los coeficientes de correlación múltiple y en los de regresión lineal. Para llevar a cabo este análisis se consideraron las variables de izquierda a derecha y se empleó el nivel de significancia de 0,05. Luego de esto se presenta el diagrama de ruta resultante (Ver Figura 14).

En principio, los resultados evidencian que para la variable IMC la combinación lineal de las variables síntomas físicos y psicológicos, estilo de vida, figura corporal, sexo y NSE explicaron el 2,32% de la varianza total de la misma (F=6,89; gl=13/254; R^2=0,23; p=0,00), siendo el coeficiente de correlación múltiple medio (R=0,52) (Ver Anexo F).

En específico, la percepción de la figura corporal fue la variable que mejor predice el IMC, correlacionando alta y significativamente con esta (B=0,63; p=0,00), el sexo es predictor también del IMC siendo los hombres los que poseen mayor IMC que las mujeres (B=-0,27; p=0,00). Así mismo el chequeo médico se encuentra asociado baja pero significativamente con el IMC (B=0,19; p=0,02) seguida por el NSE cuyo monto de correlación es de

(B=0,14; p=0,02) y luego el malestar con la figura corporal (B=-0,21; p=0,03). Estos resultados permiten afirmar que los sujetos con una peor percepción y menos malestar con su figura corporal, que no se hagan chequeo médico frecuente y de NSE bajo que además sean hombres, tendrán un mayor IMC (Ver Anexo F).

Otras relaciones encontradas fueron que, para la variable de síntomas físicos, la combinación lineal de estilo de vida, figura corporal y sexo presentó un coeficiente de correlación múltiple moderado (R=0,51) explicándose el 2,64% de la varianza total de la variable (F=11,71; gl=8/269; R^2=0,24; p=0,00) (Ver Anexo G).

Con el fin de evaluar el efecto de las variables antes mencionadas sobre los síntomas físicos, se tomaron en cuenta los coeficientes Beta: la dimensión que alude a hábitos de sueño de la variable estilo de vida, fue la que mejor predijo los síntomas físicos correlacionando baja, inversa y significativamente (B= -0,37; p=0,00). Seguidamente se encontró que la otra dimensión de estilo de vida (uso de drogas) correlacionó baja, negativa y significativamente con los síntomas físicos (B= -1,96; p=0,00), a saber, la relación con el sexo también fue significativa y baja (B= 0,26; p=0,02) con lo cual la mujeres reportaron más síntomas físicos que los hombres. Finalmente la relación con la percepción de la figura corporal se obtuvo una relación baja y significativa (B=0,17; p=0,03). Por tales resultados, las personas con hábitos poco saludables de sueño y con uso de drogas, que además sean mujeres, reportarán más síntomas físicos.

Para verificar la bondad de ajuste de la ecuación de regresión para las dimensiones de síntomas psicológicos se apreció la misma combinación lineal para cada una de ellas. Para la dimensión de ansiedad, la combinación lineal de las variables figura corporal, estilo de vida, NSE y sexo explican el 38% de la varianza total de la misma (F=19,04; gl=9/266; R^2=0,38; p=0,00) (Ver Anexo, H).

Específicamente, la dimensión hábitos de sueño (de estilo de vida) fue la que mejor predijo la dimensión de ansiedad con una correlación baja, inversa y significativa (B= -0,38; p=0,00). Seguidamente el uso de drogas predice esta

variable con una correlación baja, inversa y significativa (B=-0,19; p=0,00) seguida por el sexo fue la siguiente en predecir los síntomas psicológicos (B=0,13; p=0,03) lo que indica que las mujeres presentan más síntomas psicológicos que los hombres. La percepción de la figura corporal predice esta variable con una correlación baja, positiva y significativa (B= 0,17; p=0,03). Esto significa que las mujeres con malos hábitos de sueño, que usen drogas y tengan una mala percepción de su figura corporal será más probable que presenten más síntomas de ansiedad.

En cuanto a la dimensión de síntomas depresivos, la combinación lineal de las variables de figura corporal, estilo de vida, NSE y sexo explican el 12% de la varianza total de la misma (F=5,23; gl=9/275; R^2=0,12; p=0,00) (Ver Anexo I).

Al tomar en cuenta los coeficientes Beta y su significancia, se observa que la variable que mejor predice los síntomas depresivos es el malestar con la figura corporal con una correlación baja, positiva y significativa (B=0,28; p=0,00. Seguidamente, la dimensión de hábitos de sueño de la variable estilo de vida posee una correlación baja, inversa y significativa con la depresión (B= -0,13; p=0,04). Esto permite decir que, las personas con malestar hacia su cuerpo y hábitos de sueño poco saludables tenderán a presentar más síntomas depresivos que las personas sin malestar y con hábitos de sueño saludables.

El modelo de combinación lineal de las variables figura corporal, estilo de vida, NSE y sexo explican el 23% de la varianza total de la dimensión falta de bienestar de la variable síntomas psicológicos (F=9,87; gl=9/272; R^2=0,23; p=0,00) (Ver Anexo J).

Los coeficientes Beta reflejan que la variable que mejor predijo la dimensión de falta de bienestar, fue el malestar con la figura corporal con una correlación moderada, directa y significativa (B=0,43; p=0,00) seguido por los hábitos de sueño donde la correlación es baja, inversa y significativa (B= -0,24; p=0,00). Luego es la actividad física la que posee una correlación también baja, inversa y significativa con la falta de bienestar; y el chequeo médico (dimensión de la variable de estilo de vida) posee una correlación baja, inversa y significativa (B= -0,12; p=0,04). Entonces, el malestar con la figura corporal con

hábitos poco saludables de sueño y el no realizar chequeos médicos llevarán a falta de bienestar psicológico en las personas.

Los resultados evidencian que para la dimensión de alimentación de la variable estilo de vida, la combinación lineal de las variables sexo y NSE explicaron el 0,2% de la varianza total de la misma (F=4,71; gl=2/304; R2= 0,02; p=0,00), siendo el coeficiente de correlación múltiple medio de R=0,17 (Ver Anexo K). Los coeficientes Beta reflejan que fue el sexo, el que explicó mejor esta dimensión con una correlación baja, positiva y significativa (B=0,17; p=0,00). Esto permite decir que, las mujeres tienen un estilo de vida más saludable que los hombres en cuanto a las conductas de alimentación.

Para la dimensión de actividad física, la combinación lineal de estas mismas variables (sexo y NSE) explicó el 0,9% de la varianza total (F=15,02; gl=2/302; R^2= 0,09; p=0,00), siendo el coeficiente de correlación múltiple medio bajo de R=0,30 (Ver Anexo L). En cuanto a los puntajes Beta, se observa que es el sexo la variable que predice mejor el estilo de vida con una correlación baja, negativa y significativa (B= -0,3; p=0,00). Lo cual lleva a plantearse que los hombres realizan más actividades físicas que las mujeres.

La combinación lineal de sexo y NSE explicó el 0,7% de la varianza total de la dimensión de hábitos de sueño de la variable estilo de vida (F=11,97; gl=2/303; R2=0,07; p=0,00), siendo el coeficiente de correlación múltiple bajo (R= 0,27). El sexo es la variable que mejor predijo estos hábitos, con una correlación baja, inversa y significativa (B= -0,26; p=0,00). Esto da cuenta de la presencia de hábitos más saludables para dormir en los hombres que en las mujeres.

La bondad de ajuste de la ecuación de regresión para la dimensión de uso de drogas de la variable estilo de vida, se observa que la combinación lineal de sexo y NSE presentó un coeficiente muy bajo de 0,04 y no aportó un efecto significativo sobre tal variable (P=0,79), por lo que no se procederá a continuar con el análisis de la misma (Ver Anexo M).

La última dimensión del estilo de vida (chequeo médico), presentó una combinación lineal significativa de las variables sexo y NSE que explicó el 0,9%

de la varianza total de esa variable (F=16,45; gl=2/302; R^2=0,09; p=0,00), siendo el coeficiente de correlación múltiple bajo (R= 0,31). El sexo es la variable que mejor predijo la conducta de ir al médico, con una correlación baja, directa y significativa (B= 0,29; p=0,00). Seguidamente el NSE con una correlación también baja, positiva y significativa predice esta conducta (B= 0,12; p=0,03) (Ver Anexo N). Lo que permite inferir que las mujeres con mayor NSE tenderán a acudir más frecuentemente al médico que hombres de NSE bajos.

Para predecir percepción de la figura corporal, se empleó el sexo únicamente y explicó el 0,9% de la varianza total (F=29,51; gl=1/295; R^2=0,09; p=0,00) lo cual indica que las mujeres presentan mayor preocupación por el cuerpo que los hombres (Ver Anexo P). En cuanto al malestar con la figura corporal también se agregó el sexo como predictor, esta explicó el 0,05% de la varianza total (F=16,42; gl=1/305; R^2=0,05; p=0,00), esto permite decir que son las mujeres las que presentaron mayor insatisfacción con la figura corporal (Ver Anexo Q).

V. DISCUSIÓN DE RESUSLTADOS

El objetivo de la presente investigación fue determinar desde el marco de la psicología de la salud, la influencia de un conjunto de variables como el sexo, el nivel socioeconómico, estilo de vida, figura corporal, síntomas físicos y síntomas psicológicos sobre el IMC de estudiantes universitarios y a su vez analizar las relaciones entre ellas. Con este fin se propuso un análisis de rutas que contemplaba las relaciones hipotetizadas y en donde se pudo observar los efectos directos e indirectos entre cada una de las variables, y de esta forma obtener una comprensión del fenómeno estudiado.

La muestra estuvo constituida por 312 sujetos con edades comprendidas entre 17 y 30 años cuya media fue de 19,9 años con una desviación de 2,26; de los cuales 156 eran mujeres y 156 hombres. En cuanto a la talla la media de la muestra fue de 1,69 mts (1,62 mts para las mujeres y 1,75 mts para los hombres) con una desviación típica de 0,1mts; y para el peso la media de los sujetos fue de 66,23 (S=17,05).

Con respecto al IMC la muestra se dividió en seis grupos y se esperaba tener 50 sujetos en cada uno de ellos, los cuales se separaron entre hombres y mujeres de bajo peso, peso normal y sobrepeso. Sin embargo, éste criterio no se alcanzó. Los grupos quedaron constituidos de la siguiente manera: el 8,3% (n_1=26) eran hombres por debajo del peso con una media de IMC= , el 16,02% (n_2=50) eran mujeres por debajo del peso, el 24,68% (n_3=77) fueron hombres de peso normal, el 21,15% (n_4=66) se refiere a mujeres con peso normal. En cuanto al sobrepeso las mujeres ocuparon el 12,82% (n_5=40) y los hombres el 16,99% (n_6=53).

En cuanto al nivel socioeconómico la muestra se distribuyó de la siguiente manera: 13,7% corresponden a clase baja, 30,1% pertenecen al nivel socioeconómico medio bajo, para la clase media 38,9% que conformaban la mayoría de la muestra, para nivel socioeconómico medio alto y 1,3% para el alto.

No se pudo alcanzar el criterio esperado para la categoría de mujeres con sobrepeso (n=40) ya que se mostraban resistentes a participar en la investigación. Así mismo, la categoría de hombres por debajo de su peso no pudo ser completada debido a la reducida población de los mismos (n=26).

Estos resultados podrian deberse principalmente al hecho de que el presente estudio se realizó en una población normal, por tanto se espera que la frecuencia de las patologías sea baja, por ende la dificultad para obtener mayor número de datos extremos. Otra posible explicación es que la sociedad actual se caracteriza por glorificar la belleza, la juventud y la salud lo que tiende a aumentar la preocupación por la apariencia física de las personas. Específicamente, son las mujeres las que reciben mayor presión hacia la belleza y son estas las que presentan mayores cifras de trastornos alimentarios (Raich, 2004). Esto podría esclarecer la presencia de resistencia o evitación por parte de este grupo específico de mujeres con sobrepeso a participar, ya que representa un escenario amenazante para ellas confrontarse con que no cumplen los criterios de belleza de la sociedad actual. Además esta investigación de ser llevada a cabo en un contexto social universitario junto con sus pares lo que puede aumentar la presión social.

Neumark, Story, French y Resnick (1997) señalan también que en la sociedad actual, el culto al cuerpo y a la belleza emergen como uno de los principales factores relevantes en la adolescencia. Esto lleva a los jóvenes a sentirse insatisfechos con su propia apariencia, lo cual puede traer como consecuencia, desajuste psicológico y trastornos de alimentación (Neumark, Story, French y Resnick ,1997).

La búsqueda de identificación con un grupo social, lleva al hombre a comportarse bajo éstos estándares, causando la aparición del concepto de individuo desviado, señalando a cualquiera que no alcance éstos estándares (Lopes, 2008). Estos individuos son considerados desviados por tener un cuerpo imperfecto causando en ellos sentimientos de inadecuación y sentimientos de discriminación por parte de los demás (Santos, Sawaia, 2000; cp. Lopes, 2008) lo que podría alejarlos de formar parte de la muestra del estudio.

Una vez descrito el comportamiento general de la variable IMC se puede pasar a considerar el modelo de rutas propuesto, en el cual, se encontró un puntaje global significativo indicando que existen relaciones entre las variables planteadas en el modelo. Específicamente el IMC, como variable fundamental a explicar se vio influenciada por la combinación lineal de las variables sexo, NSE, ambas dimesiones de figura corporal (percepción y malestar) y la dimensión de estilo de vida, chequeo médico.

En principio, los resultados evidencian que para la variable IMC la combinación lineal de las variables síntomas físicos y psicológicos, estilo de vida, figura corporal, sexo y NSE explicaron poca varianza de la varianza total de la misma. En cuanto a este resultado, los autores Oblitas (2008); Pacheco, Serrano y Echegaray (2007) y Ribes, (2008) plantean que existen conductas que hacen a una persona más susceptible a enfermedades o condiciones de vida poco saludables como un IMC elevado, estas conductas se llaman *patógenos conductuales*. Por su parte, los *inmunógenos conductuales* son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad. Uno de los mejores ejemplos de inmunógenos conductuales nos lo proporciona un amplio estudio realizado en Estados Unidos, con una muestra de 7000 personas seguidas a lo largo de nueve años y medio donde se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud medidas a los cinco años y medio y a los nueve años y medio, éstas inmunógenos conductuales eran 1) dormir de 7 a 8 horas; 2) desayunar casi todos los días; 3) tres comidas al día, sin picar entre ellas; 4) mantener el peso corporal dentro de los límites normales; 5) practicar ejercicio físico regularmente; 6) uso moderado del alcohol o no beberlo; y, 7) no fumar. Este planteamiento da cuenta de la relación entre estilo de vida y síntomas físicos en la predicción de enfermedades o condiciones como el sobrepeso, ya que al tener un estilo de vida más saludable es menos probable llegar a padecer esta condición.

En específico, la percepción de la figura corporal fue la variable que mejor predijo el IMC, el sexo es predictor también del IMC siendo los hombres los que poseen mayor IMC que las mujeres. Así mismo el chequeo médico se encuentra asociado con el IMC, seguida por el NSE. Estos resultados permiten

afirmar que los sujetos con una peor percepción de su figura corporal, que no se hagan chequeo médico frecuente y de NSE bajo, tendrán un mayor IMC.

Según lo obtenido por Lopes (2008) en su investigación, los resultados parecen confirmar la tendencia de los individuos a sobreestimar su peso, considerándose a sí mismos con sobrepeso cuando efectivamente no tienen, presentándose más en las mujeres que en los hombres (Veggi, Lopes, Faerstein, Sichieri, 2004; cp. Lopes, 2008).

Con respecto a la percepción de la figura corporal y su relación con el IMC, se ha encontrado en otros estudios que los adolescentes tienden a sobre-estimar su peso, también se puede decir que, desean perder algunos kilos porque, "su" peso y apariencia esperados aún no se acomoda a sus aspiraciones (Perpiñá y Baños, 1990). Estos autores concluyen que, la sobre-estimación del tamaño corporal puede considerarse como un índice de insatisfacción con el propio cuerpo, insatisfacción que está más relacionada con el peso percibido que con el real; en ese estudio se observó que 84% de los participantes presentaron algún grado de insatisfacción con la figura corporal por exceso de peso (Perpiñá y Baños, 1990). Otra investigación realizada por Casillas-Estrella, Montaño-Castrejón, Reyes-Velazquez, Bacardí-Gascón et al., (2006), hallaron que quienes presentaron un peso adecuado tuvieron una insatisfacción con su figura corporal promedio, el grupo con sobrepeso su insatisfacción fue mayor y los participantes obesos fue aun mayor; siendo las mujeres quienes presentaron un mayor grado de insatisfacción que los hombres. Aunque dichas relaciones no resultaron significativas el sexo no resultó significativo en la presente investigación.

Madrigal-Fritsch, Irala-Estévez, Martínez-González, Kearney, Gibney, y Martínez-Hernández (1999) encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambos sexos, donde la proporción de sujetos en los niveles de normalidad tendía a aumentar y la prevalencia de sobrepeso en los hombres tendía a subestimarse. En las mujeres lo más sobresaliente es que al usar la imagen corporal percibida se sobrestimaba el sobrepeso. En cualquier caso, es posible que el varón esté menos preocupado por su imagen y, por

ello, tienda a subestimar su sobrepeso/obesidad con mayor frecuencia que la mujer, quien probablemente sea más consciente de su imagen corporal.

La relación que se obtuvo en la presente investigación entre la dimensión de estilo de vida, específicamente chequeo médico con el IMC mostró que las personas de mayor IMC son las que menos visitan al médico, muy probablemente relacionado con variables como la presión recibida del medio. Es decir, que las personas con sobrepeso no se exponen a la autoridad de un médico que les indique las consecuencias de su obesidad y la necesidad de bajar de peso. Así mismo, puede deberse a que estas personas pertenezcan a grupos sociales que se caracterizan por poseer escasa preocupación por la figura. Esta despreocupación por la figura y por el cuerpo, los lleva a no asistir a consultas médicas, lo que puede retrasar el diagnóstico de condiciones físicas asociadas a la obesidad que de ser tratadas disminuirian los efectos negativos sobre su salud.

Otro hecho relevante es que según Buescher, Whitmire, y Plescia, (2008) los jóvenes con sobrepeso y con riesgo del mismo, que finalmente deciden asistir a consultas médicas por diferentes razones tienden a presentar gastos más altos de ayuda médica que los adolescentes con un peso normal.

En la presente investigacion además se encontró una relación entre el NSE y el IMC, donde a menor NSE mayor IMC. En concordancia con esto Jansen, et al., (2006) plantea que una baja riqueza material y baja percepción de riqueza familiar se relaciona con un aumento en la probabilidad de obesidad e inactividad física. En el nivel contextual, una alta tasa de desempleo en el área se asoció con aumento en probabilidad de obesidad, un porcentaje alto de residentes con estudios menor a bachillerato se asoció con aumento en probabilidad alimentación poco sana, y un bajo promedio de ingreso se asoció con aumento en la probabilidad de obesidad. Sin embargo, Lopes (2008) no encontraron diferencias significativas entre NSE y figura corporal.

En este punto es importante mencionar que el hecho de que las mujeres con IMC de sobrepeso en su mayoría no se encuentren dispuestas a participar

en una investigación como la presente, y que además no se realicen chequeos médicos por evitación a confrontar su figura corporal representa un problema de salud publica ya que en general, las mujeres con sobrepeso que se sientan altamente abrumadas por el ideal de delgadez no irán al médico con la frecuencia necesaria y corren mas riesgo de que no se detecten a tiempo enfermedades importantes que podrían ser menos letales con adecuada atención.

Para la variable de síntomas físicos, la combinación lineal de estilo de vida, figura corporal y sexo presentó un coeficiente de correlación múltiple moderado explicando un bajo porcentaje de la varianza total de la variable estilo de vida. Por tales resultados, las personas con hábitos poco saludables de sueño, chequeo médico poco frecuente y con uso de drogas, reportarán más síntomas físicos.

Según Arrivillaga, Salazar y Correa (2003), existe una serie de repertorios de conducta que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad, tales como: el consumo de alcohol y de tabaco, el desequilibrio dietético en la alimentación, no practicar ejercicio físico, no participar en programas de promoción de la salud, incumplir las instrucciones médicas y utilizar de forma inadecuada de los servicios de salud, entre otros. En la actualidad hay evidencia de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo (Ramirez-Hoffmann, 2002; Vinaccia y Orozco, 2005; Oblitas, 2008).

Alarcón (2004), Oblitas (2008) y Ribes (2008) plantean que, ciertas cuestiones del desarrollo económico y social aunque han beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, también han impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades.

Específicamente respecto a las drogas legales, la OMS (2005) asegura que el consumo de alcohol es considerado el tercer factor de riesgo en los países industrializados y el principal en los países en desarrollo. Se estima que los consumidores ascienden a 2000 millones de personas en el mundo; como fenómeno contribuye a más de 60 enfermedades, trastornos y lesiones (cáncer de esófago, cirrosis, crisis epilépticas, homicidios, accidentes de tránsito, entre otros) y está entre los cinco factores de riesgo de accidentes. Por otra parte, el tabaco es consumido por aproximadamente 650 millones de personas en el mundo; uno de cada diez adultos muere por su causa, produciendo cinco millones de muertes al año. Las drogas, en general, modifican las condiciones físicas o químicas del organismo, mediante una acción directa sobre el sistema nervioso central alterando su estructura y funcionamiento a su vez, afecta la conciencia del individuo con efectos en el comportamiento (WHO, 2002).

En cuando al Chequeo médico frecuente y síntomas físicos, se encontró que las personas que llevaban un control médico regular reportaban tener un mayor número de síntomas físicos que quienes no lo hacían regularmente. Estas personas tendrán una mayor preocupación por su salud y por lo tanto serán más sensibles y podrán discriminar con mayor detalle la aparición de esos síntomas. Es posible que aquellas personas que presten menor cuidado a su salud y que por lo tanto consideren de menor importancia hacerse chequeos médicos no reporten síntomas, no por no presentarlos sino porque los consideran irrelevantes de reportar. Por tanto es necesario discriminar el tipo de síntomas físicos reportados en términos de gravedad y frecuencia para hacer un mejor análisis de esta variable lo que sería relevante para próximas investigaciones.

En cuanto a la variable síntomas psicológicos ésta se divide en tres factores ansiedad, depresión y falta de bienestar psicológico. Con respecto a la ansiedad, se obtuvo que el hábito de sueño es el que mejor la predice, lo cual es congruente con lo que se ha encontrado en la literatura existente acerca de la ansiedad. Según Eller, Aluoja, Vasar, y Veldi (2006) algunos problemas de sueño hacen referencia a síntomas subyacentes de ansiedad y depresión. En general, los problemas del sueño se relacionan con los síntomas emocionales, para ellos las asociaciones son diferentes para

hombres y mujeres igual que en la muestra del presente estudio el sexo fue la siguiente en predecir la ansiedad; siendo que las mujeres presentan más síntomas de este tipo que los hombres.

Específicamente para Eller, Aluoja, Vasar, y Veldi (2006) en las mujeres, la ansiedad mantiene una relación significativa con hábitos de sueño, concretamente despertar a causa de las pesadillas y sentirse cansado en la mañana; ítem que presentó la mayor frencuencia de respuestas positivas en la muestra de la investigación actual. Mientras que los síntomas depresivos incluyen los malos hábitos de sueño y el malestar con la figura corporal como predictores. Mientras que la depresión según estos autores, se relaciona igualmente con hábitos de sueño como los señalados anteriormente aunados a las dificultades para conciliar el sueño por la noche, que de igual forma se evidenció como variable predictora para la depresión en la presente investigación. Por su parte, en cuanto a la variable depresión y su asociación con el malestar de la Figura Corporal Lopes, (2008) halló diferencias significativas entre las categorías de figura corporal y los índices de depresión, siendo que, los adolescentes que se percibían a sí mismos como gordos eran los que tenían mayor índice de depresión, lo que es congruente con los resultados en la presente investigación.

Seguidamente, el uso de drogas fue un predictor de la ansiedad en la muestra, este resultado es similar al obtenido por Cano, Miguel-Tobal, Iruarrizaga, González (1994), quienes afirman que en algunas personas, determinadas conductas consumatorias tales como comer, beber bebidas alcohólicas, fumar, tomar tranquilizantes u otras sustancias, pueden disminuir el malestar y reducir la activación fisiológica, producidos por la ansiedad. Sin embargo, estos consumos pueden hacerse cada vez más necesarios para aliviar los síntomas de ansiedad, o incluso para evitar el síndrome de abstinencia, un cuadro clínico con intensas respuestas de ansiedad. Para estos autores, la posibilidad de no poder seguir consumiendo se interpretaría como una amenaza que produce más ansiedad afrontada mediante el consumo (Cano, Miguel-Tobal, Iruarrizaga, González, 1994).

En general se encontró que las mujeres reportaron estar más ansiosas que los hombres, cabe destacar que hay una mayor proporción en la muestra de mujeres con bajo peso y peso normal y los hombres tiene una proporción más alta de sobrepeso y peso normal que pudiera influir en las diferencias por género. Sin embargo, estos resultados son congruentes con Marks (1991) quién plantea que la mayor parte de las ocasiones las mujeres reportan mayor ansiedad que los varones en los autoinformes además que, los trastornos de ansiedad suelen ser más frecuentes en mujeres que en varones, siendo la proporción de dos a uno (Marks, 1991). Según los resultados de esta investigación y lo expresado anteriormente se podría predecir que las mujeres con malos hábitos de sueño y que usen drogas será más probable que presenten más síntomas de ansiedad.

Lo que respecta a la depresión, dentro de los síntomas psicológicos se encontró que la variable que más lo explica es el malestar con la figura corporal y hábitos poco saludables de sueño. De la misma manera, la variable que mejor predijo la dimensión de falta de bienestar que es el tercer factor de síntomas psicológicos, fue el malestar con la figura corporal. En cuanto a esto Silvestri y Stavile (2005) plantean que en la actualidad, los estados emocionales del obeso y en general los síntomas psicológicos que presentan, son una consecuencia del prejuicio y la discriminación de los otros y del choque con su propia internalización de la delgadez como ideal de belleza, por tanto es esperado que este malestar con la figura corporal este asociado a síntomas psicológicos. El impacto psicológico de esta estigmatización incluye ansiedad, depresión, disminución de autoestima y figura corporal negativa (Latner, Stunkard y Wilson, 2005).

De igual forma Lopes, (2008) halló diferencias significativas entre las categorías de figura corporal y los índices de depresión, siendo que, los adolescentes que se percibían a sí mismos como gordos eran los que tenían mayor índice de depresión, seguido por los que se consideraban a sí mismos como delgados y por último aquellos que se consideraban normales. De la misma manera, el mayor porcentaje de adolescentes que se consideraban gordos presentaban serios problemas de depresión (19,6%) seguido de casos de depresión moderada (13,2%) y depresión no existente (9,8%).

Esto permite decir que, las personas con malestar hacia su cuerpo, que no realicen chequeos médicos frecuentes y con hábitos de sueño poco saludables tenderán a presentar más síntomas depresivos que las personas sin malestar y con hábitos de sueño saludables.

El estilo de vida está compuesto por cinco factores que se refieren a: alimentación, ejercicio, sueño, uso de drogas y chequeo médico. Con respecto a la dimensión de alimentación las mujeres tienen un estilo de vida más saludable que los hombres lo que concuerda con el hecho que las mujeres presenten mayor preocupación por el cuerpo, ya que además en general se ha encontrado que las mujeres presentan un estilo de vida más saludable que los hombres.

En cuanto a la dimensión de ejercicio se encontró que los hombres realizan más actividades físicas que las mujeres. De hecho, en la literatura al respecto se encuentra una tendencia de los hombres a realizar actividades físicas durante más tiempo en comparación con las mujeres y por consiguiente obtienen un mayor gasto energético (Ceballos, Gurrola, Medina, 2009). Lo anterior concuerda con varias investigaciones que reportan mayor actividad física en los varones. Según Páez y Castaño (2010), la actividad física muestra una dependencia significativa con el género, siendo que el hombre presenta 37,93% de muy activo, frente a 8,89% de la mujer, de esta manera sugieren que el género masculino tiene mayor proporción de actividades físico deportivas y menos de ocio pasivo; a la vez que ellos presentan un mayor porcentaje de actividad extracurricular con relación al género femenino.

Al parecer este resultado es una tendencia transcultural de género, ya que resultados de otras investigaciones coinciden en que los hombres son más activos que las mujeres, además éstas tienen niveles más bajos para gastar su energía (Domínguez, Borrell, Nebot y Plasencia, 1998; Castillo y Balaguer, 1998; Piéron, Telama, Almond y Barreiro, 1999).

Que una persona lleve a cabo o no comportamientos saludables puede depender de motivaciones, percepciones del individuo acerca de las enfermedades o modelos sociales y no únicamente de los conocimientos que

se tengan sobre las causas de la salud y la enfermedad. Además de que el que realice un comportamiento saludable no garantiza que se realicen otros, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden darse al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

En cuanto al factor uso de drogas se encontró en la presente investigación que ni el sexo ni el NSE influyen sobre el mismo. Este resultado va en contra de lo que se espera en la mayoría de la literatura, ya que según Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, y Tapia-Conyer (2001) el NSE ha sido un importante determinante del uso de drogas, pues el índice de consumo se asocia con el poder adquisitivo. Así, el consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes se correlaciona positivamente con la escolaridad del jefe de familia y el 53% de la producción de alcohol es consumido por 30% de la población con más ingresos (Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. México, 1991; cp. Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, y Tapia-Conyer, 2001).

Sin embargo, pueden existir variables distintas al NSE que expliquen el uso de drogas como puede ser que la disponibilidad ha aumentado ya que el precio de las drogas puede haber disminuido o que se encuentren drogas de menor calidad más accesibles a toda la población. Finalmente, se debe caracterizar el problema entre las personas con y sin recursos económicos, documentando las consecuencias probablemente más negativas entre los segundos ya que estos tendrían menos recursos para buscar ayuda con especialistas en adicciones.

En cuanto a la dimensión chequeo médico se encontró que las mujeres acudían más frecuentemente al médico que los hombres. Según Franks, Gold, y Clancy (1996) ligeramente más mujeres que hombres reportaron no haber tenido un chequeo de salud general (un 14,8% de las mujeres en comparación con un 13,7% de hombres). Sin embargo, también encontraron que las mujeres solían tener una fuente de atención habitual (17,25%) más comúnmente que los hombres (8,5%) y los informes de renuncia a la atención fue ligeramente más frecuente en mujeres (16,4 % en comparación con el 13,2 %). Pareciera que las mujeres se preocupan más por su salud que los hombres y al hacerlo

buscan ayuda especializada con atención conocida. El NSE también influye en el acceso a los servicios en los resultados de la actual investigación las personas con mayor ingreso tienen mayor probabilidad de realizarse chequeos médicos. Con lo cual se podría decir que las mujeres con mayor NSE tenderán a acudir más frecuentemente al médico que hombres de NSE bajos.

Finalmente, puede decirse que los resultados obtenidos no se adecuaron al modelo propuesto, en tanto que las variables sexo, NSE, chequeo médico y figura corporal (percepción y malestar) mostraron tener un efecto mediador en la explicación del IMC. Específicamente la percepción de la figura corporal es la que mejor predice el IMC, siendo esta relación positiva, con lo cual el hecho de que las personas presenten una peor percepción de su figura corporal influye en su IMC. Por consiguiente, este conjunto de variables del modelo explica moderadamente el IMC general en estudiantes universitarios. Lo que es relevante ya que la obesidad es una enfermedad compleja, de dimensiones psicológicas y sociales que afectan a individuos de todas las edades y niveles socioeconómicos (Guzman y Lugli, 2009).

VI. CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los resultados de la presente investigación se puede afirmar que no se cumplió con el modelo de rutas planteado en relación a la variable IMC. Sin embargo, si se cumplió con algunas de las hipótesis concernientes a la Figura Corporal, NSE y chequeo médico sobre el IMC de estudiantes universitarios.

La percepción y malestar de la figura corporal, la conducta de chequeo médico y el NSE fueron las variables que mejor explicaron el IMC. Específicamente, las personas con peor percepción de su figura corporal, que no realicen chequeo médico frecuente, con menor malestar de su figura corporal y de bajo NSE presentarán un mayor IMC.

Además se encontraron los siguientes resultados, las dimensiones hábitos de sueño, chequeo médico y uso de drogas explican la presencia de síntomas físicos y psicológicos de estudiantes universitarios. Específicamente, para las dimensiones de síntomas psicológicos, las mujeres con malos hábitos de sueño, que usen drogas y tengan una mala percepción de su figura corporal será más probable que presenten más síntomas de ansiedad. En cuanto a las depresión, serán las personas con malestar hacia su cuerpo y hábitos de sueño poco saludables tenderán a presentar más síntomas depresivos. Mientras que la falta de bienestar psicológico dependerá del malestar con la figura corporal, poseer hábitos poco saludables de sueño y el no realizar chequeos médicos frecuentes.

Al pertenecer estas variables al estilo de vida demuestran la importancia de evitar conductas no saludables que hacen a una persona susceptible a la enfermedad. Estas conductas que integran los estilos de vida saludables o no, de las personas, se vieron influenciados principalmente por el sexo y NSE.

Para los hábitos de alimentación se encontró que las mujeres tienen un estilo de vida más saludable que los hombres en cuanto a las conductas de alimentación; la actividad física es más frecuente en hombres; al igual que los

hábitos de sueño. No se encontraron relaciones significativas con el para el uso de drogas; mientras que el chequeo médico fue explicado por el NSE y sexo, a saber: las mujeres con mayor NSE tenderán a acudir más frecuentemente al médico que hombres de NSE bajos. Estos hallazgos permiten inferir que, el hecho que las personas diariamente lleven a cabo cierto tipo de comportamientos va a depender de las oportunidades de acceso que les brinde su entorno. Sí este es carenciado será más difícil lograr un estilo de vida que promueva la salud.

Finalmente, las mujeres presentaron mayor reporte de síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) para todos los niveles del IMC. Además, fueron éstas quienes presentaron mayor preocupación por su figura y específicamente las mujeres con sobrepeso evitaron participar en la investigación. Lo cual da cuenta de la presión que recae sobre esta población de ideales de delgadez como belleza que finalmente puede traer consecuencias sobre su salud psicológica.

VII. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de la presente investigación surge de la imposibilidad de cumplir con las cuotas preestablecidas de sujetos por categoria, debido a la evitación que presentaron las mujeres con sobrepeso para participar en la investigación, y la poca presencia de hombres por debajo del peso en la población estudiantil estudiada. Lo que impidió de esta manera, la generalización de los resultados obtenidos hacia la población de estudiantes universitarios. Igualmente, cabe destacar que la población estudiada se considera normal, por lo cual se espera que la presencia de las patologías sea baja, lo que dificulta encontrar relaciones entre las variables.

Otra de las limitaciones que se encontraron fue el bajo grado de participación por parte de las mujeres con sobrepeso debido a la presión social que representa para ellas confrontarse directamente con su obesidad. Por tanto, se recomienda que se realice una investigación que incluya el autorreporte del peso y la estatura de los participantes ya que se ha demostrado su alta correlación con el peso y talla real.

Para futuras investigaciones, se recomienda igualmente adaptar el cuestionario utilizado en este estudio para medir la Figura Corporal o crear uno nuevo que incluya la percepción e insatisfacción con la Figura de personas por debajo de su peso, ya que la mayoría de los reactivos están hechos en función del malestar con el sobrepeso.

Es recomendable realizar una investigación que incluya como muestra únicamente mujeres ya que esta población es la más gravemente afectada por las consecuencias del IMC y actualmente es necesario estudiar tales influencias sobre su autoestima, salud general, depresión, ansiedad y conductas de riesgo para controlar su peso.

Es necesario también tener presente que para obtener información más detallada sobre el comportamiento de la variable estilo de vida, sería más adecuado emplear una escala tipo Likert que permita datos más específicos de

las conductas saludables y no saludables, como por ejemplo la frecuencia de las mismas.

Los estilos de vida de las personas que integraron la muestra se ven influenciados principalmente por el sexo y el NSE, por tanto es recomendable estudiar los factores psicosociales y variables demográficas que permitan la identificación de condiciones de riesgo con el fin de crear planes de prevención y/o educación para la población en esta materia de salud.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alarcon, L. F. (2004) Psicología de la salud. Recuperado en Noviembre 24, 2010, de http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-141-psicologia-de-la-salud.html.

Angelucci, L., Cañoto, Y. (2010), Estilos de vida en los estudiantes de la escuela de psicología UCAB-Caracas. Trabajo del Centro de Investigación y Evaluación Institucional no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

American Cancer Society, Inc. (2009). *Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos.* Atlanta, Estados Unidos: Autor.

Araujo, E., Moreno de Chene, D. (2006). Influencia de las emociones positivas y negativas, apoyo social, sexo y edad sobre la salud. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Arrivillaga, M., Salazar, I., y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica, 34(4)*,187-195.

Arroyo, I., Rocandio, P., Ansostegui, L., Pascual, E., Salces, I. y Ochoa, R. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios*. Nutrición hospitalaria*, *21(6),* 73-679.

Baile, J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? Cuadernos del Marqués de San Adrian. *Revista de Humanidades. 2, 53-70.*

Baron, R., y Byrne, D. (1998). Psicología social. (8º ed). Madrid: Prentice Hall.

Berg, I., Simonsson B., y Ringqvist, I. (2005). Social background, aspects of lifestyle, body image, relations, school situation, and somatic and psychological symptoms in obese and overweight 15-year-old boys in a county in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 23 95-101.*

Blanco, M. Y La Rosa, J. (2009). Influencia de la salud psicológica, la salud física, el estilo de vida saludable, el turno laboral, la antigüedad laboral, el tipo de institución, el sexo y la edad sobre la satisfacción laboral en profesionales de enfermería. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andres Bello, Caracas, Venezuela.

Bosi, M., Luiz, R., Morgado, C., y Caravalho, M. (2006). Self-perception of body image among nutrition students: a study in the city of Rio de Janeiro. *J. bras. Psiquiatr. 55(2), 108-113*.

Buescher P., Whitmire T., y Plescia M. (2008). Relación entre el índice de masa corporal y los gastos por atención médica de adolescentes de Carolina del Norte inscritos en Medicaid en 2004. *Public Health Research, Practice, and Policy, 5 (1), 62-78.*

Braguinsky, J. (2005). Prevalencia de la obesidad en América Latina. Recuperado en Diciembre 10, 2010, de http:www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vo125/sup1/sup11a.html.

Brener, N., y Collins, A. (1998). Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States*. Journal of Adolescent Health, 22(3), 209-213.*

Brown, J., y McCreedy, M. (1986). The Hale elderly: Health behavior and its correlates. *Research in Nursing and Health, 9, 317-329*.

Cano, A., Miguel-Tobal, J., Iruarrizaga, I., González, H. (1994) El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología. 10(2), 145-15.*

Cash, T., Fleming, E., Alindogan, J., Steadman, L. y Whitehead, A. (2002). Beyond Body Image as a Trait: The Development and Validation of the Body Image States Scale*. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention 10(2)* 103 – 113.

Cash, T., y Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes. Nueva york.* Guilford Press.

Casillas-Estrella M., Montaño- Castrejón N., Reyes-Velázquez V., Bacardí-Gascón M. y Jiménez-Cruz A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed; 17*, 243-249.

Castillo, I. y Balaguer, I. (1998). Patrones de actividades físicas en niños y adolescentes. Apuntes Educación Física y Deportes, 54, 22-29.

Ceballos, O., Álvarez, J., y Medina, R. (1999). Actividad física y género: un estudio comparativo entre los jóvenes de monterrey, México y Zaragoza, España. MHSalud, 6(2), 1-14.

Chiang-Salgado, M., Casanueva-Escobar, V., Cid-Cea, X., González-Rubilar, U., Olate-Mellado, P., Nickel-Paredes, et al. (1999). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos. *Salud Pública de México, 41* (6), 43-56.

Chopra, M., Galbraith, S., y Darnton-Hill, I., (2002). A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization, 80 (12*) 952-958.

Cruz, A. (2010). Influencia de la lactancia materna, lal depresión, la variación de peso después del embarazo, el estilo de vida y el índice de masa corporal previo al embarazo, sobre la insatisfacción con la imagen corporal en mujeres en período de postparto. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andres Bello, Caracas, Venezuela.

Delgado, C., Morales, M., Maruri, I., Rodríguez del Toro, C., Benavente, J., y Nuñez, B. (2002). Eating behavior, body attitudes and psychopathology in morbid obesity. *Actas Especidad Psiquiatrica. 30(6),* 376-81.

Domínguez, M., Borrell, C., Nebot, M., y Plasencia, A. (1998). La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos relacionados con la salud. Gaceta Sanitaria,12, 100-109.

Eller, T., Aluoja, A., Vasar, V., y Veldi, M. (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems*. Depression and Anxiety, 23*, 250–256.

Escuela de Psicología (2002). Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología (1ed.) Carcas: Publicaciones UCAB.

Ferrer, A., Cabrero, G., Ferrer, J., Cascales, R., y Martínez, R. (2001). *La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios.* Recuperado en Enero 13, 2011, de http://www.cervantesvirtual.com/buscador/?q=ferrer&x=0&y=0&f%5Bcg%5D=1

Field, A., Barnoya, J., y Colditz, G. (2002). *Epidemiology and health and economic consequences of obesity. Handbook of Obesity Treatment.* New York: Guilford Press.

Franks, P., Gold, M., y Clancy, C. (1996). Use of Care and Subsequent Mortality: The Importance of Gender. Health Services Research 31(3), 347-363.

Friedman, M., y Brownell, K. (1995). Psychosocial correlates of obesity: moving to the next research generation*. Psychological Bulletin, 117*, 3-20.

García, C., (1999). Manual para la utilización del cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr, 15*(1), 88-97.

Garner D, Garfinkel P, y O'Shauhnessy M. (1985). The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. *Am J Psychiatry, 140,2* 581-587.

Gibbons, P., Flores, H. y Mónico, M. (2004). Assessment of the factor estructure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(2),* 389-398.

Goldberg, D. y Weaver, K. (1988*). A user´s guide to the General Health Questionnaire.* England: NFER-Nelson

González, M., Landero, R., y Ruiz, M., (2008). Modelo estructural predictor de la salud mental y física en mujeres. *Rev Panam Salud Pública, 23(2),* 101–8.

Guzmán, R. y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica, 16(2)*, 37-50.

Harrison, James B. (1978). Warning: The Male Sex Role May Be Dangerous to Your Health. *Journal of Social Issues, 34(1)*, 65– 86

Health Psychology Web Site (2010) Our Mission. Recueprado en Noviembre 20, 2010 en: http://www.health-psych.org/AboutMission.cfm

Jansen, I., Boyce, W., Simpson, K. y Pickett, W. (2006). Influence of individual- and area-level measures of socioeconomic status on obesity, unhealthy eating, and physical inactivity in Canadian adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition, 83,* 139-145.

Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales (4 ed.). México: McGraw Hill.

Kandrack, M., Grant, K., y Segall, A. (1991). Gender differences in health

related behavior: Some unanswered questions. *Social Science and Medicine,*

32(5), 579-590.

Latner, J., Stunkard, A. y Wilson G. (2005). Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research,13 (7),* 1226-1231.

Lopes, P. (2008). Body-image and obesity in adolescence: a comparative study of social-demographic, psychological, and behavioral aspects. *The Spanish Journal of Psychology, 11(2)*, 551-563.

López, P., Molina, Z. y Rojas, L. (2008). Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. *Anales Venezolanos de Nutrición, 21 (2)*, 85-90.

Lorence, B. (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología, 26(1*), 51-68.

Madrigal-Fritsch, H., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M., Kearney, J., Gibney, M., y Martínez-Hernández, J., (1999) Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado nutricional. *Salud Pública de Mexico, 41(6)*, 479-486.

Marks, I.M. (1991). Miedos*, Fobias y Rituales. Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.

Martínez, j., Moreno, M., Marques, I. y Martí, A., (2004). Causas de obesidad. Suplemento 1: Departamento de fisiología y Nutrición. Universidad de Navarra. Accedido en noviembre, 20, 2010, de http://www.cfnavarra.es/salus/anales/textos/vol25/sup1/suple3a.html.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist, 35*, 807-817.

Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., y Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo xx al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental, 24(4), 3-19.

Ministerio Para el Poder Popular para la Salud (2009) Anuario de Mortalidad 2007. Recuperado en Noviembre 24, 2010, de www.mpps.gob.ve/direcciones_msds/Epidemiologia/Estadistica/Index.htm

Molina, J. y Andrade, C. (2002). The factor structure of the GHQ-60 in a community sample: A scaled version for the Spanish population. *Advances in Relational Mental Health, 1,* 51-69.

Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós.

Moreau, D., Kalaboka, S., Choquet, M. y Annesi-Maesano, I. (2009). Asthma, obesity, and eating behaviors according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV in a large population-based sample of adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition, 89*, 1292-1298.

Neumark, D., Story M., French S., Resnick, M. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research, 12(1)*, 37-52.

Nuñez, A., y Socorro, D. (2005). Influencia de la expresividad emocional, la ambivalencia emocional, el apoyo social, la edad el sexo y el estado civil sobre la salud psicológica. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Núñez, R., Peña, A., Pacheco, B., Sanchez, M. y Rivera, M. (2006). Obesidad en pacientes adultos de Municipio Sucre del Estado Miranda. *Archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica, 25 (2)*, 64-66.

Oblitas, L., (2007) Psicología de la salud y calidad de vida (2da ed.). México: Thomson.

Organización Mundial de la Salud (2006). Obesidad y sobrepeso. Recuperado en Noviembre 21, 2010, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html

Osuna, I., Hernández, B., Campuzano, J., y Salmerón J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte, *Salud Pública Mex. 48,* 94-103.

Otero, M., Lameiras, M., y Rodríguez Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4(2),* 357-37.

Pacheco, K., Serrano, I. y Echegaray, I. (2007). Obesidad: el reto de su invisibilidad en el siglo XXI. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 18,* 82-106.

Páez, M., y Castaño, J. (2010). Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de psicología. Psicología desde el Caribe 25, 155-178.

Pereira, M., y Verdura, J. (2008). *Influencia de la autoestima, la insatisfacción con la imagen corporal, el índice de masa corporal, la edad y el sexo en las conductas alimentarias asociadas al riesgo de presentar anorexia nerviosa de tipo restrictiva en adolescentes*. Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Perpiñá, C. y Baños R. (1990). Distorsión de la imagen corporal: Un estudio en adolescentes Universidad de Valencia. *Anales de Psicología, 6(1)*, 1-9.

Piéron, M., Telama, R., Almond, L. y Carreiro, F. (1999). Estilo de vida de jóvenes europeos: un estudio comparativo. Revista de Educación Física, 76, 5-10.

Pinel, J., Assanand, S. y Lehman, D. (2000) Hunger, eating and ill health. *American Psychologist. 55(10),* 123-136.

Pruzinsky, T., y Thomas, C. (1990). *Body images: Development, deviance, and change.* New York, Guilford Press.

Prosser-Gelwick, B., y Garni, K. (1988). *Counseling and psychotherapy with college men.* San Francisco: Jossey-Bass.

Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22,* 15-27

Ramírez-Hoffmann, H. (2002). Acondicionamiento físico y estilo de vida saludable. *Colombia Médica, 33(1),* 3-5.

Ranero, P. (2000). Obesidad: La epidemia del siglo XXI. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S.A. (pp. 329-339)

Ribes, E. (2008). Psicología y salud: Un análisis conceptual. México: Trillas.

Rivera, M. (2006). Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. *Revista Cubana de Salud Pública, 32(3),* 855-862.

Salgado, V., Díaz, M., y González, M., (2003) Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud pública de México 45(1),* 19-26.

Sánchez, C., Pichardo, E., y López, P., (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gac Méd, 140 (2)*, 3-20.

Santos, V., y Sawaia, B. (2000). A bolsa na mediação "estar ostomizado"– "estar profissional": análise de uma estratégia pedagógica. *Revista latino-americana de enfermagem, 8,* 40-50.

Silvestri, E., y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Trabajo de post grado no publicado, Universidad Favalor, Córdoba, España.

Soloumi, C. y Plourde, H. (2010). Differences in psychological correlates of excess weight between adolescents and young adults in Canada. *Psychology, Health & Medicine, 15(3),* 314-325.

Spence-Jones, G. (2003). Overview of obesity. Critical Care Nursing. *Quarterly, 25 (2),* 83-92.

Stunkard, A. y Wadden, T. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition, 55*, 524-532.

Tercedor P., y Delgado M. (2000). Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares. *Revista Digital, 28,* 147-152.

Thompson JK, y Tantleff-Dunn S. (1998). Assessment of body image disturbance in obesity. *Obes Res, 6(5),* 375-7.

Ureña, C. (2008). Conceptos básicos de obesidad en la niñez y adolescencia: definición, diagnóstico, epidemiología, factores de riesgo, complicaciones. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 65(582)*, 31-35.

Verbrugge L., y Wingard D., (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women Health, 12(2*), 103-45.

Vinaccia S., y Orozco, L. (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas 1(2*), 125-137.

Waldron, I. (1976). Why do women live longer than men?". *Social Science and Medicine, 10*, 349 –362

Wooley, S., Wooley, O., y Dyrenforth, S. (1979). Theoretical, practical, and social issues in behavioral treatments of obesity. *Journal of Applied Behavior Analysis, 12*, 3-25.

ANEXO C

Análisis de Confiabilidad de Instrumentos

C1. Análisis de confiabilidad de la escala de síntomas físicos

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.780	.793	27

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
sf2	4.1946	11.834	.396	.	.767
sf3	4.5436	12.188	.462	.	.765
sf4	4.3087	12.416	.232	.	.779
sf5	4.6510	12.996	.306	.	.775
sf6	4.4933	12.264	.369	.	.769
sf7	4.3725	12.410	.250	.	.777
sf8	4.6242	12.828	.319	.	.773
sf9	4.5839	12.554	.369	.	.770
sf10	4.6174	12.661	.395	.	.770
sf11	4.6342	12.906	.302	.	.774
sf12	4.4799	12.190	.385	.	.768
sf13	4.4463	12.335	.308	.	.773
sf14	4.5839	12.648	.325	.	.772
sf15	4.5000	12.082	.446	.	.765
sf16	4.6342	12.879	.319	.	.773
sf17	4.5671	12.650	.297	.	.773
sf18	4.5235	12.432	.335	.	.771
sf19	4.6544	13.325	.069	.	.781
sf20	4.4698	13.031	.082	.	.786
sf21	4.1141	12.229	.281	.	.776
sf22	4.5906	12.842	.243	.	.776
sf23	4.6107	12.898	.249	.	.775
sf24	4.6007	12.611	.377	.	.770
sf25	4.6242	13.017	.210	.	.777
sf26	4.6577	13.000	.338	.	.774
sf27	4.4933	12.271	.367	.	.769
Sf1	4.3121	12.047	.346	.	.771

C2. Análisis de confiabilidad de la escala de síntomas psicológicos

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.817	.846	28

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sf1	6.2669	22.210	.445	.	.807
sp2	6.4223	22.821	.378	.	.810
sp3	6.3345	21.871	.556	.	.802
sp4	6.3176	22.584	.377	.	.810
sp5	6.0034	22.783	.315	.	.812
sp6	6.3446	22.423	.427	.	.808
sp7	6.4122	23.423	.216	.	.816
sp8	6.2736	22.654	.346	.	.811
sp9	6.3074	22.715	.342	.	.811
sp10	6.3007	21.858	.540	.	.802
sp11	6.3142	22.284	.446	.	.807
sp12	6.5236	23.579	.258	.	.814
sp13	6.3412	21.954	.540	.	.803
sp14	6.3446	22.396	.434	.	.807
sp15	6.2196	24.206	-.065	.	.853
sp16	6.3547	22.460	.424	.	.808
sp17	6.3649	22.931	.315	.	.812
sp18	6.3446	22.450	.421	.	.808
sp19	6.5068	23.342	.314	.	.813
sp20	6.5405	23.707	.237	.	.815
sp21	6.4628	22.751	.437	.	.808
sp22	6.5338	23.294	.372	.	.811
sp23	6.5980	23.875	.302	.	.814
sp24	6.5845	23.878	.253	.	.815
sp25	6.5541	23.658	.277	.	.814
sp26	6.4291	22.171	.559	.	.803
sp27	6.5642	23.460	.379	.	.812
sp28	6.5845	23.667	.353	.	.813

C3. Análisis de confiabilidad de la escala de estilo de vida

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.737	.733	60

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ev1	33.4646	39.628	.177	.	.734
ev2	33.7946	39.333	.238	.	.731
ev3	33.4141	39.399	.227	.	.732
ev4	33.5758	39.265	.226	.	.732
ev5	33.9360	40.276	.108	.	.736
ev6	33.8653	39.495	.233	.	.732
ev7	33.6162	40.176	.079	.	.738
ev8	33.2525	40.419	.085	.	.737
ev9	33.1448	40.536	.142	.	.735
ev10	33.1582	40.776	.036	.	.737
ev11	33.5960	39.221	.233	.	.731
ev12	33.5354	39.419	.203	.	.733
ev13	33.5522	39.708	.155	.	.735
ev14	33.5724	39.550	.180	.	.734
ev15	33.8249	39.354	.244	.	.731
ev16	33.3468	39.504	.230	.	.732
ev17	33.7845	38.872	.316	.	.728
ev18	33.8485	40.007	.133	.	.735
ev19	33.1515	40.832	.020	.	.737
ev20	33.5286	39.987	.112	.	.737
ev21	33.9327	40.637	.031	.	.739
ev22	33.6027	38.896	.286	.	.729
ev23	33.2492	39.992	.183	.	.734
ev24	33.4007	39.592	.196	.	.733
ev25	33.2492	39.958	.191	.	.733
ev26	33.2694	40.123	.142	.	.735

ev27	33.3199	39.630	.218	.	.732
ev28	33.4512	39.512	.199	.	.733
ev29	33.9630	39.630	.268	.	.731
ev30	33.5892	40.060	.098	.	.737
ev31	33.5017	39.197	.244	.	.731
ev32	33.8350	39.658	.192	.	.733
ev33	33.2593	39.531	.279	.	.730
ev34	33.6397	38.589	.337	.	.727
ev35	33.5286	40.243	.071	.	.738
ev36	33.9226	40.193	.120	.	.736
ev37	33.5926	39.310	.218	.	.732
ev38	33.9158	39.949	.167	.	.734
ev39	33.7407	40.287	.067	.	.738
ev40	33.5286	39.020	.269	.	.730
ev41	33.4141	39.953	.131	.	.736
ev42	33.3232	40.091	.128	.	.735
ev43	33.8384	39.176	.281	.	.730
ev44	33.9764	39.584	.294	.	.730
ev45	33.2323	39.780	.246	.	.732
ev46	33.7609	39.574	.189	.	.733
ev47	33.3636	39.773	.175	.	.734
ev48	33.2256	40.344	.116	.	.736
ev49	33.1785	40.620	.073	.	.737
ev50	33.3064	39.815	.188	.	.733
ev51	33.3199	39.887	.168	.	.734
ev52	33.4949	38.893	.295	.	.729
ev53	33.4916	39.433	.206	.	.733
ev54	33.8013	39.579	.197	.	.733
ev55	33.5758	39.373	.208	.	.732
ev56	33.4377	39.321	.234	.	.731
ev57	33.4377	39.531	.198	.	.733
ev58	33.7138	40.867	-.028	.	.743
ev59	33.6667	39.230	.234	.	.731
ev60	33.1448	40.719	.069	.	.737

C4. Análisis de confiabilidad de la escala de figura corporal

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
.957	.959	30

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
figura corporal	19.2715	492.854	.569	.532	.956
fc2	18.6873	471.892	.641	.576	.956
fc3	18.6048	469.564	.708	.645	.955
fc4	19.1478	481.954	.711	.581	.955
fc5	19.2027	480.817	.696	.660	.955
fc6	19.9003	506.966	.573	.614	.956
fc7	19.8694	507.286	.452	.467	.956
fc8	19.2955	480.940	.727	.639	.954
fc9	19.7766	498.760	.652	.644	.955
fc10	19.1203	483.210	.696	.660	.955
fc11	19.7285	497.640	.649	.666	.955
fc12	19.4845	482.885	.795	.737	.954
fc13	19.4674	483.002	.698	.653	.955
fc14	19.4433	480.696	.789	.759	.954
fc15	19.8900	508.250	.489	.563	.956
fc16	19.6392	491.280	.734	.690	.955
fc17	19.3574	482.789	.743	.751	.954
fc18	19.1271	476.629	.742	.714	.954
fc19	19.2749	485.579	.601	.506	.956
fc20	19.2921	480.711	.670	.670	.955
fc21	19.2646	477.650	.780	.743	.954
fc22	19.8282	503.060	.546	.584	.956
fc23	19.9897	516.790	.346	.395	.957
fc24	19.8488	502.405	.625	.664	.956
fc25	19.3677	480.806	.773	.737	.954
fc26	19.2371	491.030	.553	.429	.956
fc27	19.3918	484.267	.672	.643	.955

fc28	19.9210	508.487	.472	.588	.956
fc29	19.1856	486.331	.655	.610	.955
fc30	18.1787	472.485	.655	.598	.955

ANEXO D

Comprobación del supuesto de normalidad de las variables

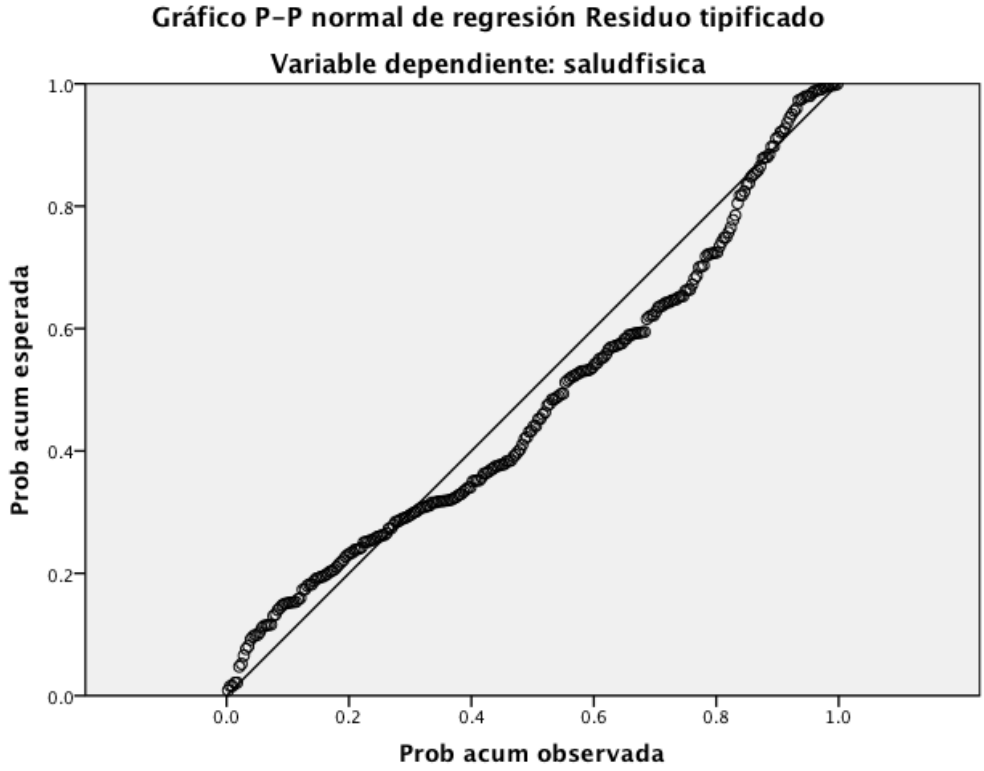
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: saludfisica
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

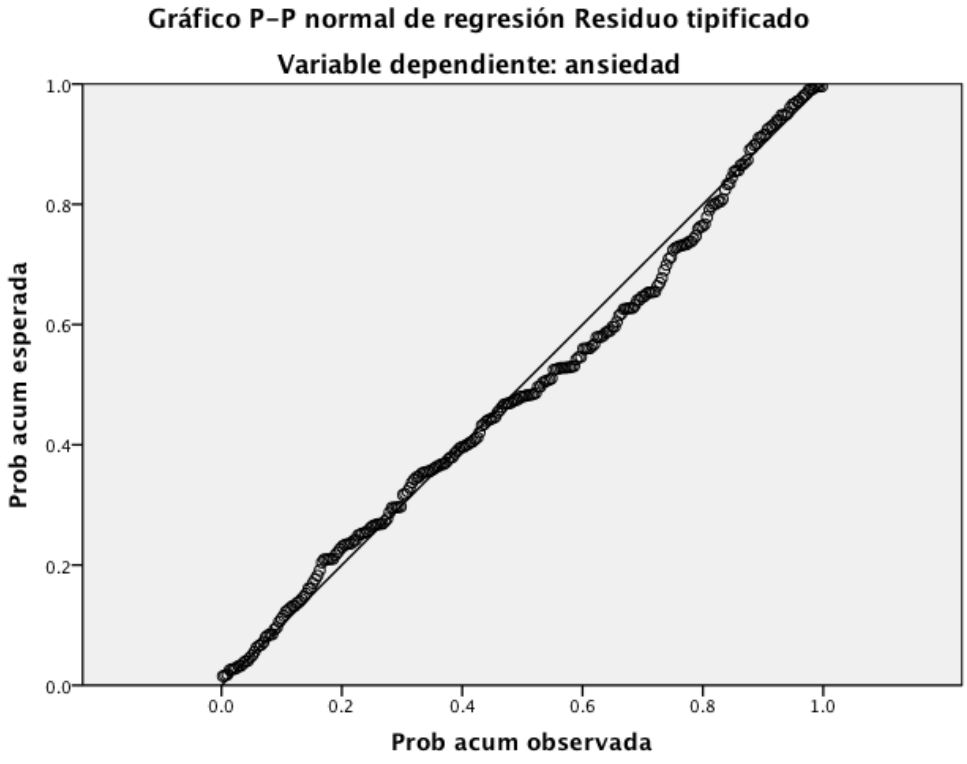
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: ansiedad
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

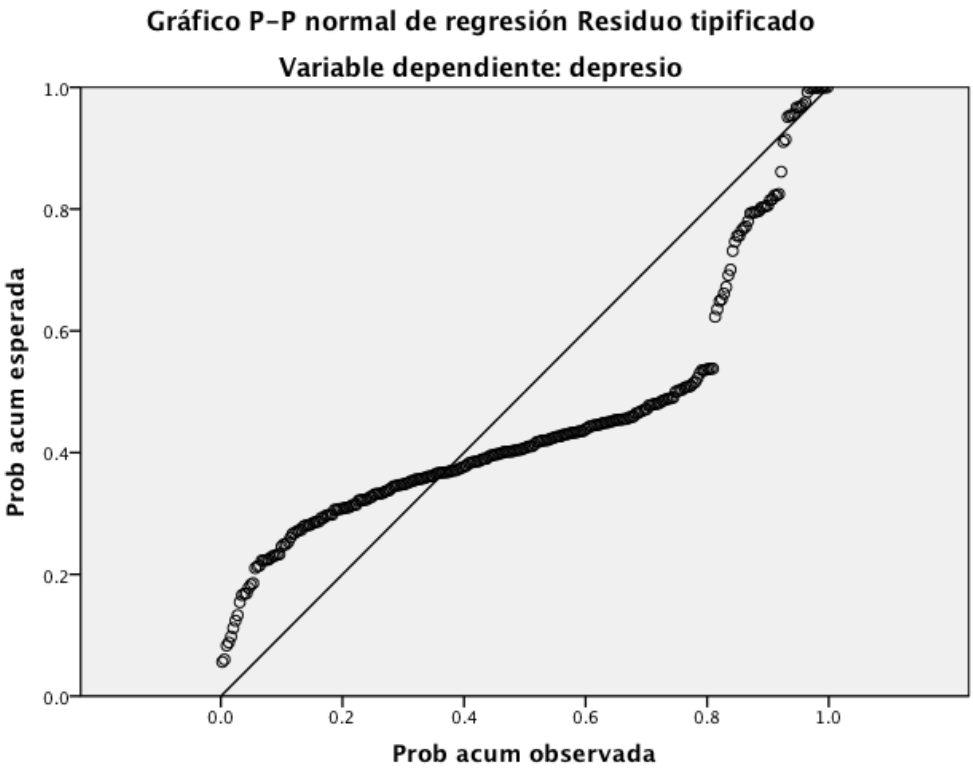
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: depresio
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

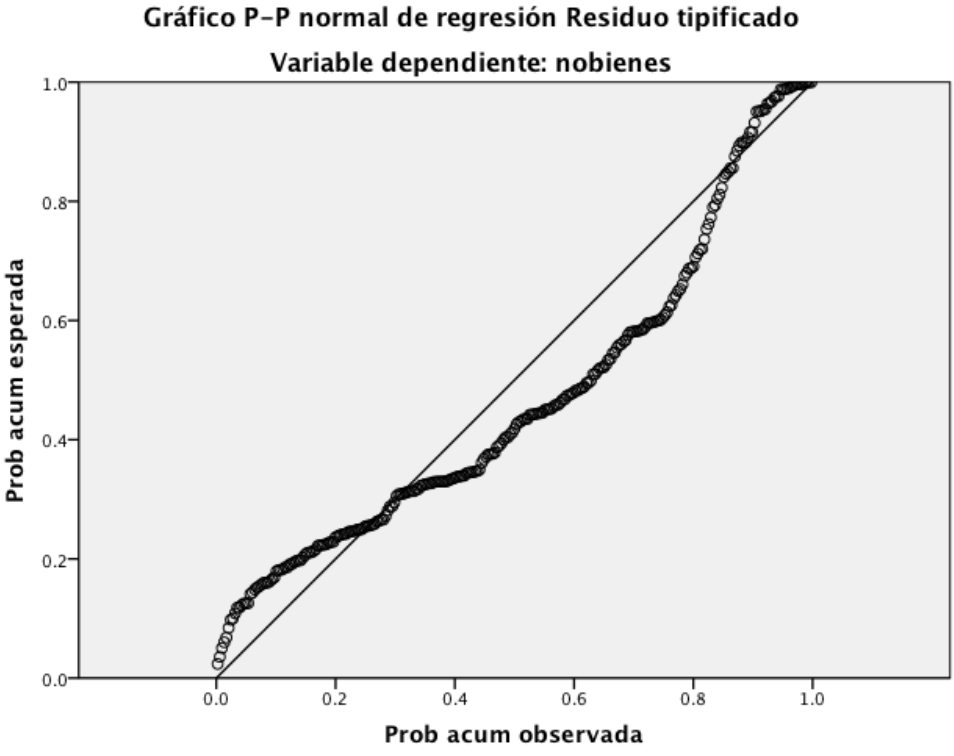
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: nobienes
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

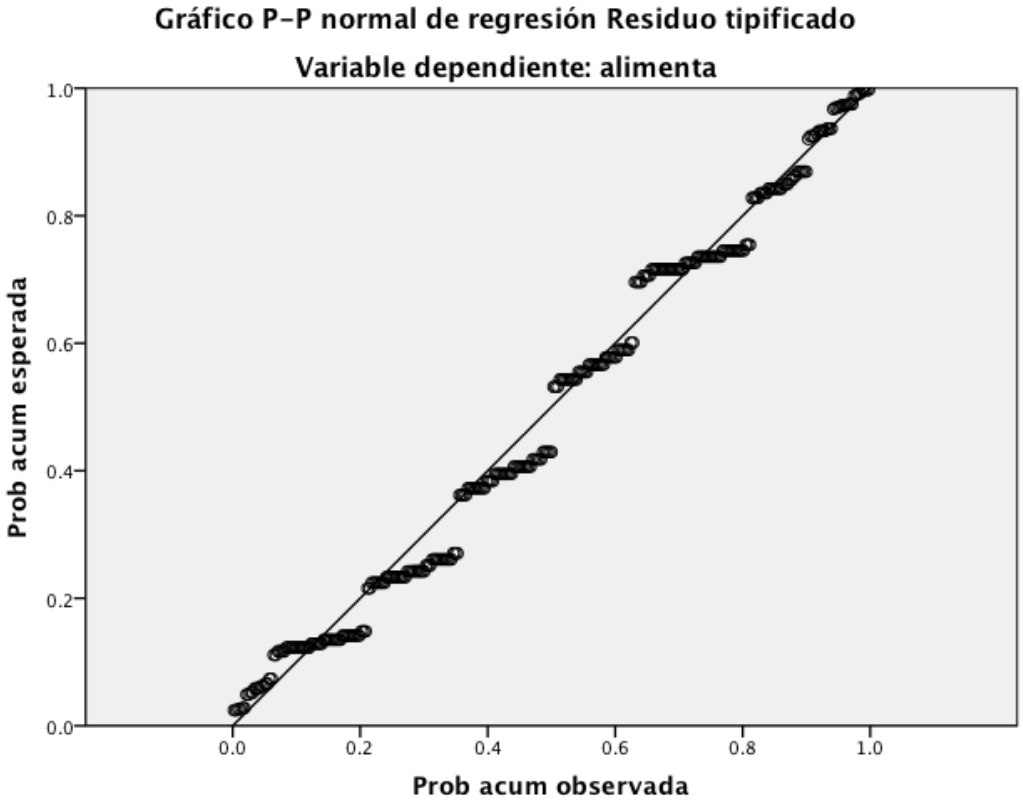
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: alimenta
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

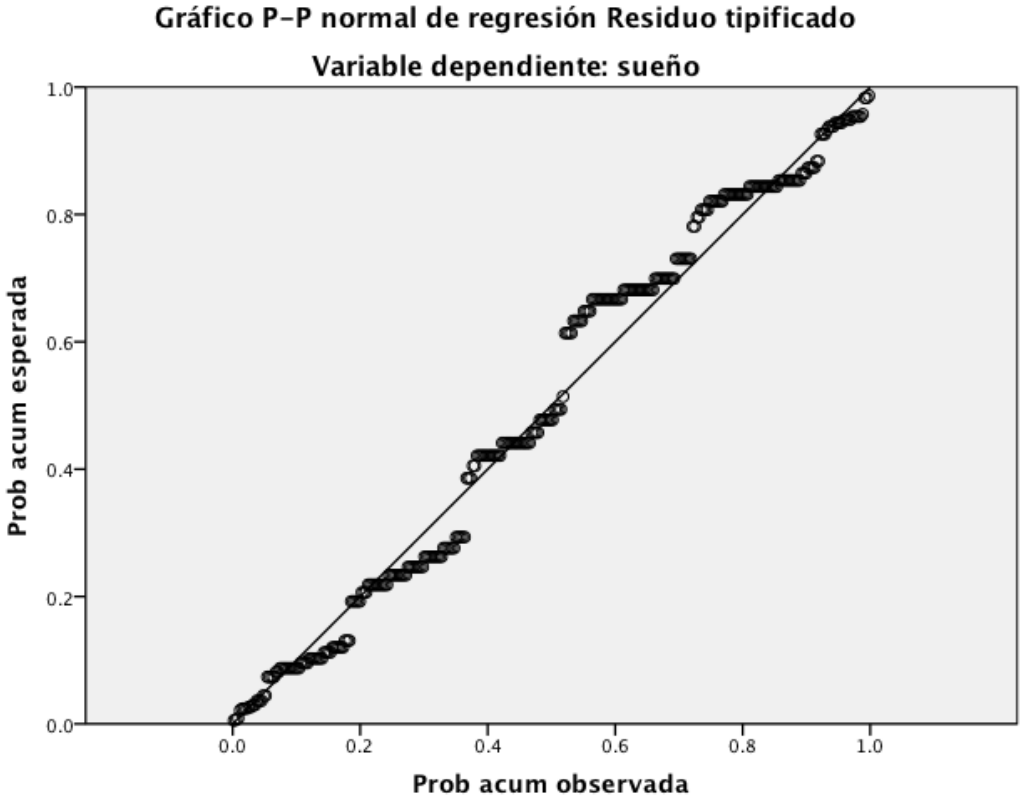
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: sueño
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

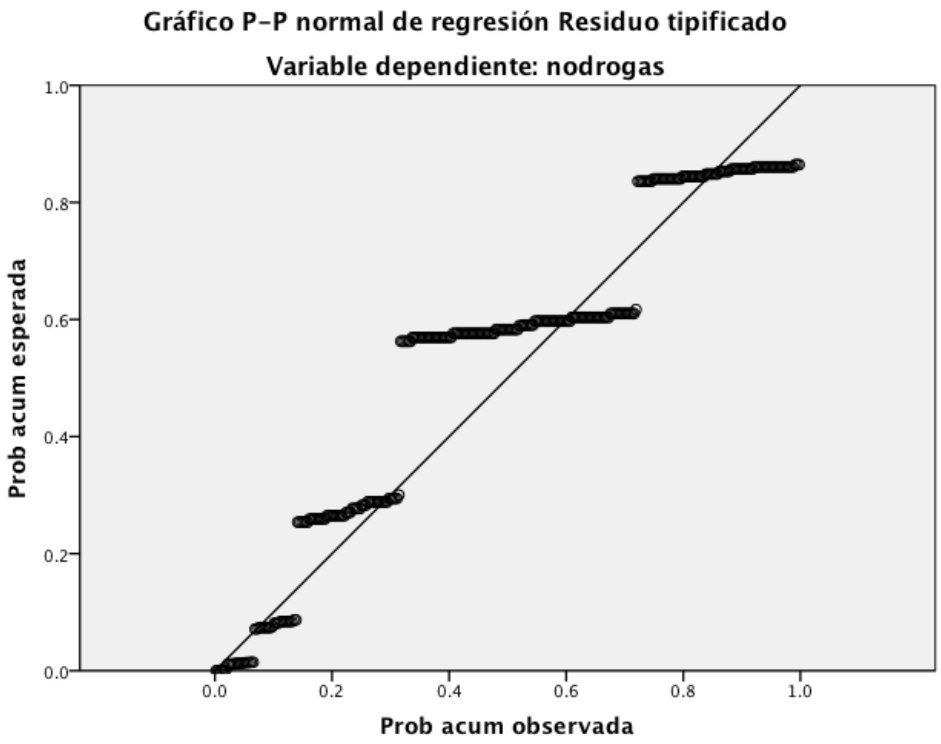
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: nodrogas
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

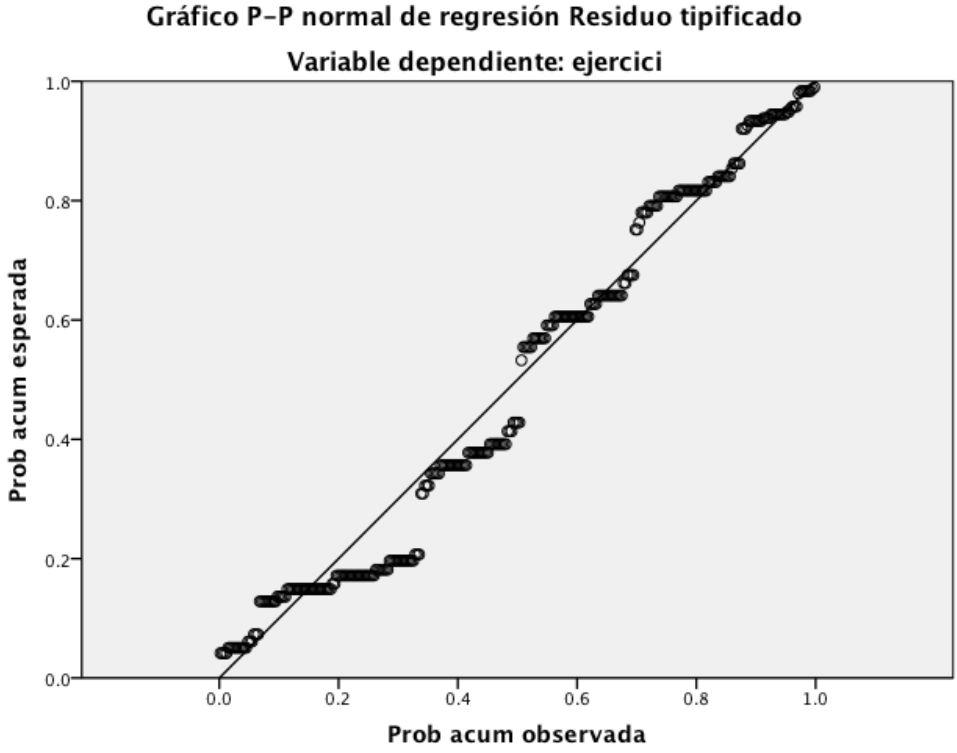
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: ejercici
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

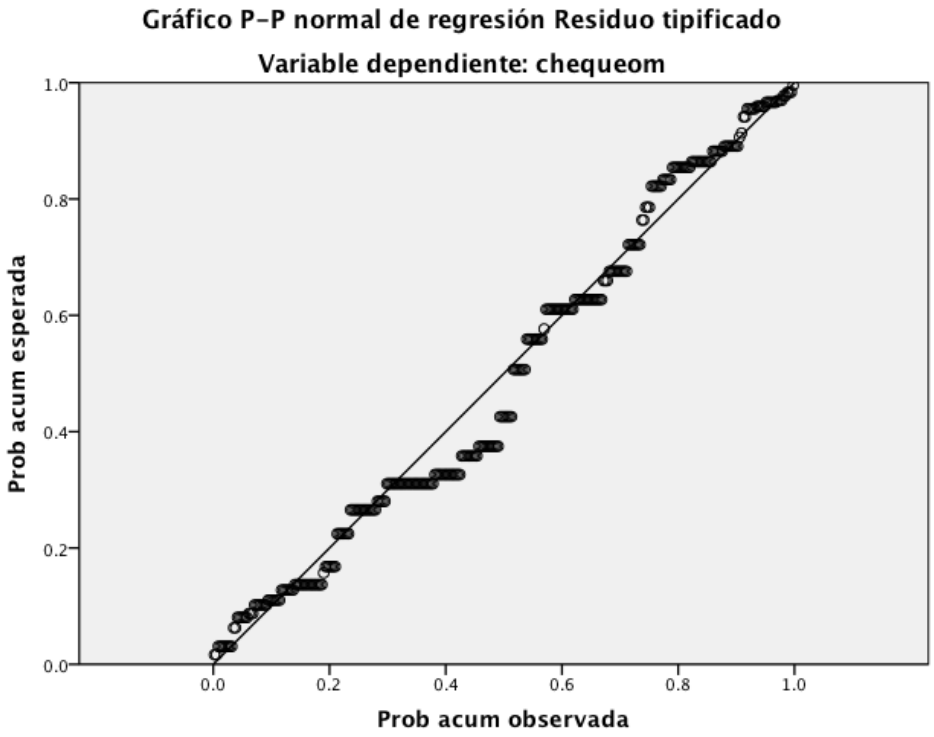
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: chequeom
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

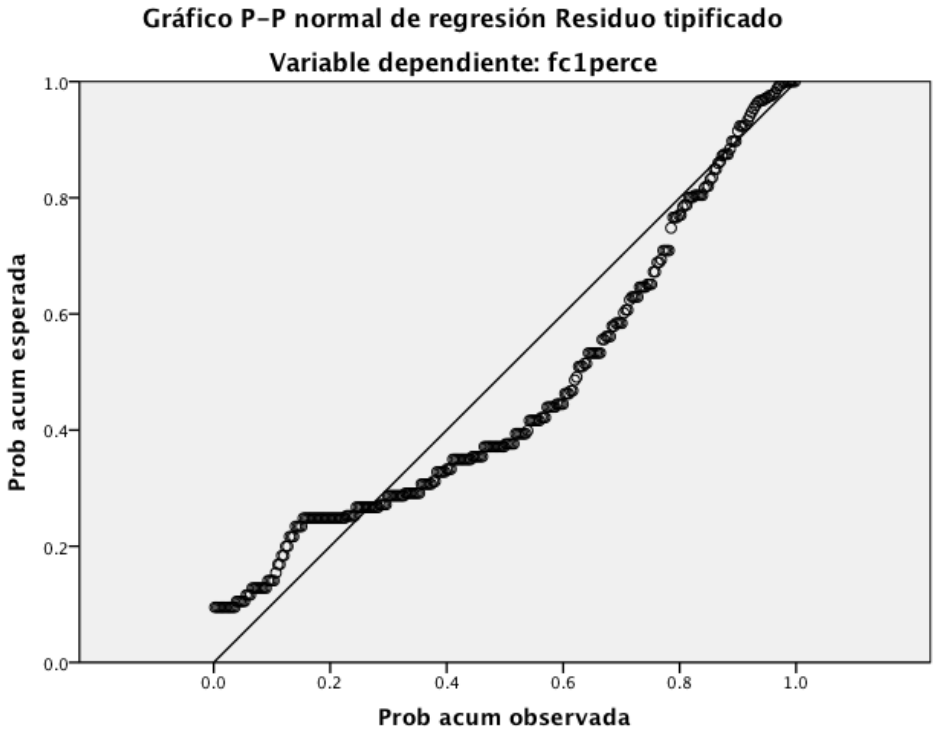
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: fc1perce
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

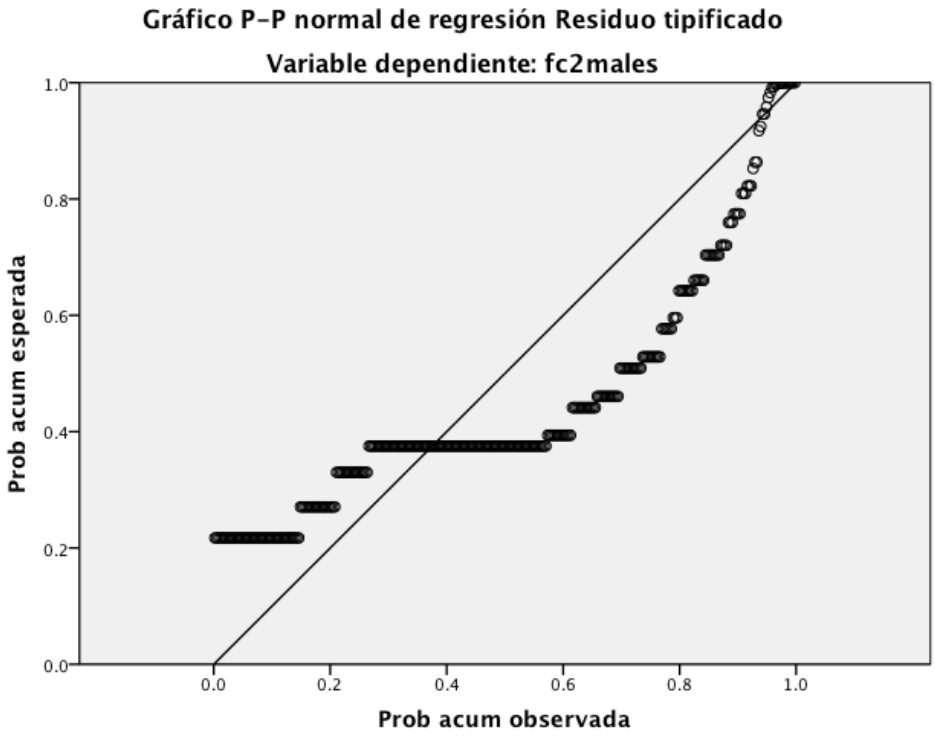
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: fc2males
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

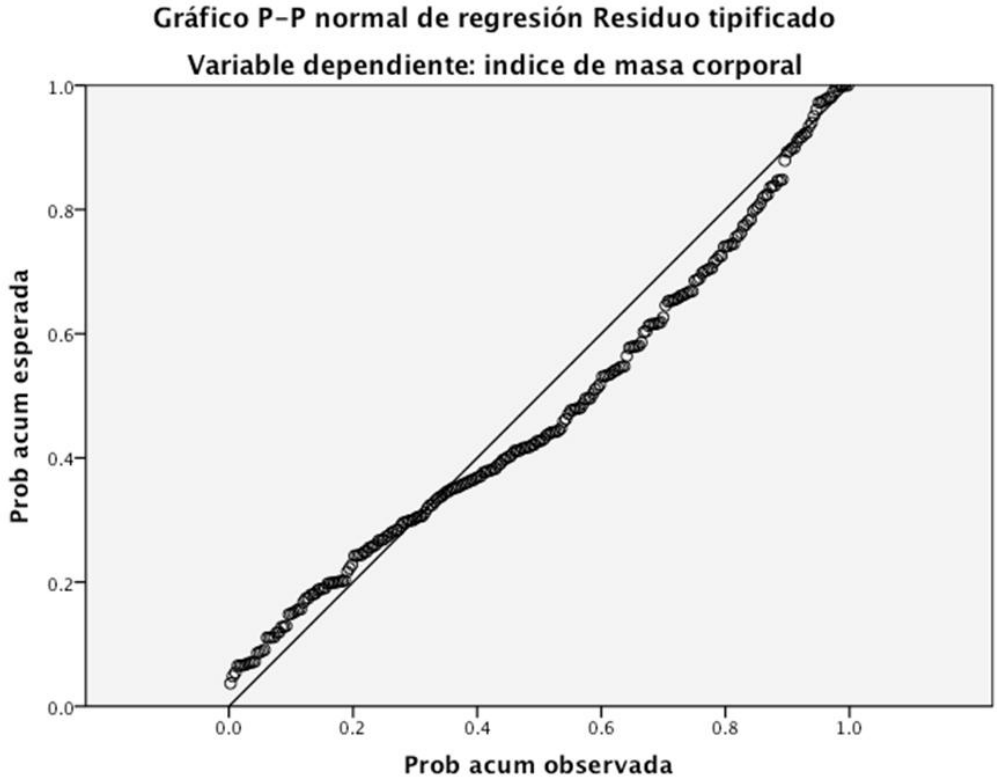
Gráfico P-P normal de regresión Residuo tipificado
Variable dependiente: indice de masa corporal
Prob acum esperada
Prob acum observada
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0

ANEXO E

Matriz de correlaciones

Supuesto de multicolinealidad

		sexo	edad	nivel socio economico	ansiedad
sexo	Correlación de Pearson	1	-.034	.033	.304**
	Sig. (bilateral)		.548	.560	.000
	N	312	312	306	300
edad	Correlación de Pearson	-.034	1	-.028	-.038
	Sig. (bilateral)	.548		.623	.513
	N	312	312	306	300
nivel socio economico	Correlación de Pearson	.033	-.028	1	.080
	Sig. (bilateral)	.560	.623		.172
	N	306	306	306	294
ansiedad	Correlación de Pearson	.304**	-.038	.080	1
	Sig. (bilateral)	.000	.513	.172	
	N	300	300	294	300
depresio	Correlación de Pearson	.059	-.094	-.010	.337**
	Sig. (bilateral)	.299	.100	.858	.000
	N	310	310	304	299
nobienes	Correlación de Pearson	.063	-.010	-.050	.305**
	Sig. (bilateral)	.273	.866	.389	.000
	N	308	308	302	297
fc1perce	Correlación de Pearson	.302**	.039	.010	.431**
	Sig. (bilateral)	.000	.498	.861	.000
	N	296	296	290	285
fc2males	Correlación de Pearson	.226**	.041	.038	.395**
	Sig. (bilateral)	.000	.473	.516	.000
	N	306	306	300	294
alimenta	Correlación de Pearson	.179**	.012	.033	.029
	Sig. (bilateral)	.002	.832	.564	.618
	N	311	311	305	299
ejercici	Correlación de Pearson	-.269**	.083	-.095	-.191**
	Sig. (bilateral)	.000	.147	.099	.001

	N	309	309	303	298
sueño	Correlación de Pearson	-.252**	-.039	-.092	-.494**
	Sig. (bilateral)	.000	.498	.111	.000
	N	310	310	304	298
nodrogas	Correlación de Pearson	.043	-.166**	.018	-.189**
	Sig. (bilateral)	.457	.004	.758	.001
	N	307	307	301	295
chequeom	Correlación de Pearson	.300**	-.052	.131*	-.012
	Sig. (bilateral)	.000	.362	.022	.838
	N	309	309	303	298
indice de masa corporal	Correlación de Pearson	-.110	.191**	.149**	.084
	Sig. (bilateral)	.053	.001	.009	.148
	N	312	312	306	300

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

ANEXO F

Análisis de regresión de la variable IMC

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.520[a]	.271	.232	4.41061	1.876

a. Variables predictoras: (Constante), sexo, nodrogas, nivel socio economico, depresio, alimenta, nobienes, ejercici, chequeom, saludfisica, fc1perce, sueño, ansiedad, fc2males
b. Variable dependiente: indice de masa corporal

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1741.654	13	133.973	6.887	.000[a]
	Residual	4688.281	241	19.453		
	Total	6429.935	254			

a. Variables predictoras: (Constante), sexo, nodrogas, nivel socio economico, depresio, alimenta, nobienes, ejercici, chequeom, saludfisica, fc1perce, sueño, ansiedad, fc2males
b. Variable dependiente: indice de masa corporal

Coeficientes

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	25.020	2.421		10.334	.000
	alimenta	-.017	.126	-.008	-.139	.890
	ejercici	.044	.189	.014	.232	.817
	sueño	-.265	.195	-.093	-1.356	.176
	nodrogas	-.377	.239	-.091	-1.578	.116
	chequeom	.699	.228	.190	3.061	.002
	saludfisica	-.098	.105	-.071	-.932	.352
	ansiedad	-.079	.115	-.058	-.683	.495
	depresio	-.537	.319	-.105	-1.684	.093
	nobienes	.010	.230	.003	.043	.965
	fc1perce	.174	.026	.613	6.647	.000
	fc2males	-.172	.079	-.208	-2.197	.029
	nivel socio economico	.698	.295	.135	2.367	.019
	sexo	-2.720	.665	-.271	-4.091	.000

a. Variable dependiente: indice de masa corporal

ANEXO G

Análisis de regresión de la variable Síntomas Físicos

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.514[a]	.264	.242	3.16236	2.068

a. Variables predictoras: (Constante), sexo, nodrogas, alimenta, fc2males, ejercici, chequeom, sueño, fc1perce

b. Variable dependiente: saludfisica

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	936.859	8	117.107	11.710	.000[a]
	Residual	2610.137	261	10.001		
	Total	3546.996	269			

a. Variables predictoras: (Constante), sexo, nodrogas, alimenta, fc2males, ejercici, chequeom, sueño, fc1perce

b. Variable dependiente: saludfisica

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	7.563	1.284		5.889	.000
	alimenta	-.083	.086	-.053	-.965	.335
	ejercici	-.135	.125	-.061	-1.076	.283
	sueño	-.642	.122	-.313	-5.275	.000
	nodrogas	-.309	.158	-.105	-1.953	.052
	chequeom	.392	.151	.149	2.601	.010
	fc1perce	.019	.018	.092	1.068	.286
	fc2males	.094	.049	.157	1.906	.058
	sexo	.260	.451	.036	.576	.565

a. Variable dependiente: saludfisica

ANEXO H

Análisis de regresión lineal de la dimensión de ansiedad, de la variable síntomas psicológicos

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.632[a]	.400	.379	2.95358	1.827

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, nodrogas, fc1perce, alimenta, ejercici, chequeom, sueño, sexo, fc2males
b. Variable dependiente: ansiedad

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1494.692	9	166.077	19.038	.000[a]
	Residual	2241.967	257	8.724		
	Total	3736.659	266			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, nodrogas, fc1perce, alimenta, ejercici, chequeom, sueño, sexo, fc2males
b. Variable dependiente: ansiedad

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	8.689	1.406		6.179	.000
	alimenta	.033	.082	.020	.407	.685
	ejercici	-.071	.121	-.030	-.582	.561
	sueño	-.792	.115	-.375	-6.886	.000
	nodrogas	-.606	.151	-.196	-4.004	.000
	chequeom	-.092	.145	-.033	-.633	.527
	fc1perce	.036	.017	.174	2.155	.032
	fc2males	.063	.047	.102	1.323	.187
	sexo	.959	.429	.128	2.237	.026
	nivel socio economico	.133	.189	.035	.703	.483

a. Variable dependiente: ansiedad

ANEXO I

Análisis de regresión lineal de la dimensión de depresión, de la variable síntomas psicológicos

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.388[a]	.150	.122	.92440	1.957

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, nodrogas, sexo, alimenta, fc2males, ejercici, chequeom, sueño, fc1perce
b. Variable dependiente: depresion

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	40.215	9	4.468	5.229	.000[a]
	Residual	227.303	266	.855		
	Total	267.518	275			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, nodrogas, sexo, alimenta, fc2males, ejercici, chequeom, sueño, fc1perce
b. Variable dependiente: depresion

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	.854	.431		1.983	.048
	alimenta	.031	.025	.074	1.267	.206
	ejercici	.007	.037	.012	.204	.839
	sueño	-.073	.035	-.131	-2.054	.041
	nodrogas	-.048	.045	-.060	-1.047	.296
	chequeom	-.014	.044	-.020	-.321	.748
	fc1perce	.003	.005	.050	.530	.596
	fc2males	.045	.015	.276	3.065	.002
	sexo	-.046	.131	-.023	-.347	.729
	nivel socio economico	-.046	.059	-.045	-.783	.434

a. Variable dependiente: depresion

Anexo J

Análisis de regresión de la dimensión Falta de bienestar de la variable síntomas psicológicos

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.502[a]	.252	.227	1.23880	2.130

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, nodrogas, fc1perce, alimenta, ejercici, chequeom, sueño, sexo, fc2males

b. Variable dependiente: nobienes

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	136.260	9	15.140	9.866	.000[a]
	Residual	403.608	263	1.535		
	Total	539.868	272			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, nodrogas, fc1perce, alimenta, ejercici, chequeom, sueño, sexo, fc2males

b. Variable dependiente: nobienes

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	3.102	.580		5.349	.000
	alimenta	.002	.033	.003	.055	.956
	ejercici	-.133	.050	-.153	-2.641	.009
	sueño	-.192	.048	-.241	-4.021	.000
	nodrogas	-.060	.061	-.053	-.976	.330
	chequeom	-.118	.060	-.115	-1.980	.049
	fc1perce	-.010	.007	-.127	-1.411	.159
	fc2males	.099	.020	.431	4.980	.000
	sexo	-.205	.177	-.073	-1.158	.248
	nivel socio economico	-.112	.079	-.078	-1.424	.156

a. Variable dependiente: nobienes

ANEXO K
Análisis de regresión para la dimensión Alimentación de la variable estilo de vida

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.174[a]	.030	.024	2.30784	1.928

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo

b. Variable dependiente: alimenta

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	50.149	2	25.074	4.708	.010[a]
	Residual	1608.494	302	5.326		
	Total	1658.643	304			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo

b. Variable dependiente: alimenta

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	2.683	.618		4.338	.000
	sexo	.797	.264	.171	3.012	.003
	nivel socio economico	.067	.138	.028	.487	.626

a. Variable dependiente: alimenta

ANEXO L

Análisis de regresión para la dimensión de actividad física de la variable estilo de vida

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.302[a]	.091	.085	1.57353	1.627

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: ejercici

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	74.360	2	37.180	15.016	.000[a]
	Residual	742.795	300	2.476		
	Total	817.155	302			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: ejercici

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	3.960	.422		9.377	.000
	sexo	-.941	.181	-.287	-5.202	.000
	nivel socio economico	-.147	.094	-.086	-1.553	.121

a. Variable dependiente: ejercici

ANEXO M

Análisis de regresión de dimensión de uso de drogas de la variable estilo de vida

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.040[a]	.002	-.005	1.21856	1.710

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: nodrogas

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.703	2	.352	.237	.789[a]
	Residual	442.499	298	1.485		
	Total	443.203	300			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: nodrogas

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	5.531	.327		16.893	.000
	sexo	.087	.141	.036	.616	.539
	nivel socio economico	.021	.074	.016	.282	.778

a. Variable dependiente: nodrogas

ANEXO N

Análisis de regresión de la dimensión chequeo médico de la variable estilo de vida.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.314[a]	.099	.093	1.29072	2.030

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: chequeom

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	54.804	2	27.402	16.448	.000[a]
	Residual	499.791	300	1.666		
	Total	554.594	302			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: chequeom

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	.355	.345		1.029	.304
	sexo	.773	.148	.286	5.210	.000
	nivel socio economico	.170	.077	.120	2.191	.029

a. Variable dependiente: chequeom

ANEXO O

Análisis de regresión de dimensión de hábitos de sueño de la variable estilo de vida

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.271[a]	.074	.068	1.72682	1.891

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: sueño

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	71.394	2	35.697	11.971	.000[a]
	Residual	897.553	301	2.982		
	Total	968.947	303			

a. Variables predictoras: (Constante), nivel socio economico, sexo
b. Variable dependiente: sueño

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	5.643	.466		12.123	.000
	sexo	-.913	.198	-.256	-4.606	.000
	nivel socio economico	-.158	.104	-.085	-1.523	.129

a. Variable dependiente: sueño

ANEXO P

Análisis de regresión de la dimensión Percepción de la Figura corporal.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.302[a]	.091	.088	17.06692	1.802

a. Variables predictoras: (Constante), sexo
b. Variable dependiente: fc1perce

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	8594.562	1	8594.562	29.506	.000[a]
	Residual	85636.273	294	291.280		
	Total	94230.834	295			

a. Variables predictoras: (Constante), sexo
b. Variable dependiente: fc1perce

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	.821	3.143		.261	.794
	sexo	10.777	1.984	.302	5.432	.000

a. Variable dependiente: fc1perce

ANEXO Q

Análisis de regresión de la dimensión Malestar de la Figura corporal.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Durbin-Watson
1	.226[a]	.051	.048	5.86055	1.876

a. Variables predictoras: (Constante), sexo
b. Variable dependiente: fc2males

ANOVA[b]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	564.004	1	564.004	16.421	.000[a]
	Residual	10441.189	304	34.346		
	Total	11005.193	305			

a. Variables predictoras: (Constante), sexo
b. Variable dependiente: fc2males

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-.852	1.057		-.805	.421
	sexo	2.715	.670	.226	4.052	.000

a. Variable dependiente: fc2males