



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

RELACIÓN ENTRE APEGO, OBESIDAD Y AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES

**PAULINA CHINCHÓN PARÍS
PAULA CRAWFORD VENEGAS
LISSETTE HERNÁNDEZ ROJO
CONSTANZA JAQUE FERNÁNDEZ**

Profesor Guía: PAULA SOLERVICENS SILVA

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso como requisito para optar al título de Psicólogo y el grado de licenciado en Psicología.

Enero, 2014

Valparaíso, Chile.

DEDICATORIAS

A mi mamá por su cariño, su apoyo incondicional y alentarme a seguir mis sueños.

A mi papá por su apoyo incondicional, y creer en mis capacidades.

A mis hermanos por su amistad, compañerismo y cada palabra de motivación.

A mi abuela por su fortaleza y apoyo incondicional.

A mi abuelo por su cariño y amor que siempre estará en mis recuerdos.

A mí, por mi perseverancia.

- Constanza

A mis padres, y especialmente a mi madre, por confiar siempre en mis capacidades y por motivarme siempre a continuar...

A mi hermano querido, por apoyarme siempre y alegrarse por mis logros.

Y a mi amor, por su cariño y apoyo incondicionales y por creer siempre, que puedo lograr grandes cosas.

- Lissette

A mi mamá y mi abuela, que sembraron en mí la fuerza, el carácter y la perseverancia para enfrentar cada obstáculo que encontré en mi camino, abrir mis alas y volar.

A mi amor, por el apoyo, el cariño y por nunca dejar de creer en mí.

A mí, por no rendirme a pesar de todo.

- Paula

A mis papás, que me han dado las herramientas para ser lo que soy hoy día, por siempre apoyarme y confiar en mí durante este camino de formarme como profesional.

A mis hermanos, por su existencia. Porque sin ellos no me sentiría con la fuerza de seguir adelante.

A mi tata y mi tío, que desde siempre han estado entregando lo mejor de sí mismos para enseñarme cómo ser mejor persona.

A ti abueli, que me llenas cada día con tu valentía y tu fuerza.

Y a mis amigos que evitaron que colapsara en los momentos más estresantes de este proceso, entregándome risas y momentos inolvidables.

- Paulina

AGRADECIMIENTOS

A los cada uno de los adolescentes y sus cuidadores que se tomaron el tiempo para participar de esta investigación.

A los colegios y centros de salud familiar que nos abrieron sus puertas y tuvieron la disposición para ayudarnos durante este proceso.

A nuestra profesora guía, Paula Solervicens, por su dedicación, entrega docente y por los conocimientos transmitidos. Al profesor Javier Morán quien nos recibió con muy buena voluntad y entusiasmo para resolver nuestras dudas.

A nuestro grupo de investigación por el esfuerzo, la paciencia y los buenos momentos vividos durante este año, y que a pesar de los períodos adversos nunca se rindió.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Adolescencia.....	10
2.1.1 Algunas definiciones de Adolescencia.....	10
2.1.2 Desarrollo Cognitivo	11
2.1.3 Desarrollo Psicosocial	12
2.1.4 Desarrollo Moral	13
2.1.5 Relación con Pares y Familia	13
2.2 Apego	14
2.2.1 Antecedentes Históricos	14
2.2.2 Teoría del Apego de Bowlby	15
2.2.3 Clasificación de Patrones del Apego de Mary Ainsworth.....	16
2.2.4 Mary Main y el Apego Desorganizado	19
2.2.5 Apego Adolescente	20
2.3 Autoestima	20
2.3.1 Autoestima en la Adolescencia	23
2.4 Obesidad	24
2.4.1 Modelo Multifactorial de la Obesidad	26
2.4.2 Modelos Explicativos Psicológicos	28
2.4.3 Comedores emocionales	28
3 MARCO EMPÍRICO	31
4 MARCO METODOLÓGICO	34
4.1 Objetivos	34
4.1.1 Objetivo General	34
4.1.2 Objetivos Específicos	34
4.2 Hipótesis	34
4.2.1 Hipótesis de Investigación	34
4.2.2 Hipótesis Nula	34
4.2.3 Hipótesis alternativa	35

4.3 Pregunta de investigación	35
4.4 Justificación.....	35
4.5 Operacionalización de Variables	37
5. DISEÑO EXPERIMENTAL	39
5.1 Tipo de Estudio	39
5.2 Población y Muestra	39
5.2.1 Población.....	39
5.2.2 Muestra Estadística.....	39
5.2.3 Muestra	39
5.2.3.1 Tipo de Muestra	39
5.2.4 Criterios de Inclusión	40
5.2.5 Criterios de Exclusión	40
5.3 Instrumentos	40
5.3.1 Encuesta sociodemográfica	40
5.3.2 Adolescent Attachment Questionnaire	40
5.3.3 Escala de Autoestima de Rosenberg	42
5.3.4 Índice de Masa Corporal	42
5.4 Procedimiento	43
5.5 Método de Análisis de Resultados	44
6 RESULTADOS	45
7 DISCUSIÓN	65
8 CONCLUSIÓN	71
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
10 ANEXOS.....	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.La situación extraña	18
Tabla 2.Clasificación del estado nutricional, según IMC	25
Tabla 3.Operacionalización de Variables	37

Tabla 4. Normas provisionarias de interpretación	41
Tabla 5. Distribución de la muestra según sexo	45
Tabla 6. Distribución de la muestra según edad	45
Tabla 7. Distribución de la muestra según comuna de institución	47
Tabla 8. Distribución de la muestra según estado nutricional	48
Tabla 9. Distribución de la muestra según estado nutricional y reporte de actividad física	49
Tabla 10. Distribución de la muestra según tratamiento	50
Tabla 11. Frecuencia de cuidador primario en la muestra al responder AAQ	51
Tabla 12. Distribución de la muestra según resultado de escala de disponibilidad y los estados nutricionales	52
Tabla 13. Distribución de la muestra según resultados de escala de cooperación y estado nutricional	53
Tabla 14. Distribución de la muestra según resultados de escala de enojo y los estados nutricionales	54
Tabla 15. Distribución de la muestra según niveles de autoestima	55
Tabla 16. Distribución de la muestra según estado nutricional y niveles de autoestima	56
Tabla 17. Distribución de la muestra según resultados de escala de disponibilidad y los niveles de autoestima	57
Tabla 18. Distribución de la muestra según resultados de escala de cooperación y los niveles de autoestima	58
Tabla 19. Distribución de la muestra según resultado de escala de señales de enojo y los niveles de autoestima	59
Tabla 20. Asociación de los tipos de apego y los niveles de autoestima	60
Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado	60
Tabla 22. Asociación entre el tipo de apego y obesidad y otros estados nutricionales	61
Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado	61
Tabla 24. Correlación Índice de Masa Corporal y Escala de Autoestima de Rosenberg	62
Tabla 25. Correlación entre Índice de Masa Corporal y AAQ	62
Tabla 26. Correlación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y AAQ	63
Tabla 27. Análisis U Mann Whitney	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según sexo	45
Figura 2. Distribución de la muestra según edad	46
Figura 3. Distribución según comuna de institución	47
Figura 4. Distribución de la muestra según estado nutricional	48
Figura 5. Distribución de la muestra según estado nutricional y reporte de la actividad física ...	49
Figura 6. Distribución de la muestra según tratamiento	51
Figura 7. Frecuencia de cuidador primario en la muestra al responder AAQ	52
Figura 8. Distribución de los niveles de autoestima según escala de Rosenberg en la muestra ...	55
Figura 9. Distribución de la muestra según estado nutricional y niveles de autoestima	56

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objetivo estudiar la influencia que tienen las representaciones de apego en la presencia de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes de 11 a 19 años de edad que estudian en colegios o asisten a Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las provincias de Marga Marga y Valparaíso. De acuerdo a ello, se plantean dos hipótesis de investigación, la primera (Hi a) tiene que ver con que las representaciones de apego inseguro se relacionan con la presencia de obesidad, y la segunda (Hi b) dice relación con que las representaciones de apego inseguro se relacionan con niveles de autoestima baja.

Actualmente la obesidad es una problemática que ha cobrado una relevante importancia en Chile debido a las altas tasas de prevalencia que se han registrado en la población durante los últimos años (Gobierno de Chile, 2011). Al respecto se sabe que las causas de la obesidad son multifactoriales y la manifestación de ella dependen mucho de la persona y de su contexto biopsicosocial, por tanto, el afrontamiento y tratamiento de esta problemática ha sido complejo de abordar. La obesidad no sólo afecta la salud física de las personas, al estar asociada a diabetes, enfermedades cardiovasculares y a la aparición de enfermedades respiratorias (OMS, 2014), sino también la salud mental, al vincularse con el desarrollo de problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, trastornos de la personalidad, conductas adictivas, carencia de habilidades sociales, entre otras (Guzmán, Del Castillo & García, 2010). A partir de estos datos se cree pertinente estudiar algunos de los factores psicológicos que pueden ser intervinientes en la presencia y desarrollo de obesidad, para así complementar el modelo médico actual que explica la etiología de la problemática basándose en su mayoría en factores biológicos. Es aquí donde el apego juega un rol fundamental, ya que es un proceso que ocurre desde el nacimiento del sujeto, y el cómo éste se establezca tiene un efecto importante en la configuración su personalidad y en los recursos que tenga para afrontar las dificultades. Si el vínculo de apego es inseguro, podría ser que el sujeto desarrolle sentimientos propios de incapacidad e incompetencia, lo que a su vez se podría vincular con la instauración de bajos niveles de autoestima (Oliva, 2011).

A partir de lo anterior, en esta investigación se busca dar respuesta a la interrogante de si existe o no una relación entre las variables mencionadas para ver cómo y de qué manera estos factores psicológicos, principalmente el vínculo afectivo del adolescente con sus padres o cuidadores, intervienen en el desarrollo de obesidad y los niveles de autoestima. Para responder a ello, la metodología utilizada en este estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y relacional. Se utilizan los instrumentos Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), y el Índice de Masa Corporal (IMC), además de aplicar una encuesta de caracterización sociodemográfica.

A lo largo de esta investigación se hace una revisión teórica de las variables estudiadas y de cómo se han abordado estas temáticas en estudios previos, lo que entrega las bases para desarrollar la metodología utilizada, el problema de investigación, los objetivos e hipótesis que se derivan de ello. Por otra parte, se exponen los resultados encontrados y hallazgos descubiertos para finalmente desarrollar las conclusiones y propuestas que se desprenden de lo encontrado.

MARCO TEÓRICO

2.1. Adolescencia

Dentro de lo que es el ciclo vital y el transcurso de la vida, la adolescencia es un período de tiempo que se ubica entre la infancia y la madurez. Su inicio se da con la pubertad y termina cuando el sujeto es considerado como adulto o maduro. El inicio de la adolescencia varía según la sociedad y la época en que se adscribe, por lo que el factor cultural determina gran parte de sus manifestaciones y su duración. A lo largo de los años, debido a factores sociales, sanitarios o nutritivos, se ha evidenciado una aceleración en la entrada a la pubertad, lo que ha significado que la adolescencia se inicie cada vez a edades más tempranas. Por otro lado, el final de la adolescencia se ha ido aplazando debido a factores como la independencia familiar y económica, el acceso a puestos de trabajo, la culminación de los estudios, entre otros factores políticos, sociales y psicológicos (Montañez, 1996).

2.1.1. Algunas definiciones de adolescencia

Gran parte de las propuestas iniciales de la adolescencia fueron realizadas por G. Stanley Hall (en Coleman & Hendry, 2003) y publicadas en los primeros años del siglo XX, donde la adolescencia se relacionaba con una transición de la niñez a la adultez. Plantearla de esta forma ha llevado a autores a hablar de subestadios, como la adolescencia temprana, media y tardía, lo que para muchos no es satisfactorio puesto que, no hay acuerdos sobre los subestadios y las definiciones de cada concepto. Es por ello que para algunos científicos sociales la adolescencia consta de varias transiciones diferentes que se deben investigar y conocer por separado. Por ello, Coleman plantea que es relevante considerar los contextos y entornos socioculturales presentes en los que se desarrolla el individuo, también sus estadios previos de niñez y la relación entre estos con la adolescencia (Coleman & Hendry, 2003). Por lo tanto, la adolescencia es una transición del desarrollo que implica cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos (Larson & Wilson, 2004; citado en Papalia, Wendkos & Duskin, 2009) a diferencia del término “pubertad”,

que se define como un proceso de madurez sexual y reproductiva, y que refiere al desarrollo físico del adolescente.

Davidoff (1989), define la adolescencia como un período de transición entre la niñez y la vida adulta, que se caracteriza por la presencia de una serie de desafíos que le son propios y que tienen que ver centralmente con manejar las exigencias y expectativas conflictivas provenientes de la familia, la comunidad y los amigos. Los adolescentes deben desarrollar conclusiones respecto a los cambios en sus cuerpos y las necesidades que los acompañan, establecer independencia y moldear una identidad para la vida adulta.

Según la Organización Mundial de la Salud (1986), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y es la clasificación que usaremos para esta investigación.

2.1.2. Desarrollo Cognitivo

En el desarrollo de los adolescentes, el procesamiento de la información continúa en aumento, por lo que logran alcanzar una capacidad de razonamiento abstracto y sofisticados juicios morales.

Para Piaget, los adolescentes entran en el nivel de pensamiento abstracto llamado “Operaciones Formales”, considerándolo como el más alto nivel del desarrollo cognitivo, que comienza a desarrollarse desde los 11 años de edad. Esta etapa se caracteriza por lograr un razonamiento hipotético deductivo, lo que ayuda a plantear conclusiones y deducciones frente a hechos, un pensamiento proposicional, que abre la posibilidad en el lenguaje de usar términos abstractos, de entendimientos sobre situaciones reales o simbólicas. Y también, desarrollan la capacidad de prever diferentes soluciones frente a fenómenos (Papalia et al, 2009).

Para Elkind (citado en Papalia, 2009), los comportamientos de los adolescentes son un tanto inmaduros, esto deriva de lo inexpertos que son para usar el pensamiento de las operaciones formales. Esta inmadurez se manifiesta en seis maneras características: (1) Idealismo y tendencia a la crítica, que refiere al mundo ideal del adolescente que se diferencia mucho con la realidad, y con frecuencia observan defectos de sus padres u otra figura de autoridad (2) Tendencia a discutir, poniendo a prueba su capacidad de razonamiento lógico y argumentativo (3) Indecisión,

dificultad en el adolescente para elegir las alternativas que él se plantea (4) Aparente hipocresía (5) Autoconciencia, que refiere a pensar acerca del propio pensamiento o el del otro, como respuesta a que todos los demás lo estén observando, lo que se llamó audiencia imaginaria (6) Suposición de invulnerabilidad, se refiere a que el adolescente cree que es importante para tantas personas, que lo lleva a ver sus preocupaciones y sentimientos como muy especiales e incluso únicos, y que no están sujetos a las catástrofes del mundo (término acuñado por fábula personal) lo cual demuestra un egocentrismo en el adolescente, que lo puede llevar a experimentar conductas riesgosas y autodestructivas.

2.1.3. Desarrollo psicosocial

Desde el punto de vista psicosocial, la adolescencia se caracteriza por ser una etapa clave para la determinación del sentido del Yo (Posada, Gómez & Ramírez, 2005).

Erikson (1963), elaboró una teoría del desarrollo de la personalidad llamada Teoría Psicosocial que postula que el desarrollo del ser humano ocurre a través de una serie de etapas. Cada una de estas etapas implica una dificultad, lo que se ha denominado crisis de madurez, que cada sujeto debe resolver con éxito. La superación de estas crisis dependerá de las características propias de cada persona y del ambiente social en el que vive.

De acuerdo con Erikson (1968), la tarea principal de la adolescencia es resolver el conflicto de identidad versus confusión de identidad. Para formar una identidad, el yo debe organizar las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona y adaptarlos a las demandas de la sociedad. En esta etapa, el dilema central es encontrar el sentimiento individual, el sentirse uno mismo como un ser humano especial, con un papel único y específico, ya no sólo dentro de la familia sino en un escenario mucho más extenso. Es una etapa de autoafirmación; para formar su identidad y resolver el conflicto de posible confusión. Para reforzar su individualidad deberá integrar todo su pasado, toda su esencia y sus capacidades logradas en las etapas anteriores (Cabezuelo & Frontera, 2010). De alguna manera, los jóvenes deben integrar muchas autoimágenes, como la de ser estudiantes, amigos, líderes, trabajadores, hombres o mujeres, en una sola, además de escoger una carrera significativa y un estilo de vida que también lo sea. Diversos autores (Bachman, O'malley & Johnston, 1978; Haan, 1974; Martín & Redmore, 1978

citado en Davidoff, 1989) han sugerido que los individuos sí reorganizan sus ideas respecto a sí mismos en la adolescencia temprana y que este proceso de autodefinición se extiende hasta alcanzar la claridad de una ocupación, así como también de las metas e ideales que tienen para su vida.

2.1.4. Desarrollo Moral

Desde la teoría de Kohlberg, el juicio moral es lo que opera en la moralidad de las personas puesto que, es un proceso cognitivo que permite reflexionar sobre los valores y ordenarlos de manera lógica, y cuando están en conflictos o dilemas morales, es donde este proceso se pone en marcha (Hersh, Reimer & Paolitto, 2002). Con respecto a su razón moral, la teoría de Kohlberg plantea un nivel y estadios específicos en los adolescentes.

La mayoría de los adolescentes pertenecen al nivel II del razonamiento moral de Kohlberg, donde existe una conformidad al rol convencional en el que han internalizado las normas de la figura de autoridad, preocupándose de complacer a otros. Ellos están principalmente centrados en el estadio 3, manteniendo la aprobación de los pares. Algunos de los adolescentes están en el estadio 4, donde se vuelve relevante la preocupación social y conciencia, además de esto, las acciones siempre deben ser las correctas, independiente de las circunstancias. Muchos jóvenes cuestionan sus perspectivas morales anteriores, pues logran reconocer la relatividad de las normas, y desarrollan una moral de nivel III (postconvencional; donde se reconocen los conflictos de las normas sociales y se realizan juicios sostenidos internamente), la cuál sería alcanzada al finalizar la adolescencia (Papalia et al, 2009).

2.1.5. Relación con pares y familia

La adolescencia es un período en el que las personas demandan mucha independencia y autonomía, por lo que los adolescentes pasan por un proceso de separación de sus familias, aunque siguen necesitando del apoyo de ellas, y comienzan a otorgar más importancia al grupo de pares. Este distanciamiento del contexto familiar no es definitivo y se caracteriza principalmente por la reducción del tiempo que el adolescente pasa con los miembros de la

familia y por la disminución de la participación de los padres en la toma de decisiones de los hijos (Oliveros, 2001 citado en García, 2004). El adolescente, comienza a darse cuenta que ya posee competencias y habilidades que le permiten alcanzar sus propias necesidades y deseos sin tener que recurrir a la ayuda de los padres. Comienza entonces, a buscar valores propios que le permitan desarrollar su identidad, buscando el apoyo en otro tipo de relaciones que por lo general, recae en el grupo de pares. Esto no significa alejarse de los valores entregados por los padres y la familia, de hecho muchas veces estos valores coinciden con los del grupo de amigos (García, 2004).

A pesar de la necesidad del adolescente de separarse y diferenciarse de la familia, hay que tener en cuenta que el grupo familiar, y especialmente los padres, constituyen el sistema central de apoyo para el adolescente. Los valores y actitudes familiares son transmitidos a las generaciones futuras, dando a los individuos un sentido de historia y continuidad, proporcionándole a los adolescentes una base emocional para que se desarrollen de forma adecuada (Madrid, 2008).

Los adolescentes pasan por un período en el que la búsqueda de seguridad, la consolidación de ciertos valores y la configuración de su identidad, cobran mucha importancia. Para el cumplimiento de estos objetivos, los adolescentes por lo general se sienten más cómodos y comprendidos por personas con edad y situación similar a la de ellos, por lo que la característica fundamental de la interacción con el grupo de pares es la igualdad (García, 2004).

El grupo de pares es una fuente importante de apoyo psicológico del adolescente. Ofrece apoyo emocional, recursos para solucionar problemas y obtener conocimientos, además ayuda a obtener habilidades sociales básicas y son un pilar cuando la situación familiar es complicada (Carles, 2001).

2.2. Apego

2.2.1. Antecedentes Históricos

Dentro de la psicología contemporánea, podemos considerar el surgimiento de la teoría del apego como un hito fundamental, puesto que representa un quiebre de las teorías

psicoanalíticas que imperaban en los años cuarenta, las cuales plantean la existencia de un vínculo entre la madre y su hijo que se basaba en la respuesta a la pulsión de la necesidad de alimento y a la estimulación de las zonas erógenas del niño (Freud, 1940). Posteriores a las propuestas del psicoanálisis surgieron los planteamientos basados en estudios etológicos. Es así como Lorenz, tras realizar observaciones y estudios con aves recién nacidas (patos y gansos), dio cuenta de la existencia de una conexión innata entre dichas aves y una figura materna, descubriendo que las crías se vinculaban con el primer ser vivo que veían al salir del cascarón y que a partir de entonces lo consideraban su madre, proceso que denominó Aprendizaje Programado o Impronta, el cual se da sólo durante las primeras treinta horas de vida del ave, luego de este período el recién nacido no se apegará a ninguna figura (Lorenz, 1965). Otro de los antecedentes etológicos relevantes que están a la base de la teoría del apego, son los hallazgos realizados por Harlow (1958), quien experimentó con monos Rhesus lactantes, utilizando dos tipos de madre sustituta artificial: una de ellas presentaba una cubierta de malla metálica y proporcionaba alimento, y la otra era de felpa pero carecía de alimentos. Sus observaciones lo llevaron a descubrir que las crías se apegaban más a la figura de felpa, aun cuando ésta no satisfacía sus necesidades de alimentación, siendo este momento el único en el que preferían a la madre de alambre. En base a esto, concluye que el vínculo entre las madres y sus crías trascendía la necesidad primaria de alimentarse, existiendo una necesidad de contacto y seguridad para desarrollarse psicológicamente.

Estos estudios representan la base fundamental a partir de la cual John Bowlby desarrolló la teoría del apego.

2.2.2. Teoría de Apego de Bowlby

La teoría del apego surge a partir de la observación clínica que realizó Bowlby con niños institucionalizados durante la Segunda Guerra Mundial. Para Bowlby era importante señalar el vínculo particular que se generaba entre un infante y su figura materna, destacando principalmente su carácter innato en el ser humano y su estrecha relación entonces, con la filogénesis de la especie (Fernández, 2002). En su trabajo “La Pérdida” (2009) postula los que serán los principios básicos de la teoría del apego, los cuales señalan que el ser humano desarrolla

en el inicio de su vida un vínculo constante hacia una única persona, generalmente la madre, y que el alejamiento de ésta genera una reacción observable en los patrones de conducta compuesta por tres etapas, que se desarrollan en la medida en que el alejamiento es más prolongado, estas son protesta, desesperación y, si la separación es extensa, desapego. También indica en sus postulados el hecho de que las conductas de apego no son sólo una característica de la primera infancia, sino que estas se mantienen a lo largo de la vida del sujeto y cuya finalidad es mantener la proximidad a la figura de apego en pos de la supervivencia, exacerbándose en determinadas circunstancias como lo son las situaciones de amenaza y pérdida, ya que la figura de apego es vista como fuente de protección y seguridad.

2.2.3. Clasificación de los patrones de apego: Mary Ainsworth

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, realizó un trabajo experimental que le permitió establecer diferencias individuales en el apego, siendo una de las pioneras en estudiar, mediante la observación, la interacción que se daba entre madre e hijo. A partir de esto, crea una herramienta para evaluar la calidad del apego del niño con su cuidador primario llamada La Situación Extraña. De aquí nace la categorización que se conoce actualmente sobre los tipos de apego (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall 1978).

La situación extraña es un proceso de laboratorio que consiste básicamente en estudiar al niño en su interacción con la madre y un adulto extraño o desconocido, llevado a cabo en un entorno no familiar. Durante la observación, es de especial interés las reacciones que surgen en el niño al separarlo de la madre y cuando vuelve a reunirse con ella. Consta de una secuencia de 8 episodios (ver Tabla 1) que incluye momentos en los que el niño está solo, con la madre o cuidador o con un desconocido, atravesando momentos de separación y de reunión con el cuidador primario.

Como conclusión general, a partir de esta situación, Ainsworth encontró que los niños tendían a explorar y jugar más cuando la madre estaba presente, y esas conductas se reducían en presencia de un desconocido, sobre todo cuando la madre dejaba la habitación. Lo que se plantea es que la madre constituye para el niño una base segura para la exploración y ante la percepción

de amenaza o estrés, en este caso producido por la presencia de una persona extraña, activa las conductas de apego haciendo desaparecer las conductas exploratorias del niño.

En los datos arrojados por la implementación de la Situación Extraña, se encontraron grandes diferencias individuales en el comportamiento de los niños ante las separaciones y reuniones con la figura materna. A partir de ello, Ainsworth y sus colaboradores (1978) identificaron tres estilos básicos de apego:

- Estilo de apego seguro (denominado tipo B): Los niños clasificados con apego seguro exploran el entorno libremente y con confianza en presencia de la figura de apego, protestan ante su partida y la buscan activamente, revelando la fuerte necesidad de su proximidad. Son reconfortados fácilmente por la madre cuando ella vuelve y manifiestan conductas positivas hacia ella a pesar de la separación. Las madres de los niños con apego seguro en general, son sensibles y responsivas a las señales que muestra el niño, mostrándose disponibles cuando la necesitan.

- Estilo de apego inseguro – ambivalente o resistente (denominado tipo C): los niños clasificados con apego ambivalente protestan de forma violenta y lloran mucho ante la separación de su figura de apego, se observa la presencia de conductas de búsqueda y proximidad, sin embargo, son altamente resistentes a ser reconfortados cuando la madre regresa. Suelen frustrarse con facilidad y muestran signos de ansiedad, incluso en presencia de la madre. Las madres de los niños con apego ambivalente suelen responder inconsistentemente a las señales que muestra el niño, mostrándose algunas veces inaccesibles, poco disponibles y responsivas, y otras veces, son excesivamente intrusivas y afectuosas.

- Estilo de apego inseguro – evitativo (denominado tipo A): los niños clasificados con apego evitativo muestran pocas señales de angustia ante la separación con la figura de apego, no parecen verse afectados, no buscan acercarse a ella ante la reunión y se rehúsan al contacto físico. Se mostraban altamente independientes y centraban su atención en el entorno ignorando al cuidador y evitando el contacto directo. Estos niños se muestran aparentemente desapegados con sus madres y evitan el contacto visual con ella. El comportamiento de las madres con niños clasificados con este tipo de apego varía de ser emocionalmente frío a mostrar un rechazo real por el niño. Suelen rechazar los intentos de proximidad que presenta el niño hacia ella, especialmente si se trata de contacto corporal.

Tabla 1. La Situación Extraña

Número de episodio	Personas presentes	Duración	Breve descripción de la acción
1	Madre, bebé y observador.	30 minutos.	El observador hace entrar a la madre y al bebé en la sala experimental, y sale.
2	Madre y bebé.	3 minutos	La madre no participa, dejando que el bebé explore. Si es necesario, se estimula el juego pasados dos minutos.
3	Desconocido, madre y bebé.	3 minutos	Entra el desconocido. 1º minuto: el desconocido permanece en silencio. 2º minuto: el desconocido conversa con la madre. 3º minuto: el desconocido se aproxima al bebé. Después de 3 minutos la madre sale discretamente.
4	Desconocido y bebé.	3 minutos o menos.*	Primer episodio de separación. La conducta del desconocido se coordina con la del bebé.
5	Madre y bebé o más.	3 minutos	Primer episodio de reencuentro. La madre entra, saluda, y reconforta al bebé. Después intenta que vuelva a jugar. La madre sale entonces despidiéndose.
6	El bebé solo.	3 minutos o menos.*	Segundo episodio de separación.
7	Desconocido y bebé.	3 minutos o menos.**	Continúa la segunda separación. El desconocido entra y coordina su conducta con la del bebé. Intenta interactuar con él.
8	Madre y bebé	3 minutos.	Segundo episodio de reencuentro. La madre entra, saluda al bebé, y le toma en brazos. Mientras tanto, el desconocido sale discretamente.

(Elaboración propia, tomado de Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, p. 37)

* El episodio se recorta si el bebé está excesivamente angustiado.

** El episodio se prolonga si necesita más tiempo para que el bebé se reincorpore al juego

2.2.4. Mary Main y el apego desorganizado.

Si bien Ainsworth aportó a la teoría del apego la clasificación de los tipos de apego en niños, esta no incluiría a la mayoría de los casos, puesto que, es a principios de los 80' cuando algunos investigadores se vieron en la dificultad de clasificar a un grupo de niños, especialmente a quienes habían sufrido maltrato. A raíz de este antecedente, surge un nuevo patrón de apego, llamado Apego Desorganizado/Desorientado, el cual fue propuesto por la investigadora Mary Main, con ayuda de Judith Solomon (Galán, 2010).

El comportamiento que manifiestan estos niños cuando se activa su sistema de apego estaría caracterizado por:

- Conductas contradictorias de manera secuencial o simultánea.
- Movimientos estereotipados, asimétricos o mal temporalizados, como también posturas anómalas.
- Movimientos y expresiones indirectas, mal dirigidas, incompletas e interrumpidas.
- Pueden quedarse paralizados o bien, moverse lentamente.
- Índices indirectos de aprehensión frente al progenitor.
- Índices directos de desorganización y desorientación.

Este conjunto de comportamientos sugieren la posibilidad de que el niño experimenta dificultades graves para su proceso de estructuración interna y del vínculo entre él y sus cuidadores (Galán, 2010).

La explicación que se le atribuía a la conducta de apego desorganizado, consistía en que el niño experimentaba un miedo y un conflicto insolubles. Por tanto, su conducta manifiesta no se definiría como incomprensible o bizarra, sino como expresiones de que se encuentra viviendo situaciones angustiosas, las cuales son imposibles de resolver. Esto se genera porque su cuidador es fuente de mensajes ambivalentes, es decir, se configura frente al niño como una figura que le provoca miedo y al mismo tiempo, le demuestra que es su única fuente de seguridad. A raíz de lo anterior, se explica la alta frecuencia de apego desorganizado en niños con padres maltratadores, el cual bordea casi el 80% de estas familias. Según Lyons-ruth, el apego desorganizado también se puede generar a causa de la insensibilidad extrema o la impaciencia de un padre que finalmente no logra satisfacer las necesidades de apego del niño. En consecuencia, el niño no

logra regularse emocionalmente. Main, a este tipo de cuidadores los llamaba cuidadores aterrizados, aterrizantes y disociativos (Galán, 2010).

2.2.5. Apego Adolescente

En los procesos evolutivos que se viven a lo largo del desarrollo humano, la adolescencia es una etapa crucial donde transiciones importantes de la vida están presentes y es aquí, en dicho proceso, donde se logra apreciar el apego del adolescente para con sus padres y sus pares.

En la adolescencia, a los hijos e hijas, se les hace menos espontáneo hablar con los padres y cuidadores, por lo que se dificulta la comunicación (Parra & Oliva, 2007 citado en Oliva, 2011). Esto se debe a que comienzan una búsqueda de la autonomía, planteándoles a los padres la necesidad de apoyo frente a las tareas y la necesidad de libertad de exploración que ellos requieren para resolver dichas tareas. Es por esto que es importante que el adolescente con sus padres logre alcanzar un equilibrio de esas necesidades, para así lograr sentirse seguro con las respuestas de estos aunque hayan conflictos y discusiones por los deseos de autonomía del adolescente (Oliva, 2011).

Los adolescentes con apego seguro manejan mejor los conflictos con sus padres. Cuando se generan discusiones, ambas partes tienen la oportunidad de expresar sus pensamientos y sentimientos, llegando a solucionar sus desacuerdos mediante el equilibrio de las necesidades de mayor autonomía del adolescente y la necesidad de mantener una buena relación con sus padres (Allen, 2008 citado en Oliva, 2011). Por tanto, aunque se hayan presentes los desacuerdos de los padres con el adolescente, este último entiende que la relación se mantendrá intacta, ya que es más fácil y seguro enfrentar distintas situaciones, problemas y conflictos cuando se sabe que podrá seguir contando con los padres incondicionalmente (Scharf & Mayselles, 2007 citado en Oliva, 2011).

2.3 Autoestima

La autoestima afecta las áreas psicoemocionales de la persona, la calidad de sus experiencias y además, incide en todas las dimensiones que interactúan con su entorno. El modo

en cómo cada persona se perciba y se valore a sí misma, influye en la calidad de vida individual, ya que esta a su vez modula la forma de comportamiento en todos los niveles de interacción, por ejemplo nivel individual, familiar y social. Por tanto, el modo en cómo la persona haya desarrollado su autoestima, ya sea en niveles altos o bajos, afecta consecuentemente, su relación con los demás (Alonso, Murcia, Murcia, Herrera, Gómez, Comas & Ariza, 2007).

Por esta razón, este concepto es una variable psicológica importante que ha sido definida por diversos autores. Entre ellos, Wilber (citado en Steiner, 2005) define que la autoestima se encuentra relacionada con las características propias de la persona, y que esta configura una autoestima positiva o negativa dependiendo de la valoración personal de sus atributos y, finalmente, del nivel de conciencia que la persona tenga de sí misma. Además, afirma que la autoestima es la base para el desarrollo humano y que este nivel de conciencia, aparte de construir nuevas formas de ver el mundo y también nuestro mundo interior, puede ser un elemento que guíe e impulse la realización de acciones transformadoras, generando así la posibilidad de enfrentar las adversidades de manera efectiva, posibilitando la materialización de nuestras aspiraciones.

Por otra parte, Rosenberg (citado en Steiner, 2005) señala que la autoestima es una apreciación que la persona tiene sobre sí misma, que puede expresarse de manera positiva o negativa, y que se apoya en bases afectivas y cognitivas, ya que el sentir de la persona surge de lo que cree de sí misma.

Según Coopersmith (citado en Steiner, 2005) la autoestima es una evaluación que realiza el individuo acerca de su persona, que puede ser manifestada en forma de aprobación o desaprobación, expresando de esta manera la percepción que la persona tiene sobre sí misma en torno a su capacidad, productividad, importancia y dignidad. En consecuencia, la configuración de la autoestima tiene directa relación con el juicio personal de la dignidad, la cual refleja las actitudes que el individuo tiene para sí mismo.

Por su parte, McKay y Fanning (citado en Steiner, 2005), sostienen que

La autoestima se refiere al concepto que se tiene de la propia valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre sí mismo ha recabado el individuo durante su vida. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así

reunidos, se conjuntan en un sentimiento positivo hacia sí mismo o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que se espera.

Además, expresan que la autoestima se encuentra muy relacionada con la aceptación incondicional de la persona y con sus aptitudes, porque estas son sus fuentes de estímulos.

Del mismo modo, Craighead, McHaley Pope (citado en Steiner, 2005), afirman que la autoestima estaría directamente ligada al autoconcepto, puesto que, sería una evaluación de la información que se encuentra sostenida en este. Es decir, la base de la autoestima es la combinación de la información objetiva de sí mismo y la evaluación subjetiva de esta misma información.

En consecuencia, para utilidad y ejecución de nuestra investigación se considera como autor básico a Rosenberg, por su aporte teórico y por su contribución a la medición de la autoestima por medio de la Escala de Autoestima de Rosenberg. Este autor determina que la autoestima elevada se encuentra entre los parámetros normales y se caracteriza por poseer sentimientos de buen juicio sobre sí mismo, competencia y confianza. La autoestima media no presentaría problemas graves, pero sería beneficioso mejorarla, puesto que se presenta una oscilación entre sentimientos de aprobación y rechazo de sí mismo. Y por último, autoestima baja donde sí se considera que puedan existir problemas graves con respecto a la misma, por lo que se evidencian sentimientos referentes a incompetencia, inadecuación, dificultad e incapacidad de enfrentar los desafíos (Burges, Ruschel & Dalbosco, 2010).

El autoconcepto y la percepción de autovalía, son dos conceptos fuertemente relacionados con la autoestima. En primera instancia, el autoconcepto es el conjunto de creencias que la persona tiene de sí misma y que considera verdaderas. Resultado que se obtiene mediante un proceso de análisis, valoración e integración de la información, recabada de las experiencias de la persona y también de la retroalimentación que los otros significativos le brindan (Rodríguez & Caño, 2012). En este sentido, el término autoestima ha sido entendido como un componente global del autoconcepto, que a diferencia de este último, es más cambiante, dinámica, transitoria y dependiente del contexto.

Cuando se alude al concepto de autovalía, se refiere a “la relativa importancia que tienen los distintos acontecimientos para la consideración que los individuos tienen de sí mismos” (Rodríguez & Caño, 2012).

2.3.1. Autoestima en la Adolescencia

La adolescencia temprana es una etapa donde es recurrente la experimentación de cambios y acontecimientos novedosos, aunque también se pueden vivenciar situaciones estresantes que pueden ser comprendidos por los adolescentes como desafíos, ya que esto implica poner en juego las percepciones que ellos tienen de sí mismos (Campbell, 2001 citado en Rodríguez & Caño, 2012) y su estabilidad emocional (Larson, Moneta, Richards & Wilson, 2001 citado en Rodríguez & Caño, 2012). Por esto, la autoestima en los adolescentes se encuentra expuesta a fluctuación (Block & Robins, 1993 citado en Rodríguez & Caño, 2012).

Hirsch y Dubois (1991) (citado en Rodríguez & Caño, 2012) dan cuenta de las causas que producen estas fluctuaciones en la autoestima global, tienen directa relación con las vivencias que los adolescentes experimentan como negativas y que a su vez son significativas para ellos. A modo de ejemplo, estas vivencias pueden ser las dificultades académicas o la falta de apoyo de sus pares. En este sentido, quienes manifiestan baja autoestima presentan mayor vulnerabilidad ante los efectos de acontecimientos cotidianos, a diferencia de los adolescentes que manifiestan un mayor nivel de autoestima (Campbell, Chew & Scratchley, 1991, citado en Rodríguez & Caño, 2012).

Según Dumont y Provost (1999) (citado en Rodríguez & Caño, 2012), los adolescentes que manifiestan un alto nivel de autoestima, atribuyen al estrés cotidiano una percepción menos negativa. Estos adolescentes también dan cuenta de que disfrutan en mayor medida sus experiencias positivas y además presentan una capacidad elevada de afrontar las experiencias negativas, generando de esta manera, respuestas más adaptativas frente al fracaso (Dodgson & Wood, 1998; Tashakkori, Thompson, Wade & Valente, 1990, citado en Rodríguez & Caño, 2012).

En términos que aluden al ámbito interpersonal, los adolescentes con un alto nivel de autoestima se presentan menos vulnerables y susceptibles a la presión de sus pares (Zimmerman, Copeland, Shope & Dielman, 1997, citado en Rodríguez & Caño, 2012), generan buenas impresiones por parte de estos y se muestran más cercanos (Neyer & Asendorpf, 2001, citado en Rodríguez & Caño, 2012).

En relación a aquellos adolescentes que manifiestan un nivel de autoestima bajo, se da cuenta de que estos poseen un tipo de afrontamiento menos eficaz en aquellas situaciones que son experimentadas como fracasos, puesto que pueden afectar áreas que son relevantes para la autoestima. De esta manera, se predisponen a la sobregeneralización de sus fracasos (Kernis, Brockner & Frankel, 1989, citado en Rodríguez & Caño, 2012) por tanto, para evitar las emociones negativas que estas situaciones les provocan, vuelcan sus conductas para no volver a sentirse de esa manera (Park & Maner, 2009, citado en Rodríguez & Caño, 2012). Basándonos en lo anterior, Crocker y Wolfe (2001) (citado en Rodríguez & Caño, 2012) indican que cuando el individuo desde pequeño aprende a generar conductas de evitación para afrontar experiencias que percibe como negativas, en un futuro puede ser perjudicial, puesto que, desarrollará dificultades para afrontar de manera eficaz este tipo de situaciones, generando de esta manera el efecto contrario, que los fracasos se repitan, y que se potencie un bajo nivel de autoestima.

William, Chan, ChungyChui (2010) (citado en Rodríguez & Caño, 2012) afirman que los adolescentes con baja autoestima también se caracterizan por manifestar peor salud física. Entre las conductas y actitudes que afectan considerablemente la salud de este grupo, se encuentra el mantener relaciones sexuales sin protección (Salazar et al., 2004, citado en Rodríguez & Caño, 2012) y trastornos como bulimia y anorexia (Gila, Castro, Gómez & Toro, 2005; Stein & Corte, 2003; citado en Rodríguez & Caño, 2012).

2.4. Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Varias líneas de investigación han señalado a la obesidad como una situación heterogénea, compleja y multifactorial (Moreno, 1997). Sus causas son principalmente el aumento en la ingesta de

alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria. Junto a esto, en una menor medida existen casos de obesidad asociados a causas de origen endocrinológico, como lo son el Hipotiroidismo, el Síndrome de Cushing, Síndrome de Ovario Poliquístico, Síndrome de Prader Willi, entre otras. Para indicar este estado es utilizado con más frecuencia el Índice de Masa Corporal (IMC), que es una ecuación matemática que relaciona el peso y la talla del sujeto. Este se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), con el resultado obtenido es posible clasificar a la persona en cuanto a su peso, lo que se logra apreciar la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación del estado nutricional, según IMC.

Clasificación	IMC (kg/m^2)
Bajo Peso	< 18.5
Normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25 - 29.9
Obesidad	> 30

(Fuente: Ministerio de Salud, Guía Examen Medicina Preventiva. 2008)

La obesidad, a nivel mundial, es el quinto factor principal de mortalidad en el mundo, relacionándose además, estrechamente con enfermedades como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la aparición de dificultades respiratorias. Antiguamente, la obesidad se consideraba un problema propio de países desarrollados, pero actualmente es una situación que se da en países de ingresos medianos y bajos, principalmente en lugares urbanizados.

En Chile, la obesidad es el trastorno nutricional que presenta una mayor prevalencia. En la Encuesta Nacional de la Salud 2010, mostró que el 67% de la muestra presentaba un exceso de peso, siendo el 9,2% niños y adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. Estos estudios ubican a Chile en el cuarto lugar en la lista de los países con mayor prevalencia de obesidad a nivel mundial. En lo que respecta a la obesidad infanto-juvenil, resulta preocupante el aumento progresivo de esta situación, tanto en nuestro país como en el resto del mundo. Chile es el sexto

país con mayores índices de obesidad en este grupo etario en relación a los demás países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (Fundación Chile, Elige Vivir Sano, Fundación de la Familia, Collect GFK, 2012).

A raíz de esto, el estado ha generado una serie de planes para tratar de apalejar esta situación, siendo uno de los más recientes el programa “Elige Vivir Sano” (Ministerio de Salud, 2011) que le otorga a la salud un nivel de responsabilidad individual y que invita a creer en la idea de que “no hay mejor médico que uno mismo”, implementando hábitos de vida saludable como la mantención de una dieta balanceada y la práctica de ejercicio físico.

2.4.1. Modelo Multifactorial de la obesidad

La obesidad es una enfermedad donde intervienen múltiples factores genéticos, ambientales y psicosociales que están en estrecha relación. La prevalencia de la obesidad está aumentando rápidamente, debido a los cambios que se han hecho en los hábitos alimenticios, al descenso progresivo de actividad física y al aumento de alimentos procesados que contienen un alto nivel calórico. A pesar de la exposición a factores ambientales, existe una variación en la susceptibilidad a desarrollar obesidad con una base genética, que se puede manifestar en una acumulación de grasa corporal del individuo o un metabolismo basal acelerado. De esta forma, los factores por sí solos no son deterministas, sino que están en constante interacción y varían según las variables participantes, teniendo estrecha relación con otros factores.

A continuación, se presentarán los factores participantes en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, considerando al individuo como un ser biopsicosocial que participa en una cultura específica.

Los factores genéticos, refieren a los genes responsables del sistema metabólico que participan en la producción, el consumo y la regulación metabólica de la energía. Por lo tanto, en la obesidad infantil hay una clara tendencia familiar. El riesgo de obesidad aumenta en el caso de que la madre, el padre o ambos presenten obesidad, con un 50% de probabilidad de manifestarse en la adultez, mientras que los hijos de padres de normopeso presentan apenas un 20% (Raj et al., 2010; citado en Parreño, 2011). Algunas investigaciones de familias con obesidad han planteado

interesantes datos que explican que un niño con ambos padres con obesidad tiene 3 veces más probabilidad de ser obeso, a diferencia de un hijo de padres delgados (Dally & Gómez., 1980 citado en Parreño, 2011). La determinación genética, como se dijo anteriormente, se manifiesta actuando sobre el metabolismo, lo que significa que los niños desde su nacimiento gastan menos energía que el promedio, por lo que necesitan menor cantidad de alimentos. Otra manifestación, se ejerce en la regulación de la digestión alimenticia, lo que significa que las sensaciones subjetivas de hambre y saciedad se experimentan más lento (Apfeldorfer, 1991 citado en Parreño, 2011).

Los factores ambientales son conductas asociadas con el estilo de vida, relacionadas con la ingesta de alimentos, la cantidad, calidad nutricional y actividad física. Hacer dieta y los malos hábitos alimenticios se encuentran entre las principales causas de la obesidad. Algunos malos hábitos dominantes son: no desayunar, consumir comida chatarra, consumir alimentos con alta cantidad de azúcar, bajo consumo de fibra, baja ingesta de frutas y verduras y el incremento de consumo de grasas saturadas (Parreño, 2011).

Los factores psicosociales y familiares, se hacen presentes en el entorno del adolescente tanto a nivel cultural, socioeconómico y familiar, lo cual influye en el desarrollo de obesidad. A nivel familiar, los niños empiezan a adquirir conductas alimenticias desde la infancia inculcadas por los padres, teniendo preferencia a ciertos alimentos. Es así como los padres que organizan la alimentación de sus hijos, de manera desordenada y con alto contenido calórico, van moldeando la conducta alimenticia del adolescente, y lo hace más resistente al cambio. Con respecto al nivel cultural y socioeconómico, mientras menos nivel cultural y menos adquisición económica, mayor riesgo de obesidad (González, 2009 citado en Parreño, 2011). La disminución de la actividad física es otro de los factores que tiende a disminuir la tasa de metabolismo basal, por lo que aumenta las probabilidades de desarrollar sobrepeso y obesidad (Parreño, 2011).

Los factores psicológicos también influyen en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, estos factores precipitan y persisten el consumo exagerado de alimentos, lo que se debe considerar para alcanzar el tratamiento de la enfermedad, pues si no se consideran estos factores el individuo con obesidad no será capaz de comprometerse de manera óptima con el tratamiento y tendrá mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. El consumo excesivo de alimentos ocurre como respuesta frente a emociones negativas (ansiedad, tristeza, ira, o estrés). Estas

emociones se manifiestan muchas veces de forma combinada y simultánea, siendo diferentes para cada persona, lo que da a entender que las explicaciones psicológicas de la obesidad dependen del individuo (Silvestri & Stavile, 2005).

2.4.2 Modelos explicativos psicológicos

Algunos autores han planteado distintos modelos explicativos psicológicos de la obesidad, pertenecientes a distintas perspectivas. Una de ellas se hace desde la Psicología de la Personalidad, donde Ravenna (2004) describe la personalidad adictiva no como una necesidad sólo fisicoquímica, sino también como un estado emocional, la que depende de cuatro elementos: (1) comida vista como una droga, (2) persona como invasora y que se deja invadir, (3) familia como fomento de adicción, (4) factores sociales, presión social en el comportamiento y desempeño (citado en Silvestri & Stavile, 2005). Por otro lado, la teoría Psicoanalítica plantea la obesidad como una fijación en la fase oral del desarrollo o regresión a ella, postula que la conducta es aprendida como mecanismo para reducir la ansiedad (Kaplan & Kaplan, 1957 citado en Remesal, 2002) y puede darse por una respuesta inadecuada de la madre ante las demandas del niño y por su insuficiente capacidad empática con él (Bruch, 1961 citado en Silvestri & Stavile, 2005). La teoría Sistémica describe la obesidad como una respuesta frente al mal funcionamiento familiar, que necesita o requiere mantener a uno de sus miembros con obesidad para conservar la estructura familiar, existiendo ciertos patrones que son característicos de la interacción familiar, tales como la hiperresponsabilidad, sobreprotección, interacción rígida y dificultades para resolver conflictos. Por otra parte, la teoría Conductual y Cognitiva ha creado complejas hipótesis que intentan explicar conductas desde esta perspectiva, pero no han sido aceptadas en la comunidad científica porque no explica de manera determinante la ingesta excesiva de alimentos (Remesal, 2002).

2.4.3 Comedores Emocionales

Como se mencionó anteriormente, desarrollar una persistencia en la realización de dietas, puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad. En muchas ocasiones el

exceso de peso en la persona se relaciona con períodos de pérdida y recuperación de peso corporal. Esto se debe a la combinación de períodos que se caracterizan por la restricción de alimentos, donde es común la realización de dietas, las cuales no siempre se encuentran supervisadas por un profesional de la salud, lo que genera que la persona pueda desarrollar conductas incorrectas para disminuir su peso, como también se puede desarrollar la pérdida del control sobre la ingesta de los alimentos (Saldaña, Sánchez-Carracedo & García citado en Graña, 1994). Esta manera de reaccionar, puede verse influida por las interpretaciones que las personas le atribuyen a sus emociones. Cuando una emoción es interpretada como negativa, como por ejemplo tristeza, ira o aburrimiento se puede llegar a desencadenar la ingesta excesiva de alimentos (Silvestri & Stavile, 2005).

Este grupo de personas fueron denominadas Comedores Emocionales o Dietantes Crónicos, por la forma en cómo llevan a cabo sus hábitos de alimentación. Ellos expresan un temor exacerbado ante la posibilidad de ganar peso, por tanto optan por cambiar la forma en cómo se alimentaban mediante la realización de dietas. Sin embargo, cuando son expuestos a circunstancias adversas, aumentan sus niveles de ingesta de alimentos, por lo que se sobrealimentan y lo mismo ocurre cuando se exponen a situaciones estresantes (Cools, Schotte & McNally, 1992; Heatherton, Herman & Polivy, 1991; Herman & Polivy, 1975; Polivy, Herman & McFarlane, 1994; Schotte, Cools & McNally, 1990 citado en Silva, 2009). También actúan del mismo modo, cuando son expuestos a la realización de tareas cognitivas que demandan mucha atención (Ward & Mann, 2000 citado en Silva, 2009), y a diversos estímulos conectados a distintos tipos de estímulos alimenticios (Herman & Mack, 1975; Jansen, Merckelbach, Oosterlaan, Tuiten & Van den Hout, 1988; Spencer & Fremouw, 1979; Wardle, Steptoe, Oliver & Lipsey, 2000 citado en Silva, 2009).

La restricción crónica de alimentos no está descrita como un trastorno psicopatológico (según los manuales de diagnóstico tradicionales), sin embargo, resulta ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de desórdenes alimenticios (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004; Keel, Baxter, Heatherton & Joiner, 2007 citado en Silva, 2009), y también de la obesidad (Jebb, 1997; Rennie, Johnson & Jebb, 2005 citado en Silva, 2009). Las consecuencias de esta restricción alimenticia, sumada a la presencia de circunstancias que implican estrés

crónico, pueden ser elementos perjudiciales para la salud de la persona y se producirían estadios hacia el desarrollo de la obesidad (Silva, 2009).

Este tema, ha sido objeto de estudio por un equipo de investigación liderado por Silva, lo que generó la creación de un modelo donde se relaciona la influencia que tiene el estilo afectivo en la constitución de un patrón alimenticio alterado en Dietantes Crónicos. Esta propuesta se encuentra basada en dos estudios relacionados, los cuales exploran la relación entre la asimetría de los sistemas motivacionales y la restricción alimenticia crónica. El primer estudio realizado, dio cuenta de que existe una relación entre la asimetría frontal funcional y los niveles de restricción alimenticia de un individuo. En lo que refiere a los Dietantes Crónicos, se demostró que pueden ser caracterizados como individuos que poseen una asimetría funcional derecha de la corteza prefrontal (Silva, 2009).

Basándonos en el modelo de aproximación-evitación (Davidson, 1998, 2002, 2004; Davidson, Ekman, Saron, Senulis & Friesen, 1990; Silva, 2003, 2005c; Tomarken & Keener) el cual establece que cuando hay activación tónica de la corteza prefrontal izquierda, desencadena motivación apetitiva, alta sensibilidad al refuerzo positivo y un alto contacto con características del entorno que pueden ser reforzadores. Contrariamente, cuando hay actividad frontal derecha, se asocia a tendencias defensivas y evitación de ciertos estímulos amenazantes, que pueden incluso ser novedosos (Silva, 2005). Lo anterior daría cuenta de que, aquellas personas que realizan dieta de manera crónica, tienen un sistema motivacional de inhibición que es más activo, por lo que poseen una tendencia exacerbada a elaborar representaciones mentales que predicen eventos amenazantes (este vendría siendo el componente prospectivo), también poseen una tendencia a mantener en la memoria de trabajo los contenidos mencionados anteriormente (aquí nos referimos al componente retrospectivo), y consecuentemente, una inhibición de representaciones que aluden al reforzamiento. Todos estos antecedentes, apuntan a que los Comedores Emocionales poseen un estilo afectivo que es vulnerable, lo que implicaría sensibilidad al estrés, un bajo nivel de activación de la ansiedad y finalmente, dificultad en la regulación de las emociones negativas (Silva, 2009).

MARCO EMPÍRICO

A continuación, se hará una revisión de las investigaciones relacionadas con la teoría de apego y el desarrollo de la obesidad.

Una de ellas es el estudio longitudinal estadístico realizado por la Universidad de Ohio en niños de USA nacidos el año 2001. El objetivo de este estudio era estimar la asociación entre apego seguro en niños de 24 meses y el riesgo de obesidad a los 4 ½ años después. En esta investigación se pretendía probar que el apego inseguro está asociado a problemas psicológicos y comportamientos inadecuados debido a la presencia del estrés, lo que puede llevar al niño al desarrollo de la obesidad. La muestra participante de niños y madres provienen se tomó durante los años 2003 y 2005-2006, lo que concluyó en una unidad de 6650 niños. Utilizaron el puntaje de la escala de Toddler y el IMC especificando el sexo y edad. Los resultados encontrados en esta investigación dan la base empírica a nuestro estudio, ya que se observó una prevalencia de obesidad de 23,1% en niños con apego inseguro y el 16,6 % en niños con apego seguro. Para los niños con apego inseguro los estándares de obesidad fueron de 1,30 veces más altos que en los niños de apego seguro. Entonces, se concluyó que el apego inseguro en la niñez puede ser un factor de riesgo para la obesidad y debe considerarse en las intervenciones referentes al apego tales como, programas de prevención de la obesidad en la niñez y desarrollar una regulación emocional saludable como forma de prevenir la obesidad, ya que altos niveles de estrés interrumpen funciones y sistemas del desarrollo psicológico y físico. Observaciones empíricas apoyan la posibilidad de que los niños con un patrón seguro de apego son más fácilmente reconfortados en situaciones de estrés y son más capaces de regularse, por lo tanto, tienen menor probabilidad de comer como respuesta ante las emociones negativas en la niñez temprana. La investigación provee evidencia de que el apego inseguro en niños de 24 meses de edad es un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad temprana (Anderson & Whitaker, 2011).

En otro estudio de la Universidad Diego Portales, se indagó sobre factores emocionales y relacionales en adolescentes con obesidad. Obtuvieron puntajes de dos grupos, adolescentes con obesidad y sin obesidad, cada uno de 25 personas entre 14 y 18 años, pertenecientes al nivel socioeconómico medio de un centro hospitalario de la región metropolitana. Al igual que la

investigación anterior, los resultados en el estudio, plantean que el grupo de adolescentes con obesidad tienen mayor índice de ansiedad y depresión, como también dificultades en las relaciones cercanas y mayor nivel de discomfort en su calidad de vida que los adolescentes normopeso. Respecto a factores emocionales y patrones relacionales asociados al desarrollo del trastorno, los resultados arrojaron un predominio de vínculo de control sin afecto, lo que caracteriza a padres emocionalmente fríos, indiferentes y negligentes, controladores e intrusivos que infantilizan al adolescente entorpeciendo su autonomía. El 28% de las madres y el 32% de los padres del grupo con obesidad presentan este tipo de vínculo, a diferencia del grupo sin obesidad, donde sólo el 12% de las madres presenta el vínculo control sin afecto y un 4% en los padres. Sobre la relación con los padres en los adolescentes con obesidad, el 60% define la relación con el padre como insatisfactoria, y el 56% define de la misma forma la relación con la madre, a diferencia del otro grupo que lo hace en un 44% en el padre y un 24 % en la madre. Y sobre la familia, el 56% de los adolescentes con obesidad opina que está insatisfecho con su familia y el 36% de los adolescentes sin obesidad opinan lo mismo (Carrasco, Gómez & Staforelli, 2009).

Un tercer estudio, fue llevado a cabo por la Universidad Santo Tomás. En él se estudió las representaciones de apego en niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. Fueron evaluados niños y niñas que presentaban obesidad en edad escolar (7 a 12 años de edad) en conjunto con sus madres, pertenecientes a un nivel socioeconómico medio y bajo y que reciben atención médica en consultorios de salud nutricional. Para evaluar las representaciones de apego se aplicó el instrumento Child Attachment Interview (Target, et al., 2003, citado en Tognarelli, 2012). El estudio finalmente, concluyó que los niños presentaron un apego inseguro hacia a la madre y que su respuesta sensible se encuentra alterada, como también la percepción de conductas alimenticias que se ligan a la saciedad. Por tanto, se genera un terreno proclive al desarrollo de la obesidad. Finalmente, en lo que refiere a las representaciones de apego en niños (apego inseguro con sus madres) es concordante con los estudios de Guidano (1987, 1994) acerca de los trastornos de alimentación (citado en Tognarelli, 2012).

Otro estudio realizado en la Universidad de Chile (Barriga & Medel, 2006), se centró en el estudio acerca de la relación entre vínculo y obesidad, describiendo la organización y los patrones de vínculo que se dan en el niño obeso. Se aplicó la Entrevista de Apego para Niños

(Child Attachment Interview - CAI) de Target y Fonagy, estandarizada en Chile el año 2002, para medir la organización y los patrones de apego en niños de 7 a 14 años. En base a los resultados se concluye que el patrón de apego preponderante en ambas muestras es el apego inseguro. Los niños que presentan obesidad, demuestran una inclinación a patrones de apego vinculares evitativos, en tanto que los niños no obesos presentan apego ambivalente. Los niños obesos demostraron diferencias en cuanto al manejo de la rabia, como también en lo que refiere a las estrategias de resolución de conflictos, y en la percepción de aceptación y proximidad de sus figuras de apego. En cuanto a las escalas de abertura emocional, balance de referencias positivas y negativas de figuras de apego, uso de ejemplos e idealización de figuras de apego, no se observan grandes diferencias.

Los estudios presentados nos permiten concluir que existe evidencia que relaciona el tipo de apego o estilo vincular de los padres con el desarrollo de un problema alimenticio, en este caso obesidad. Si bien, los estudios no se centran específicamente en el grupo etario para evaluar en esta investigación, de igual manera nos entregan datos que nos permiten poder encontrar cierta relación entre los patrones de apego y el desarrollo de obesidad en adolescentes, constituyendo las bases empíricas que dan sustento a nuestro estudio.

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Identificar la influencia que tienen las representaciones de apego en la presencia de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes de 11 a 19 años.

4.1.2 Objetivos específicos

- Determinar cuáles son las representaciones de apego presentes en adolescentes de 11 a 19 años de edad con obesidad y con otros estados nutricionales.
- Establecer los niveles de autoestima que caracterizan a los adolescentes de 11 a 19 años de edad con obesidad y con otros estados nutricionales.
- Relacionar las representaciones de apego con los estados nutricionales de los adolescentes de 11 a 19 años de edad.
- Relacionar las representaciones de apego con los niveles de autoestima de los adolescentes de 11 a 19 años de edad.

4.2 Hipótesis

4.2.1 Hipótesis de investigación (Hi)

Hi a: La representación de apego inseguro se relaciona con la presencia de obesidad

Hi b: La representación de apego inseguro se relaciona con niveles de autoestima baja.

4.2.2 Hipótesis nula (H0)

H0 a: La representación de apego inseguro no se relaciona con la presencia de obesidad.

H0 b: La representación de apego inseguro no se relaciona con niveles de autoestima baja.

4.2.3 Hipótesis Alternativa (H1)

H1 a: Existen otras variables asociadas al apego, que se relacionan con el desarrollo de obesidad

H1 b: Existen otras variables asociadas al apego, que se relacionan con los niveles de autoestima

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia que tienen las representaciones de apego en la presencia de obesidad y en los niveles de autoestima en los adolescentes de las provincias de Marga Marga y Valparaíso?

4.4 Justificación

La presente investigación tiene en primer lugar, relevancia social, debido a la importancia que tienen las variables estudiadas en la actualidad y en nuestro contexto sociocultural. Respecto a la obesidad, se sabe que es una problemática que ha cobrado especial interés en nuestro país debido a las altas tasas de prevalencia que se han registrado en la población durante los últimos años (Gobierno de Chile, 2011). Debido a ello, nuestra investigación pretende profundizar en esta temática, enfocándose en los adolescentes, con la finalidad de contribuir a formar una visión más integral de la obesidad al incluir la variable de apego y las relaciones vinculares tempranas a su estudio, de manera de complementar la perspectiva médica que en su mayoría explica la etiología de esta problemática considerando factores biológicos y ambientales; y relacionándolo principalmente con los hábitos alimenticios, pero que dejan fuera los factores que se relacionan con el estilo vincular de los padres y en cómo estos pudieran afectar en el desarrollo de una dificultad alimenticia. Es así como pretendemos incluir una perspectiva más psicológica al entendimiento de la obesidad, sin dejar de considerar que esta problemática es multicausal y son muchos los factores que pueden incidir en su desarrollo.

Por otra parte, la importancia de estudiar el apego en los adolescentes se basa en que durante esta etapa suceden una serie de cambios que son determinantes en el proceso de desarrollo biopsicosocial del individuo. Como se ha visto, durante esos años la definición de la identidad destaca como la tarea más relevante. Este proceso muchas veces puede ser caótico e

incluso frustrante, pero es de central importancia, ya que la identidad que encuentre el adolescente en esta etapa será la que predomine durante el resto de su vida. En este sentido, el estilo vincular que desarrollen los padres, junto con los valores y habilidades que estos les entreguen a sus hijos, constituye un factor influyente en la adquisición de la identidad, posibilitando en mayor o menor medida este proceso en los hijos durante la adolescencia. Esta investigación pretende entonces esclarecer el rol que cumple el apego en la comprensión de la etapa adolescente y su importancia en el desarrollo psicosocial de éste.

Durante la adolescencia también cobra especial relevancia el tema de la autoestima, ya que ésta se relaciona con cómo se percibe el adolescente y el aprecio y respeto que se tiene a sí mismo. Por eso la autoestima se vincula igualmente con la formación de la identidad, al incluirse dentro de la definición y percepción que el adolescente hace de sí mismo. En este sentido la autoestima también se verá afectada por cómo percibe el joven su figura corporal o su aspecto físico y la valoración que tiene de sí mismo, factores que también influirán en la identidad que formará en esta etapa.

Esta investigación tiene también valor teórico y metodológico, ya que las investigaciones científicas que estudian el apego en adolescentes son muy escasas, siendo mucho menores las que tratan estas variables junto con la obesidad y la autoestima. Las investigaciones que estudian las relaciones vinculares, generalmente se centran en el período de la primera infancia, por lo que realizar este estudio con población adolescente contribuirá a tener un mejor entendimiento y comprensión de esta etapa de la vida y a aumentar el bagaje de estudios que incorporen las variables mencionadas.

Al estudiar la relación entre obesidad, apego y autoestima, la investigación adquiere una relevancia práctica, ya que puede aportar en el ejercicio clínico sobre la intervención de la obesidad desde un punto de vista interdisciplinario; tanto en prácticas de promoción, prevención y tratamiento que incluyan las variables mencionadas y extendiendo esto no sólo a los adolescentes, sino también al trabajo con padres y cuidadores, junto con sus hijos, tratando aspectos preventivos desde períodos de primera infancia e infancia temprana. Finalmente, esta investigación puede ser de utilidad para todos aquellos profesionales que tengan interés en los temas tratados en este estudio y puedan resultar beneficiados en su profesión con ellos, tales

como nutricionistas, nutriólogos, enfermeros, psicólogos infanto-juveniles, psicólogos sociales, entre otros

4.4 Operacionalización de las Variables

Tabla 3. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicadores	Sub-indicadores
Obesidad	Acumulación anormal excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Esta situación se caracteriza por ser heterogénea, compleja y multifactorial.	Son o resultados permiten clasificar a los adolescentes en el rango de Obesidad, por medio de la aplicación del IMC.	los que a los adolescentes en el rango de Obesidad, por medio de la aplicación del Índice de Masa Corporal entre 30 y 39,9	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las dificultades respiratorias.
Apego	Vínculo particular que se genera entre un infante y su figura materna. Estas conductas de apego no son solo una característica de la primera infancia, sino que estas se mantienen a lo	Resultados que permiten clasificación de Representaciones de apego de los adolescentes, por medio de la aplicación del AAQ y sus tres escalas.	Escalas y normalidad de puntuación: Disponibilidad: 10 a 15 puntos Cooperación 11 a 15 puntos (Desde 11 a 16 años de edad) 12 a 15 puntos.	<ul style="list-style-type: none"> • Apego Seguro • Apego Inseguro

	largo de la vida del sujeto y cuya finalidad es mantener la proximidad a la figura de apego en pos de la supervivencia.		(Desde 17 a 19 años).		
				Enojo y Angustia: 0 a 8 puntos.	
Autoestima	Apreciación que la persona tiene sobre sí mismo, que puede expresarse de manera positiva o negativa, que se apoya en bases afectivas y cognitivas.	Clasificación de los resultados en: Autoestima Elevada Autoestima Media Autoestima Baja, por medio de la evaluación con la Escala de Rosenberg.	Puntajes Escala de Rosenberg: Ptje 30 - 40 Ptje 25 - 29 Ptje < 25		<ul style="list-style-type: none"> • Disfrutan experiencias positivas • Afrontamiento eficaz. • Sentimientos de aprobación y desaprobación de sí mismo. • Afrontamiento menos eficaz. • Evitación de situaciones.

DISEÑO EXPERIMENTAL

5.1 Tipo de estudio

La presente investigación es un estudio descriptivo relacional, ya que se pretende ver cómo se manifiesta la relación existente entre los fenómenos propuestos, pero sin encontrar una relación de causalidad entre las variables involucradas. Es transversal, porque la observación del fenómeno y su relación con las variables, se realizan simultáneamente en un momento determinado. Y no experimental, porque no existe control intencional de las variables.

5.2 Población y Muestra

5.2.1 Población

Adolescentes de la Provincias de Marga Marga y Valparaíso.

5.2.2 Muestra Estadística

A través del Software G Power 3.1.7, se ha determinado que para lograr una potencia estadística (1-Beta) de 0.8, con un valor alfa de 0.05, y $d=0.3$ (tamaño del efecto pequeño) se requieren 139 sujetos en cada grupo.

5.2.3 Muestra

187 adolescentes, entre 11 y 19 años de edad, de los cuales 99 son hombres y 88 son mujeres, que estudian en colegios o que reciban atención médica en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las provincias de Marga Marga y Valparaíso.

5.2.3.1 Tipo de muestra

La muestra es de tipo no probabilística intencionada, ya que la presente investigación no requiere de una representatividad muestral, sino que dice relación con la elección de sujetos que obedecen a características especificadas relacionadas con el planteamiento del problema y que permiten el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

5.2.4 Criterios de inclusión

Adolescentes con obesidad

Adolescentes de 11 a 19 años que estudian en colegios o que reciban atención médica en CESFAM de las provincias de Marga Marga y Valparaíso que presenten un IMC entre 30,0 y 39,9.

Adolescentes con otros estados nutricionales

Adolescentes de 11 a 19 años que estudian en colegios o que reciban atención médica en CESFAM de las provincias de Marga Marga y Valparaíso que presentan un IMC igual o inferior a 29,9.

5.2.5 Criterios Exclusión

Adolescentes de 11 a 19 años que estudian en colegios o que reciban atención médica en CESFAM de las provincias de Marga Marga y Valparaíso que presentan un IMC que indique Obesidad Mórbida (>40).

5.3. Instrumentos

5.3.1 Encuesta sociodemográfica

Para conocer las características sociodemográficas de los adolescentes se confeccionó y utilizó un cuestionario con la finalidad de conocer otras variables intervinientes de la muestra (ver Anexo 1), que consta de preguntas sobre edad, sexo, nivel socioeconómico, profesión de padres, composición familiar, número de hermanos, lugar de nacimiento, cuidador primario, si realiza algún tipo de actividad física o no, si padece algún tipo de enfermedad, y si actualmente, está realizando algún tratamiento.

5.3.2 Adolescent Attachment Questionnaire

Para medir las representaciones de apego en adolescentes se utilizó el Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ) (West, Rose, Spreng, Sheldon–Keller & Adam, 1998) que es un cuestionario de autoreporte que se responde a través de una escala Likert con valores que van

desde completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo (ver Anexo 2). Está compuesto de 9 ítems, distribuidos en 3 escalas con 3 enunciados cada uno. Las escalas son las siguientes: a) Disponibilidad: que mide la confianza del adolescente en la disponibilidad y responsividad de la figura de apego, b) Cooperación: evalúa en qué medida el adolescente tiene consideración y empatía sobre las necesidades y sentimientos de su figura de apego, c) Señales de enojo y angustia: evalúa el grado de enojo y angustia en la relación padres-adolescente. Las cuales fueron interpretadas en base a las siguientes normas que se presentan en la Tabla 4:

Tabla 4. Normas provisionarias de interpretación escalas de AAQ

	Disponibilidad	Cooperación		Señales de enojo y angustia
		11 a 16 años	17 a 19 años.	
DS	2.771	2.211	1.883	2.525
X	13.312	12.281	13.040	6.095
Valores Normales	10 a 15 pts.	11 a 15 pts.	12 a 15 pts.	0 a 8 pts.

(Fuente: Morán, Lecannelier & Rodríguez, 2014)

En base a lo anterior, se presume un apego seguro cuando al menos, dos escalas se encuentran dentro de la norma y un apego inseguro, cuando sedos o más escalas, se presentan valores que escapan a la norma.

La validación original del AAQ demostró valores de Alfa de Cronbach de 0.80 para la escala disponibilidad, 0.74 para la escala adecuación a metas y 0.64 para la escala señales de enojo y angustia.

La validación del cuestionario en población adolescente chilena (Morán et al., 2014) arrojó una adecuada consistencia interna con valores de Alfa de Cronbach de 0.74 en la escala de

disponibilidad, de 0.64 en la escala de adecuación a metas y 0,52 en la escala de señales de enojo y angustia.

5.3.3 Escala de autoestima de Rosenberg

Para medir los niveles de autoestima en los adolescentes se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg. Esta se centra en medir el autoestima personal, y la valía del adolescente con respecto a si mismo, según la definición planteada por Rosenberg (1965). La escala consta de 10 ítems 5 aseveraciones positivas y 5 negativas que dan como resultado, autoestima elevada cuando el puntaje va desde los 30 a 40 puntos, autoestima media cuando el puntaje se encuentra entre 26 y 29 puntos y finalmente, autoestima baja cuando la persona registra un puntaje menor a 25. Resultados que se obtienen mediante una escala Likert (de acuerdo hasta desacuerdo) (ver Anexo 3 y 4).

Según la validación hecha en Chile (Rojas-Barahona, Zegers & Forster, 2009) con población de adultos jóvenes, adultos y adultos mayores, la confiabilidad del instrumento arroja valores Alfa de Cronbach de 0,754. Aunque esta validación se realizó en población adultojoven, la población original de la Escala de Autoestima de Rosenberg está enfocada a adolescentes (Manso-Pinto, 2010). En Chile no se ha realizado una validación de la escala para población adolescente, sin embargo, existen diversos estudios que han evaluado la autoestima en adolescentes mediante esta escala y que avalan la validez de ella en esta población (Barra & San Martín, 2013; Salvo, Melipillán & Castro, 2009).

5.3.4 Índice de Masa Corporal

Para medir la obesidad de los adolescentes se utilizará el Índice de Masa Corporal (IMC), el cuál relaciona el peso y la talla del sujeto. Es un método muy utilizado por su fácil aplicación y por su clasificación de individuos con sobrepeso y obesidad. La clasificación del estado nutricional, según su IMC, determina que el individuo se encuentra en un Bajo Peso cuando su IMC es menor a 18.5, cuando la persona se encuentra en peso Normal su IMC debiera encontrarse en un rango que va desde 18.5 a 24.9, el IMC en una persona con Sobrepeso es mayor o igual a 25 pudiendo llegar hasta 29.9, y en el caso de obesidad el IMC es mayor o igual

a 30. La fórmula para calcular el Índice de Masa corporal es el siguiente: $[IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}]$

5.4. Procedimiento

En primera instancia, se realizó la selección de los instrumentos de medición para desarrollar la investigación, los cuales fueron el Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ) para evaluar las representaciones de apego en los adolescentes, Escala de Autoestima de Rosenberg y aplicación de Índice de Masa corporal. Para profundizar en la recolección de datos, se confeccionó una Encuesta Sociodemográfica para recolectar información referente al contexto familiar del participante. Luego, se confeccionaron los Consentimientos Informados dirigidos a padres e hijos, para ser aplicados tanto en colegios como en CESFAM (ver Anexo 7 al 14).

Posteriormente, se solicitó autorización a los directores de colegios y CESFAM ubicados en las provincias de Marga Marga y Valparaíso para poder llevar a cabo la investigación. Para concretar el permiso, se pidió una carta firmada por el director de la Escuela de Psicología de la universidad (ver Anexo 5 y 6). Al ser autorizada la carta, se establecieron los tiempos y fechas estimadas para realizar la aplicación de los cuestionarios. Luego de eso, se procedió a citar a los apoderados y sus hijos para iniciar la medición, tanto en colegios como en Centros de Salud Familiar. Esta etapa comenzó con la presentación de las fichas y los consentimientos informados a los padres para que conocieran el fin de la investigación y finalmente, para autorizar o no la participación de sus hijos. El adolescente, también recibió un consentimiento informado, donde están expuestos los detalles de la investigación. Luego de presentados los consentimientos, se procedió a aplicar los instrumentos de medición comenzando por la Encuesta Sociodemográfica, AAQ, Escala de Rosenberg y finalmente, medir el IMC de cada adolescente. Al finalizar la aplicación de los cuestionarios, tanto en los colegios como en los CESFAM, se tabularon los datos y se realizó el análisis de los mismos, por medio del programa IBM SPSS Statistics Versión 20. Para culminar la investigación, se llevó a cabo la discusión en base a los resultados obtenidos y finalmente, se desarrolló la conclusión del estudio.

5.5 Método de análisis de resultados

Una vez que se obtuvieron todos los datos, se procedió a su ingreso en la base de datos y sistematización utilizando el programa IBM SPSS Statistics Version 20 para realizar un análisis estadístico descriptivo.

RESULTADOS

Tabla 5. *Distribución de la muestra según Sexo*

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	88	47,1
	Hombre	99	52,9
	Total	187	100,0



Figura 1. *Distribución de la muestra según sexo*

Del total de la muestra, 99 personas son hombres y 88 son mujeres. Esto indica que el 52,9% de los participantes son de sexo masculino y 47,1% son de sexo femenino.

Tabla 6. *Distribución de la muestra según edad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad	11 años	2	1,1	1,1
	12 años	9	4,8	5,9
	13 años	36	19,3	25,1

14 años	44	23,5	48,7
15 años	33	17,6	66,3
16 años	23	12,3	78,6
17 años	27	14,4	93,0
18 años	8	4,3	97,3
19 años	5	2,7	100,0
Total	187	100,0	

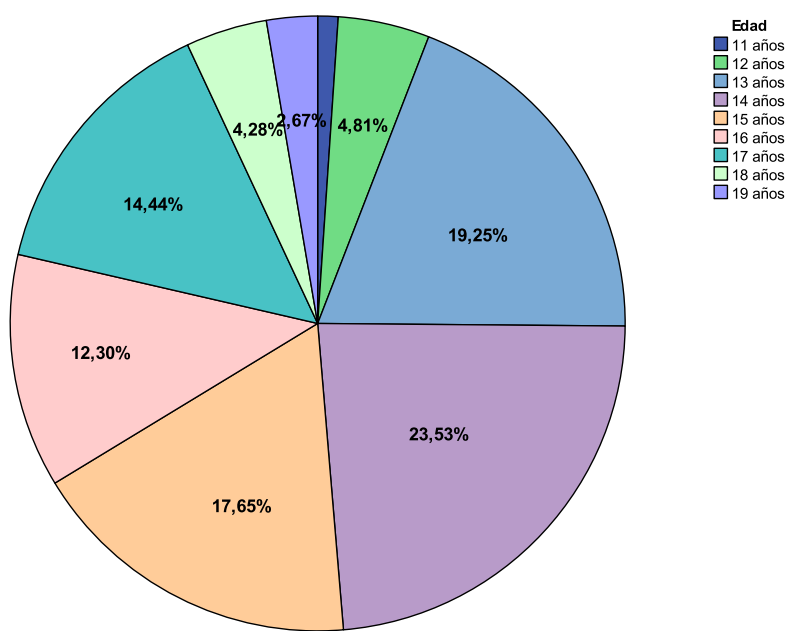


Figura 2. Distribución de la muestra según edad

La muestra total está constituida por personas cuya edad fluctúa entre los 11 y los 19 años, de ellos el 42,78% corresponde a participantes que tienen edad de entre 13 y 14 años y un 17,65% corresponde a adolescentes con edad de 15 años, por lo que la mayor cantidad de participantes está distribuida en el rango de edad de 13 a 15 años. El 31% de los adolescentes tienen edades desde los 16 años a los 18 años.

Tabla 7. Distribución de la muestra según comuna de institución

		Porcentaje		
		Frecuencia	Porcentaje	acumulado
Comuna	Quilpué	146	78,08	78,08
	Villa Alemana	26	13,9	91,98
	Olmué	3	1,6	93,58
	Viña del Mar	12	6,42	100,0
Total		187	100,0	100,0

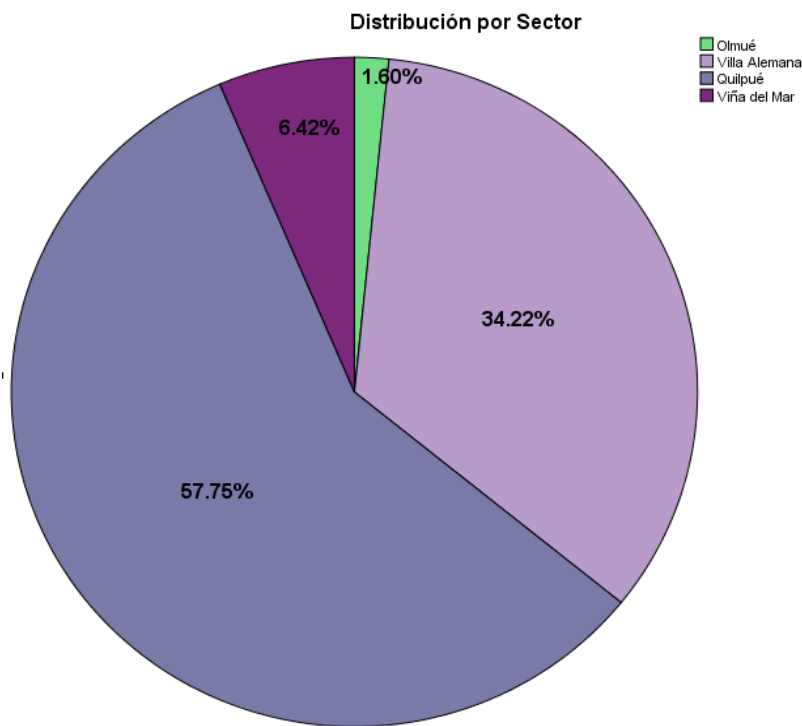


Figura 3. Distribución de la muestra según comuna de institución

Dentro de la muestra, el 78.1 % asiste a una institución ubicada en la comuna de Quilpué, el 13.9% a la comuna de Villa Alemana, el 6,4% pertenece a la comuna de Viña del Mar y el 1, 6 % a la comuna de Olmué.

De los mismos participantes, el 92% pertenecen a colegios particulares de la comuna de Quilpué y Villa Alemana. Y el 8% son pacientes de Centro de Salud Familiar de la comuna de Olmué y Viña del Mar.

Tabla 8. Distribución de la muestra según estado nutricional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estado	Bajo peso	16	8,6	8,6
Nutricional	Normal	112	59,9	68,4
	Sobrepeso	21	11,2	79,7
	Obesidad	38	20,3	100,0
Total		187	100,0	

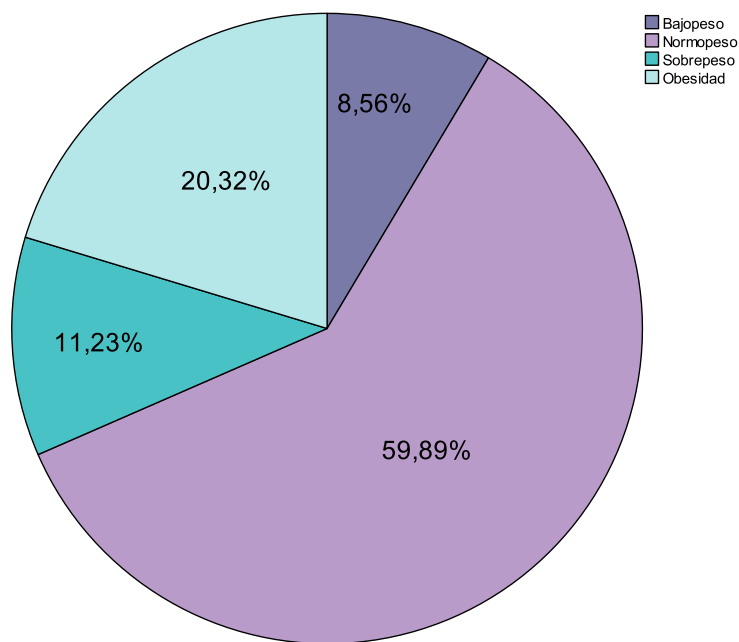


Figura 4. Distribución de la muestra según estado nutricional

De la muestra un 20,3% tiene un IMC entre 30 y 39.9, lo que indica estado nutricional de Obesidad.

Con respecto a los otros estados nutricionales (79,7%) de la muestra, un 59,9% tiene peso Normal, un 11,2% presenta Sobrepeso y un 8,6% clasifica con Bajo peso.

Tabla9.Distribución de la muestra según estado nutricional y reporte de actividad física

		Estado nutricional					
			Bajopeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad	Total
Actividad Física	SI	Recuento	7	79	9	19	114
		% dentro de Estado nutricional	43,8%	70,5%	42,9%	50,0%	61,0%
	NO	Recuento	9	33	12	19	73
		% dentro de Estado nutricional	56,3%	29,5%	57,1%	50,0%	39,0%
Total		Recuento	16	112	21	38	187
		% dentro de Estado nutricional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
							%

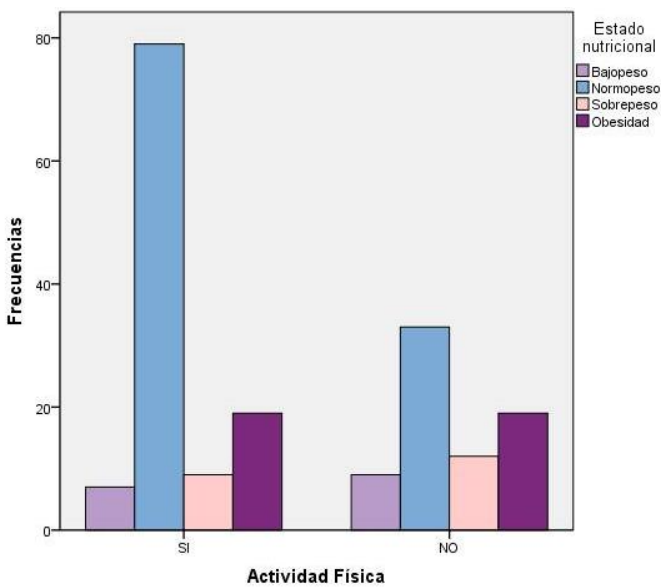


Figura 5. Distribución de la muestra según estado nutricional y reporte de la actividad física

De la muestra, 114 personas, correspondiente al 61% del total, reportan realizar algún tipo de actividad física y 73 personas, correspondiente al 39%, reporta no realizar actividad física.

Dentro de las personas con Bajo peso, el 43,8% de ellos realiza actividad física y el 56,3% no la realiza, las personas con Normopeso, el 70,5% realiza actividad física y el 29,5% no realiza actividad física, de las personas con Sobrepeso, el 42,9% dice realizar actividad física y el 57,1% reporta no realizar actividad física y finalmente, de las personas con obesidad, el 50% realiza actividad física y el 50% no la realiza.

Según lo que se puede observar, es que las personas con Normopeso son el grupo que más reporta realizar actividad física y las personas clasificadas con Sobrepeso son las que menos actividad física realizan según los porcentajes mostrados.

Tabla 10. Distribución de la muestra según tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin Tratamiento	134	71,7	71,7	71,7
	Psicológico	29	15,5	15,5	87,2
	Nutricional	7	3,7	3,7	90,9
	Traumatológico	3	1,6	1,6	92,5
	Psiquiátrico	1	,5	,5	93,0
	Farmacológico	7	3,7	3,7	96,8
	Médico	5	2,7	2,7	99,5
	Kinesiológico	1	,5	,5	100,0
Total		187	100,0	100,0	

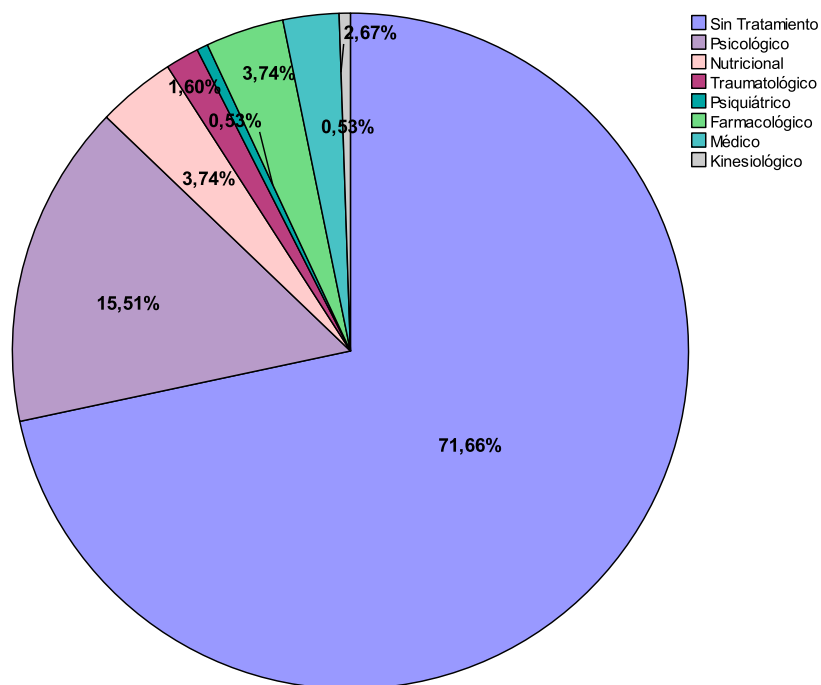


Figura 6. Distribución de la muestra según tratamiento

En el gráfico sectorial se logra apreciar que de la muestra el 71,7% está sin tratamiento. Sin embargo, el 15,51% está en tratamiento psicológico y el 3,74% en tratamiento nutricional. Además un 3,74% está en tratamiento farmacológico y el resto del porcentaje, 0,5%, 2,67% y 0,53% corresponde a tratamiento médico, psiquiátricos y kinesiológico respectivamente.

Tabla 11. Frecuencia de cuidador primario en la muestra al responder AAQ

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Madre	156	83.4	83.4
	Padre	13	7.0	90.4
Cuidador	Abuelo/a	10	5.3	95.7
	Otros	8	4.3	100.0
	Total	187	100.0	100.0

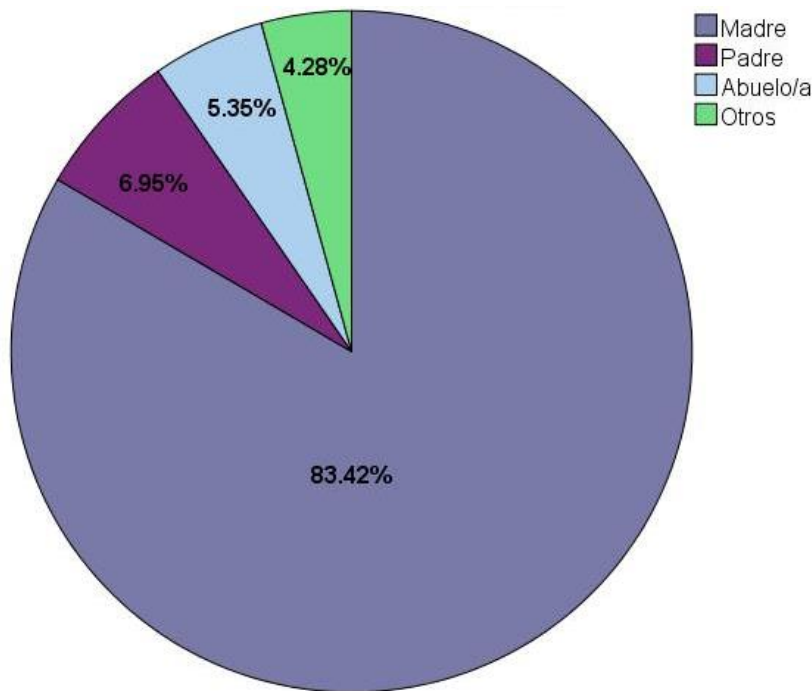


Figura 7. Frecuencia de cuidador primario en la muestra al responder AAQ

De la muestra, el 83,2% eligió a la Madre como su cuidador primario, identificándola como la persona que más los crió desde su nacimiento. El 6,95% eligió al Padre, el 5,35% a los abuelos y el 4,28% a otras personas (primos, asesoras del hogar, entre otros)

Estos datos indican que la mayoría de los participantes responde las escalas de AAQ considerando a la Madre.

Tabla 12. Distribución de la muestra según resultado de escala de disponibilidad y los estados nutricionales

Estado nutricional			Escala de disponibilidad		Total
			Dentro de la norma	Fuera de la norma	
Bajopeso	Recuento		15	1	16
		% dentro de escala	9,5%	3,4%	8,6%
	Normopeso	Recuento	94	18	112
		% dentro de escala	59,5%	62,1%	59,9%

Sobrepeso	Recuento	16	5	21
	% dentro escala	10,1%	17,2%	11,2%
Obesidad	Recuento	33	5	38
	% dentro de escala	20,9%	17,2%	20,3%
Total	Recuento	158	29	187
	% dentro de escala	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla podemos apreciar que dentro de los sujetos que en la escala de disponibilidad del AAQ obtuvieron puntajes dentro de la norma el 59,5 % presentó estado nutricional normopeso, el 20,99% presentó obesidad, y el 10,1% presentó sobrepeso. Y de los sujetos que obtuvieron puntajes fuera de la norma en la escala de disponibilidad, el 62,1% presentó normopeso, 17,2% presentó sobrepeso y el 17,2% presentó obesidad. Lo que se logra apreciar que los sujetos que presentan obesidad y sobrepeso corresponden al 34,4% de los puntajes fuera de la norma.

Tabla 13. Distribución de la muestra según resultados de escala de cooperación y estado nutricional.

		Escala de Cooperación		Total	
		Dentro de la norma	Fuera de la norma		
Estado nutricional	Bajopeso	Recuento	11	5	16
		% dentro de escala	8,1%	9,6%	8,6%
	Normopeso	Recuento	82	30	112
		% dentro de escala	60,7%	57,7%	59,9%
	Sobrepeso	Recuento	16	5	21
		% dentro de escala	11,9%	9,6%	11,2%
	Obesidad	Recuento	26	12	38
		% dentro de escala	19,3%	23,1%	20,3%
Total		Recuento	135	52	187
		% dentro de escala	100,0%	100,0%	100,0%

En el análisis de los resultados expuestos en la tabla podemos apreciar que dentro de los sujetos que en la escala de cooperación del AAQ obtuvieron puntajes dentro de la norma el 82% presentó un estado nutricional normopeso, el 19,3% presentó obesidad y el 11,9% presentó sobrepeso, ambos representan el 31,2% dentro de la norma. Y los sujetos que obtuvieron puntajes fuera de la norma en la escala de cooperación, el 57,7% presentó normopeso, el 23,2% presentó obesidad y el 9,6% sobrepeso, ambos representan el 32,7% que están fuera de la norma.

Tabla 14. Distribución de la muestra según resultados de escala de enojo y los estados nutricionales.

		Escala de Señales de enojo			Total
			Dentro de la norma	Fuera de la norma	
Estado nutricional	Bajopeso	Recuento	15	1	16
		% dentro de escala	10,7%	2,1%	8,6%
	Normopeso	Recuento	88	24	112
		% dentro de escala	62,9%	51,1%	59,9%
	Sobrepeso	Recuento	14	7	21
		% dentro de escala	10,0%	14,9%	11,2%
	Obesidad	Recuento	23	15	38
		% dentro de escala	16,4%	31,9%	20,3%
Total	Recuento		140	47	187
	% dentro de escala		100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla podemos apreciar que dentro de los sujetos que en la escala de señales de enojo del AAQ obtuvieron puntajes dentro de la norma el 62,9% presentó normopeso, el 16,4% presentó obesidad, el 10,7% presentó bajo peso, y el 10% presentó sobrepeso. Y de los sujetos que obtuvieron puntajes fuera de la norma en la escala de enojo, el 51,1% presentó normopeso, el 31,9% presentó obesidad y el 14,9% presentó sobrepeso, estas ambas corresponden al 46,8% de los que están fuera de la norma en esta escala.

Tabla 15. Distribución de la muestra según niveles de autoestima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Niveles de autoestima	Autoestima Baja	55	29,4	29,4	29,4
	Autoestima Media	43	23,0	23,0	52,4
	Autoestima Elevada	89	47,6	47,6	100,0
Total		187	100,0	100,0	

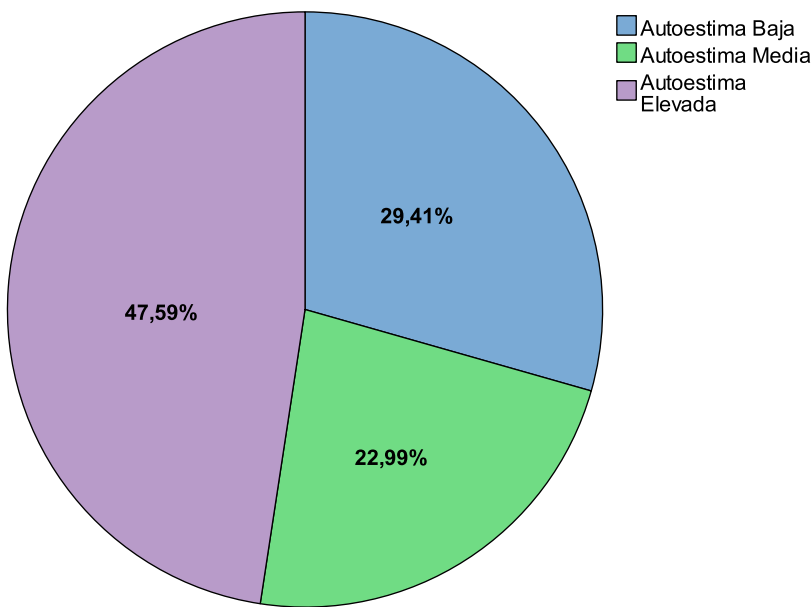


Figura 8. Distribución de los niveles de autoestima según escala de Rosenberg en la muestra

En relación a los niveles de autoestima, de la muestra el 47,6% presenta una Autoestima elevada y el 52,4 % presenta Autoestima fuera de los parámetros normales, según Rosenberg (23% con Autoestima media y 29,4% con Autoestima baja).

Tabla 16. Distribución de la muestra según estado nutricional y niveles de autoestima

		Estado nutricional				Total	
		Bajopeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad		
Niveles de autoestima según escala de Rosenberg	Autoestima Baja	Recuento	5	28	7	15	55
		% dentro de Estado nutricional	31,3%	25,0%	33,3%	39,5%	29,4%
Autoestima Media	Autoestima Media	Recuento	4	30	4	5	43
		% dentro de Estado nutricional	25,0%	26,8%	19,0%	13,2%	23,0%
Autoestima Elevada	Autoestima Elevada	Recuento	7	54	10	18	89
		% dentro de Estado nutricional	43,8%	48,2%	47,6%	47,4%	47,6%
Total		Recuento	16	112	21	38	187
		% dentro de Estado nutricional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

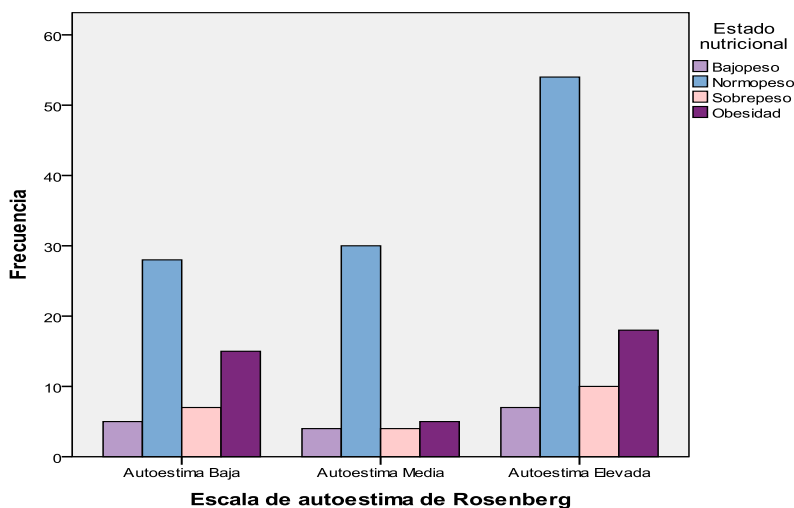


Figura 9. Distribución de la muestra según estado nutricional y niveles de autoestima

En la tabla 15 se observan los resultados obtenidos en cada grupo de estado nutricional según la escala autoestima de Rosenberg. Dentro de los sujetos con bajopeso el 43,8% presenta autoestima elevada, el 25% presenta autoestima media y el 31,3% presenta autoestima baja. En los sujetos con normopeso el 48,2% presenta autoestima elevada, el 26,8% presenta autoestima media, y el 25% presenta autoestima baja. Dentro de los sujetos con sobrepeso, el 47,6% presenta autoestima elevada, el 19% presenta autoestima media y el 33,3% presenta autoestima baja. Dentro de los sujetos con obesidad, el 47,4% presenta autoestima elevada, el 13,2 % presenta autoestima media y el 39, 5 % autoestima baja. Por lo tanto se puede observar, que los niveles de autoestima elevada, son mayores proporcionalmente en los diferentes estados nutricionales, sin embargo, los niveles de autoestima baja los porcentajes son mayores que la autoestima media tanto en los sujetos con bajopeso, sobrepeso y obesidad, a diferencia de los sujetos con normopeso que el porcentaje de autoestima baja, es menor que el autoestima media, y el porcentaje de autoestima media es menor que el porcentaje de autoestima elevada.

Tabla 17. Distribución de la muestra según resultados de escala de disponibilidad y los niveles de autoestima

			Escala de disponibilidad		
			Dentro de la norma	Fuera de la norma	Total
Niveles de	Autoestima	Recuento	37	18	55
autoestima de	Baja	% dentro de escala	23,4%	62,1%	29,4%
Rosenberg	Autoestima	Recuento	41	2	43
(EAR)	Media	% dentro de escala	25,9%	6,9%	23,0%
	Autoestima	Recuento	80	9	89
	Elevada	% dentro de escala	50,6%	31,0%	47,6%
Total		Recuento	158	29	187
			(84,5%)	(15,5%)	
		% dentro de escala	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 17 podemos apreciar que en la escala de disponibilidad los participantes que reportaron puntajes dentro de la norma, un 50,6 % corresponden a autoestima elevada, un 25,9% a autoestima media y un 23,4 % a autoestima baja, es decir, la cantidad de sujetos que reportó escala de disponibilidad dentro de la norma, va aumentando según aumenta el nivel de autoestima. En relación a los participantes que reportaron puntajes fuera de la norma, la mayor cantidad de personas, con un 62,1%, tiene autoestima baja y el 31% tiene autoestima elevada. La menor cantidad de sujetos fuera de la norma presenta autoestima media (6,9%).

En relación al total de la muestra, el 84,5% reportó una escala de disponibilidad dentro de la norma, y el 15,5% reportó una escala de disponibilidad fuera de la norma.

Tabla 18. Distribución de la muestra según resultados de escala de cooperación y los niveles de autoestima.

		Escala de Cooperación			
			Dentro de la norma	Fuera de la norma	Total
Niveles de	Autoestima	Recuento	30	25	55
Autoestima de	Baja	% dentro de escala	22,2%	48,1%	29,4%
Rosenberg	Autoestima	Recuento	30	13	43
	Media	% dentro de escala	22,2%	25,0%	23,0%
	Autoestima	Recuento	75	14	89
	Elevada	% dentro de escala	55,6%	26,9%	47,6%
Total		Recuento	135	52	187
			(72,2%)	(27,85)	
		% dentro de escala	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 18 podemos apreciar que dentro de los participantes que en la escala de Cooperación del AAQ obtuvieron puntajes fuera de la norma el 48,1% reportó tener un nivel de autoestima bajo en la escala de Rosenberg. Por otro lado, al observar los puntajes ubicados dentro de la norma, encontramos que el mayor porcentaje de respuestas se identifican en el grupo de la

muestra que reportó un nivel de autoestima elevada (55,6%). En relación a la muestra, el 72,2% reportó una escala de cooperación dentro de la norma y el 27,8% reportó una escala de cooperación fuera de la norma.

Tabla 19. Distribución de la muestra según resultado de escala de señales de enojo y los niveles de autoestima

		Escala Señales de Enojo			
		Dentro de	Fuera de la		
		la norma	norma	Total	
Niveles de	Autoestima Baja	Recuento	36	19	55
autoestima de		% dentro de escala	25,7%	40,4%	29,4%
Rosenberg.	Autoestima	Recuento	34	9	43
	Media	% dentro de escala	24,3%	19,1%	23,0%
	Autoestima	Recuento	70	19	89
	Elevada	% dentro de escala	50,0%	40,4%	47,6%
Total		Recuento	140	47	187
			(74,9%)	(25,1%)	
		% dentro de escala	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 19 podemos apreciar que dentro de los sujetos que en la escala de señales de enojo y angustia del AAQ obtuvieron puntajes dentro de la norma el 50 % reportó un nivel de autoestima elevado, y el otro 50% se reparte entre el autoestima media (24,3%) y el autoestima baja (25,7%). Y de los sujetos que obtuvieron puntajes fuera de la norma en la escala de enojo, el 19,1% reportó autoestima media, sin embargo el 80,8% de los sujetos que están fuera de la norma en la escala, se reparte en autoestima elevada (40,4%) y autoestima baja (40,4%). En relación a la muestra el 74,9% reportó los puntajes de la escala de señales de enojo dentro de la norma, y el 25,1% reportó los puntajes fuera de la norma.

Tabla 20. Asociación de los tipos de apego y los niveles de autoestima

		Tipo de Apego		Total
		seguro	inseguro	
Niveles de Autoestima	Autoestima Baja	36	19	55
	Autoestima Media	39	4	43
	Autoestima Elevada	82	7	89
Total		(83,9%) 157	(16,1%) 30	(100%) 187

Tabla 21. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,849 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	18,149	2	,000
Asociación lineal por lineal	16,325	1	,000
N de casos válidos	187		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,90.

Según la prueba de chi-cuadrado, entre las variables del tipo de apego y los niveles de autoestima, hay una asociación estadísticamente significativa con un P 0,000. Por lo que se rechaza la independencia de las variables. Y se observa que hay una asociación significativa entre las dos. Con respecto a la tabla 19, se observa que dentro de la muestra el 83,9% representa apego seguro y el 16,1% representa apego inseguro.

Tabla 22. Asociación entre el tipo de apego y obesidad y otros estados nutricionales

		Tipo de Apego		Total
		seguro	inseguro	
Obesidad y otros estados nutricionales	Otros estados nutricionales	128	21	149
	Obesidad	29	9	38
Total		157	30	187

Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,068 ^a	1	,150		
Corrección por continuidad ^b	1,417	1	,234		
Razón de verosimilitudes	1,912	1	,167		
Estadístico exacto de Fisher				,213	,119
Asociación lineal por lineal	2,056	1	,152		
N de casos válidos	187				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,10.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Con respecto a la prueba de chi-cuadrado realizada con las variables categóricas de tipo de apego y la obesidad con otros estados nutricionales (que incluye bajopeso, normopeso y sobrepeso), la significancia arrojó 0,213, lo que indica que no hay asociación entre las variables significativa, es decir se presenta una independencia entre ellas.

Tabla 24. Correlación Índice de Masa Corporal y Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

		Ptje EAR
IMC Sujeto	Correlación de Pearson	-,020
	Sig. (bilateral)	,789
	N	187

En la tabla de correlación se aprecia una correlación inversa entre el Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes y el puntaje de autoestima en la escala de Rosenberg, es decir, a mayor IMC, menores son las puntuaciones en la escala de autoestima.

A pesar de que existe una correlación inversa, la Sig. (bilateral) muestra que el valor de correlación (,789) entre ambas variables no es estadísticamente significativo.

Tabla 25. Correlación entre Índice de Masa Corporal y AAQ

		Escala A	Escala B	Escala C
IMC Sujeto	Correlación de Pearson	-,037	,025	,184*
	Sig. (bilateral)	,620	,735	,012
	N	187	187	187

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

En la Tabla 24 es posible observar la existencia de una correlación significativa (,184*) que existe entre el IMC y los resultados en la escala C correspondiente a Señales de Enojo del AAQ obtenidos de la muestra. ($p < 0,05$). Esto quiere decir que a mayor IMC, mayores son los puntajes de la escala C Señales de enojo del AAQ.

Tabla 26. Correlación entre Escala de Autoestima de Rosenberg y AAQ

		Escala A	Escala B	Escala C
PtjeEAR	Correlación de Pearson	,277**	,244**	-,182*
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,013
	N	187	187	187

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

**.. La correlación es significativa al nivel 0,01

Podemos apreciar en los resultados de la Tabla 25 la correlación significativa que se da entre el puntaje de Escala de Autoestima de Rosenberg y las diferentes Escalas del AAQ (Escala A, Escala B, Escala C), donde se destaca la relación entre el puntaje EAR y la escala correspondiente a C Señales de Enojo del AAQ, la cual es inversamente proporcional.

Tabla 27. Análisis U Mann Whitney

Escala		X	DS	U	Sig.
Disponibilidad	Otros Estados Nutricionales	6,31	2,931		
	Obesidad	7,68	3,120	2544,500	,300
Cooperación	Otros Estados nutricionales	11,97	2,608		
	Obesidad			2593,500	,421

		11,58	2,786		
Señales de Enojo	Otros Estados nutricionales	12,19	2,733	2017,500	,010
	Obesidad	11,58	3,326		
Autoestima	Otros Estados Nutricionales	28,79	6, 119	2620,500	,479
	Obesidad	28,05	6,238		

$P \leq 0,05$. U= U Mann Whitney. 2 grupos independientes (Obesidad vs Otros: 1/0)

Las medias del grupo de obesidad para las variables de disponibilidad y cooperación son mayores que para el otro grupo (donde están los otros estados nutricionales), sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa entre los grupos. Por consiguiente, en la escala de señales de enojo, la diferencia es estadísticamente significativa con un $P = 0,01$. Lo que se logra observar es que la media de obesidad dentro de esta variable de señales de enojo, es mayor que los otros estados nutricionales.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar la influencia que tienen las representaciones de apego en la presencia de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes. De acuerdo a ello, las hipótesis de investigación plantean que las representaciones de apego inseguro se relacionan con la presencia de obesidad (Hi a) y con niveles de autoestima baja (Hi b). Para ello se necesitó determinar cuáles eran las representaciones de apego que obtenían los adolescentes junto con establecer sus niveles de autoestima y ver si estas variables estaban relacionadas de la forma esperada o no, presentando así asociaciones que no estaban previstas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos señalar que las representaciones de apego inseguro no se relacionan con la presencia de obesidad, lo cual nos permite rechazar nuestra primera hipótesis de investigación. El rechazo de esta hipótesis está sostenido, en primer lugar, por la baja significancia estadística que se encontró al relacionar las variables de apego y obesidad. En segundo lugar, podría haber afectado la carencia de una muestra estadísticamente significativa, debido a que la distribución de dicha muestra presentaba diferencias importantes que no permitieron lograr la potencia estadística significativa esperada al inicio de la investigación. Por último, el rechazo de la primera hipótesis (Hi a) podría deberse a que, desde la teoría y antecedentes que se han revisado, los instrumentos y evaluaciones que hasta hoy se conocen, en su mayoría son mucho más categóricos al hablar de tipos de apego (seguro e inseguro) en niños, ya que tienen indicadores específicos para determinar si el apego es seguro o inseguro. Sin embargo, en los adolescentes no existen muchos estudios ni instrumentos que permitan definir una representación de apego específica, sino que indican aspectos más generales de esta variable, cosa que sucede con el instrumento que utilizamos en esta investigación (AAQ), que no define un tipo de apego específico, sino que trabaja con escalas que apuntan a aspectos relacionados al apego sin ser estricto en la categorización de él.

La segunda hipótesis que señala que las representaciones de apego inseguro se relacionan con niveles de autoestima baja (Hi b), es aceptada ya que en los análisis estadísticos se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Aquellos que tienen una

representación de apego inseguro, presentan al mismo tiempo autoestima baja, mientras que los que mostraron autoestima elevada, describen una representación de apego seguro. Esta afirmación de hipótesis también es corroborada por la estadística descriptiva, que indica que el porcentaje de autoestima baja es mayor en aquel grupo que mostró tener una representación de apego inseguro, asimismo que dentro de la representación de apego seguro predomina significativamente la autoestima elevada. Lo anterior se puede relacionar con los planteamientos que señalan que los adolescentes con apego seguro manejan de mejor manera los conflictos con sus padres, lo cual les brinda seguridad a la hora de enfrentar las diferentes situaciones que se le presentan, con lo que disminuye la sensación de vulnerabilidad de sí mismo frente al entorno. Por otro lado, los adolescentes que muestran apego inseguro, carecerían de herramientas adecuadas para afrontar las dificultades, lo que podría desarrollar sentimientos propios de incapacidad e incompetencia, generando así bajos niveles de autoestima (Oliva, 2011).

Los resultados obtenidos en relación con las hipótesis de investigación, (rechazo de H_1 a y aceptación de H_1 b) nos permiten también aceptar la hipótesis alternativa que se refiere a que existen otras variables asociadas al apego que se relacionan con la presencia de obesidad. La aceptación de esta hipótesis se basa en los análisis estadísticos realizados que permitieron encontrar nuevas asociaciones entre las variables estudiadas y obtener resultados que no estaban previstos al principio de esta investigación, resultando atinentes para el área de estudio en cuestión.

Se observó que la relación entre el IMC y los puntajes de la escala de autoestima de Rosenberg no fue estadísticamente significativa, es decir no existirían mayores puntajes de autoestima baja en los adolescentes que tienen un IMC mayor (y por consiguiente más peso corporal). Esto coincide con los resultados arrojados por un estudio de la Revista Mexicana de Pediatría (2002) (citado en Ferrada & Morales, 2008) que concluye que no hubo relación entre el IMC y la autoestima. Por otra parte, en la relación entre las variables de estado nutricional y niveles de autoestima, destaca que los niveles de autoestima inadecuada, es decir la suma de autoestima baja más autoestima media, son más altos en todos los estados nutricionales, incluyendo obesidad, en comparación con el porcentaje de autoestima elevada. Al contrario de como se esperaba, los adolescentes con obesidad, no tienen los niveles de autoestima baja más

elevados que el resto. Esto quiere decir que no existe una relación significativa entre tener obesidad y al mismo tiempo autoestima baja dentro de la muestra estudiada.

Por otro lado, se encontró que al relacionar los niveles de autoestima con la escala de disponibilidad del AAQ, la mayor cantidad de adolescentes que reportaron puntajes fuera de la norma, presentan autoestima baja y la mayor cantidad de adolescente que reportaron puntajes dentro de la norma, presentan autoestima elevada. Esto mismo ocurre al relacionar los niveles de autoestima y escala de cooperación del AAQ, donde la mayor cantidad de adolescentes que puntúan fuera de la norma, presentan autoestima baja y la mayor cantidad de adolescentes que puntúan dentro de la norma, presentan autoestima elevada. Estos resultados nos permiten asociar la autoestima baja con indicadores de apego inseguro cuando se obtienen puntuaciones fuera de la norma en la escala de disponibilidad o cooperación. Así también asociar la autoestima elevada, con indicadores de apego seguro cuando se obtienen puntuaciones dentro de la norma en dichas escalas.

Otro hallazgo importante que surge a través del análisis de los datos, es la correlación significativa que existe entre el Índice de Masa Corporal y los puntajes de la escala de señales de enojo y angustia del AAQ. A mayor IMC, mayores son los puntajes en la escala señales de enojo y angustia, por lo que quienes muestran altas señales de estos sentimientos son propensos a desarrollar un mayor IMC. Esta relación significativa además se sostiene por los datos obtenidos tras realizar el análisis estadístico de U Mann Whitney, donde se relacionaron las medias de las puntuaciones de los instrumentos usados en la investigación, entre el grupo de obesidad y el grupo de otros estados nutricionales. Se observó que hay una diferencia estadísticamente significativa con la escala de señales de enojo y angustia, lo cual indicaría que el grupo con obesidad presenta mayor puntuación en esta escala a diferencia del otro grupo. Por lo tanto, hay una asociación entre la obesidad y los puntajes de la escala de señales de enojo y angustia. Es así como las personas con obesidad presentan puntuaciones de señales de enojo y angustia elevadas en AAQ, lo que significa que tienen mayores sentimientos de ira en respuesta a la frustración frente a los deseos y necesidades de apego no satisfechas por parte de los cuidadores (West et al., 1998). El obtener puntuaciones fuera de la norma en la escala señales de enojo y angustia se asocia a un aspecto del apego adolescente y podría relacionarse con la categorización de apego inseguro. Frente a esto, algunos autores (Silvestri & Stavile, 2005) han hablado acerca de los

Comedores Emocionales quienes frente a emociones negativas fuertes como angustia, enojo o ira, responden con un descontrol en la ingesta de alimentos. Además un factor precipitante de la obesidad es el consumo excesivo de alimentos, conducta que puede aumentar cuando ocurren emociones negativas producidas por una desregulación emocional. Estos hallazgos se corresponderían con los estudios empíricos revisados, que plantean que los niños con apego inseguro presentan mayores niveles de obesidad que los niños con apego seguro (Anderson & Whitaker, 2011). Además coincide con lo que plantea Barriga & Medel (2006) de que los niños con obesidad demostraron mayor dificultad al manejo de la rabia y la angustia.

Los resultados mostraron también que todas las escalas del AAQ (disponibilidad, cooperación y señales de enojo y angustia) correlacionan significativamente con los puntajes de la escala de autoestima. Es importante destacar que la correlación del puntaje de autoestima y el puntaje de la escala de señales de enojo y angustia es inversamente proporcional, lo que explica que a mayor puntaje de autoestima (autoestima elevada), menores son los puntajes de la escala de señales de enojo y angustia. Además a mayor puntaje de escala de señales de enojo y angustia, menores son los puntajes en la escala de autoestima. Así mismo, cuando los puntajes de las escalas de disponibilidad y cooperación aumentan, también lo hace el puntaje de la escala de autoestima. Esto sería coherente con lo planteado con Oliva (2011) que dice que la percepción de disponibilidad que tiene el sujeto de sus padres y de la posibilidad de ayuda y cooperación de su parte, se relaciona con percepciones de autovaloración positiva.

La correlación entre estas variables nos podría permitir hacer una asociación entre la autoestima y una determinada representación de apego, ya que se muestra que una persona de autoestima elevada presentará puntajes elevados en la escala de disponibilidad y cooperación pero bajos puntajes en la escala señales de enojo y angustia. Este resultado obtenido coincide con lo expuesto por Rodríguez y Caño (2012) de que los adolescentes que manifiestan baja autoestima presentan mayor vulnerabilidad y sensibilidad frente a los eventos adversos, desplegando menos recursos que les permitan hacerles frente de forma adecuadamente. Cuando existen conflictos entre la relación del adolescente con sus padres por sus deseos de autonomía, y no existe una respuesta positiva incondicional por parte de los cuidadores, el adolescente comienza a mostrar mayores señales de enojo y rabia para con sus padres por la percepción de que ellos no apoyan su proceso de independencia y autonomía, lo que se relacionaría con una

representación de apego más insegura en el sentido de que la escala señales de enojo y angustia del cuestionario del AAQ puntuarían fuera de la norma estadística.

A través de los resultados obtenidos en el análisis de las variables se cree pertinente plantear la elaboración o potenciación de prácticas clínicas de intervenciones médica y psicoterapéutica que permitan enfrentar tanto problemáticas psicológicas como de salud. En primer lugar, las nuevas consideraciones de la práctica clínica, deberían dirigirse a desarrollar o potenciar las relaciones afectivas de los adolescentes con sus padres, tanto en las percepciones de disponibilidad de ellos frente a las necesidades del adolescente, la capacidad de empatía del adolescente, y la regulación de emociones de enojo y angustia, que son aspectos del apego, para así solucionar problemas psicológicos que tengan relación con los niveles de autoestima bajos. También estas prácticas deberían enfocarse en la prevención y tratamiento de la obesidad considerando estos sentimientos de enojo y angustia de los adolescentes hacia el cuidador, además de realizar tratamientos especializados en el trabajo del autocontrol como una forma de regulación propia que impida caer en la ingesta descontrolada de alimentos que finalmente lleve a desarrollar un problema alimenticio como la obesidad y así, mejorar la calidad de vida de las personas. En este sentido se propone la creación de intervenciones tipo “talleres” que vayan dirigidos a los padres y/o adolescentes que se enfoquen en el reconocimiento de los sentimientos de enojo e ira y las maneras en las que se pueden expresar de forma asertiva. Se les puede enseñar sobre los métodos negativos y positivos de expresar el enojo para que los detecten en sus hijos, además de educar en los comportamientos que necesitan reforzar o disminuir para evitar que el enojo del adolescente crezca y desde ahí empezar a prevenir, desde una edad temprana, que se instaure un apego inseguro en el menor.

Finalmente, las proyecciones de esta investigación tienen relación con la sugerencia de modificación de algunos aspectos formales de los instrumentos utilizados. En primer lugar, nace la necesidad de replantear la forma en cómo se contesta el AAQ. Durante su aplicación se dio cuenta de que muchos adolescentes se equivocaban en responder las preguntas del test al confundirse con el espacio en blanco que hay en cada una de las afirmaciones. Algunos procedían a rellenar este espacio con personas distintas cada vez, lo que alteraba significativamente la validez de la aplicación ya que el AAQ está pensado para ser respondido pensando solamente en una sola persona, en este caso el cuidador primario. Para amentar la eficacia del test se sugiere

redistribuir el orden de presentación de las instrucciones (ver Anexo 15), junto con disminuir la leyenda de las indicaciones puesto que varios adolescentes se saltaban esta parte por ser muy extensa, lo que les impedía contestar adecuadamente el instrumento. En segundo lugar, en cuanto a la escala de autoestima de Rosenberg se sugiere hacer una revisión del lenguaje que se utiliza en las afirmaciones, puesto que para muchos adolescentes resultó ser muy rebuscado y poco entendible.

Con motivo de complementar el presente estudio se encuentra pertinente el desarrollo de una investigación que se enfoque en la creación de un instrumento o medida que permita clasificar las representaciones de apego adolescente a partir de las escalas del AAQ y que esa clasificación arroje un tipo de apego específico y delimitado en el grupo etaria en cuestión, tal como existen evaluaciones para medir el tipo de apego en niños. Realizar lo anterior nos permitiría en un futuro asociar un tipo de apego (seguro, inseguro) específico con los niveles de autoestima y ver cómo se comporta la relación entre estas variables cuando están adecuadamente definidas.

Por otro lado, sería oportuno replicar esta misma investigación con una muestra que sea estadísticamente significativa y así encontrar relaciones entre las variables mucho más claras y con un peso estadístico importante.

Para terminar, se cree necesario iniciar un proceso de estandarización en Chile de la escala de autoestima de Rosenberg en adolescentes que en su confección original se dirigía a este grupo etario pero que a nivel nacional sólo ha sido estandarizado para población adulta joven. Que este instrumento estuviera estandarizado para población adolescente habría hecho tener a esta investigación un peso metodológico mucho más importante del obtenido.

CONCLUSIÓN

La obesidad ha sido una importante problemática estudiada en nuestro país producto de los altos niveles de prevalencia encontrados en la población (Gobierno de Chile, 2011). Como se revisó anteriormente, la obesidad es causada por múltiples factores que al interactuar entre ellos, influyen tanto en su desarrollo como en su mantención a través del tiempo. Con la presente investigación, se logró profundizar en aquellos factores psicológicos que influyen, de alguna manera, en la presencia de obesidad pero no determinándola causalmente. Estos factores psicológicos, se refieren a las representaciones de apego, que los adolescentes desarrollan hacia su cuidador a lo largo de su crianza. Por tanto, en el estudio se buscó relacionar estas representaciones con la obesidad y con los niveles de autoestima, específicamente ver si el apego inseguro influye en la presencia de obesidad y en los niveles de autoestima baja. De esta manera, se observó en los resultados obtenidos que los puntajes de la escala de señales de enojo y angustia del AAQ mantienen una relación significativa con los índices de masa corporal, es decir, los adolescentes que presentan mayores sentimientos de enojo y angustia se observan mayores niveles de IMC. En base a estos antecedentes revisados, se puede decir que el adolescente que mantiene sentimientos de enojo y angustia tiende a perder el control sobre la ingesta de alimentos cuando se expone a circunstancias adversas, debido a que se caracterizan por poseer un estilo afectivo vulnerable y dificultades en la regulación emocional, lo cual también trae consigo las conductas defensivas y evitativas de ciertos estímulos amenazantes (Silvestri & Stavile, 2005). Lo mencionado anteriormente, se relaciona con estudios en donde se observó que a niños con apego seguro les es más fácil enfrentar situaciones de estrés y autorregularse emocionalmente, por lo que es menos probable que pierdan el control en la ingesta de alimentos, en respuesta a emociones negativas. Lo que se contrapone en el caso de niños con obesidad, quienes presentaron más dificultad para manejar la rabia, y menos habilidades en resolver conflictos (Anderson & Whitaker, 2011), aspecto relevante en la infancia.

Considerando lo anterior, es necesario plantear intervenciones a nivel psicológico relacionadas con el apego y las emociones de enojo y angustia hacia los cuidadores en la primera infancia, niñez y adolescencia para así poder prevenir y disminuir la presencia de obesidad en los adolescentes y mejorar el futuro desarrollo de los niños. De esta manera, se sugiere incluir a los

cuidadores primarios en el trabajo psicoterapéutico, para comenzar a hacer tareas que potencien y mejoren la relación afectiva entre el cuidador y el adolescente.

En lo que respecta, a las representaciones de apego y los niveles de autoestima, se ha podido evidenciar que estas variables presentan una relación significativa. Por lo que permite proyectar una intervención que se oriente a trabajar en los vínculos afectivos de los cuidadores, para así construir una autoestima elevada y que además posibilite el establecimiento de una relación enriquecedora entre el adolescente y su cuidador. De este modo, poder prevenir y resolver problemas psicológicos que se encuentren relacionados con niveles de autoestima baja, cambiando las percepciones que los adolescentes tienen de sí mismos y posibilitando finalmente estabilidad emocional a lo largo del tiempo.

Se puede concluir que en esta investigación se ha podido evidenciar lo relevante que es la psicología dentro de la salud en general y cómo esta participa como factor en la aparición, desarrollo y/o mantenimiento de enfermedades. Particularmente, el apego o vínculo afectivo del adolescente con su cuidador es un ámbito que requiere considerarse al intervenir, tanto en la salud física y mental del adolescente. Al respecto cabe destacar la importancia del trabajo con equipos multidisciplinarios y la educación para padres y cuidadores en esta área. La autorregulación de las emociones es importante trabajarla desde la etapa de lactancia, ayudando a los padres a contener emocionalmente a los bebés, ya que eso permitiría que haya menor estrés y menor daño a nivel cerebral. Esto concuerda con las ideas de Allan Shore (2000) (citado en Guendelman, 2008), quién postula que la calidad del cuidado materno, deficiente en cuanto a fallas en la regulación afectiva de los estados mentales del bebé, se ve reflejado en el desarrollo en aquellas áreas involucradas con las emociones, y la regulación afectiva, creando una estrategia de regulación afectiva inadecuada en el bebé.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J. Erlbaum.
- Alonso, L., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M. & Ariza, P. (2007). *Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia)*. Extraído el 29 de mayo de 2014 desde:
http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/231/5_Autoestima%20y%20relaciones.pdf
- Anderson, S. & Whitaker, R.C. (2011). *Attachment Security and Obesity in US Preschool-Aged Children*. *Archpediatradolescmed* vol 165 (no. 3). Mar 2011.
- Barra, E., San Martín, J. (2013). *Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes*. *Terapia Psicológica*, vol. 31, núm. 3, 2013, pp. 287-291. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Santiago, Chile.
- Barriga, I. & Medel, J. (2006). *Vínculo y obesidad*. Universidad de Chile. *Revista pediatría electrónica*. Vol 3, N°2.
- Bowlby, J. (2009). *La separación*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina
- Burges, J., Ruschel, D. & Dalbosco, D. (2010). *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validez factorial e consistencia interna*. *Revista científica Scielo*. Extraído el 28 de Diciembre de 2014 desde: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>
- Cabezuelo, G. & Huera, P., (2010). *El desarrollo psicomotor. Desde la infancia hasta la adolescencia*. Narcea, S.A Ediciones, España.
- Carles, J. (2001). *Un adolescente en casa*. Colección Debolsillo. Editorial Plaza & Janés. Barcelona 2006 ISBN 8483460726

- Carrasco, D., Gómez, E. & Staforelli, A. (2009). *Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales*. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
- Coleman, J. & Hendry, L. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Cuarta edición. Ediciones Morata. Madrid, España. Cap 1.
- Davidoff, L. (1989). *Introducción a la Psicología*. (3ª Ed). Editorial McGraw-Hill, México.
- Erikson, E. (1963). *Sociedad y adolescencia*. Siglo Veintiuno Editores, México, D.F.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Fernández, M. (2002). *Teoría del Apego y Psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica*. Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 33/34.
- Ferrada, J. & Morales, E. (2008). *Obesidad y autoestima: Estudio Comparativo en Escolares de NB2, NB3 y NB4 de Colegios de Nivel Socioeconómico Medio de la Comuna de Maipú*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Extraído el 28 de Diciembre de 2014 desde: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/2327/1/tpsico277.pdf>
- Freud, S. (1940). *An Outline of Psycho-Analysis*. Standard Edition, vol. 23. Londres: Hogarth Press.
- Fundación Chile, Elige Vivir Sano, Fundación de la Familia, Collect GFK (2013). *Chile Saludable. Oportunidades y Desafíos de Innovación*. Volumen 2. Santiago, Chile. Extraído el 15 de Diciembre de 2014 desde: <http://www.fundacionchile.com/archivos/ESTUDIO-CHILE-SALUDABLE-VOLUMEN-II.pdf>
- Galán, A. (2010). *El apego. Más allá de un concepto inspirador*. Extraído el 28 de mayo de 2014 desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000400003&script=sci_arttext
- García, E. (2004). *Conductas desadaptativas de los adolescentes en Navarra: el papel de la familia y la escuela*. Tesis doctoral. Universidad Pública de Navarra.

Gobierno de Chile (2011). *Encuesta nacional de salud ENS 2009-2010*. Santiago, Chile. Extraído el 3 de Enero de 2015 desde:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Graña, J. L. (1994). *Conductas Adictivas, Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid.

Guendelman, S. (2008). *Neurobiología interpersonal. La depresión post-parto y el vínculo de apego temprano*. Extraído el 05 de enero de 2014 desde:

http://revistagpu.cl/2008/GPU_dic_2008_PDF/NEUROBIOLOGIA%20INTERPERSONAL%20LA%20DE%20PRESION%20POST%20PARTO%20Y%20EL%20VINCULO%20DE%20APEGO%20TEMPRANO.pdf

Guzmán, R., Del Castillo, A. & García, M. (2010). *Obesidad, un enfoque multidisciplinario. Capítulo 13: Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad*. Extraído el 22 de Diciembre de 2014 desde:

http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf

Harlow, H. (1958). *The Nature of Love*. Publicado en American Journal of Psychology 13

Hersh, R., Reimer, J. & Paolitto, D. (2002). *El crecimiento moral: de Piaget a Kohlberg*. Narcea Ediciones. Madrid, España.

Lorenz, K. (1965). *El comportamiento humano y animal*. Journal für Ornithologie 83 (2-3) pag. 137 – 215.

Madrid, J. (2008). *El adolescente normal. Cambios psicosociales en los adolescentes y sus padres*. VI curso para padres y adolescentes, Alicante.

Manso-Pinto (2010). *Análisis psicométrico de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de estudiantes universitarios*. Depto. Trabajo Social. Fac. Cs. Sociales.

Universidad de Concepción. Extraído el 28 de mayo de 2014 desde:

<http://www.trabajosocialudec.cl/rets/wp-content/uploads/2010/12/Analisis-Psicometrico-de-la-Escala-de-Autoestima-de-Rosenberg.pdf>

- Ministerio de Salud (2011). *Metas 2011-2020. Elige vivir sano. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (2014). *Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes: "Control Joven Sano"*. Extraído el 26 de junio de 2014 desde: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014CONTROLSALUDADOLESCENTE.pdf>
- Montañez, J. (1996). *Aspectos psicosociales de los adolescentes*. Lección final del curso en el acto de entrega de diplomas a la II promoción de Maestros del Plan 92. Paraninfo Universitario del Campus Universitario de Albacete.
- Morán, J., Lecannelier, F. & Rodríguez, J. (2014). *Estudio de validación del Cuestionario de Apego en Adolescentes (AAQ) a la población Chilena en jóvenes de 11 a 19 años*.
- Moreno, M. (1997). *Diagnóstico de Obesidad y sus Métodos de Evaluación*. Boletín de la Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 26, N° 1.
- Oliva, A. (2011). *Apego en la adolescencia. Acción psicológica*. Julio 2011 vol. 8 n° 2. Extraído el 28 de mayo de 2014 desde: <http://personal.us.es/oliva/apego%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la "Salud para Todos en el año 2000"*. Serie de Informes técnicos, N° 731, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Centro de prensa "obesidad y sobrepeso"*. Nota descriptiva N°311. Extraído 26 de mayo de 2014, desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. Undécima edición. Mc Graw Hill. México.
- Parreño, D. (2011). *Guía educativa para el manejo dietético nutricional de sobrepeso y obesidad infantil. Manejo Nutricional*. Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 26 de junio

de 2014 desde: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/292/1/T-SENESCYT-0062.pdf>

Posada, A., Gómez, J. & Ramírez, H. (2005). *El niño sano*. (3ª. Ed.). Editorial Medica Internacional. Bogotá, Colombia.

Remesal, R. (2002). *Tesis doctoral: Aspectos psicológicos de la obesidad infantil*. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Universidad de Sevilla. p.47- 57.

Extraído el 26 de junio de 2014 desde:

http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/608/Y_TD_PS-229.pdf

Rodriguez, C. & Caño, A. (2012). *Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención*. Extraído el 30 de mayo de 2014 desde:

<http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>

Rojas-Barahona, C., Zegers, B. & Forster, C. (2009). *La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Rev. méd. Chile; 137: 791-800. vol.137 no.6, Santiago.

Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Traducción al Español. Buenos Aires: Paidós

Salvo, L., Melipillán, L. & Castro, A. (2009). *Confiabilidad, validez y punto de corte para escala de screening de suicidalidad en adolescentes*. Rev. Chilena de neuro-psiquitria 2009; 47 (1): 16-23

Silva, J. R. (2005). *Asimetrías funcionales frontales en el trastorno depresivo mayor*. Extraído el 27 de junio de 2014 desde:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272005000400005&script=sci_arttext

Silva, J.R. (2009). *Un modelo psicobiológico de la sobrealimentación inducida por estrés*. Extraído el 26 de junio de 2014 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26412983003.pdf>

Silvestri, E. & Stavile A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Universidad Favaloro,

p.6, p.7, p.30. Extraído el 26 de junio del 2014 desde:

<http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/ob05-02.pdf>

Steiner, D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. Tecana American University education. Extraído el 26 de junio del 2014 desde:http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Daniela_Steiner.pdf

Tognarelli, A. (2012). *Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres*. Universidad Santo Tomás. Santiago, Chile.

Tusié, M. (2008). *El origen multifactorial de la obesidad*. Instituto de Investigaciones Biomédicas, Universidad Nacional Autónoma de México. Extraído el 26 de junio del 2014 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revedubio/reb-2008/reb081a.pdf>

West, M., Rose, M., Spreng, S., Sheldon–Keller, A. & Adam, K. (1998). *Adolescent Attachment Questionnaire: a brief assessment of attachment in adolescence*. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 661–673.

Anexo 2. Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ)

Por favor, contesta las 9 preguntas que se muestran a continuación.

- 1) Estas preguntas tienen que ver con lo que sientes sobre tu relación con la persona que más te crió desde que naciste
- 2) En cada frase del cuestionario aparecerá un espacio en blanco que corresponde a la persona que tú reconoces como aquella que más te crió. **Deberás responder todas las preguntas pensando siempre en esa misma persona**
- 3) Por favor, encierra en un círculo uno de los números del 1 al 5 que aparecen al lado de cada frase. Es importante que entiendas que mientras más cerca del 1 es porque NO estás de acuerdo con lo que dice la frase, y si el número es más cercano a 5, significa que SI estás de acuerdo con lo que dice la frase
- 4) No tienes que poner tu nombre en el cuestionario, y nadie va a saber que fuiste tú el/la que lo contestó

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me hace sentir bien ser capaz de ayudar a _____	1	2	3	4	5
2. A veces me siento enojado/a con: _____ sin saber por qué.	1	2	3	4	5
3. Estoy seguro/a que: _____ me escuchará.	1	2	3	4	5
4. Me molesto con	1	2	3	4	5

_____ porque pareciera que tengo que exigirle que me cuide y apoye.					
5. Estoy seguro/a que _____ tratará de entender cómo me siento.	1	2	3	4	5
6. Puedo ponerme en el lugar de _____ y entenderlo/a cuando se enoja.	1	2	3	4	5
7. Disfruto ayudando a _____ cada vez que puedo	1	2	3	4	5
8. Hablo las cosas con: _____	1	2	3	4	5
9. Pareciera que _____ sólo me presta atención cuando estoy enojado/a	1	2	3	4	5

¿Quién es la persona que elegiste para completar los espacios en blanco?

Mamá _____

Papá _____

Abuela/o _____

Otra Persona _____ ¿Quién? _____

Anexo 3. Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.				
	Muy de Acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2.- Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3.- En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5.- Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mi				
6.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7.- en general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8.- Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9.- A veces me siento verdaderamente inútil.				
10.- A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

Anexo 4. Pauta de corrección Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.				
	Muy de Acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	4	3	2	1
2.- Creo que tengo un buen número de cualidades.	4	3	2	1
3.- En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	1	2	3	4
4.- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	4	3	2	1
5.- Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí	1	2	3	4
6.- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	4	3	2	1
7.- en general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	4	3	2	1
8.- Desearía valorarme más a mí mismo/a.	1	2	3	4
9.- A veces me siento verdaderamente inútil.	1	2	3	4
10.- A veces pienso que no soy bueno/a para nada.	1	2	3	4
<p>De 30 a 40 puntos. Autoestima Elevada. Considerada como autoestima normal.</p> <p>De 29 a 26 puntos. Autoestima Media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.</p> <p>Menos de 25 puntos. Autoestima Baja. Existen problemas significativos de autoestima.</p>				

Anexo 5. Carta Tipo para establecimiento educacional

Valparaíso, xx de xx de 2014.

Sr.

Director

Colegio

Presente

Estimado Director:

Junto con saludar atentamente a Ud., solicito su autorización para el desarrollo del Seminario de Título del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso: "*Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes*", en el establecimiento que dirige. Este estudio tiene por objetivo identificar la influencia que tienen las representaciones de apego en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.

Para el desarrollo de este estudio se necesita evaluar adolescentes (hombres y mujeres) de entre 11 y 19 años de edad pertenecientes al Colegio..... El proceso consiste en: Firma de consentimiento informado (para tutor y alumno), aplicación de encuesta de caracterización sociodemográfica, Inventario de Apego Adolescente (AAQ; Adolescent Attachmet Questionnaire), Escala de autoestima de Rosenberg, Cálculo del IMC (Índice de masa corporal), lo que requiere medir peso y estatura. Para la realización de este proceso se requeriría a todos los alumnos pertenecientes a los cursos de 8vo a 4to medio y se estima necesario ocupar 1 o 2 clases de Consejo de Curso y/u Orientación por cada curso involucrado.

La investigación está a cargo de la Psicóloga Paula Solervicens Silva, RUT: 13.021.236-0 y de las alumnas seminaristas:

- Paulina Chinchón París, RUT 17.994.209-7
- Paula Crawford Venegas, RUT 17.950.134-1
- Lissette Hernández Rojo RUT 17.439.117-3
- Constanza Jaque Fernández, RUT 17.599.400-9

En espera de una acogida positiva, se despide atentamente

Gonzalo Lira Mendiguren
Director Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Anexo 6. Carta Tipo para CESFAM

Valparaíso, xx de xx de 2014.

Sr.

Director

CESFAM

Presente

Estimado Director:

Junto con saludar atentamente a Ud., solicito su autorización para el desarrollo del Seminario de Título del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso: "*Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes*", en el establecimiento que dirige. Este estudio tiene por objetivo identificar la influencia que tienen las representaciones de apego en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.

Para el desarrollo de este estudio se necesita evaluar adolescentes (hombres y mujeres) de entre 11 y 19 años de edad pertenecientes al CESFAM El proceso consiste en: Firma de consentimiento informado (para tutor y alumno), aplicación de encuesta de caracterización sociodemográfica, Inventario de Apego Adolescente (AAQ; Adolescent Attachmet Questionnaire), Escala de autoestima de Rosenberg, Cálculo del IMC (Índice de masa corporal), lo que requiere medir peso y estatura. Para la realización de este proceso se requeriría que los adolescentes que se encuentren en los registros de la ficha CLAP asistan a una única sesión de aproximadamente 30 minutos junto a su apoderado para la realización de las pruebas anteriormente mencionadas.

La investigación está a cargo de la Psicóloga Paula Solervicens Silva, RUT: 13.021.236-0 y de las alumnas seminaristas:

- Paulina Chinchón París, RUT 17.994.209-7
- Paula Crawford Venegas, RUT 17.950.134-1
- Lissette Hernández Rojo RUT 17.439.117-3
- Constanza Jaque Fernández, RUT 17.599.400-9

En espera de una acogida positiva, se despide atentamente

Gonzalo Lira Mendiguren
Director Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso

Anexo 7. Consentimiento para tutor en establecimientos educacionales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTOR

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, cuyo investigador principal es Ps. Paula Solervicens Silva. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en establecimientos educacionales de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014.
2. Este estudio es importante para los adolescentes, ya que la obesidad infanto-juvenil ha aumentado en los últimos años, y tiene consecuencias negativas para la salud. Poder investigar los elementos que mantienen y desarrollan la obesidad será un aporte para realizar prevención y tratamiento a futuro.
3. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
4. La participación de su hijo(a) o adolescente a cargo es voluntaria, no recibirá pago alguno si acepta participar, y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima. Todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
5. El participante puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno.
6. En este procedimiento su hijo (a) o adolescente a cargo no correrá riesgos ni tendrá costos para el participante.
7. El participante recibirá un folleto informativo sobre los estilos de vida saludable y los factores de riesgo y de protección de la obesidad, además de las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirse si tienen algún problema en el ámbito nutricional.
8. Si tiene dudas puede contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl.

9. El nombre del participante no será revelado, y en su lugar se utilizará un código numérico que conserve su privacidad.
10. Los datos registrados serán confidenciales y de acceso exclusivo para los investigadores y serán resguardados en archivos ubicados en la oficina del investigador principal, avenida Brasil #2140, Valparaíso.
11. Los resultados de la investigación pueden ser utilizados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y reservando la identidad del participante.
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre, apellido y firma investigador principal Paula Solervicens Silva

Rut 13.021.236-0

Teléfono y mail de contacto: 2508600 - paula.solervicens@uv.cl

Valparaíso,.....de.....de 2014

Anexo 8. Ficha para tutor en establecimientos educacionales

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TUTOR

Yo,, RUT,
tutor de, RUT

DECLARO que la investigadora principal Ps. Paula Solervicens S., de la carrera de Psicología, ubicada en Av. Brasil #2140, Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, que se llevará a cabo en los establecimientos educacionales de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014, y cuáles son los procedimientos a los que será sometido/a mi hijo/a o adolescente a cargo, y en qué consistirá su participación

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
2. La participación de mi hijo(a) o adolescente a cargo es voluntaria y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima. Todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
3. En este procedimiento mi hijo (a) o adolescente a cargo no correrá riesgos ni tendrá costos para el participante.
4. Los datos registrados serán confidenciales, es decir, el nombre de mi pupilo no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y resguardando la identidad del participante. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.

6. El pupilo no recibirá pago alguno si acepta participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
7. Si la evaluación a la que será sometido mi pupilo, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podrá ser atendido en las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirse si tienen algún problema en el ámbito nutricional.
8. El participante puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno.
9. Si tiene dudas puedo contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando la participación de mi hijo/a (o la de mi pupilo/a) en esta investigación.

Firma del Participante

Nombre:

Rut:

N°:

Tomó Consentimiento

Firma

Nombre:

Rut:

Fecha:

Anexo 9. Consentimiento para alumno en establecimientos educacionales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ALUMNO

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio titulado “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, cuyo investigador principal es Ps. Paula Solervicens Silva. Para que puedas tomar una decisión informada, te explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría tu colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en establecimientos educacionales de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014.
2. Este estudio es importante para los adolescentes, ya que la obesidad infanto-juvenil ha aumentado en los últimos años, y tiene consecuencias negativas para la salud. Poder investigar los elementos que mantienen y desarrollan la obesidad será un aporte para realizar prevención y tratamiento a futuro.
3. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
4. Tu participación es voluntaria, no recibirás pago alguno si aceptas participar, y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima y todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
5. Puedes decidir retirarte del estudio en cualquier momento que lo desees, sin perjuicio alguno.
6. En este procedimiento no correrás riesgos ni tendrá costos para ti.
7. Recibirás un folleto informativo sobre los estilos de vida saludable y los factores de riesgo y de protección de la obesidad, además de las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirte si tienes algún problema en el ámbito nutricional.
8. Si tienes dudas puedes contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl.
9. El nombre de los participantes no será revelado, y en su lugar se utilizará un código numérico que conserve su privacidad.

10. Los datos registrados serán confidenciales y de acceso exclusivo para los investigadores y serán resguardados en archivos ubicados en la oficina del investigador principal, avenida Brasil #2140, Valparaíso.
11. Los resultados de la investigación pueden ser utilizados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y reservando la identidad de los participantes.
12. En caso de aceptar participar, recibirás un ejemplar de este documento.

Nombre, apellido y firma investigador principal Paula Solervicens Silva

Rut 13.021.236-0

Teléfono y mail de contacto: 2508600 - paula.solervicens@uv.cl

Valparaíso,.....de.....de 2014

Anexo 10. Ficha para alumno en establecimientos educacionales

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTOR

Yo,, RUT,
DECLARO que la investigadora principal Ps. Paula Solervicens S., de la carrera de Psicología, ubicada en Av. Brasil #2140, Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, que se llevará a cabo en los establecimientos educacionales de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014, y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
2. Mi participación es voluntaria y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima. Todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
3. En este procedimiento no correré riesgos ni tendrá costos para mí.
4. Los datos registrados serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré pago alguno si acepto participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.

7. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podré ser atendido en las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirse si tienen algún problema en el ámbito nutricional.
8. Puedo decidir retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno.
9. Si tengo dudas puedo contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Firma del Participante

Nombre:

Rut:

Tomó Consentimiento

Firma

Nombre:

Rut:

Fecha:

Anexo 11. Consentimiento para tutor en CESFAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTOR

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, cuyo investigador principal es Ps. Paula Solervicens Silva. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en centros de salud familiar de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014.
2. Este estudio es importante para los adolescentes, ya que la obesidad infanto-juvenil ha aumentado en los últimos años, y tiene consecuencias negativas para la salud. Poder investigar los elementos que mantienen y desarrollan la obesidad será un aporte para realizar prevención y tratamiento a futuro.
3. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
4. La participación de su hijo(a) o adolescente a cargo es voluntaria, no recibirá pago alguno si acepta participar, y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima. Todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
5. El participante puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno.
6. En este procedimiento su hijo (a) o adolescente a cargo no correrá riesgos ni tendrá costos para el participante.
7. El participante recibirá un folleto informativo sobre los estilos de vida saludable y los factores de riesgo y de protección de la obesidad, además de las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirse si tienen algún problema en el ámbito nutricional.
8. Si tiene dudas puede contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl.

9. El nombre del participante no será revelado, y en su lugar se utilizará un código numérico que conserve su privacidad.
10. Los datos registrados serán confidenciales y de acceso exclusivo para los investigadores y serán resguardados en archivos ubicados en la oficina del investigador principal, avenida Brasil #2140, Valparaíso.
11. Los resultados de la investigación pueden ser utilizados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y reservando la identidad del participante.
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Nombre, apellido y firma investigador principal Paula Solervicens Silva

Rut 13.021.236-0

Teléfono y mail de contacto: 2508600 - paula.solervicens@uv.cl

Valparaíso,de.....de 2014

Anexo 12. Ficha para tutor en CESFAM

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTOR

Yo,, RUT,
tutor de, RUT

DECLARO que la investigadora principal Ps. Paula Solervicens S., de la carrera de Psicología, ubicada en Av. Brasil #2140, Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, que se llevará a cabo en centros de salud familiar de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014, y cuáles son los procedimientos a los que será sometido/a mi hijo/a o adolescente a cargo), y en qué consistirá su participación

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
2. La participación de mi hijo(a) o adolescente a cargo es voluntaria y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima. Todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
3. En este procedimiento mi hijo (a) o adolescente a cargo no correrá riesgos ni tendrá costos para el participante.
4. Los datos registrados serán confidenciales, es decir, el nombre de mi pupilo no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y resguardando la identidad del participante. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.

6. El pupilo no recibirá pago alguno si acepta participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.
7. Si la evaluación a la que será sometido mi pupilo, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podrá ser atendido en las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirse si tienen algún problema en el ámbito nutricional.
8. El participante puede decidir retirarse de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno.
9. Si tiene dudas puedo contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando la participación de mi hijo/a (o la de mi pupilo/a) en esta investigación.

Firma del Participante

Nombre:

Rut:

Tomó Consentimiento

Firma

Nombre:

Rut:

Fecha:

Anexo 13. Consentimiento para adolescente en CESFAM

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTE

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio titulado “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, cuyo investigador principal es Ps. Paula Solervicens Silva. Para que puedas tomar una decisión informada, te explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría tu colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en centros de salud familiar de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014.
2. Este estudio es importante para los adolescentes, ya que la obesidad infanto-juvenil ha aumentado en los últimos años, y tiene consecuencias negativas para la salud. Poder investigar los elementos que mantienen y desarrollan la obesidad será un aporte para realizar prevención y tratamiento a futuro.
3. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
4. Tu participación es voluntaria, no recibirás pago alguno si aceptas participar, y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima y todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
5. Puedes decidir retirarte del estudio en cualquier momento que lo desees, sin perjuicio alguno.
6. En este procedimiento no correrás riesgos ni tendrá costos para ti.
7. Recibirás un folleto informativo sobre los estilos de vida saludable y los factores de riesgo y de protección de la obesidad, además de las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirte si tienes algún problema en el ámbito nutricional.
8. Si tienes dudas puedes contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl.
9. El nombre de los participantes no será revelado, y en su lugar se utilizará un código numérico que conserve su privacidad.

10. Los datos registrados serán confidenciales y de acceso exclusivo para los investigadores y serán resguardados en archivos ubicados en la oficina del investigador principal, avenida Brasil #2140, Valparaíso.
11. Los resultados de la investigación pueden ser utilizados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y reservando la identidad de los participantes.
12. En caso de aceptar participar, recibirás un ejemplar de este documento.

Nombre, apellido y firma investigador principal Paula Solervicens Silva

Rut 13.021.236-0

Teléfono y mail de contacto: 2508600 - paula.solervicens@uv.cl

Valparaíso,de.....de 2014

Anexo 14. Ficha para adolescente de CESFAM

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ADOLESCENTE

Yo,, RUT,
DECLARO que la investigadora principal Ps. Paula Solervicens S., de la carrera de Psicología, ubicada en Av. Brasil #2140, Valparaíso, me ha informado en forma completa en qué consiste la investigación “Influencia del apego en el desarrollo de obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes”, que se llevará a cabo en los centros de salud familiar de la provincia de Marga Marga y Valparaíso durante el año 2014, y cuáles son los procedimientos a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación

De acuerdo a lo explicado en el Consentimiento Informado, del que recibí una copia, entiendo que:

1. El objetivo de esta investigación es identificar la influencia que tienen las relaciones en la primera infancia en el desarrollo de la obesidad y en los niveles de autoestima en adolescentes.
2. Mi participación es voluntaria y se aplicarán tres cuestionarios, además de medir peso y altura. Los datos se registrarán de forma anónima. Todo el proceso tarda 30 minutos aproximadamente.
3. En este procedimiento no correré riesgos ni tendrá costos para mí.
4. Los datos registrados serán confidenciales, es decir, mi nombre no será dado a conocer, en su lugar, se utilizará un código numérico y sólo podrán ser usados en alguna otra investigación cuyo objetivo no se aleje de los propósitos de este estudio.
5. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones de tipo científica y/o académicas, o usados en otras investigaciones, manteniendo el objetivo propuesto y resguardando mi identidad. Además, entiendo que tendré acceso a los resultados, si yo lo requiriera.
6. No recibiré pago alguno si acepto participar en este estudio y tampoco tendré que asumir gasto alguno.

7. Si la evaluación a la que seré sometido, o cualquier otro hallazgo producto de esta investigación, o si el investigador principal así lo estimara, podré ser atendido en las redes de salud públicas como CESFAM u otro para poder dirigirse si tienen algún problema en el ámbito nutricional.
8. Puedo decidir retirarme de este estudio en cualquier momento que lo desee sin perjuicio alguno.
9. Si tengo dudas puedo contactar a la investigadora principal: Paula Solervicens, Psicóloga, en el fono 2508600 o al correo electrónico paula.solervicens@uv.cl

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación en esta investigación.

Firma del Participante

Nombre:

Rut:

Tomó Consentimiento

Firma

Nombre:

Rut:

Fecha:

Anexo 15. Propuesta de corrección del cuestionario AAQ

CUESTIONARIO DE APEGO EN ADOLESCENTE (AAQ)

Por favor, contesta las 9 preguntas que se muestran a continuación.

1) En cada frase del cuestionario aparecerá un espacio en blanco que corresponde a la persona que tú reconoces como aquella que más te crió. **Deberás responder todas las preguntas pensando siempre en esa misma persona**

2) Por favor, encierra en un círculo uno de los números del 1 al 5 que aparecen al lado de cada frase. Es importante que entiendas que mientras más cerca del 1 es porque NO estás de acuerdo con lo que dice la frase, y si el número es más cercano a 5, significa que SI estás de acuerdo con lo que dice la frase

¿Quién es la persona que más te crió desde que naciste?

Mamá _____

Papá _____

Abuela _____

Otra Persona _____ ¿Quién? _____

Contesta las siguientes preguntas pensando **SIEMPRE** en la persona que elegiste. Rellena cada espacio con la persona que pusiste en el cuadro anterior.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me hace sentir bien ser capaz de ayudar a _____	1	2	3	4	5
2. A veces me siento enojado/a con: _____ sin saber por qué.	1	2	3	4	5
3. Estoy seguro/a que: _____ me escuchará.	1	2	3	4	5
4. Me molesto con _____ porque	1	2	3	4	5

pareciera que tengo que exigirle que me cuide y apoye.					
5. Estoy seguro/a que _____ tratará de entender cómo me siento.	1	2	3	4	5
6. Puedo ponerme en el lugar de _____ y entenderlo/a cuando se enoja.	1	2	3	4	5
7. Disfruto ayudando a _____ cada vez que puedo	1	2	3	4	5
8. Hablo las cosas con: _____	1	2	3	4	5
9. Pareciera que _____ sólo me presta atención cuando estoy enojado/a	1	2	3	4	5