



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES DE RIESGO PARA LOS TRASTORNOS DE LA
ALIMENTACION: RELACION ENTRE OBESIDAD Y LAS
VARIABLES AUTOATRIBUCION, CONDUCTAS
ALIMENTARIAS E IMAGEN CORPORAL

TESIS

Que Para Obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta

EDUARDO GAMA ABUSALE

DIRECTORA: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

México, D.F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

271531



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A ti madre, porque has sido una muestra de amor y de apoyo incondicional cada día de tu vida. Porque el ver tu espíritu de lucha y tu entrega a todo lo que haces me ha permitido disfrutar y valorar mis propios esfuerzos.

Y a aquellas personas que día con día sufren a causa de algún trastorno alimentario, por alguna adicción o por su condición de "obesas". Que dichos desafíos no sean un obstáculo para que lleven vidas plenas y adornadas de alegría.

Agradecimientos

Como saben muy bien todos los que me conocen, nunca me han faltado las palabras, pero me siento realmente abrumado al tratar de poner por escrito lo que siento hacia tantos miembros de la familia, amigos y colaboradores que, al entrar en mi vida, han tocado mi alma. No resulta sencillo asignarles una jerarquía, puesto que cada uno me ha aportado algo invaluable que ha enriquecido mi vida. Esta tesis no habría podido realizarse sin su apoyo sincero e incondicional, el cual siempre ha estado matizado de una actitud alegre y entusiasta.

"Gracias a cada uno de ustedes"

*A Gilda Gómez Pérez-Mitre, sin cuya asesoría y participación activa por demás motivante este proyecto no hubiera sido posible. Gracias Gilda porque el haber contribuido a esta línea de investigación me ha llenado de satisfacción y de orgullo

*A Patricia Abuasale, porque de ti aprendí que no hay adversidad que pueda resistirse al entusiasmo, a la dedicación y al amor a la vida. Te estoy plenamente agradecido por tus incansables muestras de amor

"¡Gracias mil mamá!" Te llevo en el corazón.

*A Ricardo Gama, porque no obstante a estar lejos, siempre has estado cerca brindándome tu amistad y mostrándome, con el ejemplo, que uno puede ser mejor cada día cuando se lo propone y cuando se compromete con su propio talento.

"Gracias Rick" Continúa escalando peldaños

*A Jorge Colorado, porque al conocerte al fin aprendí el significado y el valor de la verdadera amistad

"Gracias por tu apoyo y por ser más que un hermano para mí"

*A Catalina Beltrán, porque contigo he compartido momentos mágicos y he descubierto cuan inmensa es la capacidad de los seres humanos para amar, y porque, además, al convivir contigo he aprendido a llevar una vida alegre y entusiasta, suceda lo que suceda

"Te amo y te estoy plenamente agradecido Chiquita".

*A Leonardo Gama, porque sentaste las bases para que yo me constituyera en un hombre íntegro y de bien; te aprendí muchas cosas papá- y valoro plenamente las oportunidades y el ejemplo que siempre me diste.

"Gracias por tu apoyo y por abrirme un mundo de posibilidades".

*A Ana Elena Abuasale por tu tezón y coraje para navegar en tiempos difíciles, has estado siempre muy cerca de mí y me has ayudado a crecer como ser humano, no por lo que me has enseñado, sino por lo mucho que de ti he aprendido.

"Agradezco infinitamente tu apoyo y tu amor"

*A Charlotte Name quien me ha demostrado día con día a lo largo de mi vida cuan grande puede ser el amor de una abuela.

"Gracias por tu amor incondicional"

*A Guadalupe Zuria por su amistad y por tantos momentos de alegría y buen humor Gracias porque eso es contagioso.

"Te valoro mucho y te deseo dicha sin límites".

*A Raul y Josefina Ferreiro, porque en todo momento se han constituido como mis amigos y han respetado mis decisiones y mis errores a pesar del dolor que en su momento hayan podido ocasionar.

"Gracias por llevar presente algo de mi historia".

*A Carla Ferreiro, porque me mostró con el ejemplo que la distancia no apaga el cariño ni los momentos vividos

"Gracias pna por abrir una puerta que permanecía cerrada".

*A Magdalena Gama, por sus muestras de cariño y por las atenciones que siempre ha tenido para conmigo.

"Te deseo lo mejor, hoy y siempre".

*A Alfredo Muñoz García, quien al abnrme las puertas para realizar mi servicio social abrió también las puertas para una valiosa amistad.

*A mis compañeros en la Universidad con los que laboré e intercambié experiencias que configuran una época de mi vida que jamás olvidaré

"Me llevo algo de cada uno de ustedes".

*A mis maestros, muchos de los cuales escribieron en mí y compartieron experiencias y conocimientos que han trascendido en mi vida

"Mis mejores deseos y mi agradecimiento por aportarme referencias y distinciones que me han invitado a crecer".

*Y a todos los que hasta hoy se han cruzado en mi camino y que continuarán enriqueciendo mi vida. Gracias porque, acaso no es de lo que se trata esta experiencia terrenal?, acaso no lo más importante es recorrer el camino y disfrutarlo con la mayor plenitud?, acaso no lo más importante es tocar la vida de quienes nos rodean y permitir que ellos toquen la nuestra?

TESIS

Resumen

Introducción

Capítulo 1	Definición de obesidad y clasificación.....	1
Capítulo 2	Antecedentes de la obesidad y de las conductas alimentarias.....	7
2.1	Estudios acerca de la obesidad y prevalencia.....	10
Capítulo 3	La obesidad y sus implicaciones	19
3.1	Implicaciones Fisiológicas	19
3.2	Implicaciones Psicológicas	21
3.3	Implicaciones Sociales.....	28
Capítulo 4	Teorías acerca de la obesidad	33
4.1	Teorías biológicas	34
4.2	Teorías psicológicas.....	35
4.3	Teorías socioculturales.....	42
Capítulo 5.	Conductas alimentarias de riesgo.....	46
Capítulo 6	Autoatnbución.....	53
Capítulo 7.	Imagen corporal	63
Capítulo 8	Adolescencia	70
8.1	Definición, contexto histórico y aspectos generales.....	70
8.2	Aspectos físicos y fisiológicos característicos de la adolescencia	74

§ 3 Aspectos psicológicos característicos de la adolescencia.	78
§ 4 Adolescencia y contexto social.	83
§ 5 Implicaciones psico-sociales del sobrepeso en la adolescencia	85
Capítulo 9 Consideraciones generales para un tratamiento efectivo del individuo con . . 87 obesidad y/o trastornos de la alimentación	
Capítulo 10. Proyecto de investigación y metodología	105
Capítulo 11 Resultados.	116
Capítulo 12 Conclusiones y sugerencias	127
Referencias	133
Anexo Cuestionario	144

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito central identificar la posible relación entre peso corporal (primordialmente la obesidad) y las variables autoatribución, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal. Para esto, se utilizó una muestra de n=130 estudiantes de sexo femenino en edades de 15 a 22 años, dividida en dos grupos: uno con 50 personas, que presentaron peso normal (grupo control), y otro con 80 personas (50 de las cuales presentaron sobrepeso y 30 que presentaron obesidad) (grupo experimental). A fin de conocer si las variables mencionadas tienen relación con el peso corporal, se aplicó un cuestionario de Alimentación y Salud que explora dichas variables. Entre los resultados más importantes se encontró que la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo sí están en relación con el peso corporal, mientras que la autoatribución no. Los resultados de la presente investigación dejan el camino abierto para estudios subsecuentes al respecto.

Desde hace varias décadas, y muy marcadamente en la década de los 90's, se ha puesto un notable interés en la salud del hombre y, por consiguiente en los trastornos alimentarios. Esto derivado obviamente de ideales culturales en relación al estado físico y a lo que una buena apariencia significa. Aunque existen varios trastornos del comer, como la anorexia, la bulimia y la conducta alimentaria compulsiva que pueden presentar problemáticas similares, este estudio se centra de manera particular en la obesidad, y en su posible relación con la autoatribución, con las conductas alimentarias de riesgo y con la imagen corporal de individuos en edades de 15 a 22 años que la presentan.

Es importante mencionar que los trastornos alimentarios no suelen iniciarse en la adultez, sino en la adolescencia ya que esta etapa de la vida se caracteriza por una búsqueda de aprobación marcada y de identidad, lo cual trae consigo mucha ansiedad y conflicto interno. Para el adolescente, probablemente más que en cualquier otra etapa de la vida, la apariencia es fundamental, por lo que el tener una insatisfacción corporal o el autocalificarse con una serie de atributos negativos, por ejemplo, puede generar graves conflictos en su persona, conflictos que pueden resultar factores desencadenantes de trastornos alimentarios.

Aunado a esto, debido a los grandes cambios que tienen lugar en la pubertad y la adolescencia, es frecuente encontrar niños que, a diferencia de en los años anteriores, presenten sobrepeso u obesidad. Esta etapa es conocida como la edad del seguimiento de un gran número de dietas de moda, y es claro que hoy en día, quizá más que nunca, los niños y adolescentes están sujetos a la influencia de una cultura en donde impera un ideal físico -de delgadez- difícilmente alcanzable (Craig, 1989).

Ante su sobrepeso u obesidad, el adolescente se ve expuesto con regularidad a críticas y a tratos despectivos, lo que afecta su autoconcepto y la imagen que de sí mismo tiene, convirtiéndose así en un círculo vicioso que afecta cada vez en mayor medida su estado físico. Generalmente, ante estas circunstancias, el adolescente se siente menos y su vida social se vuelve muy limitada. Mientras tanto, anhela una figura esbelta y las características de su cultura, que, como ya se mencionó, está obsesionada con el aspecto físico y con lucir mejor. Esta insatisfacción consigo mismo se extiende, comúnmente, a las demás áreas de su vida y afecta, no sólo el aspecto social, sino también el aspecto psicológico y emocional.

Todo esto suele impulsar al adolescente a incurrir en conductas de riesgo relacionadas con la alimentación, entre las que sobresale notablemente la práctica de dietas. Entre las conductas alimentarias de riesgo se encuentran el consumo de comidas exageradamente copiosas (conducta alimentaria compulsiva), el saltarse alguna(s) comida del día (acción normalmente relacionada con la pretensión o el régimen de dieta hipocalórica), comer como respuesta a estados emocionales estresantes o angustiantes y comer con excesiva rapidez. Además, el realizar ejercicio físico excesivo puede ser indicativo de una imagen corporal insatisfactoria o de un temor a poseer kilos de más (preocupación por el peso y por la comida), por lo que en ocasiones se constituye como una conducta de franco riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

La razón por la que cerca de un 80% de las personas con trastornos de la alimentación esté comprendido entre las edades de 13 y 22 años es que ésta es una época de grandes cambios, sobretodo en los adolescentes que están viviendo cambios físicos, sociales y emocionales muy fuertes. El acercarse o el apartarse de la comida suele ser la expresión

final y la vía para manifestar sus sentimientos asociados a estos cambios (Sundermeyer, 1993). Es por ello que la presente investigación, que busca identificar la relación entre las variables citadas, se centra en dicho rango de edad -15 a 22 años-.

En términos científicos, la obesidad se presenta cuando la ingestión calórica de una persona excede a la cantidad de energía que ésta gasta. A pesar de la gran cantidad de estudios que se han llevado a cabo, no está claro aún lo que específicamente ocasiona este desequilibrio entre el consumo y el gasto de calorías. Sin embargo, dichos estudios sugieren que la obesidad comunmente tiene más de una causa. Factores biológicos, psicológicos y socioculturales parecen desempeñar un papel importante en cuanto a la obesidad y a los trastornos de la alimentación se refiere.

Antes se consideraba a la obesidad como un problema fundamentalmente estético. Hoy, dicha concepción se ha modificado y de cara al año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como una enfermedad concreta y autónoma, estrechamente relacionada con otras enfermedades como la diabetes, los ataques cardíacos, la hipertensión, etc.

Contrario a lo que podría sugerir la hipótesis de que a mayor avance médico y tecnológico, mejores formas de tratamiento y por lo tanto menor obesidad, esta enfermedad ha prevalecido, y lo que es más, se ha incrementado alarmantemente en las últimas décadas. No es raro entonces que en los últimos años se hayan realizado más congresos sobre obesidad que en toda la historia de la medicina.

La obesidad es un desequilibrio que implica un exceso de grasa corporal y que generalmente afecta la salud de quienes la presentan. Esta enfermedad data desde el origen del hombre y se

ha incrementado como consecuencia de la modernización y del estilo de vida prevaeciente en nuestra cultura. Es, además, un problema de salud que afecta a un porcentaje considerable de la población y que, indudablemente, tiene consecuencias notables en la vida de los individuos que la sufren. Por tal motivo, se han llevado a cabo múltiples investigaciones y estudios con la finalidad de identificar los patrones cognitivos y conductuales de los individuos que presentan obesidad y de aquellos que no la presentan. Al conocer las diferencias en cuanto a estos patrones, se podrán llevar a cabo tratamientos más eficientes para esta condición que generalmente implica un enorme desvalimiento para la persona. Es por ello que estudios como éste están plenamente justificados. Después de todo, al conocer las causas de la obesidad y de los trastornos alimentarios, así como sus implicaciones y su problemática, se podrá reducir considerablemente esta problemática, lo cual sería por demás relevante. Tanto para clínicas como para hospitales y demás instituciones dedicadas al tratamiento de la obesidad y los trastornos alimentarios, como para quienes estén sometidos al tratamiento, implicaría menos gastos en virtud de que ya no se requeriría poner excesivo énfasis en un sin fin de productos para bajar de peso (en el caso del sobrepeso u obesidad), así como pasar por infinidad de programas y dietas costosas y, sobretudo, riesgosas para la salud, ni se requeriría poner un énfasis tan marcado en la comida que no es, en sí, el verdadero problema, sino sólo una manifestación, un síntoma del problema real y que es, precisamente, aquel que ha llevado a la persona a alimentarse de manera inconveniente.

En México los estudios con respecto a la obesidad y a los trastornos de la alimentación aún son muy limitados, especialmente en ciertas poblaciones y con determinadas variables. Considerando lo anterior, la presente investigación pretende identificar si existe relación entre el peso corporal y la autoatribución, las conductas alimentarias de riesgo y la imagen corporal en dos grupos de

mujeres adolescentes mexicanas: uno conformado por sujetos con normopeso y otro conformado con sujetos con sobrepeso u obesidad. Expresado de otra manera, se busca identificar si el peso corporal, y particularmente la obesidad, afecta a la percepción de los propios atributos, a las conductas alimentarias de riesgo y a la imagen corporal en mujeres estudiantes con edad de 15 a 22 años.

Se considerarán dichas variables debido a que está presente la hipótesis según la cual existe relación entre ellas y de que, asimismo, existen diferencias entre el grupo de mujeres con sobrepeso y obesidad (grupo experimental) y el grupo de mujeres con peso normal (grupo control).

A fin de determinar si existe relación entre las variables citadas, se trabajará con una muestra de tipo no probabilística constituida por $n=130$ adolescentes, que se tomará de escuelas preparatorias públicas y privadas del Distrito Federal y de las zonas conurbadas.

Se utilizará un cuestionario mixto de Alimentación y Salud que explorará las siguientes áreas: autoatribución, peso corporal, imagen corporal, y conductas alimentarias de riesgo.

Los diferentes estudios epidemiológicos realizados, principalmente en países anglosajones, señalan que aproximadamente del 30% al 50% de la población general es obesa, porcentaje que continúa incrementándose, especialmente en los países desarrollados.

En México no se cuenta todavía con estadísticas y datos derivados de investigaciones sistemáticas, epidemiológicas y longitudinales, que aporten información amplia y confiable sobre la problemática de la obesidad y de los trastornos alimentarios. Sin embargo, la información de la que se dispone

los señala como factores de riesgo para el desarrollo de otros trastornos con los que aparecen frecuentemente relacionados.

Particularmente en este estudio se abordan aspectos de la obesidad y las teorías que intentan explicarla, así como de su problemática en una etapa crítica del desarrollo: la adolescencia. Se habla de las características generales de dicha etapa y de las conductas alimentarias de riesgo que pueden presentarse en ella y desembocar en un trastorno de la alimentación. También se habla acerca de autoatribución y de imagen corporal, y de su relación con la obesidad y con las conductas alimentarias de riesgo. Es un estudio que busca, además, conocer cuáles son las diferencias básicas, si es que las hay, con respecto a la variable independiente de investigación en ambos grupos (peso corporal).

La presente investigación forma parte de una investigación mayor denominada: "Estimaciones Subjetivas/Mediciones Objetivas: la imagen corporal y sus desviaciones como factores de riesgo para los desórdenes del comer.

No. IN-304496", financiada por Papiit (Programa de Apoyo a proyectos de investigación e innovación tecnológica, 1996).

La importancia que la conducta alimentaria, la imagen corporal y la autoatribución pueden tener en el desarrollo de la obesidad, y la escasa información que se tiene al respecto con adolescentes mexicanos justifica estudios como éste, en el que se pretende explorar la relación entre las variables ya mencionadas en un grupo de adolescentes de sexo femenino.

Capítulo 1. Definición de obesidad y clasificación.

La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Este exceso de grasa o de tejido adiposo se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) > 27 en las mujeres, > 28 en los hombres y obesidad masiva > 31 en hombres y mujeres (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

En cuanto a si una persona presenta sobrepeso, ésto se encuentra determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) de 23-27, mientras que el peso normal está dado por un Índice de Masa Corporal de 19-22.9.

Cuando la evaluación del grado de obesidad no se hace a partir del peso corporal sino utilizando técnicas que permiten medir más o menos indirectamente el contenido de tejido adiposo, se considera que existe obesidad cuando este contenido excede el 20% del contenido normal en el hombre y el 30% del contenido normal en la mujer (Christan, 1964), debido a que en ésta la cantidad de grasa es superior al hombre.

En cuanto a su clasificación, existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa.

Stunkard (1984) clasificó la obesidad en tres categorías: 1) leve, que corresponde del 20% al 40% de sobrepeso; 2) moderada, que va del 41 al 100% de sobrepeso; y 3) severa,

cuando el sobrepeso excede el 100%. Según sus criterios el 35% de la población general puede considerarse obesa, indicando que un 25.5% de mujeres entrarían en la categoría de leve, un 9% en la categoría de moderada y el 0.5% en la de severa o grave, no existiendo datos comparables para la población masculina.

Frente a las dificultades inherentes a clasificar una entidad tan heterogénea como lo es la obesidad, Braguinsky (1976) utiliza los siguientes criterios de clasificación:

1. Anatómico
 - Androide
 - Ginoide

2. Histológico
 - Hipertrófica
 - Hiperplásica

3. Etiológico
 - Causa desconocida
 - Endócrina
 - Hipotalámica
 - Genética

4. Cronológico
 - Infanto-juvenil
 - Del adulto

5. Cuantitativo
 - Sobrepeso
 - Obesidad
 - Obesidad extrema o mórbida

Desde el punto de vista clínico-anatómico, algunos autores describen dos tipos distintos de obesidad según la

distribución corporal de la grasa: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana, y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior, o tipo pera. El primer tipo es más característico de los hombres -obesidad androide-, y el segundo es más característico de las mujeres -obesidad ginoide-. Algunas de las alteraciones metabólicas y hormonales (diabetes, hipertensión, etc.) que acompañan a la obesidad serían más frecuentes en la obesidad de tipo androide (Vague, 1980).

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes: la obesidad hipertrófica y la obesidad hiperplásica. La primera se caracteriza por el aumento de contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. La obesidad hiperplásica se caracteriza por un aumento del número de las células adiposas que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico. La obesidad hipertrófica es más común en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta, mientras que la obesidad hiperplásica es más frecuente en la obesidad que aparece en la infancia (Hirsch, 1976).

De acuerdo con Bruchon-Schweitzer (1992), etiológicamente, la obesidad se clasifica en:

1. Enfermedades endócrinas -secundaria a:
 - Hipotiroidismo
 - Hiperadrenocorticismo (Síndrome de Cushing)
 - Hipoqonadismo primario
 - Síndrome del ovario poliquístico

2. Lesiones hipotalámicas -secundaria a:
 - Tumores
 - Histiocitosis X
 - Traumáticas o quirúrgicas

-Inflamatorias

3. Síndromes genéticos -asociada a:

- Laurence Moon Bield
- Hiperostosis Fontalis Interna
- Alstrom
- Pruder Willi
- Pseudo hipoparatiroidismo

4. Posible origen genético:

- Síndrome de Down
- Obesidad familiar:
 - a) obesidad masiva
 - b) asociada a diabetes
 - c) asociada a hiperlipidemia

5. Obesidad de origen metabólico:

- a) Secundaria a ingesta excesiva:
 - espontánea
 - experimental
- b) Secundaria a un desequilibrio energético:
 - mayor aporte que gasto energético
 - alteraciones en la termogénesis

En función de la edad de comienzo de la obesidad (criterio cronológico) se distinguen dos formas: la llamada obesidad infantil, que se inicia en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta, que se inicia después de la adolescencia.

En lo referente al criterio cuantitativo cabe mencionar que se distinguen tres formas denominadas sobrepeso, obesidad y obesidad extrema o mórbida, y para determinarlas por lo general se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal).

Ahora bien, existen individuos obesos que ingieren muy poco alimento. Se supone que en estos individuos las necesidades energéticas están por debajo de las que tiene la mayoría de la población. Probablemente esta especial característica es algo que está genéticamente determinado (Mayer, 1953).

Diversas causas pueden originar obesidad. En los seres humanos no ha podido demostrarse la transmisión genética pero sí se conoce la incidencia familiar en la obesidad. El 95% de los obesos tienen antecedentes familiares de obesidad, pero es difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que origina la convivencia con un progenitor obeso (Withers, 1964).

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endócrina, como sucede en el hipotiroidismo y en el síndrome de Cushing. Asimismo, también puede estar asociada a lesiones hipotalámicas.

Sin embargo, la obesidad raramente se debe a causas endócrinas, hipotalámicas o genéticas. La mayor parte de los pacientes con obesidad presentan la llamada obesidad de origen metabólico, que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido bien por un exceso de ingesta alimentaria (oferta calórica), bien por un descenso en el gasto energético, bien por ambas situaciones a la vez. Así pues, la cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio que se establezca entre el aporte de sustratos y el gasto energético que se realice. Siempre que el aporte supere el gasto se producirá almacenamiento, y si no existen periodos en que el gasto sea superior al aporte, el almacenamiento de grasas se incrementará incesantemente. A favor de la teoría de la ingesta excesiva está el argumento de que en situaciones o épocas de hambre no existen obesos.

Es este tipo de obesidad -de origen metabólico- la que interesa considerar para los fines de este estudio, no así las antes mencionadas, que implican aspectos genéticos o endócrinos.

Capítulo 2. Antecedentes de la obesidad y de los trastornos alimentarios.

Los trastornos alimentarios han estado presentes desde el origen del ser humano. A diferencia de lo que sucede con los demás animales, en los que la facultad de raciocinio no está presente, el hombre, precisamente por gozar de dicha facultad que le permite alterar favorable o desfavorablemente el equilibrio biológico, incurre en trastornos de la alimentación. La capacidad de raciocinio -o de "irracionalidad", podría decirse en ocasiones- puede imponerse al instinto y a los mecanismos que de manera equilibrada regulan su organismo y, por su naturaleza hedonista, el ser humano llega a alterar dichos mecanismos.

Así, desde sus orígenes, el hombre se ve relacionado con trastornos alimentarios. Cuando la cacería era escasa, obviamente la ingesta, por necesidad, se veía reducida; a menudo ésto se compensaba con abundantes comidas cuando la caza era muy buena. No obstante a ello, los miembros de los grupos comúnmente compartían los alimentos y los racionaban. Además, el gasto calórico, como consecuencia de la intensa actividad, regulaba el peso corporal. Si bien en aquellos tiempos no se tenían los estandares de belleza que hoy en día imperan en nuestra cultura, sí se consideraban ya aspectos como, por ejemplo, el tamaño y la fuerza física. Los líderes eran quienes más fuerza tenían y regía la ley del más fuerte.

Cuando el ser humano empieza a relacionarse en grupo y a sostener convivencias y demás eventos sociales, comienza a asociar la comida con ellos. De esta manera se inicia una modificación conductual notable en lo que a la alimentación se refiere. El vino, los banquetes y toda clase de placeres alimenticios adornan las festividades. El ser humano ya no

artistas renacentistas -entre ellos Rubens (1577-1640), y Boticcelli (1444-1510)- pintaron a mujeres obesas como prototipo de belleza. Hoy en día la obesidad se concibe de manera muy distinta, pues se considera que una figura esbelta es bella y saludable, mientras que el exceso de grasa se considera indeseable y antiestético. A pesar de ello, en la actualidad el porcentaje de personas con obesidad, especialmente en países como Estados Unidos y otros países primer mundistas, es digno de considerarse, pues se estima que sobrepasa el 15% de la población total (Rodin, 1977). Esto indica que, no obstante a que en el presente siglo se han logrado avances sustanciales al respecto, aún queda mucho por investigar acerca de la obesidad y los trastornos alimentarios pues tales problemas se encuentran todavía muy lejos de ser erradicados.

2.1 Estudios y prevalencia.

Los casos clínicos con respecto a la obesidad y a los trastornos alimentarios por lo general se encuentran bien documentados. No obstante a ello, lo más importante con relación a los desórdenes alimentarios y a la obesidad es el significativo incremento que han sufrido en poblaciones normales, esto es, poblaciones que no ameritan un diagnóstico clínico. La presencia de algunos de los síntomas de estos trastornos se ha vuelto más frecuente que los cuadros clínicos completos, y mucho más común de lo que se esperaría encontrar en la población general. Y aunque la presencia de estos síntomas en forma aislada no es un indicador seguro de desarrollo de la enfermedad, de alguna manera señala a los individuos con mayor riesgo de adquirirla. Son personas que tienen la tendencia a alternar entre síntomas de anorexia y bulimia y de bulimia y obesidad (Unikel y Gómez Péresmitre, 1996).

Aunque a continuación se mencionan diversos estudios acerca de la obesidad, cabe mencionar que en virtud de que existen una gran diversidad de criterios para la determinación y el diagnóstico de la obesidad, resulta difícil realizar una estimación precisa de la prevalencia de esta enfermedad.

Estudios de Prevalencia por género.

De los distintos estudios realizados para determinar la prevalencia por sexos (Ley, 1980), se puede concluir que en las sociedades occidentales la obesidad aparece con mayor frecuencia entre las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, mientras que los hombres parecen alcanzar su peso máximo antes que las mujeres.

De un amplio estudio llevado a cabo con más de 50,000 personas, entre los años 1959-1972, de la American Society, y

de otros estudios similares, pudo concluirse que una mayor proporción de mujeres que de hombres son obesos. Estudios llevados a cabo por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (1960-1962 y 1971-1974) confirman esta mayor prevalencia de sobrepeso en las mujeres que en los hombres (15% en hombres y 30% en mujeres).

En estudios llevados a cabo en Buenos Aires para determinar la prevalencia de obesidad en la población de dicha area, se encontró que entre estudiantes jóvenes y adolescentes del sexo masculino existe una prevalencia del 15.9 por ciento y del 18.3 por ciento entre estudiantes del sexo femenino (Braguinsky y cols.1976). Esto utilizando los valores de criterio del IMC de Braguinsky (sobrepeso = IMC de 23 a 27 para hombres y mujeres; obesidad = IMC > 27 para mujeres > 28 para hombres; obesidad extrema o mórbida = IMC > 31 para hombres y mujeres).

Por otra parte, otros estudios señalan una mayor frecuencia de obesidad en mujeres que en hombres, aunque mayores porcentajes de sobrepeso en éstos que en las mujeres (Bojontorp, 1985; Braguinsky, 1976).

Asimismo, la mayoría de los estudios realizados sobre la obesidad infantil señalan una mayor prevalencia de este trastorno entre las niñas, tanto en la primera infancia como en la adolescencia. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo por Alonso (1984) en nuestro país con población escolar se encontró lo contrario: el 30.93% de niños y el 27.78% de niñas escolarizados entre 6 y 11 años eran obesos, mientras que entre adolescentes de 13 a 14 años el 30% de los chicos eran obesos, frente al 29.47% de las chicas.

Estudios en Norteamérica.

Los distintos estudios epidemiológicos realizados, principalmente en países anglosajones, señalan de manera generalizada que aproximadamente del 15% al 20% de la población general es obesa, porcentaje que sigue incrementándose, especialmente en los países desarrollados. A este respecto Agras (1988) señala -según el censo de 1983- que en países altamente industrializados cerca del 15 % de hombres y el 20% de mujeres tiene más de un 20 por ciento del peso deseable.

En estudios epidemiológicos en los que se ha utilizado el exceso de peso como único criterio se estima que del 25% al 45% de todos los estadounidenses adultos exceden por lo menos en un 20% de su peso ideal (Rodin, 1977).

Asimismo, en ciertos países occidentales, casi una de cada tres personas es obesa; además, alrededor del 25% de los niños estadounidenses presentan sobrepeso, y cerca del 80% de ellos se convertirán en adultos obesos (Collipp, 1975; Mauro y Feins, 1977).

Los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición en Norteamérica, que incluyeron entre 6000 y 13000 adultos con edades comprendidas entre 20 y 74 años, revelan un incremento dramático en la prevalencia de obesidad en ambos sexos y en todas las razas (Kuczmarski, J. Robert, Flegal, M. Katherine, Campbell, M. Stephen y Johnson, L. Clifford, 1960-1991). Mientras que la encuesta realizada de 1960-1962 el % de prevalencia de sobrepeso fue de 24.3%, en la de 1971-1974 fue de 25%, en la de 1976-1980 fue de 25.4% y en la de 1988-1991 fue de 33.3%. -Es importante mencionar que el sobrepeso se calculó en base a un Índice de Masa Corporal (IMC) >27.8 en hombres y >27.3 en mujeres de acuerdo con los

criterios de los Institutos Nacionales de Salud en la Conferencia de Desarrollo de Consenso en las Implicaciones de la Obesidad en la Salud-. Esto da una idea clara de que la obesidad está muy lejos de desaparecer y de que los tratamientos que se han utilizado hasta ahora carecen de contundencia. Asimismo, da un panorama acerca de la importancia del estudio de la obesidad, para su tratamiento y, sobretodo, para su prevención ya que indiscutiblemente el mejor momento para atender esta enfermedad es antes de que se presente.

Estudios en México.

En cuanto a México, en una recopilación de encuestas nacionales sobre la prevalencia de la obesidad en la República Mexicana, el Dr. González Barranco (1994) encontró una prevalencia del 35%.

En 1993 se estudió la prevalencia regional de la obesidad, encontrándose obesidad (IMC=30-34.9) en el 15.3% y muy obesos (IMC=>35) al 6.1%; la prevalencia por edad se encontró en el grupo de los 50-59 años de edad (Dirección General de Epidemiología, 1993).

La obesidad consituye una causa frecuente de morbilidad en nuestro medio, ocupando el cuarto lugar en la República Mexicana y el Distrito Federal -únicamente detrás de accidentes, enfermedades hipertensivas y diabetes mellitus-.

Ahora bien, sobre la base de la muy escasa información en nuestro contexto socio-cultural sobre desórdenes del comer en poblaciones estudiantiles, Gómez Pérez-Mitré (1993-1997) ha llevado a cabo varios estudios de caracter exploratorio a fin de analizar y describir patrones de distribución del Índice de Masa Corporal y detectar, en consecuencia, prevalencias de sobrepeso y obesidad, entre otras variables estudiadas. Por

considerarlos significativos a continuación se presentan los resultados obtenidos de cuatro de ellos.

En un primer estudio que realizó en 1993 trabajó con muestras de investigaciones previas pertenecientes a poblaciones normales formadas por estudiantes con niveles escolares de secundaria a posgrado. Se trabajó con un diseño de investigación de cuatro grupos con observaciones independientes. Los datos se obtuvieron de las respuestas dadas a los reactivos correspondientes a: variables sociodemográficas, de medición corporal (para la obtención del IMC) y de estimaciones corporales subjetivas (autopercepción del peso corporal, autclasificación del mismo y peso deseado) y que formaban parte de los cuestionarios de estudios previos (Gómez Pérez-Mitre, 1993) y de las variables que exploraban hábitos, prácticas alimentarias, y formas de comer.

Entre los resultados más importantes de este estudio se encontró que con porcentajes muy altos, las mujeres de cada subgrupo no respetan horarios establecidos para comer, y admiten, también en porcentajes muy altos, sentir que carecen de control aunque al parecer no existe sobrealimentación (hiperfagia) en proporciones importantes. Se encontró que sí existe una inclinación por azúcares e hidratos de carbono, y que, si bien la mayor parte de las mujeres no son obesas, sí muestran prácticas y formas relacionadas con la obesidad.

En este estudio, entre los hombres adolescentes (de 15 a 20 años) y jóvenes (de 21 a 29 años) no se encontraron índices de obesidad; entre los jóvenes se encuentra una prevalencia de sobrepeso del 7.4%. Entre las mujeres adolescentes y jóvenes se encontró una prevalencia de obesidad del 4% y del 6.3% respectivamente, resultados que apoyan que entre los hombres hay más problemas de sobrepeso que entre las mujeres, pero que entre éstas hay más obesidad (Forman, Trowbridge,

Gantry, Marks y Hogelin, 1986). Entre las mujeres adultas (30 a 49 años) de población abierta universitaria de licenciatura y posgrado se encontró, por su parte, un 10% de obesidad.

En otro estudio llevado a cabo en el mismo año cuyo principal objetivo consistió en detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria, se encontraron varios aspectos importantes en lo que a obesidad se refiere. Cabe mencionar que la muestra por cuota no probabilística (N=197) estuvo compuesta por estudiantes hombres y mujeres, que se encontraban cursando preparatoria, licenciatura o posgrado. Los resultados obtenidos revelaron que prácticamente no existe en esta población estudiantil mexicana el problema de obesidad -únicamente el dos por ciento de los sujetos que conocían su peso y estatura (N=102) entró en la categoría de obesidad. No obstante a ello, se encontró una prevalencia de sobrepeso del 41 por ciento, lo cual resulta significativo. Es importante mencionar que estos resultados estuvieron determinados por los valores criterio del IMC señalados por Braguinsky y cols. (1976), valores de criterio ya mencionados con anterioridad.

Un tercer estudio llevado a cabo por Gómez Pérez-Mitré y Avila Angulo (en prensa) con una muestra total no probabilística (N=222) cuyo propósito fue explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad comparando estas variables en muestras de adolescentes, hombres y mujeres con diferente peso corporal, muestra lo siguiente:

- a) en las mujeres, una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva;
- b) entre los hombres un factor compuesto por variables compensatorias y;

c) un factor común a hombres y mujeres que involucraba variables que miden preocupación por el peso y por la comida. Se encontró que esta preocupación se incrementa con el peso.

Los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación se presentaron de manera más importante entre las adolescentes mujeres que entre los hombres.

En las mujeres adolescentes, la variable obesidad mostró estar clara y directamente asociada con conducta alimentaria compulsiva, así como con conductas dietarias anómalas, e inversamente relacionada tanto con la aceptación de atribución de control interno como de control externo en la explicación implícita que hacen de la conducta alimentaria. Además, entre las mujeres, la conducta alimentaria normal resultó inversamente relacionada con sobrepeso y obesidad.

Estos resultados fueron congruentes con lo esperado teóricamente, aunque los grupos cuyo peso se encuentra fuera de lo normal (peso por abajo o por arriba de la norma) presentan más conductas alimentarias anómalas y menos conductas alimentarias normales.

Por considerarlo de notable importancia, se hará referencia a un 4o. estudio realizado por Gómez Pérez-Mitre (1997) cuyo propósito fue conocer si entre los preadolescentes se presentaban o no problemas con la imagen corporal ampliamente documentados en población de adolescentes como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Cabe señalar que se encontraron indicadores de riesgo similares a aquellos que se han encontrado en las muestras de adolescentes. En la muestra de preadolescentes (N=200) se encontró que: en un porcentaje potencialmente importante (>50%) hubo un indicador de riesgo relacionado con insatisfacción de la imagen corporal. En lo referente a los resultados asociados con autopercepción del peso corporal

destaca el hecho de que el 40% de las niñas se percibió con peso normal y el 25% como obesa y muy obesa.

Otros estudios realizados en nuestro país parecen indicar un crecimiento en los índices de obesidad. En 1988, la Encuesta Nacional de Nutrición -la cual fue de tipo transversal, probabilística en la que se estudio a mujeres de 15 a 49 años de edad en el area metropolitana y resto del país- arrojó un 14.6% de obesidad, clasificada como tal con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 27 en la población femenina y un 10% con sobrepeso (IMC 24.9 a 27).

Por otro lado, en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la División General de Epidemiología (Secretaría de Salud, 1993), la obesidad ocupó un segundo lugar (21.5%) después de hipertensión arterial (23.8%). En esta encuesta la obesidad se clasificó con un IMC de 30 a 34.9 en una muestra n= 15,474 sujetos con edades de 20 a 69 años.

Estudios en países europeos.

En cuanto a los estudios llevados a cabo en países europeos es importante mencionar que no existen datos relativos a la totalidad de la población europea ya que existen diferencias étnicas, económicas y de estilo de vida, así como criterios distintos, que los dificultan. No obstante a ello, se han encontrado porcentajes superiores al 20% de sobrepeso en países como Bulgaria (con sujetos de entre 35-74 años), Dinamarca (18-20 años), Suiza (31-40 años) y Rumania (15-65 años) (Kluthe, R., Scubert, A. 1995). Por ello, el sobrepeso y la obesidad que se encuentran en dichos países tienen un caracter preocupante para los estudiosos de la Salud en dicho continente.

No obstante a estudios como los anteriormente mencionados, cabe mencionar que los estudios epidemiológicos realizados en

nuestro país y en otros países del mundo son escasos y que se requiere de una investigación mayor.

En nuestros días, la obesidad y los trastornos alimentarios no son poco comunes. Al contrario, se han ido incrementando paulatinamente a lo largo de los años y hoy constituyen un área problemática de marcada preocupación, que requiere atención e intervención médica y psicológica.

Capítulo 3. La obesidad y sus implicaciones.

La obesidad trae consigo diversas implicaciones para el individuo que la presenta. A continuación se hablará acerca de las principales.

La obesidad es considerada como un problema de salud ya que repercute en los niveles psicosocial, sociodinámico e institucional. Debido a ello, se deben de tomar en cuenta, cuando se estudia la obesidad, las relaciones interpersonales de la persona con problemas de obesidad, y especialmente su núcleo familiar; también, se deben de considerar sus hábitos alimentarios, el aspecto genético, el entorno social, y por supuesto los factores emocionales, afectivos y psicológicos que presenta.

3.1 Implicaciones Fisiológicas:

La obesidad es un fenómeno multifactorial que es a su vez causa y consecuencia de diversos trastornos físicos y psicológicos en el individuo. Es causa en tanto que una vez que se ha desarrollado afecta irremediablemente el estado físico, emocional y psicológico del individuo que la presenta. Físicamente, puede ir asociada con la falta de energía y el letargo. Como se tienen que consumir más calorías para mover una masa mayor, la acción o actividad se hace especialmente laboriosa para la persona con problemas de peso. Por ello, por lo regular, la obesidad acrecenta la tendencia a la inactividad y tiende a perpetuarse por sí misma. Expresado de otra manera, la obesidad constituye un círculo vicioso. Una vez que la persona ha acumulado un exceso significativo de tejido adiposo, los mecanismos que regulan el peso se derrumban y se hace especialmente difícil lograr el equilibrio energético. Si una persona con sobrepeso ingiere grandes cantidades de azúcar, por ejemplo, que no convierte en energía, puede llegar a crear un círculo vicioso y una

dependencia parecida a la adicción a las drogas. El ciclo sería el siguiente:

Se consume una cantidad exagerada de azúcar refinada (sacarosa) en una comida cualquiera. El organismo (el páncreas específicamente) tiene que producir mayor cantidad de la hormona insulina para quemar el exceso de azúcar que ha entrado repentinamente en el torrente sanguíneo. Al elaborar insulina, ésta quema más azúcar de la cuenta y produce una baja en la glucemia, lo que a su vez le impele a ingerir más azúcar para equilibrarla...!Y así sucesivamente!, de manera que la persona con sobrepeso puede llegar a convertirse en francamente obesa.

Así, la obesidad con frecuencia se complica por diversos problemas médicos. Generalmente, conforme las personas aumentan de peso, tienden a sentirse cansadas la mayor parte del tiempo y pueden tener dificultades al dormir. Para estas personas, se hace cada vez más difícil respirar por las noches conforme su peso aumenta. Estos problemas con el sueño pueden ser indicadores de una condición severa llamada apnéa del sueño. Las personas generalmente roncan y tienen episodios en que prácticamente dejan de respirar hasta por un minuto. Durante estos periodos de no respiración los latidos de su corazón son muy irregulares y pueden conducir incluso a ataques cardíacos. Asimismo, otro aspecto digno de tomarse en cuenta es que los trastornos del sueño también suelen estar asociados con ansiedad y depresión.

Además, la obesidad aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, presión arterial alta, ataques cardíacos y demás enfermedades cardiovasculares, arteroesclerosis, algunos tipos de cáncer, artritis, y enfermedades de la piel, entre otras. Los individuos que presentan estas enfermedades relacionadas con la obesidad deben ser primeramente tratados con métodos dietéticos para tratar de que su peso vuelva a los rangos normales.

La diabetes, por ejemplo, es con frecuencia causada por obesidad, aunque no necesariamente está asociada con ella. Sin embargo, comunmente la obesidad es una causa primaria de la misma. También, la obesidad resulta en un incremento en el riesgo para contraer cáncer y, por otra parte, frecuentemente se complica por la artritis degenerativa, ya que al ganar peso se ven afectados los tejidos del cuerpo.

El colesterol alto también está asociado comunmente con la obesidad y las personas pueden controlar satisfactoriamente su colesterol reduciendo su ingestión de grasas y bajando de peso.

La actividad sexual es otro aspecto que se ve afectado por la obesidad . Con asombrosa frecuencia las personas con obesidad, por los mismos condicionamientos de la sociedad y por los estándares de belleza y de atractivo físico que ésta les impone, están insatisfechas con su imagen corporal y se les dificulta aceptarse tal como son. Por ello, su desempeño sexual, aunque no necesariamente sea así, por lo general se ve disminuido, pues como no se sienten bien consigo mismas, no son capaces de entregarse con plenitud y menos aún de recibir afecto, caricias y amor. Son pocas las personas que teniendo un peso excesivo consiguen aceptarse y valorarse con plenitud. Sin embargo, para la mayoría de las personas la obesidad implica un verdadero conflicto interior que se ve afianzado con la interacción social en su vida diaria.

Como se puede ver, entonces, la obesidad es una seria enfermedad que requiere tratamiento a largo plazo para controlar el proceso de enfermedad y prevenir sus múltiples complicaciones.

3.2 Implicaciones psicológicas:

Las razones por las que a la gran mayoría de las personas les disgusta tener exceso de grasa son muy diversas. Entre las principales se encuentran:

*No sentirse bien consigo mismas; no valorarse.

*No sentirse bien físicamente, poner en riesgo su salud e incrementar el riesgo de un ataque cardiaco; la dificultad en su accionar; experimentar cansancio con frecuencia; sentirse faltas de energía.

*La manera en que por su condición las demás las tratan; la inaceptabilidad social, el rechazo, los juicios que emiten los demás acerca de su persona y de su peso.

*No sentirse sexualmente deseadas; no sentirse atractivas.

*El poseer el sentimiento de no tener control, de ser "anormales", de ser "raras", "diferentes", de parecer "débiles"; el estar obsesionadas con la comida.

*Siempre estar preocupadas o incómodas acerca de lo que van a comer; estar siempre pensando en dietas, en bajar de peso, etc.

*No encontrar a menudo ropa que les quede.

*No poder lucir bien en un traje de baño.

Puede verse que la preocupación por el peso juega un papel predominante en la mayor parte de las personas con obesidad. Generalmente su autoconcepto está devaluado y, por tanto, su accionar es muy distinto al que presentarían de tener un peso normal. Los efectos físicos suelen ser preocupantes; sin embargo, los efectos psicológicos suelen ser aún más terribles y por lo general modifican notablemente la vida de quienes presentan esta condición.

En una encuesta realizada por Gama (1997) en la cual se cuestionó a 20 estudiantes universitarios de ambos sexos notablemente obesos acerca de si comían cuando no tenían hambre y por qué lo hacían se encontraron respuestas muy interesantes. Por considerarlas representativas y a fin de observar con mayor claridad las implicaciones psicológicas de la obesidad, a continuación se mencionan en esta investigación las contestaciones de cinco de ellos.

Una estudiante de 24 años afirmó: "Como, no por aburrimiento, sino por frustración. No sé cómo reaccionar ante hechos emocionales. Para celebrar mis cumpleaños durante mi infancia siempre había pastel o fiesta. Para aminorar las tristezas había una paleta, una dona o un helado para consolarme. Para aliviar el dolor era un desayuno especial en la cama con panques hechos con amor y con miel. Así, mi vida emocional siempre ha estado girando alrededor de la comida".

Esta respuesta es ilustrativa en tanto que muestra la relación existente entre los estados emocionales y la alimentación que, en este caso, repercutió en el estado físico de la persona como obesidad. Además, es importante tomar en cuenta la siguiente observación: cuando una persona desde pequeña es recompensada con comida por una buena acción, o cuando se utiliza la comida para procurar cambiar su estado, o bien cuando simplemente ésta aprende que junto a toda gran fiesta o celebración la comida no puede estar ausente, inconscientemente, en su adultez, va a recurrir a la comida cuando se le presenten situaciones similares. Así, la persona crea una asociación inconsciente de diversión-comida, o entre estados emocionales-comida. Como la mente funciona a través de asociaciones inconscientes, es decir, que normalmente escapan de la conciencia, y se automatiza, en la adultez esta persona puede experimentar un trastorno alimentario y ni siquiera saber el porqué. Es por ello que cuando se trata a un paciente con obesidad o con algún trastorno es importante identificar las asociaciones inconscientes que le están ocasionando su estado y de esa manera poder "romper" con ellas, sustituyéndolas con asociaciones que lo conduzcan a un estado deseable.

Una mujer de 21 años expresó: "Como cuando no tengo hambre por diversas razones; soy una "comedora emocional". Si las cosas me molestan o me angustian como para sentirme mejor,

para tranquilizarme. Aprendí a hacer esto durante niña y he continuado haciéndolo. Como cuando estoy cansada y sólo quiero dormir o tomar una siesta. A veces como cuando estoy aburrida y a veces es sólo un hábito...desayunar, comer algo por la mañana, comer, cenar, ...todos lo hacen. Sé que ninguna de estas razones tiene validez...no obstante, son verdad...una triste realidad".

Este caso, al igual que el anterior, muestra la asociación inconsciente entre los estados emocionales, los condicionamientos sociales y la comida. Aquí puede observarse la actitud desfavorable hacia la comida, la cual, con frecuencia para estas personas se convierte en su "enemiga". A menudo estas personas sienten una intensa lucha en contra de aquello que pueden o no llevarse a la boca; la comida para ellas se convierte en una obsesión, en una preocupación constante, a veces durante toda su vida.

Un estudiante universitario de 38 años reveló lo siguiente: "A veces como cuando no tengo hambre porque quiero castigarme a mí mismo por lo que no hago o por lo que he dejado de hacer. A veces quiero premiarme por algo que hice bien. Cuando estoy en el trabajo y estoy frustrado o estresado, constantemente me encuentro buscando cosas que comer. Creo que como porque me hace sentir bien, llena los vacíos emocionales y físicos en mi vida...me da placer. Es quizá mi mayor fuente de placer en la vida".

Deben considerarse varios aspectos en casos como éste. Primeramente, aunque no sucede en muchos casos, aquí el individuo está consciente de que utiliza la comida para castigarse o para sentirse mejor; la utiliza como un recurso para experimentar placer en su vida. Y es en el placer en donde finalmente radica la cuestión de fondo. Al fin y al cabo una persona come de más porque busca obtener placer y evitar el dolor. Uno se podría preguntar cómo es que una

persona sintiéndose obesa y mal consigo misma continúa comiendo de esa manera; acaso ello no resulta más doloroso? Sí, a fin de cuentas, pero lo que sucede con frecuencia con las personas que han desarrollado un trastorno alimentario como la obesidad es que, aunque es cierto que por lo general se sienten cada vez peor consigo mismas por acumular grasa, ellas, cuando se encuentran en el acto de comer, sencillamente no se enfocan en eso. Lo que es más real para ellas en ese momento es el placer que la ingestión les producirá. (Robbins, A., 1991). Y lo mismo sucede con las drogas y con las demás adicciones. Uno sabe que le causan daño y sin embargo consume tales sustancias porque es una forma de alejarse del dolor que está experimentando o de acercarse al placer que tanto anhela en su momento. Así, las personas con obesidad son generalmente personas que han adquirido el hábito de buscar la compensación inmediata. Por ello, es importante que adquieran el hábito de la moderación y de enfocarse en los efectos posibles y en los resultados a largo plazo. Cuando una persona se somete a una dieta y logra los objetivos deseados, ello se debe a que ha conseguido enfocarse en el futuro, en lo bien que se verá, en lo que le dirán sus amistades, en la ropa que se pondrá, etc. De esa manera es capaz de controlarse y de sacrificar un placer inmediato en aras de un resultado a largo plazo que le producirá un placer real a largo plazo.

Si una persona, en cambio, está asociada a la sensación placentera del chocolate o del pastel, y lo tiene frente a sí, con gran probabilidad lo comerá, a no ser que antes de ello cambie su enfoque y se centre en las consecuencias. Si sus objetivos, y por lo tanto su motivación, son poderosos, seguramente logrará contenerse y hará a un lado el pastel. En toda terapia, por tanto, deben considerarse los objetivos, el porqué se desea el cambio, las razones por las cuales un individuo desea modificar su estado actual. Si esto se pasa por alto, y si el individuo no tiene un porqué lo suficientemente poderoso para cambiar, es muy probable que no

se obtengan los resultados esperados. Si no se explora el lado oculto de un trastorno alimentario puede ocurrir, incluso, que el paciente no desee en realidad cambiar porque dicha conducta de alguna manera u otra le esté reportando alguna ganancia secundaria, como podría ser captar la atención de quienes le rodean, enfermarse constantemente y así evitar responsabilidades, etc.

En otro caso, al preguntársele a una mujer con obesidad de 18 años el porqué en ocasiones come cuando no tiene hambre contestó lo siguiente. "Porque calma mis nervios, me relaja. Me hace tener algo que hacer cuando tengo miedo de estar conmigo misma. Además, me es placentero".

La comida se utiliza como un escape. Las personas a menudo intentan "fugarse" de su actual estado, que no les resulta placentero. Utilizan la comida como compañía, como un medio para aliviar su soledad, su dolor, su insatisfacción. (Gama, 1997).

Finalmente, una chica de 19 años comentó: "Desde pequeña he sido obesa. He pasado por médicos y por infinidad de dietas, pero al parecer nada funciona conmigo. Creo que sencillamente no tengo la fuerza de voluntad para bajar de peso. No tengo novio y me siento mal conmigo misma porque sé que mi peso tiene mucho que ver con ello".

Puede verse aquí cómo la obesidad a menudo guarda relación con la autoestima. Las personas con obesidad suelen sentirse mal consigo mismas, e inclusive, suelen despreciarse. Se reprochan su estado y ello les impide llevar una vida social y afectiva plena. Es importante además considerar lo que en psicología se conoce como "indefensión aprendida". Al recurrir a diversas dietas y ahondar en lo mismo una y otra vez sin conseguir resultados satisfactorios, con frecuencia la persona "aprende" que no es capaz de lograr lo que se

propone y, por lo tanto, sencillamente se resigna a continuar con su estado actual, en este caso, con su físico indeseable. Para romper con esta indefensión aprendida, con esta limitación mental que por experiencia un individuo se ha impuesto, se requiere de una labor terapéutica eficiente que logre motivar al sujeto para intentarlo nuevamente, tarea que evidentemente no resulta fácil.

Por otro lado, cuando la obesidad se presenta desde la niñez, es probable que la persona continúe siendo obesa toda su vida. Una vez más van involucrados los hábitos de la persona y el aprendizaje resultante del ambiente en el que la persona se ha desenvuelto. Además, en estos casos es necesario realizar un diagnóstico diferencial para poder identificar si existe un factor biológico de pormedio, en cuyo caso, alteraría obviamente el curso del tratamiento.

Las implicaciones de la obesidad, entonces, no sólo son físicas sino también psicológicas y emocionales. Si bien los aspectos psicológicos son con frecuencia la causa de la obesidad, los individuos que presentan obesidad generalmente sufren consecuencias psicológicas de consideración. La obesidad, entonces, es causa y efecto de los aspectos psicológicos. Tiene lugar un círculo vicioso que no es fácil romper. Al sentirse mal consigo mismas, hay personas que comen en exceso y que buscan en la comida un alivio a sus conflictos emocionales, aunque este alivio sea tan solo temporal. Al empezar a engordar suelen sentirse cada vez peor consigo mismas, por lo que comen más, y así sucesivamente hasta que se convierten en obesas. De allí en adelante muchas de ellas jamás consiguen una satisfacción plena y mucho menos una autoaceptación que les permita disfrutar de lo que son y de los alimentos que consumen que, paradójicamente, encontrándose obesas no disfrutaban con plenitud.

Los individuos con obesidad generalmente se sienten culpables consigo mismos por carecer de control y de la voluntad necesaria

para mantener un peso adecuado. Se autodevalúan y ello afecta notablemente sus relaciones interpersonales. De hecho, para algunos de ellos, su vida entera gira en torno a la comida y constantemente se reprochan a sí mismos sus arranques de glotonería. Comer un pastel los hace sentir culpables y al día siguiente se someten a una dieta más, sólo para encontrarse nuevamente comiendo. Por lo general, estos individuos se consideran a sí mismos poco atractivos pues distan mucho del ideal físico que impera en la sociedad. Además, como están frecuentemente cansados, los individuos con obesidad no son por lo general muy activos, lo cual indudablemente tiene efectos en sus vidas.

3.3 Implicaciones Sociales: Uno de los aspectos más dolorosos de la obesidad puede ser el sufrimiento emocional que trae consigo. La sociedad pone gran énfasis en la apariencia física, frecuentemente asociando el atractivo con la delgadez, especialmente en mujeres, o con la musculatura, en los hombres. Los mensajes, explícitos o no, hacen que las personas con obesidad se sientan poco atractivas. Un gran número de personas asume que la gente obesa es displicente, poco inteligente, con poca fuerza de voluntad, glotona, perezosa, y hasta sucia y descuidada. Las personas obesas enfrentan prejuicios y discriminación en el trabajo, la escuela, y demás situaciones sociales. Los sentimientos de rechazo, vergüenza y depresión son comunes. Por todo ello, en definitiva no es envidiable estar obeso en esta sociedad y quienes lo están sufren los efectos emocionales, psicológicos y sociales de su exceso de peso. Con toda esta carga y estas actitudes socioculturales no resulta extraño entonces, que el individuo con obesidad vea afectado de manera importante su aspecto afectivo y toda su vida en sí.

En otra encuesta aplicada a 20 estudiantes obesos comprendidos entre 17 y 25 años, (Gana, 1997) se les preguntó lo siguiente:

Cuál sería la diferencia más grande en tu vida si de la noche a la mañana tuvieras tu peso ideal?

A continuación se mencionan algunos de los comentarios al respecto:

*"Para mí la mayor diferencia sería sencillamente el "estar con vida" una vez más. A lo que me refiero es a visitar lugares, estar activa, jamás tener miedo de lo que los demás puedan decir. Una vez más sería una persona carismática, alegre y amorosa, una persona feliz".

*"Podría usar ropa confortable y lucir bien y podría sentirme cómodo al estar en traje de baño o desnuda frente a mi pareja".

*"Pienso que no habría gran diferencia, excepto por el hecho de que ya no tendría más peso que perder. Soy la misma persona por dentro tanto si soy delgado o gordo".

*"Pienso que la diferencia más grande sería que empezaría a vivir en el pasado en lugar de en el futuro. Constantemente estoy postergando viajes, eventos sociales, reuniones, etc., porque me siento "muy gorda" para disfrutarlos realmente. No quiero ir a la playa así, quiero estar delgada y sentirme atractiva en un traje de baño antes de irme. No quiero que mis amigos me vean así; quiero caber en mis viejas prendas de vestir antes de ver nuevamente a esas personas. Es triste el pensar acerca de esto porque me doy cuenta de lo mucho que me estoy perdiendo por sentirme así por tener estos 25 kilos de más. Sé que debería vivir en el presente de todas maneras, pero no lo hago, y en ocasiones creo que una vez que esté en mi peso ideal sí lo haré. Pero a veces también me pregunto si entonces no habría algo más que me hiciera evadirme de todas esas cosas".

"Creo que sentiría más confianza y que estaría dispuesto a tomar más riesgos, tanto personales como profesionales".

La obesidad se convierte, con asombrosa frecuencia, en un obstáculo personal que limita la vida de quien la padece. Las personas suelen creer que su falta de entusiasmo, o de seguridad, o de confianza en sí mismas desaparecerán cuando desaparezcan sus kilos de más. Aunque el bajar de peso puede contribuir a una mayor autoestima, esto no necesariamente sucede así. A menudo el exceso de peso se utiliza como un recurso para justificar la vida que uno lleva. Parecería absurdo pero existen personas obesas a las cuales la obesidad "les viene muy bien". Son aquellas personas que consciente o inconscientemente no desean realmente perder esos kilos de más porque entonces tendrían que enfrentarse con situaciones y responsabilidades que las atemorizan.

Aunque resulta evidente que una imagen corporal satisfactoria afecta de manera positiva el comportamiento y el accionar de una persona, el bajar de peso no implica que los problemas emocionales, afectivos y/o psicológicos desaparezcan. De hecho, los problemas con la comida no son por lo general realmente problemas con la comida sino con uno mismo y con los factores que ocasionan la ingesta inconveniente.

Una persona que piense que cuando deje de ser obesa empezará a vivir en el presente y empezará a trabajar, a amar, a divertirse, etc., estea cayendo en una trampa psicológica absurda. No se da cuenta de que ahora es la comida y de que, cuando ya no sea ésta el problema, mañana seguramente será algo más; algo más que le impedirá lograr todo aquello que hoy por alguna razón posterga, y que difícilmente aminorará su vacío mientras no modifique su esquema mental.

Se da una paradoja interesante: la persona con obesidad suele pensar que cuando elimine su exceso de peso toda su vida cambiará; que tendrá más amigos, que trabajará más, que será más feliz, etc. Lo curioso es que por lo general no se da cuenta de que para lograr eliminar dicho exceso de peso los cambios psicológicos tienen que darse primeramente. En otras palabras, si

uno espera a bajar de peso para sentirse motivado, por ejemplo, quizás jamás llegue a estarlo. En cambio, si logra situarse en un estado de motivación, con gran probabilidad podrá eliminar su problema con el peso. La modificación del esquema mental es lo primero, y los cambios físicos tendrán lugar en consecuencia.

Ahora bien, la obesidad es una disfunción física que es frecuentemente estigmatizada en nuestra sociedad. Diversos estudios han demostrado la relación inversa entre obesidad y estatus socioeconómico. A los gordos se les considera perezosos, porque si no lo fueran tanto no estarían gordos. Luego, se les juzga tontos. Es imposible dar una apariencia de inteligencia cuando uno tiene 30 kilos de más. En tercer lugar, se cree que los gordos son desaseados porque las palabras "gordo" y "cerdo" van juntas y los cerdos son sucios. Y, en cuarto lugar, los que dan trabajo suponen que si usted es descuidado con su propio cuerpo, lo será también con su trabajo. (Hoke, 1983).

Todo esto contribuye a que la percepción de los individuos con obesidad se vea alterada y a que, por lo general, su autoconcepto se vea afectado. Asimismo, la obesidad también afecta de manera irremediable el estado emocional del individuo que la presenta. No cabe la menor duda de que en nuestra cultura, como en muchas otras, la obesidad no es bien vista. Vivimos en una sociedad obsesionada con el físico y con el ideal de lucir bien, por lo que desafortunadamente los que empatizan y se interesan en la gente obesa son muy pocos. Uno puede creer verdaderamente que es el aspecto interior de las personas lo que realmente importa, pero se estaría engañando si negara que los demás tienden a emitir innumerables juicios con respecto al peso y a la apariencia física y que, consciente o inconscientemente, su actitud y su trato son notablemente distintos ante un individuo con obesidad que ante un individuo con apariencia física deseable.

El Dr. Stunkard y sus colaboradores, en una Conferencia de Consenso sobre la Obesidad y sus implicaciones para la salud llevada a cabo en 1985, presentaron un trabajo donde muestran que "existe un fuerte prejuicio contra los obesos, independientemente de la edad, sexo, raza o condición socioeconómica. Y aunque el prejuicio no siempre va acompañado de discriminación, existe una amplia evidencia de la discriminación que sufren los obesos".

El rechazo social al que se hace referencia suele generar sentimientos de inferioridad y puede agravar la enfermedad, exacerbando la tendencia al aislamiento y los sentimientos hostiles y depresivos.

Capítulo 4. Teorías acerca de la obesidad.

Además de ser causa de diversos trastornos físicos, emocionales, afectivos, psicológicos y sociales, la obesidad es a su vez consecuencia de ellos, lo que significa que es un trastorno bidireccional.

Es consecuencia en tanto que puede presentarse debido a una multiplicidad de factores. Existen, desde luego, diversas teorías que intentan explicar los orígenes de este trastorno y cada una de ellas pone énfasis en algún aspecto específico. Sin embargo, por lo general la obesidad no surge como consecuencia de un solo aspecto sino que intervienen varios de ellos en su desarrollo.

En términos científicos, la obesidad se presenta cuando la ingestión calórica de una persona excede a la cantidad de energía que ésta gasta. Pero, ¿por qué hay personas que pueden comer a su antojo manteniendo un peso constante, mientras que otras, que se exceden algo en sus comidas, engordan? Hay algunas explicaciones que pretenden explicar este fenómeno.

La hipótesis de la alta eficiencia supone que el obeso tendría un organismo de alta eficiencia, que con menos energía cubriría todas las necesidades vitales y acumularía el sobrante como grasa. Por su parte, la hipótesis del poco gasto sugiere que el organismo de los obesos gastaría poca energía en el cambio metabólico. Hay otra posible explicación que implica una causa hormonal. La tiroides segrega una hormona, T4, precursora de la que luego será la hormona activa T3. En los obesos es posible que la T4 produzca menos T3 y más rT3, que es una sustancia inactiva. La T3 determina, en parte, la forma en que el cuerpo quema su combustible. Otra explicación es la de la alteración de las células de grasa o adipocitos, que son células especiales cuya función normal es transformar en grasa los elementos que extraen

del torrente sanguíneo, almacenándolos y liberándolos en forma de ácidos grasos cuando el organismo requiere energía. Cuando una persona aumenta de peso, automáticamente se produce un aumento en el número y en el tamaño de los adipocitos; al bajar de peso, los adipocitos disminuyen de tamaño, pero no disminuyen en cantidad. Por su parte, la hipótesis de producción de calor por la comida establece que cuando se come, las calorías ingeridas se distribuyen de la siguiente forma: 73% para gastos de mantenimiento de funcionamiento del cuerpo (digestión, circulación, etc.), 12% en actividades físicas, 15% en producción de calor, la cual es influenciada por el ingreso de comida, el frío y las sustancias productoras de calor. En los obesos, en especial cuando lo han sido desde niños, este último mecanismo tiene menor efectividad, lo cual puede explicar un aumento de peso (Cormillot, 1988).

Así pues, a pesar de la gran cantidad de estudios que se han llevado a cabo, no está claro aún lo que causa este desequilibrio entre el consumo y el gasto de calorías. Sin embargo, dichos estudios sugieren que la obesidad comúnmente tiene más de una causa. Factores biológicos, psicológicos y socioculturales parecen desempeñar un papel importante en cuanto a la obesidad y los trastornos alimentarios se refiere. Es por ello que a continuación se hablará acerca de los aspectos principales de cada uno de estos factores.

4.1 Factores biológicos: La obesidad tiende a presentarse en familias, sugiriendo que ésta puede tener una causa genética. Sin embargo, los miembros de una familia comparten no sólo genes sino también una dieta y hábitos comunes que pueden contribuir a la obesidad. Separar los factores ambientales y las pautas de comportamiento de los factores genéticos resulta difícil. No obstante a ello, diversos estudios han aportado evidencias de que la herencia es un factor que puede jugar un papel determinante en la obesidad. Una historia familiar de obesidad y otros desórdenes del comer, alcoholismo, depresión o ansiedad, incrementa el

riesgo de desarrollar un trastorno alimentario. Otras causas también pueden incluir un desequilibrio bioquímico o metabólico.

Aunque diversos estudios han aportado evidencias de que los factores genéticos están relacionados con la obesidad, y aunque es importante establecer un diagnóstico diferencial toda vez que se trate a un paciente a fin de poder establecer el tratamiento a seguir, son pocos los casos en que estos factores determinan la obesidad ya que por lo general ésta es exógena y en su mayoría los individuos que presentan obesidad pueden modificar el curso de ésta y eliminarla con un cambio en los aspectos psicológicos o emocionales, en sus hábitos alimenticios y en su consumo energético en relación con el gasto energético que presentan.

Para los fines de este estudio, la obesidad que es debida a factores genéticos no será considerada puesto que el interés del mismo radica en aspectos que el individuo puede llegar a modificar, aspectos que tienen que ver con los aspectos psicológicos, emocionales, afectivos y conductuales.

Otros estudios sugieren que las personas usualmente mantienen su peso alrededor de un punto base. Cuando estas personas tratan de mantener un peso inferior al peso biológico natural que les corresponde, pueden llegar a desarrollar un trastorno alimentario. Además, el recurrir constantemente a dietas bajas en calorías puede hacer más difícil bajar de peso o mantenerlo y es por ello que estas personas pasan su vida entera con problemas de peso.

4.2 Factores psicológicos: Los factores psicológicos, por su parte, se encuentran estrechamente vinculados con los hábitos alimentarios. Muchas personas comen en exceso, o en otros casos se privan de alimento, en respuesta a emociones negativas como el aburrimiento, la tristeza, el enojo o la ansiedad.

Hay ocasiones en las que la obesidad no se presenta desde la niñez, sino que tiene lugar en la adolescencia o en la adultez. En ocasiones se presenta como consecuencia de no saber cómo hacerle frente al estrés o a la ansiedad. para poder enfrentarlos, y por no conocer otras maneras hacerlo en su momento, las personas a menudo acuden a la comida como un recurso para poder manejar sus estados emocionales. Ante situaciones estresantes, como podrían ser un examen o un nuevo trabajo, por ejemplo, hay individuos que "se la pasan comiendo" y, como alteran la bioquímica de su organismo, evidentemente se sienten más tranquilos y relajados en ese momento. El problema con estos individuos es que generalmente se crean el hábito de acudir a la comida cada vez que se encuentran ante una situación que les incomoda o que los hace sentir ansiedad. Con el paso del tiempo, la obesidad tiene lugar como consecuencia y tiende a perpetuarse por sí misma.

Una de las líneas de investigación psicológica que precisamente ha generado mayor número de publicaciones ha sido la que ha intentado mostrar la posible relación entre estados emocionales, estrés o ansiedad y sobreingesta. La hipótesis psicósomática planteada por Kaplan y Kaplan (1957) propone que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir ansiedad. Posteriormente, muchos autores apoyaron esta hipótesis considerando la ingesta como un instrumento empleado por el obeso para reducir el despertar del acto de comer (arousal) generado por estados emocionales internos (Bruch, 1973; Leon y Roth, 1977).

McKenna (1972) encontró que los sujetos de su estudio comieron un poco más en estado de activación emocional que en estado de calma, y que dicha sobreingesta no produjo aparentemente una reducción en la actividad emocional. En estudios de Lowe y Fisher (1982) mostraron que las obesas presentaban mayor reactividad

emocional, y que sus ingestas coincidían con mayor frecuencia con estados emocionales que las de las estudiantes con normopeso.

Diversos estudios muestran que traumas e inestabilidad emocional en la adolescencia o en otras etapas de la vida hacen más vulnerables a las personas a los desórdenes del comer. También, un clima familiar adverso puede influir para que una persona desarrolle obesidad u otros trastornos alimentarios. La comida entonces, se convierte en una especie de paliativo temporal de una situación que el sujeto no desea o no sabe cómo enfrentar. Una gruesa capa de grasa las protege contra las relaciones exigentes y de alguna manera les da mayor seguridad. Además, como suelen sentirse culpables, recurren a la mayor fuente de placer que conocen en ese momento y que, lejos de implicar mayores riesgos, de alguna manera los protege.

La obesidad, entonces, puede estar implícita como enfermedad representativa de desajuste familiar. Es común encontrar algún caso de obesidad en familias disfuncionales, en familias donde, por ejemplo, no se permite la libre expresión de emociones y/o sentimientos. Ante tal condición, un miembro de la familia puede responder de diversas maneras, las cuales pueden tener efectos negativos, porque dicha persona no conoce otra manera de enfrentar los conflictos de su vida cotidiana. Algunos optan por dormir en exceso o por no dormir, otros por el alcohol y las drogas, y otros acuden a la comida como medio para protegerse o para aminorar sus tensiones, lo cual difícilmente logran. La comida puede constituir un paliativo temporal y, en algunos casos, el único placer real en la vida de un individuo; sin embargo, el placer inmediato que obtiene el individuo al comer en exceso, se convierte generalmente en dolor a largo plazo, pues no hace sino elevar la condición de sufrimiento a la que se está viendo expuesto.

Como mecanismo de protección, la obesidad puede desarrollarse igualmente. Es común que en personas que han sufrido abuso

sexual, por ejemplo, la obesidad esté presente. La persona que ha sido violada y que comprensiblemente se ha visto afectada emocional y psicológicamente, por lo general no es consciente de que tal agresión contra su persona de alguna manera esté ocasionando el desarrollo de la obesidad. Sin embargo, inconscientemente busca la forma de protegerse contra la sociedad y contra quienes puedan hacerle daño. Y como la comida está a su alcance y le ocasiona un placer inmediato, acude a ella y lo hace en exceso. Después de todo, el acumular kilos de más de alguna forma la protege contra las relaciones exigentes. La gente tiende a rechazar a una persona con obesidad y, aunque no deja de existir la posibilidad, difícilmente alguien querría acercarse sexualmente a una persona obesa. Desde el punto de vista racional, resulta difícil entender cómo una persona puede acudir a tales extremos con tal de tener cierta protección, pero es comprensible cuando se entiende cómo funciona la mente humana.

Reconocidos autores como Louise Hay (1991) Tom Rusk y Randy Reed (1988), entre otros, apoyan estas observaciones acerca del comportamiento del ser humano. Hay, por ejemplo, afirma que el comer en exceso siempre ha significado una necesidad de protección. Cuando las personas se sienten inseguras o atemorizadas, tratan de cubrirse con una capa de seguridad. El peso nada tiene que ver con el alimento. Podría ser cuestión de trabajo, del cónyuge, de la sexualidad, o de la vida en general.

La historia de muchas personas que han acumulado un exceso de peso es, entonces, la siguiente: se someten a dietas que duran dos o tres semanas y luego las abandonan. Se sienten culpables por suspender sus dietas y en lugar de reconocer que hicieron lo que pudieron en ese momento, se disgustan consigo mismas y se sienten culpables. Luego se castigan a sí mismas, porque la culpa siempre busca castigo, y salen y comen alimentos que no son buenos para su organismo. Como en vez de reconocer sus esfuerzos se sienten culpables, les es realmente difícil romper el patrón (Hay, 1991).

Así, el peso es únicamente el efecto exterior de un temor que se halla dentro de uno. El exceso de peso es sencillamente el resultado del viejo modo de pensar del individuo. Lo que dicho individuo elija pensar hoy, creará su nueva figura mañana.

Una autoestima baja es otro factor que puede conducir a la obesidad. Una persona sólo puede cuidar realmente aquello que quiere o que valora. En consecuencia, si no se quiere a sí misma, es probable que pueda llegar a desarrollar sobrepeso u obesidad. Asimismo, si su autoconcepto está devaluado, es probable que desarrolle obesidad o que incurra en otros trastornos conductuales. Cuando una persona, en cambio, se valora y se quiere a sí misma, resultará más difícil que tenga problemas con el peso. De igual manera, si se califica a sí misma de "débil", o de "emocionalmente vulnerable", o si cree que tiene poca o nada de fuerza de voluntad, entonces su comportamiento apoyará dichos calificativos y etiquetas y es probable que tienda a trastornos alimentarios o a otros comportamientos que no le beneficien en lo más mínimo.

Es sabido que la identidad que un individuo asume determina su comportamiento y su forma de vida. De esta manera, si se ve a sí mismo como un triunfador, actuará día a día como tal y sus acciones lo conducirán seguramente a serlo. Si, en cambio, se cree un "perdedor", un "fracasado de la vida", con gran probabilidad lo será. Lo mismo ocurre con relación a la alimentación y a los trastornos asociados con ella. Mientras un individuo se crea un "glotón compulsivo" o un "gordo irremediable" estará condenado a continuar siéndolo hasta que no asuma otra identidad. Sería muy distinto si en vez de creer que "él es así" se viera como un individuo que sencillamente ha desarrollado un resultado llamado "obesidad" y que es capaz de desarrollar otro resultado que le permita tener el peso deseado. La distinción es crucial, pues una persona no es lo que hace y si

convierte sus comportamientos en parte de su identidad está condenada a ser consistente con ellos. Por lo tanto, lo primero que una persona que tenga problemas con el peso debe hacer es dejar de considerarse una "persona gorda" y darse cuenta de que no existen personas obesas sino únicamente personas que han conseguido un resultado denominado obesidad.

Esto mismo podría aplicarse a un abogado, a una bailarina o a un criminal. Un individuo que se vea a sí mismo como abogado -en vez de como una persona que practica y conoce de leyes- puede tener problemas con su esposa al llegar a casa porque como "él es un abogado" se dedica a examinarla y continúa imponiéndole reglas de lo que debe y no debe hacer. Y luego se pregunta cómo es que tiene tantos problemas?

Una persona que se dedica al baile profesional, por ejemplo, tendrá, seguramente, un gran conflicto cuando haya de retirarse de dicha profesión o cuando por algún motivo no pueda ya continuar bailando. Si se percibe a sí misma como "bailarina" y ya no puede bailar, es lógico que sea presa de muchas frustraciones.

Por su parte, un individuo que "se sepa criminal" seguirá cometiendo delitos hasta que deje de verse a sí mismo de esa manera. De lo contrario, podrá no cometer un delito por meses, e incluso por años, pero si su identidad es de "ser un criminal", tarde o temprano su comportamiento apoyará dicha identidad y volverá a la senda del crimen.

Entonces, resumiendo, el punto es el siguiente: la manera en que los seres humanos se perciben y se etiquetan, lo que creen de sí mismos, determina su comportamiento y sus pautas de acción en la vida. A este respecto, resulta evidente que usualmente una persona con obesidad tiene una idiosincracia muy distinta en cuanto al peso que la que tiene una persona con peso normal. También se autocalifica de manera distinta y su autoatribución a

ese respecto -es decir, los atributos que utiliza para describirse- difiere notablemente de la de la persona con peso normal.

En la adolescencia, los trastornos alimentarios pueden deberse a una carencia afectiva por parte de los familiares o de gente que rodea al individuo. La obesidad puede usarse como recurso para demandar atención, o bien, como rebeldía ante la insatisfacción que el adolescente siente con respecto al trato que le brindan sus padres. Al fin y al cabo, mediante trastornos como la anorexia, por ejemplo, un adolescente demanda atención y posee el control que de otra manera no consigue. En otros aspectos sus padres podrán reprenderla o castigarla, pero presentando un cuadro anoréxico sólo ella tiene el control y puede continuar con dicho trastorno alimentario hasta que así le resulte conveniente (Reed y Rusk, 1988). Cabe mencionar que por lo general este proceso es inconsciente y que el adolescente no recurre a un trastorno similar deliberadamente para dañarse o para castigar a sus padres. Sin embargo, es importante mencionar que hay casos en los que esta agresión contra los padres o contra la sociedad sí se presenta de forma consciente.

En otras ocasiones, la obesidad surge como consecuencia de un vacío existencial. El individuo carece de motivación y de objetivos en la vida y, como se siente mal consigo mismo, o lo que es más, se detesta y se reprocha su actual situación y su miserable vida, se dedica a consumir alcohol, drogas o, en su caso, a comer o a dejar de comer. La comida funciona entonces como un medio temporal para hacer frente al vacío que el individuo siente, para tratar de sustituir la falta de cariño en su vida. De esta manera, la comida le proporciona al individuo una ocupación, un placer inmediato en su vida que contempla vacía. Además, le sirve como justificación para dejar de hacer lo que sabe que "debería" hacer. Después de todo, al igual que sucede con las adicciones, si él se encuentra con un trastorno o con un problema psicológico, cómo podría trabajar o estudiar y

enfrentarse a los retos que se le presenten. Así, el origen de la obesidad puede ser emotivo o psicológico, como miedo, insatisfacción, depresión, resentimiento, ira, angustia, nerviosismo, etc.

4.3 Factores socioculturales: El ambiente también juega un papel significativo en muchos casos de obesidad y de trastornos alimentarios. Esto debido a que el medio en el que una persona se desenvuelve influye en sus hábitos de vida, tales como qué come, cuánto come y qué tanta actividad desarrolla. Las personas no pueden cambiar su estatura, el color de sus ojos, o demás aspectos genéticos, pero pueden cambiar lo que comen y la actividad que desarrollan, por ejemplo.

Los hábitos y pautas de comportamiento aprendidos son, con asombrosa frecuencia, la causa de la obesidad, pues, desde pequeñas, muchas personas adquieren hábitos inconvenientes con respecto a la alimentación y de adultos les resulta extremadamente difícil romper con dichos hábitos. Guiados por el placer que han aprendido a asociar a determinados alimentos, anteponen el sabor y la conveniencia a una alimentación saludable y bien balanceada.

La obesidad, entonces, puede ser consecuencia del aprendizaje y de los hábitos de vida desarrollados desde la infancia. Se ha observado que los hijos de padres obesos tienen una probabilidad mucho mayor de ser obesos que los hijos de padres que no tienen problemas con el peso. La obesidad puede, entonces, ser consecuencia del estilo de vida de un individuo. Si un niño crece observando a sus padres dormir "todo" el día, alimentándose con cualquier cosa que se le presenta en su camino sin discriminación alguna, y no haciendo el más mínimo ejercicio, con gran probabilidad el niño desarrollará esos mismos hábitos. Sin saberlo, ese niño de alguna manera ha marcado ya su destino en lo que al aspecto físico se refiere y, en consecuencia, respecto a los demás aspectos de su vida. Se ha encontrado que hábitos como

la inactividad y la selección inconveniente de alimentos están estrechamente asociados con la obesidad. Por la herencia de tales hábitos, no se requiere de mucho sentido común para saber que los niños obesos tienen una gran probabilidad de convertirse en adultos obesos y de ser obesos toda su vida.

Hay otros aspectos a considerar. Históricamente, por ejemplo, la sociedad ha valorado a la mujer por su belleza. Y tampoco los hombres están exentos de esta influencia cultural que pone un gran énfasis en la importancia de poseer un cuerpo musculoso y bien formado; aparatos para trabajar el abdomen, las piernas, brazos y demás partes del cuerpo aparecen por doquier y resulta difícil escapar de las presiones socioculturales a las que día con día nos vemos expuestos.

Rodin (1981) sostiene que la psicopatología que puede estar asociada a la obesidad surge de la reacción que la sociedad tiene contra la gordura y el consecuente rechazo que experimenta el individuo obeso, y no necesariamente de alteraciones psicológicas encontradas en el individuo.

Otra explicación acerca de la causa de la obesidad se encuentra en el principio hedonista, según el cual los seres humanos tendemos siempre a la búsqueda del placer y al evitamiento del dolor. Cuando una persona ha adquirido el hábito de buscar la compensación del bocado inmediato y de no controlar la cantidad y la calidad de lo que come es probable que con el tiempo desarrolle obesidad. Dicha persona por lo general se enfoca en el corto plazo en lo que a la ingestión de alimentos se refiere, no así en el largo plazo y en el dolor que le puede causar la ingestión excesiva con el paso del tiempo. De acuerdo con la explicación hedonista, entonces, la obesidad se desarrolla como consecuencia del placer, que supera en estos casos al intelecto. La persona come en exceso por la sencilla razón de que le gusta comer y porque encuentra un gran placer en ello.

La teoría psicoanalítica, por su parte, establece que desde el primer año de vida, la principal gratificación se da de manera oral. Los principales órganos sexuales son la boca, los labios y la lengua, y el bebé obtiene gran placer al chupar, succionar y morder. Sigmund Freud afirma que, durante su vida, un individuo puede llegar a presentar regresiones y/o fijaciones. Si así ocurre, el individuo en cuestión obtendrá una placentera gratificación cada vez que se alimenta, al grado de que incluso el acto de alimentarse puede llegar a constituirse como la actividad más placentera en su vida. Un individuo que tiene una actividad sexual placentera frecuente, o que encuentra placer en la práctica de deportes, por ejemplo, difícilmente pondrá excesivo énfasis en el consumo excesivo de alimentos. Puede comer grandes cantidades, sí, mas no convierte a la comida en su prioridad o en el centro de su existencia, sino que consume sus alimentos de una forma natural y complementaria para su buen rendimiento diario.

VARIABLES COMO EL SEXO, LA EDAD, LA CULTURA Y EL NIVEL SOCIOECONÓMICO han sido estudiados y se ha encontrado relación con la conducta alimentaria. Es sabido, por ejemplo, que trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, se presentan en un porcentaje mucho más elevado en mujeres que en hombres.

Con respecto a la edad, se ha encontrado que la adolescencia es una etapa propicia para el surgimiento de trastornos alimentarios debido a la diversidad de cambios que en dicha etapa ocurren y a la crisis de identidad que generalmente tiene lugar durante ella.

La cultura también es una variable que afecta la conducta alimentaria. En la cultura estadounidense, por ejemplo, en la cual se consume una gran cantidad de alimentos grasos y procesados, el número de personas con obesidad es muy elevado, mientras que en diversos grupos hindúes y africanos, que

prácticamente no consumen alimentos procesados, la obesidad casi no está presente.

El nivel socioeconómico también afecta el consumo de alimentos. Diversos estudios, entre ellos los de Bruch (1973), Grandhijs y Zukerfeld (1977), han encontrado que las personas con un nivel socioeconómico bajo presentan un mayor índice de obesidad que las personas con un nivel socioeconómico alto. Según estos investigadores esto se debe a que las personas con bajos recursos:

- * tienen una alimentación más barata, hipercalórica y con predominio de hidratos de carbono.
- * no cuentan con una buena educación alimentaria y por lo tanto es común que sus hábitos no sean los recomendables.
- * se ven forzadas a trabajar largas jornadas y por ello casi no tienen tiempo para practicar deportes.
- * por lo general no tienen estándares de belleza tan rígidos como los que tienen las personas con altos recursos.

Se ha dado ya un panorama general acerca de las causas y las consecuencias de la obesidad y demás trastornos alimentarios. Sin embargo, es importante subrayar que, debido a que entre la mente y el cuerpo existe una vinculación total, lo que ocurre en uno de ellos invariablemente tiene efectos en el otro y viceversa. De esta forma, los factores psicológicos de una persona determinan su conducta y por tanto afectan su estado físico. Asimismo, lo que dicha persona introduce en su organismo, los alimentos que consume, los ejercicios que realiza, la manera en que respira, etc. afectan invariablemente su estado psicofisiológico y, por tanto, su conducta. La obesidad es, entonces, tanto causa como consecuencia. Es causa de diversos trastornos físicos y psicológicos, y es consecuencia de una multiplicidad de factores ya mencionados con anterioridad y entre los cuales se encuentran los emocionales, los afectivos y los psicológicos.

Capítulo 5. Conductas alimentarias de riesgo.

Al estudiar los aspectos psicológicos de la obesidad y de los trastornos alimentarios, se hace necesario identificar los patrones cognitivos y conductuales tanto de los individuos que los presentan como de aquellos que no los presentan. Esto obviamente con el fin de establecer posibles diferencias que puedan conducir a tratamientos más efectivos para eliminar dichos trastornos.

Se han llevado a cabo muy diversos estudios acerca de las diferencias existentes entre los individuos con trastornos alimentarios y los individuos sin trastornos alimentarios; también se han realizado estudios acerca de las diferencias existentes respecto a conductas alimentarias entre individuos con sobrepeso u obesidad e individuos con normopeso. Resulta sugerente que en general existen diferencias en el aspecto conductual de ambos grupos. Sin embargo, los estudios realizados a menudo son contradictorios y carecen de contundencia por lo que se debe abordar este aspecto con cierta reserva y profundizar hasta obtener resultados científicos que realmente puedan ser útiles.

La creencia colectiva es de que los individuos con obesidad comen en mayores cantidades que los individuos con peso normal. No obstante a ello esto no es necesariamente cierto ya que de todos es bien sabido que hay personas delgadas que ingieren grandes cantidades de alimentos, mientras que otras con problemas de obesidad aparentemente ingieren muy poco alimento. Al parecer el que un individuo tenga o no problemas con el peso no depende mayoritariamente de la cantidad de alimento que ingiera, sino principalmente del funcionamiento de su metabolismo y del equilibrio que tenga entre el consumo y gasto de calorías.

Es importante dejar en claro que, aunque se han llevado a cabo estudios con respecto a los hábitos mencionados, y aunque existen hipótesis que lo sugieren, hasta el momento no se cuenta con datos contundentes obtenidos que permitan determinar si los individuos con trastornos alimentarios difieren en sus patrones conductuales extra-alimentarios (es decir, todos aquellos que no se relacionan directamente con la ingesta o con la privación de alimento) de los individuos sin trastornos alimentarios.

Ahora bien, entre las principales conductas alimentarias de riesgo se encuentran:

- *La práctica de dietas -sin duda el indicador primordial de factores de riesgo-.
- *El consumo de comidas copiosas.
- *La ingesta excesiva de hidratos de carbono o de grasas.
- *El comer desordenadamente a cualquier hora del día.
- *El comer con rapidez y el hacerlo viendo televisión o leyendo.
- *El saltarse alguna (s) comida del día.
- *Comer como respuesta al estrés psicológico; "hambre emocional".

Cabe mencionar que para los fines de la presente investigación se consideraron diversos factores que se midieron por separado no obstante a encontrarse todos ellos dentro del rubro "conducta alimentaria". Estos son: conducta alimentaria normal, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta hipocalórica, dieta crónica, atribución de control alimentario interno y atribución de control alimentario externo.

Por conducta alimentaria normal se entiende aquella conducta característica del individuo que brinda a su organismo el aporte energético que éste requiere por medio de nutrientes, y en donde no se presenta alteración de hábitos alimentarios, es decir, que no se incurre en dietas o privaciones excesivas, o en comportamientos como vómitos inducidos, por ejemplo. Es la conducta de los individuos que tienen una sana -pero no exagerada ni obsesiva- preocupación por su peso y por los alimentos que ingieren.

En cuanto a la conducta alimentaria compulsiva, ésta se caracteriza por la ingestión desmedida de alimentos en donde el hambre no constituye el motivo, sino que intervienen factores psicológicos, emocionales, afectivos y/o sociales.

La preocupación por el peso y por lo que uno ingiere suele estar presente en un gran número de personas. Hasta cierto grado esto no sólo no es patológico sino que, por el contrario, le permite al individuo conservar un equilibrio y un bienestar con respecto a su cuerpo, a su mente y, por lo tanto a su vida. Sin embargo, cuando esta preocupación se vuelve excesiva, entonces no resulta extraño que se presenten trastornos alimentarios ya que, en tales casos, los individuos harán "cualquier cosa" por cumplir con un criterio personal que piensan y sienten que no está siendo satisfecho.

En estos casos, las dietas hipocalóricas son comunes y se caracterizan por una ingesta sumamente limitada de alimentos con el fin de no aumentar de peso y de tener una apariencia más deseable.

Hay individuos que prácticamente toda su vida tienen preocupación por su peso y cuyos kilos de más les afligen de sobremanera. Las dietas crónicas implican que un individuo se

someta a una dieta tras otra de manera que tal hábito se convierta en parte de su vida.

En lo que respecta a la atribución de control alimentario interno, esta implica la percepción que tiene un individuo acerca de porqué suceden las cosas. Es decir, la atribución de control alimentario interno se refiere a que la explicación que el individuo da acerca de sí mismo está basada en aspectos internos, es decir, que atribuye a su forma de ser el que tenga tal aspecto físico -por ejemplo, sus kilos de más- o el que sea de tal o cual manera. Por otro lado, la atribución de control alimentario externo se refiere a que la explicación que el individuo da acerca de sí mismo está basada en aspectos externos, es decir, que atribuye a la sociedad, al destino, a Dios, o a cualesquiera otro factor ajeno a su persona, el que él tenga tal aspecto o sea de tal o cual manera.

Ahora bien, los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder control sobre el comer. Y es precisamente a causa de estos temores que el individuo incurre en dietas y en conductas de riesgo que pueden desembocar en algún trastorno. De hecho, el principal factor de riesgo para el desarrollo de la conducta alimentaria anómala es el seguimiento de dietas para bajar de peso y, por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es un denominador común en los desórdenes alimentarios.

La práctica o el seguimiento de dietas altamente restrictivas y de conductas características -pero no exclusivas- de la anorexia y bulimia nerviosa, pueden llevar consigo importantes costos psicológicos, tales como sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y temores asociados con la pérdida de control, independientemente de la desgastante

lucha que la persona sostiene consigo misma y que pone a prueba su control (Gómez Perez-Mitré, 1995). A este respecto, una modificación cognitiva y conductual que posibilite al individuo el sentirse bien consigo mismo y con la relación que sostiene con la comida, se hace necesaria.

Capítulo 6. Autoatribución.

La autoatribución es la percepción de los propios atributos del individuo. Los adjetivos, características, rasgos o cualidades con los cuales el individuo se describe a sí mismo. Percepción evaluativa de sí mismo que puede ser favorable (autoatribución positiva) o desfavorable (autoatribución negativa).

La valoración cultural de los atributos físicos afecta de manera relevante la reacción que la gente tiene frente a un individuo. Los jóvenes cuyo físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto, su autoatribución es generalmente positiva; en cambio, aquellos cuya imagen genera indiferencia o desdén, generalmente presentan una autoatribución negativa. Es importante mencionar que los atributos que uno se pone a sí mismo no solamente afectan su autoconcepto, sino también su conducta. Por ello, si los atributos que un individuo se impone determinan su estado, cómo se siente y cómo actúa, resulta evidente que tienen una enorme importancia en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de la vida del individuo.

Los seres humanos son las únicas criaturas vivientes que se auto-evalúan. Son los únicos que pueden reprimir sus instintos e incorporar a su ser atributos y características como producto de la interacción social. Como consecuencia de ello, acostumbran ponerse calificativos que, lejos de ayudarlos, por lo general los limitan o los hacen sentir mal. Atributos como "vago", "ignorante", "tonto", "débil", "inútil", "gordo", "flaco", "animal", etc., afectan la propia imagen de un individuo. Si este individuo adopta dichos

calificativos y los incorpora a su persona no es extraño que vaya por la vida sintiéndose mal y lleno de complejos.

En vez de aceptarse tal como es, y de aceptar su naturaleza, el ser humano, con asombrosa frecuencia, tiene complejos de inferioridad y se atribuye características que normalmente se alejan de la realidad y que le hacen sentir miserable. No es raro, entonces, que le resulte difícil aceptar su cuerpo tal y como es y, sobre todo, aceptarse íntegramente como ser humano.

En lugar de fijarse en sus particulares aptitudes, el ser humano se compara con otros, lo cual le hace sentir disminuido. Piensa que si otro tiene un mejor aspecto entonces indudablemente debe ser mejor y ello es suficiente para hacerlo sentir menos. Al perder la confianza, cree que la solución radica en crear una apariencia que la inspire. Entonces, el objetivo de lucir bien, que en sí mismo puede considerarse positivo, se transforma en algo negativo porque el individuo se olvida de sí mismo y de sus necesidades internas. Este olvido provoca un aumento de su sufrimiento y, cuando este proceso se va haciendo crónico, su frustración crece y se vuelve contra sí mismo. A partir de allí se abre una posibilidad franca para el desarrollo de algún trastorno alimentario o de otro tipo.

Las personas empiezan una dieta con el objetivo de mejorar su estado físico, pero con frecuencia van perdiendo lentamente el control de algo que comenzaron con un buen objetivo. Inclusive, algunas personas están obsesionadas con aspectos de su apariencia que son imposibles de cambiar. Se sumergen en un penoso y preocupante sentimiento de desvalimiento que afecta todo su accionar. Lo que no se dan cuenta es de que por lo general no se sienten mal por un rasgo determinado que no les satisface, sino por su incapacidad para no vislumbrar

sus buenas cualidades en general. A menudo, también, estas personas sienten la necesidad de ser mejores en todo, y simplemente no pueden tolerar algo en lo cual no sean perfectas. Este ideal de perfección puede constituirse en una motivación positiva para algunos, pero para la mayoría de las personas se constituye en una enfermedad que les hace enfocarse en lo negativo y que les conduce a la insatisfacción con su imagen corporal y consigo mismas.

De qué manera se inicia esto. La investigación acerca de la percepción de las personas se ha centrado generalmente en la percepción que éstas tienen de otras personas. Los modelos de atribución se desarrollaron con el supuesto de que las inferencias de atribución guían nuestro comportamiento respecto de las demás personas. En los últimos años, estos modelos también se han utilizado para explicar nuestras percepciones de nosotros mismos.

Una de las líneas de investigación la constituyeron los intentos de Bem (1965, 1967, 1972) de dar una explicación de la autopercepción para los efectos de la presión social en las creencias. La otra fue el trabajo de Schachter (1968) y sus estudiantes acerca de la percepción de las emociones.

La teoría de Bem sobre la autopercepción trató de explicar la forma en que sabemos qué actitudes tenemos. Bem sugirió la idea radical de que nuestras actitudes son inferencias de la información en cuanto a nuestro propio comportamiento y a varias fuerzas externas. De hecho, sugirió explícitamente que inferimos nuestras actitudes exactamente de la misma manera y utilizando justamente los mismos tipos de información que cuando inferimos las actitudes de otros.

La afirmación básica de la teoría de autopercepción de Bem (1972) es que cuando las claves internas sobre nuestros

sentimientos son débiles, ambiguas o difíciles de interpretar inferimos nuestros sentimientos con base en nuestras observaciones de nuestro propio comportamiento y de las fuerzas situacionales que lo influyen, de la misma manera que lo haría un observador extraño que no tiene acceso a nuestro estado interno. Tenemos muchas posibles fuentes de información acerca de nuestros sentimientos, las cuales incluyen las señales internas, el comportamiento y el contexto situacional.

Por otra parte, muchas personas dirán que las señales internas asociadas con emociones poderosas son inequívocas; por ejemplo, que reconocemos instantáneamente la diferencia entre la congoja y la ira. La teoría de Schachter afirma osadamente que esto no es así. Lo mismo que Bem, afirma que las señales internas no son suficientes para decirnos qué emociones estamos sintiendo, aun en el caso de las emociones que de ordinario se consideran fundamentalmente diferentes, como la felicidad y la ira. Schachter afirma, entonces, que hay pocas diferencias notables asociadas con las diversas emociones.

Al igual que posteriormente lo haría Bem (1972), Schachter (1962) agregó un componente cognoscitivo al postulado de la excitación general, diciendo que inferimos nuestras emociones a partir de otras señales. Sin embargo, Schachter no destacó exactamente las mismas claves que Bem. Mientras que este último destacó las observaciones del propio comportamiento y el contexto situacional, y restó importancia a las señales internas, Schachter hizo énfasis en las observaciones del propio estado interno y del contexto situacional y no se interesó en las señales del comportamiento. Schachter propuso que la experiencia de la emoción requiere dos cosas: 1) un estado de excitación fisiológica indiferenciado, que dice a la persona que está agitada, y 2) una inferencia

cognoscitiva, basada en señales situacionales, que dice a la persona lo que significa la agitación.

Las investigaciones mencionadas indican que nuestros sentimientos y creencias son inferidos frecuentemente a partir de nuestro comportamiento y de diversos estímulos externos. Sin embargo, también es importante tratar de entender las implicaciones para la persona. A este respecto, varios estudios sugieren que las autoatribuciones pueden influir en el comportamiento subsecuente. Existen implicaciones potencialmente importantes en la investigación acerca de los efectos de la autoatribución en el comportamiento subsecuente. Varios científicos sociales (Becker, 1963; Scheff, 1966) han señalado que muchos comportamientos desviados -incluidos el crimen y la enfermedad mental- se pueden explicar en términos de rótulos. El argumento es que cuando las personas muestran ciertas formas de comportamiento los observadores no sólo tienden a dar un rótulo negativo a ese comportamiento sino también a hacer una atribución disposicional al actor. Así, a la persona que habla consigo misma y a veces parece incoherente se le llamará enfermo mental o loco, y a aquella que se enfrenta a sus padres se le llamará rebelde. La teoría de los rótulos llega a decir que una vez que el rótulo se ha establecido y la persona lo acepta, trata de presentar un comportamiento congruente acorde con el rótulo.

Un estudio en el que se hizo creer a los sujetos que su comportamiento pasado resultó de un motivo particular o del hecho de ser un tipo particular de persona puede servir para ilustrar lo mencionado. A las personas que dieron dinero para una obra de caridad se les rotuló explícitamente como "donantes", mientras que a quienes no dieron dinero se les rotuló de "no donantes" o no se les rotuló. Como se esperaba, los que recibieron el rótulo de "donantes" posteriormente

dieron más para otra obra de caridad que los que no habían recibido un rótulo, y se obtuvo una ligera tendencia a que ocurriera lo contrario con quienes habían sido rotulados como "no donantes" (Kraut, 1973).

De esta manera, el comportamiento futuro puede ser afectado por las autopercepciones basadas en el comportamiento pasado. Las experiencias vividas con y a través de los otros, los papeles y los comportamientos premiados o castigados van conformando la autoimagen e imprimiendo el significado de sus elementos o atributos percibidos. Por ejemplo, el impacto de cómo los padres califican a sus hijos (guerrista, bueno, descuidado, listo, distraído, entre otros), sus actitudes y sus sentimientos conforman la autopercepción de éstos como lo demostraron los hallazgos de los primeros estudiosos del self (Backman & Secord, 1962).

El hecho de que una persona se autoperciba como obesa, entonces, puede guiar su pauta de acción en forma negativa. Al haberse puesto un rótulo (obesa) se crea una identidad y vive consistentemente de acuerdo con él. Es por ello que el cambio favorable resulta en extremo difícil. Para lograrlo, la persona en esta situación deberá adquirir una nueva identidad con respecto a su estado físico y dejar de considerar que está obesa y que ella "es así". De allí la enorme importancia que tiene el presente estudio acerca de la relación entre autoatribución, conductas alimentarias, imagen corporal y obesidad. A este respecto y de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1996), la presentación de una lista de adjetivos positivos (indicadores de autoatribución positiva) y negativos (indicadores de autoatribución negativa) y la selección que de ellos hacen los niños, permite inferir que se ha obtenido una autodescripción de la imagen, de la representación que los niños tienen de sí mismos. De los

rótulos que éstos acepten dependerán, en gran medida, sus patrones conductuales.

Ahora bien, la obsesión por la apariencia no suele comenzar en la edad adulta, sino en la adolescencia, cuando la búsqueda de aprobación por parte de los demás se encuentra en su plenitud y apenas se tiene una identidad. De hecho, el adolescente es como lo ven los demás y, para él, el hecho de no sentirse atractivo es como una maldición. Es común, en esta etapa de la vida, sentir vergüenza por algún aspecto de la apariencia: el tener acné, el pensar que uno es demasiado gordo o demasiado flaco, demasiado alto o bajo, o el preocuparse por el tamaño de los senos o de los muslos. Debido a que es una etapa caracterizada por cambios notables en la apariencia, es frecuente que el adolescente común se encuentre insatisfecho con algunos de ellos. Para él, quizás más que en cualquier otra etapa de su vida, la apariencia es fundamental. Pero hay un fenómeno que inquieta aún más y es que en la actualidad, lo que antes era una preocupación propia de la adolescencia, hoy es una preocupación que comienza muy temprano en la vida. Los adultos transfieren a sus hijos su preocupación por la apariencia antes de que estén en condiciones de cuestionarla. Los niños crecen alentados a ajustarse a los cánones de belleza existentes y a buscar a como de lugar una imagen corporal socialmente aceptable.

En un estudio llevado a cabo por Gómez Pérez-Mitré (1995) con el propósito de detectar la presencia de factores de riesgo relacionados con los desórdenes del comer, se encontró que los varones presentaban con mayor frecuencia problemas alimentarios que las niñas, que la auto-atribución negativa se relacionó con problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias; que en general las niñas presentan en mayor medida hábitos inadecuados, como comer "alimentos

chatarra" y comer "frente al televisor" y; que existe relación entre problemas alimentarios y autopercepción negativa y de ésta con las relaciones familiares autoritarias.

Si se considera que para la mayoría de las personas el comer de una manera sensata requiere una gran fuerza de voluntad, puede entenderse que la contradicción de satisfacer su apetito y de lucir bien suscite un gran conflicto interno. Por un lado está el placer de la comida y de los alimentos ricos en calorías; por el otro está el placer de tener una apariencia deseable. La cuestión es que para lograr dicha imagen las personas deben de sacrificar ciertos placeres y vigilar lo que se llevan a la boca. Ante este esfuerzo por tener un cuerpo socialmente aceptable aparecen, como consecuencia, los trastornos de la alimentación.

La gran paradoja de la dieta es que para poder cambiar uno debe comenzar por aceptarse tal como es y por permitirse a sí mismo un poco de amor y comprensión. Cuando el deseo de perder peso no tiene sus raíces en una energía positiva, sino en el autodesprecio, no es extraño que este deseo se revierta y que lleve a la persona a comer más, conduciéndola a un círculo vicioso. La auto-aceptación es, por lo tanto, el comienzo de cualquier cambio real y duradero.

Ahora bien, el problema radica en que el ser humano está tan escindido de sí mismo, tan condicionado por su cultura que, obviamente, le resulta difícil aceptarse. Con frecuencia por ejemplo, menosprecia el "lado animal" de su naturaleza y, por ello, difícilmente está en paz con su cuerpo y con su biología humana básica. Le llena de vergüenza y de culpa su cuerpo y procura ocultar esa parte de su humanidad básica. Esto parece haberse iniciado con especulaciones intelectuales

sobre la superioridad del hombre sobre las demás criaturas vivientes.

Resulta curioso que el ser humano, precisamente por poseer la capacidad de raciocinio, sea la única criatura viviente que en determinado momento pueda llegar a despreciarse a sí misma. El resto de los animales sencillamente se dedica a vivir y a pasarla bien. A un perro no le resulta difícil aceptarse como perro ni como exactamente el tipo de perro que es. Un labrador jamás deseará ser un doberman o un poodle; jamás se considerará torpe ladrando ni estará insatisfecho por su imagen corporal. Los animales no se dedican a analizar todos los atributos propios de su ser, ellos simplemente son y no están obsesionados con su apariencia o con lo que dirán los otros perros de la colonia.

Los seres humanos, en cambio, presentan esquemas muy variables respecto de cómo se ven a sí mismos. Los atributos y adjetivos que utilizan -sean éstos positivos o negativos-, en mayor o menor medida, afectan la estructura de su ser y determinan su comportamiento. Así, una mujer que se describa a sí misma como "atractiva", "agradable" y "exitosa", se comportará de forma muy distinta a aquella que se crea "dominante", "insegura" e "incompetente". Aunque este aspecto es básico, así es como opera la psique del ser humano. Los atributos que incorpora a su ser, que hace suyos un individuo, determinarán, no sólo cómo se sentirá consigo mismo, sino seguramente también el grado de satisfacción o de insatisfacción que experimentará en su vida. En relación con la conducta alimentaria determinarán si ejerce un control sobre la comida o si carece de él; si incurre en algún trastorno alimentario; si tiene hábitos sanos, etc. En relación con la obesidad específicamente, determinarán si continúa obeso o si logra aproximarse a su ideal físico; si acepta su imagen corporal o si la rechaza; si se ama y se

valora o se desprecia; e, inclusive, si hará el intento de lograr un cambio o sencillamente se resignará a permanecer tal como está.

La autoatribución es, por lo tanto, una variable muy importante que debe considerarse, necesariamente, cuando se estudian las conductas y trastornos alimentarios, la obesidad, y en general los aspectos psicológicos y conductuales de un individuo.

Capítulo 7. Imagen Corporal.

Muy diversos estudios son los que se han llevado a cabo en relación a la imagen corporal y a la trascendencia que ésta tiene en la vida de un individuo. Vivimos en una cultura occidental notablemente centrada en el aspecto físico y no resulta extraño, por lo tanto, que la apariencia de un individuo, y específicamente la percepción que éste tiene de la misma, determinen sus relaciones personales, su actitud hacia la comida y su conducta alimentaria y, en general, prácticamente todos los aspectos de su vida.

En forma notable, la apariencia física de un individuo, al ser comparada con los estándares sociales de belleza, induce en quienes lo rodean percepciones, evaluaciones y comportamientos repetidos y coherentes que giran en torno a una actitud favorable o desfavorable hacia dicha persona. Ante esto, el individuo percibe e interioriza dichas actitudes hasta el punto en que afectan la imagen que de sí mismo tiene (Bruchon, 1992).

Si la percepción evaluativa y auto-actitudinal del individuo es desfavorable con respecto a su propio cuerpo, con gran probabilidad deseará modificar su estado físico y, por lo tanto, la posibilidad de que incurra en algún trastorno alimentario estará latente.

Es común que las personas perciban de manera muy inexacta la forma real de su cuerpo y ello puede derivar en una satisfacción o, más frecuentemente, en una insatisfacción con su figura corporal. Asimismo, la alteración de la imagen corporal puede presentarse como una sobreestimación o, más comunmente, como una subestimación.

Thompson (1990), tras una investigación, constató que el 95% de las mujeres sobreestimaba el volumen de sus cuerpos, que el 35% de ellas sobrevaloraba las dimensiones de su cintura, mientras que el 17% sobrevaloraba sus caderas y el 11% sobrevaloraba sus nalgas.

En un estudio llevado a cabo por Cash et al. (1986) con 2,000 ciudadanos americanos representativos de la población general estadounidense, se encontró que un 38% de las mujeres manifestó una clara insatisfacción por su apariencia física. Trece años antes, en 1972, tal insatisfacción era experimentada por el 23% de las mujeres.

En este mismo estudio, del 50 al 57% de las mujeres mostraron preocupación por la parte media e inferior de su torso y 45% de ellas dijo estar insatisfecha con su tono muscular. Además, el 17% dijo estar preocupada por su altura. De todo esto se pudo concluir que más del 90% de las mujeres manifiesta y experimenta una intensa orientación hacia la apariencia física.

En otro estudio llevado a cabo con muchachas británicas de 12, 14, 16 y 18 años de edad, se encontró que un 4% de ellas tenía sobrepeso. No obstante a ello, más del 50% de ellas deseaban adelgazar, cerca del 60% consideraba que debían restringir sus comidas o modificar su alimentación habitual, cerca del 20% se encontraban haciendo algún tipo de dieta para adelgazar y casi un 40% practicaba alguna actividad física (Davies y Furnham, 1986).

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Hill (1991) con 213 niñas y 166 niños de 9 años de edad, se halló que los niños de ambos sexos con mayor peso manifestaban una baja autoestima, un notable deseo de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria. No obstante a ello, ese deseo de un cuerpo más delgado y la motivación para seguir una dieta

restrictiva se daba en niños y niñas de todos los niveles de peso. Además, el porcentaje de niñas deseosas de adelgazar superaba en mucho al de los hombres (41% versus 28%).

Ante estas revelaciones, se ha intentado establecer la relación entre la práctica de dietas y la percepción de la imagen corporal. De acuerdo con Wardle y Beales -y sus estudios- (1986), existe una correlación alta entre quienes hacen dietas restrictivas y la percepción del peso corporal.

Cabe subrayar que la alteración de la imagen corporal y la satisfacción o la insatisfacción con la misma, en la mayoría de los casos está asociada con los trastornos de la alimentación y constituye un factor sumamente importante en la integración del autoconcepto de un individuo.

De esta manera, se ha relacionado estrechamente a trastornos alimentarios como la anorexia tanto con insatisfacción con la imagen corporal, como con una distorsión de la misma (Zellner, Harner y Adler, 1989; Hsu y Sing-Lee, 1993). Cabe mencionar, sin embargo, que autores como Gilbert (1993) alertan acerca de que la distorsión de la imagen corporal se puede presentar en poblaciones sin trastornos alimentarios.

En un estudio que se realizó con una población de N=524 estudiantes de sexo femenino con un rango de edad de 15 a 25 años y provenientes de la UNAM-Campus Iztacala, (Alvarez, G., Román, M., Manríquez, E. y Mancilla, J.M., 1996) se encontró una correlación positiva significativa entre la presencia de trastornos alimentarios y de trastornos de la imagen corporal -acentuada insatisfacción y distorsión-. En otras palabras, se encontró que la imagen corporal tiene una relación estrecha con el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Asimismo, diversos estudios efectuados en los últimos diez años revelan que el número de personas insatisfechas con su imagen corporal ha aumentado notablemente en todo el mundo. Actualmente se considera que la idea que uno tiene de su propio cuerpo incluye varios aspectos: a) noción de las formas: la figura, la postura, el aspecto y las dimensiones, b) percepción de las sensaciones: dolor, placer, hambre, saciedad, etc., y c) significado del cuerpo: para uno mismo y frente a los demás, lo cual incluye el grado de satisfacción del propio cuerpo. Cabe mencionar que resulta sumamente importante la relación existente entre lo que un individuo piensa que es, lo que realmente es, y lo que le gustaría ser, ya que con frecuencia existe una diferencia considerable entre estas apreciaciones. Difícilmente un individuo que se considere delgado se someterá a dietas restrictivas, mientras que un individuo que se considere a sí mismo obeso con gran probabilidad incurrirá en este tipo de conductas y, probablemente, en alguno o en varios trastornos del comer con el fin de modificar su estado físico.

Es importante mencionar que la satisfacción o la insatisfacción con la imagen corporal no se adquieren ni se modifican de la noche a la mañana, sino que se van adquiriendo y modificando en forma paulatina desde la niñez.

Así, la percepción de la imagen corporal no es una percepción estática e inalterable sino por el contrario, varía a lo largo de la vida por diferentes circunstancias como la enfermedad, el desarrollo físico -los cambios corporales-, el desarrollo cognitivo -modificación de juicios, lógica, creencias, valores, etc.-, y el contexto social, etc. Grinder (1976), afirma que la apariencia física de un individuo se encuentra influida por aspectos constitucionales y culturales, lo que le permite percibir, interpretar, elegir o modificar ciertas propiedades del contexto, tales como su

cuerpo. Después de todo, las prácticas embellecedoras tratan de alcanzar unos objetivos individualistas, pero sobre todo el reconocimiento o la promoción social.

Cuando un niño siente que es atractivo y que quienes lo rodean lo buscan o lo halagan, por lo general desarrollará un autoconcepto que le permita superarse y lograr progresos en las diferentes áreas de su vida y, probablemente, sentirá satisfacción con su imagen corporal. Cuando, por el contrario, sienta que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia se menospreciará y sentirá insatisfacción con su imagen corporal.

Ahora bien, mientras que la satisfacción o insatisfacción se da en relación al nivel o grado de discrepancia que existe entre la figura corporal real del sujeto y la figura corporal ideal o imaginaria del mismo, la alteración de la imagen corporal, por su parte, puede presentarse ya sea como una sobreestimación o como una subestimación de la figura corporal.

Se considera que existe alteración de la imagen corporal cuando un individuo: tiene una abrumadora preocupación por la obesidad, no relacionada con la verdadera magnitud del problema; tiene dificultades para mirarse al espejo o verse en fotos; no se reconoce en su tamaño real cuando adelgaza y cuando sube de peso; se interesa sobre todo por su peso y observa al mundo en términos de peso corporal principalmente (Cormillot, 1988).

Los componentes alteración y grado de satisfacción corporal son el resultado de:

a) condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores tales como los medios de comunicación; b) variables individuales más o menos

objetivas, como peso y tamaño o forma real del cuerpo; c) variables psicosociales subjetivas, como auto percepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño o forma corporal real y el peso y forma deseada y, d) comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social (Bruchon, 1992; Gómez Pérezmitre, 1993).

Ahora bien, si esta distorsión o esta insatisfacción con la imagen corporal se puede experimentar a lo largo de toda la vida, es en la adolescencia, etapa marcada por cambios vertiginosos, en donde comúnmente aparece con mayor énfasis y, por lo tanto, es la etapa que más favorece el desarrollo de trastornos alimentarios. No en vano que se haya encontrado que la edad promedio en la que se establece la bulimia sea a los 18.4 años, edad en la que también se han observado las tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo, así como el mayor grado de distorsión de la imagen corporal (Cooper y Fairburn, 1983).

Es de gran importancia que en cualquier tratamiento para la obesidad se consideren estos aspectos y que no se pase por alto aquel que concierne a la autoatribución y a la imagen corporal. Si un individuo tiene una visión realista de su propio cuerpo es probable que pueda tener actitudes más convenientes y realizar acciones más adecuadas para adelgazar, como podrían ser, por ejemplo, solicitar ayuda, realizar alguna actividad física, etc. En otro contexto, si un individuo con obesidad tiene una visión distorsionada de su cuerpo, es probable que lleve a cabo acciones menos adecuadas, como sedentarismo, alimentación inadecuada, etc. Por otro lado, es probable que un individuo sin problemas de peso cuya imagen corporal se vea alterada, de forma tal que se perciba a sí mismo como obeso, incurra en conductas alimentarias de riesgo y en trastornos de la alimentación.

La información que se tiene al respecto motiva a los estudiosos de la mente y de la conducta a continuar realizando investigaciones. Hay un acuerdo bastante generalizado acerca de que hoy más que nunca los problemas y los trastornos relacionados con el peso y con la conducta alimentaria suelen iniciarse en edades puberales y prepuberales. Esto no es extraño en virtud de que los niños reciben la influencia del ambiente que los rodea e interiorizan los modelos estéticos corporales vigentes en el mismo. La preocupación absorbente por la alimentación se vuelve parte de la vida de un gran número de estos niños y, obviamente, los padres tienen mucho que ver en ello. De hecho, la transmisión de costumbres y valores alimentarios y estéticos -que llevan a esta preocupación- aumenta cuando las madres de los niños han padecido o padecen trastornos del comportamiento alimentario, especialmente cuando cuentan con una historia relevante de dietas adelgazantes (Garner et al.,1983).

Por lo aquí expuesto, cabe concluir que el abordar el aspecto referente a la imagen corporal ante un trastorno alimentario -cualesquiera que éste sea- es, en muchos casos, no solamente deseable, sino totalmente necesario.

Capítulo 8. Adolescencia.

8.1 Definición, contexto histórico y aspectos generales.

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, período típico entre la niñez y la adultez. Este período empieza con los cambios fisiológicos de la pubertad, y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que las demás etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos.

La pubertad es una etapa marcada por grandes cambios biológicos que se producen al final de la infancia, pero igualmente es un proceso social y emocional que se encuentra fuertemente relacionado con la cultura. Es la transición en el desarrollo entre la infancia y la edad adulta (Hurlok, 1987). Durante esta etapa maduran las funciones reproductoras, crecen los órganos sexuales y aparecen las características sexuales secundarias. Esta etapa se inicia por lo general entre los 9 y 10 años, aunque puede tener lugar antes o después. Es importante mencionar que, además de los cambios físicos, los cambios emocionales son muy notorios.

Ahora bien, la adolescencia en los seres humanos se presenta como una fase particular de desarrollo, aunque sea una fase de transición, con sus propias características biológicas, sociales e intelectuales. Una gran parte de los problemas sociales y personales del desarrollo brotan durante la adolescencia y las dificultades que giran alrededor de la independencia personal, de la separación de la familia y de la elección de una vocación, son todos problemas típicos de esta etapa de la vida.

Uno de los primeros estudiosos del periodo adolescente del desarrollo fue Hall (1966), psicólogo que se dedicó a investigar el desarrollo sexual, social, intelectual y emocional de los adolescentes. De acuerdo con él, la adolescencia se caracteriza principalmente por la tensión (estrés) y por la aflicción.

Otros consideran que la esencia misma del periodo de la adolescencia es el conflicto mismo. Friedenberg (1959) ha sugerido que la identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan con sus padres y con otras figuras de autoridad. Por otra parte, Bandura (1964) sostiene que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso, es un mito. Afirma que son los medios masivos de comunicación los que han destacado dramáticamente este aspecto de la adolescencia y que tal vez los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta. Opina que, a fin de cuentas, las reacciones de los adultos con respecto a los adolescentes y la conducta adolescente son reacciones estereotipadas.

Con los postulados y la teoría de Freud en el campo de la psicología, se consideró que los cambios más importantes ocurrían durante la niñez. "Infancia es destino" afirmó Freud, y aunque dicha aseveración no deja de tener algo de verdad, investigaciones recientes indican que durante toda la vida se presentan cambios fundamentales. Hoy se sabe que la adolescencia y la edad adulta son periodos de desarrollo importantes para los seres humanos, y no solamente etapas en que las personas sencillamente viven su vida de acuerdo con patrones establecidos durante la primera infancia.

Hay dos aspectos principales en los cuales se centra la mayoría de los psicólogos en lo que al desarrollo del

adolescente se refiere: uno de ellos implica el establecimiento de una identidad propia; el otro consiste en la integración adecuada de los impulsos sexuales y agresivos.

Stanley Hall (1904), describía la adolescencia como un periodo de "tormentas y estrés" inevitables, sufrimiento, pasión y rebelión en contra de la autoridad de los adultos. De hecho, tanto Hall como Freud pensaban que un adolescente que no experimentaba trastornos y confusión tendría problemas de desarrollo en el futuro.

Freud vislumbró la adolescencia como una época en la cual el individuo en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y ha estabilizado durante el periodo de latencia. Ante tal amenaza, el individuo ha de modificar diversas facetas de su vida y ha de adaptarse a la nueva etapa que está atravesando.

Keniston (1975) considera que los problemas de la mayor parte de los adolescentes surgen de una "tensión entre el yo y la sociedad", de una inadecuación entre lo que son y lo que piensan que la sociedad desea de ellos.

Muchos psicólogos han enumerado las tareas o metas más comunes de los adolescentes. Havighurst (1953) llama a estas tareas desarrollistas. Las siguientes son algunas de las metas que, de acuerdo con dicho autor, son consideradas sobresalientes del adolescente:

1. Lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres.
2. Adquirir las aptitudes sociales que se requieren de todo adulto joven.
3. Lograr un sentido de sí mismo como de una persona que tiene su propio valor.
4. Desarrollar las necesarias habilidades académicas y

vocacionales.

5. Adaptarse a un físico que está cambiando rápidamente, y al desarrollo sexual.
6. Asimilar un conjunto de normas y valores internalizados que les sirvan de guías.

Aunque hay ciertos patrones bien diferenciados en el desarrollo humano que comparten las civilizaciones en todas las épocas, el proceso del desarrollo está profundamente influido por las fuerzas socioeconómicas del momento. Ello se advierte sobre todo en la adolescencia, cuando el individuo trata de acostumbrarse a vivir con las presiones sociales y alcanzar un equilibrio entre los valores internos y externos.

Erikson (1959) ha sugerido que el periodo de la adolescencia es un periodo en el que el individuo lucha entre identidad y difusión o pérdida de identidad. En la forma en que lo usa Erikson, el término identidad significa "la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás". La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos estrepitosos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel fundamental en el desarrollo.

Las características de la adolescencia han sido notorias desde la antigüedad. Aristóteles, por ejemplo, escribió acerca del "carácter apasionado e irascible" de los adolescentes y comentó acerca de la tendencia que tienen a tomar posturas extremas y a dar opiniones categóricas. Platón, por su parte, ya hacía notar lo modificables que son las actitudes de los adolescentes.

No obstante a estas actitudes, notorias desde la antigüedad, hay que advertir que el estudio científico de la adolescencia, en el cual ésta es concebida como un período distinto de desarrollo humano, es reciente. Muller (1969) opina que el principio de una cuarta fase del desarrollo del concepto de niñez tuvo lugar alrededor de 1930. Aunque los niños fueron tratados en otras épocas como "pequeños adultos", en la actualidad se acepta generalmente que el período de la niñez tiene sus propias características.

8.2 Aspectos físicos y fisiológicos característicos de la adolescencia.

La adolescencia se caracteriza por una gran rapidez en lo que respecta a los cambios biológicos. Los hitos biológicos de la adolescencia son un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y de tamaño corporal, un rápido desarrollo de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Las hormonas que afectan el crecimiento de los adolescentes aumentan su producción durante la pubertad y provocan cambios físicos notables. La secreción de testosterona, por ejemplo, hace que el pene crezca, que la espalda se ensanche, y que el pelo aparezca en el área genital y en la cara. En las mujeres, el estrógeno hace que el útero y los pechos crezcan, y que las caderas se ensanchen. También, las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales, por ejemplo, tienen una repercusión emocional y fisiológica importante en el adolescente (Craig, 1989).

Generalmente, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo por lo que no es extraño que algunos preadolescentes aumenten de peso de manera evidente en esta época. También, el principio de la adolescencia suele estar marcado por un gran incremento en la altura. Los huesos y los músculos aumentan de tamaño y al

crecimiento de las extremidades le sigue normalmente un crecimiento en el ancho del cuerpo. En este crecimiento tan acelerado, por lo general, los niños pierden la grasa extra que acumularon al principio, mientras que las niñas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, grasa que, sin embargo, se distribuye en distintos lugares del cuerpo (Craig, 1989).

Los sexos maduran a diferente ritmo. En promedio, aunque hay muchas variaciones, las mujeres pasan por profundos cambios biológicos dos años antes que los varones.

Además del crecimiento, el cambio biológico más importante en el hombre adolescente es el desarrollo del sistema reproductor. La primera indicación de la pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. Aproximadamente un año más tarde, suele haber un crecimiento rápido en la talla y en el pene, así como de las vesículas seminales y de la próstata. Empieza a aparecer el vello púbico y la primera emisión seminal suele aparecer entre los 11 y los 16 años.

En las mujeres, el crecimiento de los senos suele ser la primera señal del inicio de la pubertad. Hay crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clítoris y los labios genitales. La menarca, que constituye la principal característica de maduración sexual, aparece en esta etapa, generalmente entre los 9 y los 16 años.

La adolescencia es un periodo de la vida que implica una serie de cambios físicos importantes. El más evidente es el llamado "estirón", incremento rápido tanto en peso como en estatura que se inicia a los 8 ó 9 años en las niñas y a los 10 ó 11 años en los niños. Este estirón produce un alargamiento del tronco y el cuerpo de los niños empieza a hacerse más fuerte. Las niñas, por su parte, empiezan a

acumular mayor cantidad proporcional de grasa en brazos, pecho, caderas y piernas, y su aspecto empieza a ser el de una mujer joven.

Los adolescentes son plenamente conscientes de estos cambios físicos que ocurren tan aceleradamente en su cuerpo; y les preocupa que su físico sea deseable y que sean aceptados por sus compañeros y amigos. Después de todo, el sentimiento de pertenencia es una necesidad fundamental en la vida de todo ser humano. Por ello, los adolescentes le conceden una enorme importancia a su aspecto físico y no es raro que sientan insatisfacción ante el mismo. Debido a los cambios tan acelerados, el adolescente común se enfrentará con dificultades al tratar de "moldear" su cuerpo y al pretender poseer "la figura ideal".

De hecho, aproximadamente la tercera parte de los niños y la mitad de las niñas en los primeros años de la adolescencia hablan de malestar respecto de su apariencia física. Especialmente entre las niñas, la satisfacción con la propia apariencia va ligada con la satisfacción de sí misma (Lerner y Karabenick, 1974).

Asimismo, los adolescentes menos satisfechos con su aspecto físico también presentan menos autoestima, su autoimagen es menos estable y son más conscientes de su aspecto (Adams y Gullota, 1983).

La edad en que se producen los cambios más notables en el adolescente es variable, lo cual afecta indudablemente el aspecto psicológico. Los niños que maduran tempranamente se desempeñan mejor en los deportes y en las actividades sociales, y por lo tanto suelen ganarse el respeto de los compañeros y amigos que les rodean. Por el contrario, los que tardan en madurar tienen más probabilidades de sentirse

inadecuados, ansiosos y muy conscientes de sí mismos (Jones y Bayley, 1950).

En las mujeres, la maduración temprana parece tener sus ventajas y sus desventajas. La adolescente que madura a edad más temprana es admirada por sus compañeras, aunque corre el peligro de ser ridiculizada por los hombres o de que la vean como un objeto sexual. Sin embargo, las niñas de maduración precoz, aunque pueden sufrir un poco durante la adolescencia por su mayor tamaño y por su condición de mayor desarrollo, en la edad adulta suelen ser personas bien ajustadas y contentas consigo mismas (Peskin, 1973).

Indudablemente, la maduración sexual, al igual que otros importantes cambios físicos, tiene consecuencias psicológicas para los adolescentes. Entre los jóvenes, la creciente frecuencia de las erecciones y la eyaculación correspondiente es motivo de orgullo y señal de que se ha iniciado la transición hacia la virilidad.

Por su parte, muchas adolescentes reciben con beneplácito el inicio de la menstruación porque es un signo de que finalmente "se están convirtiendo en mujeres" y cruzan el umbral de la edad adulta. Pero las pruebas indican que la mayoría de las niñas tienen una actitud mucho menos positiva al respecto (Grief y Ulman, 1982). Para muchas, la menstruación -a la que algunas de ellas perciben como "maldición"- es, en el mejor de los casos, algo que debe ser tolerado y, en el peor, fuente de considerables malestares psicológicos y físicos. Por los mismos condicionamientos a los que se ven expuestas, no es raro que haya adolescentes que se consideren "impuras" o que asuman una actitud de vergüenza ante un proceso tan natural y tan maravilloso como en realidad es. Por ello, tampoco es raro que aquellas adolescentes que se encuentren sexualmente activas opten por no tener relaciones sexuales durante su menstruación. Así,

todos estos aspectos fisiológicos que tienen lugar en la mujer adolescente afectan de manera variable en cada una de ellas su aspecto emocional, psicológico, e inclusive, el afectivo.

La maduración sexual temprana y el énfasis que da la sociedad actual a la sexualidad, se combinan para incrementar la importancia de ésta en la vida de la mayoría de los adolescentes contemporáneos. Para muchos adolescentes de hoy en día, el sexo es un medio de comunicación, una nueva experiencia, un indicio de madurez, una fuente de aprobación y de estatus entre compañeros de la misma edad, un reto hacia los padres o la sociedad restrictiva y un escape de la soledad o las presiones de la vida. No obstante, estos mismos adolescentes no están más maduros, psicológicamente hablando, que sus abuelos a la misma edad. Una consecuencia de esta discrepancia del crecimiento, madurez sexual e inmadurez psicológica, resulta en un tremendo incremento en el número de embarazos no deseados (Craig, 1989).

8.3 Aspectos psicológicos característicos de la adolescencia.

Si bien la apariencia es considerada importante en todas las etapas de la vida, para los adolescentes particularmente, su cuerpo tiene una importancia enorme. Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptivos respecto a su apariencia física y la de sus amigos. La distancia entre su autoimagen imperfecta y el ideal que se les muestra en la sociedad por los medios masivos de comunicación puede constituir una fuente de ansiedad. Por aspectos como éstos, los adolescentes pueden ser, inclusive, extremadamente intolerantes ante la desviación tanto en la constitución corporal (por ejemplo, una excesiva obesidad o una extrema delgadez) como en la sincronización corporal (por ejemplo, en el caso de una maduración tardía) (Craig, 1989).

Las mujeres adolescentes generalmente se preocupan por el hecho de ser muy gordas o muy delgadas porque se interesan mucho por la aceptación social, y la gordura no es bien vista en nuestra sociedad. El principal interés de los hombres en esta etapa, por su parte, suele ser la fuerza física y las habilidades atléticas, por lo que la altura y los músculos son aspectos importantes para ellos.

Así como hay cambios físicos importantes en la adolescencia, también tienen lugar en esta etapa cambios cognoscitivos trascendentes. Un aumento en la capacidad y estilo del pensamiento enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y su penetración (Keating, 1980).

En la teoría del desarrollo de Piaget, el hito del cambio cognoscitivo del adolescente es la aparición del pensamiento de las operaciones formales. Este nuevo procesamiento intelectual es abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato. Incluye pensar en posibilidades, comparar la realidad con aquello que puede ocurrir con aquello que nunca podrá suceder. A diferencia de los niños en etapas anteriores, los adolescentes manifiestan una creciente inclinación a tratar todo como una simple variación de lo que pudiera ser (Keating, 1980). El pensamiento de las operaciones formales requiere la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis y gracias a él, los adolescentes muestran una creciente capacidad de planear y prever las cosas, y de reflexionar sobre el propio pensamiento. Los adolescentes se vuelven extremadamente introspectivos y ensimismados. Poseen ya la capacidad de buscar relaciones entre relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad (Inhelder y Piaget, 1958).

Es aceptado que todos los procesos mentales relativos al procesamiento de información y a la inteligencia se van

incrementando de manera gradual a lo largo de toda la niñez y de la adolescencia. Los adolescentes tienen mayor capacidad para resolver problemas y para llevar a cabo inferencias que los niños en edad escolar, pues poseen un rango más amplio de argumentos o esquemas a los cuales referirse. De acuerdo con los teóricos del procesamiento de información, el desarrollo cognoscitivo en la adolescencia comprende lo siguiente: 1) el uso más eficiente de los componentes del procesamiento de información por separado, tales como la retención de memoria y los componentes de transferencia; 2) el desarrollo de estrategias de memoria más complejas para diferentes tipos de resolución de problemas; 3) maneras más efectivas de adquirir información y almacenarla simbólicamente; y 4) el desarrollo de funciones ejecutivas de un orden más alto (meta), incluyendo la planificación, toma de decisiones y flexibilidad en la elección de estrategias para una base más amplia de guiones (Sternberg, 1988).

Asimismo, los conocimientos y habilidades académicas fundamentales usualmente alcanzan niveles óptimos de funcionamiento durante la adolescencia. Además, esta complejidad en el contenido de sus pensamientos afecta indudablemente la manera en como los adolescentes examinan el mundo social. El procesamiento racional de las cuestiones, por otra parte, está encaminado a conseguir una congruencia interna y a estructurar su comportamiento y su vida en general, aspectos que a menudo le producen conflicto cuando, como con frecuencia ocurre en esta etapa, el adolescente no cuenta con la suficiente claridad que le permite lograrlo.

En la adolescencia se da una paradoja interesante. Por un lado, el adolescente es, por lo general, aún dependiente de sus padres y tiene que adaptarse a los cambios que exige su desarrollo y aceptar ciertas reglas que se le imponen. Por el otro, anhela la independencia y pugna por la libertad, con frecuencia confundiéndola con el libertinaje. El mayor deseo

del adolescente es, generalmente, forjarse una identidad propia y demostrar que puede enfrentar las condiciones de vida en las cuales se desarrolla. Lo que más le interesa es salir del seno de su familia y convivir ampliamente con sus amigos. En esta etapa la diversión y la relación con el sexo opuesto se convierten en una prioridad que supera inclusive en muchas ocasiones a la misma familia. El adolescente busca deliberadamente diferenciarse de las personas de su edad y escapar de las responsabilidades que los adultos le imponen. Es por ello que suele resultarle en extremo difícil la adaptación y la estabilidad emocional que a menudo lo mantiene en un considerable conflicto interior.

Ana Freud (1958), establece que cuando un individuo llega a la adolescencia, se siente inseguro y por lo tanto no puede satisfacer a sus padres. Asimismo, establece que la conducta incongruente e impredecible es normal en la adolescencia. El adolescente acepta sus impulsos y los rechaza, ama y odia a sus padres alternando entre la dependencia y la rebeldía.

Cabe mencionar que la rebeldía característica de esta etapa se manifiesta de diversas formas: rompiendo las reglas impuestas en el hogar, no asistiendo a clases, asumiendo actitudes inconvenientes, etc., lo cual a menudo repercute en conflictos con los padres y plantea un desafío en la relación existente con ellos.

Ahora bien, el duelo que el adolescente experimenta por dejar atrás la etapa infantil es otro aspecto que debe considerarse, ya que es otro de los factores que contribuye a que el adolescente se vea en la necesidad de una readaptación de sus patrones conductuales; este ajuste que responde a las exigencias que los adultos le imponen se da con un ritmo distinto en cada individuo; sin embargo, si un adolescente se niega internamente a asumir las nuevas responsabilidades que conlleva el entrar a esta etapa y a

renunciar a los patrones conductuales anteriores, con gran probabilidad tendrán lugar conflictos en la estructura familiar que repercutirán, asimismo, en su desarrollo. Cabe mencionar que el adolescente puede desarrollarse y formarse plenamente como un adulto en la medida en que pueda ajustar su conducta a las exigencias internas y externas que conlleva cada etapa de su vida. Algunos individuos, sin importar su edad, jamás alcanzan esta condición de plenitud.

Debido a que la adolescencia es una etapa marcada de cambios tan acelerados e importantes, si los conflictos que el adolescente experimenta no son resueltos, pueden conducir a comportamientos neuróticos e inconvenientes, como las adicciones o el comer en exceso. Después de todo "adolescencia" deriva de la raíz latina "adolescere", que significa adolecer, carecer. En esta etapa el individuo carece de una estructura firme y de pautas cognitivas estables que le permitan enfrentarse con seguridad a las condiciones de vida que se le presentan. El adolescente, entonces, "adolece", hay crisis y son comunes en esta etapa los complejos, la ambivalencia y los problemas de autoestima o en el autoconcepto. Además, existe el peligro de confusión acerca de la identidad sexual, de la elección vocacional, etc. Por ello, la transición de cada etapa, y especialmente la de la adolescencia a la adultez, resulta crítica en la vida de todo individuo.

Asimismo, el adolescente a menudo experimenta ansiedad y/o angustia. Uno de los mecanismos que puede operar como anti-ansiolítico es la comida. Al comer se modifica la bioquímica del cuerpo y por lo tanto la persona se siente más relajada y con mayor tranquilidad. Sin embargo, el efecto es temporal por lo que cuando la ingestión de alimentos ha transcurrido y el proceso de digestión se ha llevado a cabo, la ansiedad vuelve a manifestarse y el individuo se siente nuevamente

ansioso, por lo que tiene lugar un círculo vicioso que sin duda alguna le afecta.

8.4 Adolescencia y contexto social.

Las técnicas que emplea el adolescente para afrontar el estrés de un nuevo cuerpo y de nuevos roles tienen su origen en el desarrollo de la personalidad a lo largo de la niñez. Algunos psicólogos argumentan que los adolescentes también están bajo la presión de sus padres, quienes les han transferido sus propias compulsiones para conseguir y lograr un estatus social superior (Elkind, 1981). La actitud de los padres y las expectativas que tienen de sus hijos, juegan un papel importante en el concepto que desarrollan éstos de sí mismos, de su cuerpo y de sus funciones -efecto pigmalión-. Generalmente cuando un niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, se menosprecia. En esta etapa, la imagen que tienen de sí mismos los niños se encuentra en constante cambio y generalmente aceptan como verdadera la opinión de sus padres, compañeros y maestros. De esta manera, el adolescente debe lidiar con todas las presiones externas e internas, confrontar y resolver tareas importantes del desarrollo, y formar una identidad coherente y funcional.

Asimismo, los psicólogos coinciden en que los adolescentes deben de afrontar y superar fundamentalmente dos problemas: 1) lograr cierta independencia y autonomía de sus padres, y 2) lograr la formación de una identidad, es decir, crear un yo integrado que combine de manera armoniosa los elementos de la personalidad.

Indudablemente, convertirse en un adulto implica una transformación gradual. Se requiere la capacidad para ser, al mismo tiempo, independiente e interdependiente. La independencia implica la capacidad de hacer uno mismo sus

propios juicios y de regular uno mismo su propia conducta, mientras que la interdependencia implica una recíproca dependencia con quienes nos rodean, así como vinculaciones interpersonales que son características de la condición humana.

El entrar a la adolescencia es un proceso que exige abandonar los viejos roles y establecer una nueva relación respecto a los padres, familiares, amigos y sociedad en general. Erikson (1968) ve en esto el problema fundamental que los adolescentes han de resolver si quieren hacer una transición buena y completa hacia la adultez.

La selección de un conjunto de valores que orienten es un proceso central en la adolescencia. A fin de romper con algunos de los valores que le fueron inculcados en la niñez y formarse su propio sistema de valores, el adolescente debe de tener en cuenta las diferentes opciones y utilizar una lógica de causa y efecto. Ante la creciente independencia de los adolescentes, las familias deben, asimismo, hacer ajustes. La adaptación es más fácil para familias que renegocian sus roles mientras mantienen cohesión, adaptabilidad y buena comunicación.

Asimismo, en esta etapa, las relaciones con los compañeros sirven para ofrecer a los adolescentes el apoyo emocional y son esenciales para el desarrollo de destrezas sociales. Las relaciones que éstos llevan a cabo con compañeros y amigos les ayudan a formar la identidad de grupo y a tener un sentimiento de pertenencia, aspecto fundamental en la vida de todo ser humano. También les ayudan a sus necesidades de integración de la personalidad, identidad y autorrealización, que son especialmente fuertes en esta etapa.

8.5 Implicaciones Psico-sociales del sobrepeso en la adolescencia.

Debido a los grandes cambios que tienen lugar en la pubertad y la adolescencia, es frecuente encontrar niños que, a diferencia de en los años anteriores, presenten sobrepeso e inclusive obesidad. Los niños, en el proceso de búsqueda de una identidad y aún sin una estructura mental y emocional firme, son extraordinariamente sensibles ante las críticas y opiniones de quienes les rodean. Por ello, aquellos que presentan sobrepeso generalmente se sienten muy mal consigo mismos, especialmente por el ideal de delgadez que mantiene nuestra cultura.

Esta etapa es conocida como la edad del seguimiento de un gran número de dietas de moda. En general, los varones se interesan por aquellas que los ayuden a desarrollar el tejido muscular y las muchachas por aquellas que les permitan verse más delgadas (Hurlok, 1987). Resulta cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos por obtener un peso y forma corporal tendientes hacia una delgadez difícil de alcanzar (Gómez Pérez-Mitre y Avila Angulo, en prensa).

Ante su sobrepeso u obesidad, el adolescente se ve expuesto con frecuencia a críticas y a tratos despectivos, lo que afecta su autoconcepto y la imagen que de sí mismo tiene. Generalmente, en ciertas situaciones, se siente menos y su vida social se vuelve muy limitada. Mientras tanto, anhela una figura esbelta y las características ideales que le impone una cultura obsesionada con el aspecto físico y con lucir mejor. Esta insatisfacción consigo mismo por lo común se extiende a las demás áreas de su vida y afecta, no solamente el aspecto social, sino también el aspecto psicológico y emocional.

La valoración cultural de los atributos físicos afecta de manera relevante la reacción que la gente tiene frente al adolescente. En estudios realizados por Lerner, Venning y Knapp (1975) se observó que, según el grado de atractivo de un niño, la distancia adoptada con respecto a él por sus compañeros variaba notablemente. Un niño "gordito" provocaba el alejamiento de sus compañeros, mientras que un niño musculoso o moderadamente delgado inducía la proximidad física de sus compañeros.

Así, los jóvenes cuyo físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto, su autoatribución es generalmente positiva; en cambio, aquellos cuya imagen genera indiferencia o desdén, generalmente presentan autoatribuciones negativas. Y es importante mencionar que los atributos que uno se pone a sí mismo no solamente afectan su autoconcepto, sino también su conducta. Por ello, si los atributos que un individuo se impone determinan su estado, cómo se siente y cómo actúa, resulta evidente que tienen una enorme importancia en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de la vida del individuo.

CAPITULO 9. Consideraciones generales para un tratamiento efectivo del individuo con obesidad y/o con trastornos de la alimentación.

Inicialmente es importante establecer que el principal objetivo de todo tratamiento de la obesidad -o de cualquier trastorno alimentario- va más allá de únicamente proporcionarle al individuo una dieta diciéndole lo que debe y lo que no debe comer. En realidad, el objetivo fundamental consiste en ayudar al individuo a desarrollar un estilo de vida sano y en equilibrio.

Tratamiento integral.

Desde el punto de vista del autor, los trastornos relacionados con la conducta alimentaria deben ser tratados integralmente puesto que son multifactoriales. El mejor tratamiento consistiría, entonces, en centrarse, no únicamente en un aspecto, sino en todos aquellos involucrados con la obesidad y/o trastornos alimentarios. Utilizar jaleas reductivas, limitar la ración de los platillos, proporcionar dietas hipocalóricas, ponerse parches en determinadas zonas del cuerpo y demás "remedios mágicos" solamente ayuda en forma momentánea; es como tratar de acabar con una plaga utilizando insecticida tan solo en la parte superior de las hojas, siendo que la plaga nace desde la raíz y el tallo. El proceder así es solamente un paliativo, pero de ninguna manera pone fin al problema que requiere ser atacado de fondo.

Es necesario contemplar los diferentes aspectos. Proporcionar al paciente una dieta adecuada y brindarle asesoría acerca de ella; ayudarle a modificar sus conductas alimentarias utilizando métodos conductuales, por ejemplo; ayudarle a modificar sus patrones de pensamiento mediante terapias

cognitivas; explorar su campo emocional y afectivo y ayudarle a canalizar sus emociones adecuada y asertivamente mediante terapias reeducativas; proporcionarle un programa de actividad física que, conjuntamente con una dieta programada y con terapias de apoyo, le permita modificar su estado físico actual.

Tratamiento personalizado.

En el tratamiento de la obesidad suele ser muy útil un programa para adelgazar; un programa científico debidamente elaborado e individualizado ya que cada persona debe ser tratada de acuerdo a sus propios condicionamientos, creencias, hábitos, etc. Un programa para tratar la obesidad puede resultar efectivo para algunos individuos mas no para otros, por lo que el terapeuta está obligado a identificar las particularidades de su paciente y ajustar dicho programa a sus necesidades. La flexibilidad del programa dependerá, obviamente, de la severidad de la obesidad y de las condiciones bajo las cuales éste tenga lugar. Aspectos como la personalidad del paciente, el grado de sobrepeso, el ritmo en el adelgazamiento, la adaptación al plan propuesto, etc., deben contemplarse.

Aceptar la responsabilidad del propio cambio.

Asimismo, es importante que ante cualquier tratamiento o terapia el individuo acepte la responsabilidad del cambio y no se la adjudique al terapeuta o a otras personas. Sólo cuando un individuo se hace responsable de su propio comportamiento, puede lograr cambios efectivos y duraderos.

Paso a paso.

Es común que individuos que se han sometido constantemente a tratamientos relacionados con el peso desarrollen lo que en psicología se conoce como indefensión aprendida. Al haberlo intentado en diversas ocasiones sin éxito, suele llegar un momento en el que finalmente se cansan y se resignan a su

estado actual porque piensan que lo han intentado todo y que nada les funciona. Así, a la larga, estos individuos renunciarán al mando y aceptarán el "fracaso", se encontrarán desvalidos y no volverán a intentar lograr su propósito, aunque exista un camino saludable y propicio para hacerlo.

Superar un problema con la comida requiere volver a probar una y otra vez hasta que se descubra cómo obtener ese saludable equilibrio en la vida. El individuo con obesidad, por ejemplo, ha de realizar algunos cambios importantes en su comportamiento, paso a paso; si se propone lograr cambios enormes en poco tiempo, probablemente tropezará y se sentirá desanimado ya que la superación de un aspecto problemático con la comida involucra obligadamente componentes cognitivos (pensamiento), emocionales (afectividad) y conductuales (acción), que no suelen modificarse de la noche a la mañana.

Motivación.

¿Qué se debe hacer entonces con un individuo que ha acumulado una cantidad significativa de grasa en su organismo a causa de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto calórico? Para el autor, el primer paso debe ser, necesariamente, motivarlo a que lo intente de nuevo ya que dicho individuo sencillamente, por sus experiencias vividas y por sus tropiezos al haberlo intentado, ya no cree ser capaz de lograr los resultados que desea; "ha aprendido" que haga lo que haga no puede bajar de peso y se ha cansado de intentarlo. Por ello, el primer paso consistiría en lograr motivarlo para que empiece a lograr resultados distintos a los que hasta ese momento han conseguido.

La motivación, entonces, es fundamental para lograr el éxito en cualquier campo de la vida, incluyendo el que se refiere al estado de salud de un individuo. Es importante mencionar que cuando a un individuo se le pretende someter a una dieta o a determinada pauta de conducta con "vigilancia externa",

es decir, con observación de familiares, amigos o médicos, y dicho individuo no está convencido de llevarla a cabo, los cambios difícilmente se producirán. La conducta del individuo será adecuada únicamente mientras se encuentre en presencia de quienes esperan que resuelva sus problemas relacionados con el peso o con la alimentación. La motivación interna, en cambio, permite un cambio duradero porque el comportamiento (comer sanamente) continua independientemente de la vía disciplinaria (controles externos).

La importancia del significado y los objetivos.

Nietzsche expresó que cuando un ser humano tiene un por qué casi siempre podrá encontrar el cómo, y es verdad. Para lograr cualquier cambio trascendente un individuo ha de tener un porqué lo suficientemente poderoso que lo impulse a lograrlo ya que de lo contrario abandonará a la primera dificultad. Cuando existe un objetivo, una meta firme y poderosa, un significado asociado a determinada conducta, no es extraño entonces que un individuo consiga encontrar dentro de sí los recursos que le permitan lograr aquello que se ha propuesto.

Por ello, el inicio de un programa alimenticio -cualquiera que sea su propósito- debe, forzosamente para ser efectivo, estar marcado por objetivos concretos y lógicos, por razones lo suficientemente importantes para el individuo porque siendo consciente de ellas la conducta de éste estará encaminada a sus propósitos. Además, esto es importante debido a que en diversas ocasiones existen ganancias secundarias procedentes del hecho de encontrarse en tal o cual estado -obesidad, por ejemplo- o de estar incurriendo en algún trastorno alimentario. Si no son descubiertas y reveladas dichas ganancias secundarias, que por lo general son inconscientes, el individuo puede realmente no querer o no necesitar cambiar, pues obtiene ciertos beneficios de su estado. Puede trabajarse por tanto tiempo como se quiera,

pero si el paciente, consciente o inconscientemente, no desea realmente cambiar, no cambiará y únicamente se reafirmará en su comportamiento.

Identificar la problemática real.

Para obtener resultados distintos y solucionar los problemas con la alimentación y con el peso, por lo tanto, se ha de llegar a la raíz del problema, y no atacar exclusivamente los efectos. ¿Qué se quiere decir con ésto? Pues que si un individuo únicamente "hace dieta" cada vez que aumenta unos kilos de peso, el comportamiento persistirá y con gran probabilidad tendrá lugar el patrón del yo-yo (rebote). Las medidas temporales, por lo tanto, no funcionan, pues los resultados también son sólo temporales. No resulta extraño, entonces, que aproximadamente el 95% de las personas que han logrado perder peso lo recuperen en menos de dos años. Esto evidentemente porque estas personas no han logrado efectuar cambios categóricos en sus patrones de pensamiento. Consiguen resultados temporales, sí, pero continúan con el mismo esquema mental y al enfrentarse a situaciones similares a las que les llevaron a tener un exceso de peso, vuelven a su forma habitual de comportamiento. Este ciclo continúa hasta que un nuevo esquema mental es capaz de ponerle fin; hasta que dichos individuos aprenden a canalizar sus emociones y su energía en otros comportamientos más benéficos para su persona; comportamientos que les hagan sentirse bien consigo mismos y que establezcan nuevos "círculos viciosos", esta vez positivos. Una modificación conductual en este aspecto, por lo tanto, es fundamental ya que las personas tienen problemas de obesidad en virtud de que no saben cómo "ingeniárselas" sin la comida excesiva y sin trastornos alimentarios. Cualquier método satisfactorio para controlar el peso deberá acostumbrarle al individuo a modificar su comportamiento para comer, de forma que su consumo de alimentos sea adecuado.

Para lograr una pérdida de peso permanente se requiere, entonces, ir al fondo del conflicto, lo cual significa tomar conciencia de su existencia, reconocerlo, y finalmente aceptarlo. Estos tres pasos, el reconocimiento, la admisión, y la aceptación, son pasos esenciales hacia el control permanente de peso.

Una vez que se ha llegado a la raíz del problema, que se ha identificado concretamente el por qué el individuo presenta exceso de peso o cualesquiera trastorno referente a la alimentación, y que se ha trabajado integralmente con los aspectos emocionales, psicológicos y conductuales a fin de modificar su estado, el cambio es inminente. Esto, claro está, siempre y cuando el terapeuta descubra la problemática real del paciente y sea eficiente en los aspectos terapéuticos empleados, y siempre y cuando el paciente se encuentre "en su momento de cambio", es decir, que esté realmente decidido a cambiar, que desee cambiar, y que permanezca motivado hasta lograr el cambio.

Es normal que un individuo que desee bajar de peso o que desee abandonar ciertas conductas inconvenientes referentes a la alimentación, consciente o inconscientemente, tenga miedos, y ello es porque el cambio implica algo desconocido, algo que se sale de su cómoda zona de influencia. Este es un aspecto que el individuo tendrá que ir aprendiendo a manejar conforme vayan produciéndose los cambios. No debe pasarse este aspecto por alto ya que puede ser uno de los principales obstáculos que eviten el cambio. Después de todo, un individuo que vaya consiguiendo bajar de peso y lucir mejor, por ejemplo, seguramente será más exigido socialmente y tendrá que aprender a afrontar nuevas situaciones: relaciones exigentes, quizá mayor responsabilidades laborales, etc.

Dolor/Placer y comportamientos sustitutivos.

Se ha observado que las personas con obesidad y con trastornos alimentarios, así como la gran mayoría de los seres humanos, anhelan soluciones rápidas y acciones que no demanden un gran esfuerzo cuando de sacrificar hábitos placenteros se trata. Esto se debe a que las fuerzas del dolor y el placer operan en el ser humano desde su mismo nacimiento. Desde pequeño, el ser humano se rige por el principio hedonista, es decir, busca alcanzar el placer y evitar el dolor, patrón que permanece a lo largo de toda su vida. Así pues, bajo el gobierno de esas dos fuerzas, placer y dolor, se desarrolla la vida de cada ser humano. Cuando éste logra un equilibrio y aprende a manejar dichas fuerzas, generalmente vive en armonía. Cuando, por el contrario, busca el placer en forma desmedida y no consigue demorarlo ni llevarlo a sus justas proporciones, es entonces cuando con frecuencia incurre en comportamientos que lo perturban y lo afectan emocionalmente. Tal es el caso de la obesidad por ingesta excesiva, en donde un individuo busca con gran frecuencia la gratificación inmediata de los alimentos que le provocan placer, aunque a largo plazo ello le ocasione un gran dolor tanto psicológica como emocionalmente.

Con base en lo anterior, resulta claro que hay un aspecto fundamental para el éxito de cualquier tratamiento de los trastornos alimentarios y de la obesidad y es el siguiente: lograr el cambio de las asociaciones neuronales del paciente respecto al dolor y al placer. ¿Qué significa esto? Que únicamente cuando el individuo cambia el significado de lo que la conducta alimentaria implica, y empieza a asociar un gran placer con el hecho de estar en buena forma física y a comer sanamente, o un gran dolor al hecho de encontrarse en una forma física indeseable o de incurrir en conductas alimentarias anómalas, entonces el cambio puede ser categórico y definitivo. Mientras dicho individuo, en cambio, continúe, por ejemplo, asociando en su mente un enorme placer

por gran parte de los alimentos que para bajar de peso tiene que restringir, placer que es más real, más fuerte que aquel que asocia con un estado físico deseable, no resultará extraño que no consiga bajar de peso o que no logre mantener su peso una vez que ha bajado esos kilos de más.

Ahora bien, Freud expresó que quien entiende la mente humana sabe que no hay nada más difícil para un hombre que abandonar un placer que se ha experimentado alguna vez. A este respecto, cabe mencionar que la mayoría de las veces resulta más efectivo utilizar pautas alternativas de comportamiento, es decir, utilizar comportamientos sustitutivos al comportamiento que se desea modificar, que tratar de modificar, mediante restricciones, el comportamiento inconveniente. Por ello, es conveniente que el terapeuta busque, conjuntamente con el paciente, actividades placenteras que puedan sustituir, por ejemplo, al hábito de comer compulsivamente a lo largo del día. Es probable que la persona establezca nuevas asociaciones en su mente y que ahora encuentre un placer similar al que obtenía con la comida, leyendo, practicando deporte, bañándose en tina, o cocinando. Al transferir su placer del acto de comer en exceso, a otras actividades estará en posición de modificar su estado físico y su salud. Con la terapia el individuo ahora obtendrá un placer mayor del hecho de comer sanamente y de mantenerse en forma, que de ingerir grandes cantidades de alimento. Cuando se consigue esto, y se da vuelta a la balanza del placer y el dolor, y se trabaja con los conflictos internos del individuo, la terapia suele resultar eficiente y el individuo será capaz, no sólo de lograr el cambio deseado, sino de mantenerse en su peso normal y alimentarse sanamente a lo largo de su vida. Se ha cambiado el significado de lo que el acto de comer significa para el paciente y, con ello, se ha logrado el cambio conductual.

Aspecto cognoscitivo (asociaciones y automatismos).

Ahora bien, cuando un individuo se encuentra implicado en un trastorno, cualquiera que éste sea, es necesario revisar, no solamente sus patrones conductuales, sino, principalmente, sus patrones de pensamiento que lo llevan a desenvolverse de esa manera. La mente del ser humano funciona por automatismos y por asociaciones inconscientes. Por ello, un tratamiento eficiente de la obesidad implicaría una ruptura de aquellos automatismos que llevan al individuo a comer en forma inconveniente. En ciertos casos, por ejemplo, una persona ha desarrollado el hábito, esto es, ha creado el automatismo, de detenerse a comer prácticamente en cada ocasión que pasa por un restaurante de comida rápida cuando va regresando del trabajo. Ya ni siquiera se cuestiona si tiene hambre o no porque ha aprendido que la comida procedente de tales establecimientos le resulta extremadamente placentera. Esa persona, en su mente, ha asociado un enorme placer con detenerse a comer en dichos establecimientos, aunque dicho placer sólo sea inmediato y a largo plazo tenga que pagar con la culpa y el remordimiento de ser "un glotón". Lo cierto es que se ha creado una asociación inconsciente entre la comida y el placer, de tal forma que el placer del bocado inmediato supera el posible dolor que a la larga implicarán un sobrepeso u obesidad.

La labor del terapeuta consistirá en crear nuevas pautas de pensamiento y acción en su paciente, de manera que éste pueda sentirse satisfecho con su accionar y con su forma de vida.

Identidad.

El gran problema de la terapéutica de la obesidad y demás trastornos alimentarios es su eficiencia a largo plazo. Se ha encontrado, por ejemplo, que la mayoría de las personas que consiguen bajar de peso lo recuperan en un plazo menor a dos años. Esto significa que únicamente han conseguido modificar su conducta por un periodo de tiempo determinado, pero que no

han logrado cambiar su estilo de vida de forma tal que les permita mantenerse delgados. A este respecto, un cambio en lo referente a la identidad, es fundamental puesto que ello es la única manera en que los nuevos comportamientos adquiridos puedan ser consistentes.

Este cambio de identidad implica que el individuo deje de considerarse como "un individuo obeso" y que, en cambio, empiece a verse como una persona que simplemente ha conseguido, con sus viejas pautas de comportamiento, un resultado llamado obesidad y que, tan pronto como lo desee y ponga en marcha pautas de comportamiento distintas, puede conseguir un nuevo resultado llamado "delgadez". Esta distinción suele ser pasada por alto tanto por pacientes como por terapeutas y sin embargo es crítica. Un individuo con obesidad que piense que "así es él" difícilmente logrará cambiar su estado físico; en cambio, un individuo que considere su estado físico o su patrón conductual como algo transitorio que puede modificar, con gran probabilidad lo conseguirá.

Autoatribución.

Asimismo, es importante conocer otra variable que va relacionada con la identidad y que, si bien en la presente investigación no fue significativa en relación con el peso, en ocasiones puede afectar la conducta del paciente. Esta variable es la autoatribución, -variable de estudio en el presente estudio- que comprende los atributos o rótulos que una persona se coloca a sí misma: inteligente, nerviosa, agresiva, obesa, glotona, sensual, etc. Un terapeuta experimentado seguramente indagará en este terreno e identificará cuáles de estos atributos afectan en forma negativa al paciente; lo ayudará a sustituirlos por atributos más capacitadores y reforzará los nuevos atributos de manera que el paciente logre una nueva identidad y, con ello, un patrón de conducta muy distinto.

Emociones y afectividad.

Se ha descubierto una característica común en casi todas las personas con problemas de obesidad o con demás trastornos alimentarios, y es que detrás de esa capa de grasa y de tales conductas hay seres humanos angustiados y desvalorizados ante sus propios ojos por el sentimiento de que sencillamente son débiles y no pueden modificar su estado físico o su comportamiento. Son seres humanos que por lo general se han sometido a un sin fin de dietas y restricciones de diversa índole para bajar de peso y sentirse mejor tanto física como psicológica y emocionalmente.

El motivo que está detrás del consumo de una pequeña o una gran cantidad de comida es el mismo. Es hambre emocional, no física. Tanto hombres como mujeres han aprendido a desplazar sus angustias, decepciones, su baja autoestima y su descontento hacia la comida. Comer o no comer les mantiene bajo control, seguros y a salvo. Comer en exceso es un modo de huir del problema a través de la comida, mientras las emociones son pasadas por alto. Y perder grasa no significa perder los sentimientos, las emociones y la insatisfacción actual.

El verdadero desafío que se plantea cuando un individuo con obesidad llega a tratamiento es ayudarlo a enfrentarse con sus propios sentimientos y emociones de manera que aprenda a canalizarlos en comportamientos que le produzcan verdadero placer y beneficios. Cuando un individuo toma conciencia de que está utilizando la comida como un recurso para conseguir algo y se sabe capaz de enfrentarse a sus conflictos, entonces ya no la utilizará más en forma inconveniente.

Lo que se pretende con un tratamiento sobre trastornos alimentarios, cualquiera que éste sea, es romper con la asociación creada entre estados emocionales y afectivos -

especialmente aquellos que son insatisfactorios o inconvenientes- y alimento. Llevar esta asociación a la conciencia le ayuda al individuo a romper la respuesta condicionada y a responder de una manera distinta ante los innumerables estímulos que lo instan a comer.

Tomar conciencia en lo referente a las emociones, por lo tanto, es otro paso fundamental en lo que se refiere a la conducta del ser humano y, de manera especial, cuando de adicciones y de trastornos se trata. Mientras sean expresadas y canalizadas de manera adecuada las emociones, las adicciones y los trastornos, difícilmente se presentarán. Cuando hay insatisfacción en alguno(s) aspectos de la vida de un individuo, cuando existen creencias irracionales, o cuando las emociones son reprimidas, es entonces cuando no resulta extraño que un individuo se dirija hacia la comida o se aparte de ella en busca de tranquilidad o control. En muchos casos los problemas con la comida son emociones reprimidas. Comer o no comer se convierte en el modo de tratar con los sentimientos no deseados o con sus problemas. Por ello, es importante ser consciente de la razón que existe detrás del hecho de comer o no comer y, sobretodo, aprender a enfrentarse con las propias emociones y canalizarlas de manera adecuada.

El problema yace en el individuo no en la comida.

Ahora bien, las conductas adictivas y la depresión son formas de autocastigo que se alimentan de la culpa . Es muy fácil pasar la culpa del fracaso, o de los malos sentimientos de uno mismo a la comida o a su peso físico. Un individuo no está descontento debido a su problema con la comida sino debido a la relación que sostiene consigo mismo, a lo que se dice a sí mismo y a su estilo de vida insatisfactorio que le ocasiona conflicto. Por ello, esperar que el perfecto peso físico sea el sinónimo de una vida perfecta resulta ilusorio y absurdo. Sólo porque el anoréxico empieza a comer y el

bulímico deja de volver, o la persona con sobrepeso lo pierde, no quiere decir que el problema fundamental esté resuelto. Sólo se elimina el síntoma. !La cuestión es desarrollar una imagen positiva de uno mismo y lograr la paz mental! (Sundermeyer, 1993).

Controlar la comida, por lo tanto, significa controlar la mente y crear pensamientos honrados y realistas para con uno mismo. Ello se debe a que la comida simplemente es un medio que sirve para modificar una condición emocional temporal, y un síntoma del descontento personal. Así, las emociones, que están fuera de control, se expresan mediante los patrones inconvenientes de alimentación.

La insatisfacción personal y el autoconcepto devaluado.

Un denominador común en los individuos que incurren en los trastornos alimentarios es que ellos utilizan la comida como escudo de protección, o como una droga para distraerse, olvidándose momentáneamente de su penosa existencia actual. Es evidente que un individuo que se siente autorrealizado y próspero no incurrirá en patrones autodestructivos como son las adicciones y los trastornos del comer. Y no incurrirá en dichas conductas porque no requiere de ayuda emocional como, por ejemplo, los individuos con obesidad o con trastornos alimentarios que, generalmente, utilizan la comida como una ayuda emocional temporal en los problemas y en determinadas situaciones que no admiten o no aceptan.

Por lo antes expuesto, es importante para el terapeuta indagar en los terrenos referentes a la autoestima y al autoconcepto del individuo con problemas asociados a la alimentación. Al tratar estos aspectos, y modificarlos, resulta lógico pensar que los comportamientos inconvenientes también se modificarán.

Imagen Corporal.

En la presente investigación se encontró la existencia de una relación entre la obesidad y la imagen corporal, por lo que es sumamente importante considerar si existe alteración o insatisfacción con la imagen corporal ya que, de ser así, en tanto el individuo no modifique estas concepciones que invariablemente le afectan, probablemente continuará incurriendo en desórdenes alimentarios. El trabajar con los aspectos relacionados con la insatisfacción y/o con la alteración de la imagen corporal es, por lo tanto, en estos casos, fundamental.

Locus de control y factores desencadenantes.

Cabe mencionar que por lo general las personas con obesidad presentan un locus de control externo, esto es, tienen mayor sensibilidad a estímulos externos asociados con la alimentación. Factores como la hora del día, la apariencia de los alimentos y la apetitividad de los mismos parecen influir en mayor grado la ingesta de los individuos obesos de los que no lo son. A diferencia de los individuos con obesidad, los individuos delgados o con normopeso suelen guiarse mayoritariamente por un locus de control interno, que determina sus decisiones acerca de qué, cuándo y dónde comer. Esto es significativo por lo que es importante que el terapeuta ayude al individuo con obesidad a identificar cuales son los principales estímulos desencadenantes de la ingesta, es decir, las condiciones bajo las cuales come en forma inconveniente. Esto obviamente con el fin de que pueda modificar su comportamiento y responder de manera distinta ante dichos estímulos.

Por lo antes expuesto, el médico o terapeuta -particularmente en la fase inicial del tratamiento- debe poner especial atención en los principales factores desencadenantes de la obesidad, que son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que

pueden provocar estados de estrés o generar tensiones que lleven al individuo a conductas alimentarias inconvenientes. Entre los principales factores fisiológicos desencadenantes se encuentran: la menarca, la menopausia, el embarazo, intervenciones quirúrgicas y tratamientos inadecuados. Entre los principales factores psicológicos desencadenantes están: el nacimiento de un hermano, el comienzo de la escolaridad (pues es un periodo crítico de 3 a 7 años), y el casamiento. Y entre los principales factores sociales desencadenantes están: los ascensos o descensos socioeconómicos, la publicidad, el confort y las presiones sociales. (Cormillot, 1988).

Alternativas.

Desde la década de los 50's se empezaron a efectuar operaciones y cirugías, y a utilizar diversas técnicas para tratar la obesidad. El tiempo ha demostrado que, salvo en casos muy particulares, cada una de estas iniciativas ha tenido escaso éxito. Hoy en día se conocen innumerables alternativas en lo que al tratamiento de la obesidad y de los trastornos alimentarios se refiere. Métodos como el de acupuntura, por ejemplo, o como el del uso de hipnosis se han vuelto muy comunes.

Programas similares al de Alcohólicos Anónimos han demostrado ser efectivos en un gran número de casos, sencillamente por contemplar aspectos como el de "Solo por hoy", en donde se le pide a un individuo con una adicción que se enfoque en el ahora, en el día de hoy, y que "sólo por el día de hoy" viva libre de su adicción. Al ir paso a paso, con pequeños esfuerzos constantes, y al dejar de contemplar la magnitud del problema como algo que requiere un esfuerzo laborioso y atemporal, los individuos -muchos de ellos- logran con frecuencia superar sus adicciones. Además, el pertenecer a un grupo suele resultar de gran ayuda para el individuo, en virtud del apoyo que experimenta y de que es capaz de

identificarse con otros y de poner las cosas en perspectiva. El individuo se da cuenta de que cosas que él consideraba eran particulares son, en realidad, experiencias comunes y puede contrastar las experiencias de quienes lo rodean con las suyas propias.

Otros programas, los conductuales por ejemplo, sugieren que el individuo lleve un registro de todas sus conductas relacionadas con la alimentación, esto es, a qué hora come, qué circunstancias preceden al acto de comer, en qué lugares se come, cómo se siente al momento de comer, qué cantidad de alimento ingiere, etc. Aunque estos programas pueden resultar efectivos, se debe proceder cuidadosamente ya que, si no se llevan a cabo de manera eficiente, estos programas pueden reforzar los patrones de pensamiento del individuo en cuanto a vivir obsesionado con el acto de comer. El individuo consigue modificar su conducta temporalmente, sí, pero lejos de contemplar la conducta alimentaria como algo natural, la contempla como algo que le angustia y que le causa aflicción. Por ello, no es extraño que el llevar registros le resulte poco motivante y que termine por abandonar el programa que había iniciado con esperanza. Además, si no se logra un cambio determinante a nivel cognitivo, los patrones conductuales pueden modificarse sólo por un cierto periodo de tiempo, hasta que una experiencia similar a la que ocasionó dicho trastorno se presente y active nuevamente la conducta alimentaria inconveniente.

Es importante que desde el inicio el individuo con obesidad o con algún trastorno alimentario esté consciente de que la solución no consiste en una dieta temporal, en modificar sus hábitos conductuales por un cierto periodo de tiempo, o en un remedio "mágico" que de la noche a la mañana cambiará su situación, sino en un cambio de su estilo de vida que le permita estar sano y en buena forma física.

Consideraciones finales.

Es recomendable que, además de contemplar los diferentes aspectos relacionados con la dieta y con la ingesta calórica, se contemplen aquellos aspectos relacionados con la actividad física y con el gasto calórico. Los estudios científicos sobre obesidad realizados en los últimos años han permitido llegar a la conclusión de que un tratamiento efectivo para la mayor parte de las personas con obesidad consiste en una aproximación integral a su problema. Es decir, que el tratamiento contemple un programa de alimentación razonable, un manejo psicológico, emocional y afectivo satisfactorio, la modificación de conductas asociadas con la obesidad, y un plan de actividad física. Este último aspecto del programa es tan importante como los otros dos ya que elimina uno de los aspectos más negativos de la enfermedad: el sedentarismo. Después de todo, difícilmente un individuo que realice ejercicio constante presentará problemas con su peso.

Expuesto lo anterior, resulta claro que la cuestión fundamental no es qué tanto se come o se deja de comer; lo más importante es enfocar debidamente el problema y conocer la siguiente distinción: que el conflicto real no radica en la relación inconveniente de un individuo con la comida, sino en aquello que motiva dicha relación inconveniente. Invariablemente se requiere modificar los hábitos y dicha relación inconveniente, pero más importante aún es modificar los esquemas psicológicos y emocionales que llevaron a que dicha relación inconveniente se produjera ya que de esa manera se conseguirán resultados consistentes.

Para finalizar es importante recalcar que en definitiva siempre será mejor la prevención que el tratamiento, por lo que se requiere de una cultura alimentaria que fomente hábitos sanos. El promover este tipo de hábitos, junto con una actividad física moderada desde la infancia, así como un clima familiar y social afectivo favorable, constituye una de

las formas más eficaces de prevenir el desarrollo de la obesidad y de los trastornos alimentarios.

Capítulo 10. Proyecto de investigación y metodología.

TEMA: Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal.

PROBLEMAS DE INVESTIGACION:

1.-¿Existen diferencias significativas respecto a la autoatribución de personas con sobrepeso u obesidad y personas con un peso normal?

2.-¿Existen diferencias significativas respecto a las conductas alimentarias de riesgo de personas con sobrepeso u obesidad y personas con un peso normal?

3.-Existen diferencias significativas respecto a la autopercepción de la imagen corporal de personas con sobrepeso u obesidad y personas con un peso normal?

VARIABLE INDEPENDIENTE (VI): Peso Corporal (Peso Normal o Normopeso, Sobrepeso, Obesidad).

VARIABLES DEPENDIENTES (VD): Autoatribución.
Imagen Corporal.
Conducta alimentaria de riesgo.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES:

(VI) Peso Corporal: Es una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido el tejido óseo y tejido adiposo.

En el presente estudio se utilizó una muestra que se dividió en dos grupos: uno conformado por individuos con peso normal y otro conformado por individuos con sobrepeso u obesidad. Por ello, a continuación se definen las variables citadas.

Peso Normal: Es aquel que presentan los individuos que no tienen un exceso de grasa corporal en su organismo.

Sobrepeso: Es aquel que presentan los individuos que tienen una acumulación de grasa no excesiva del tejido adiposo.

Obesidad: Se define como una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en un aumento de tejido corporal (Saldaña y Rossell, 1988).

(VD) Autoatribución: Atributo es el adjetivo, la característica, el rasgo o la cualidad de un ser; en este caso se refiere a la percepción de los propios atributos del individuo, definiéndola como la sensibilidad para conocer las características propias de uno mismo.

Puede entenderse como uno de los procesos a través de los cuales se construye la propia imagen; son los atributos, las características que incorporamos como producto de la interacción con los otros, esto es de la interacción social. Describe cómo nos percibimos a nosotros mismos y constituye un componente del autoconcepto.

La autoatribución puede considerarse positiva, cuando un individuo se percibe a sí mismo con características favorables; o negativa, cuando el individuo se califica a sí mismo de una manera poco favorable.

(VD) Imagen Corporal: Se refiere a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su propio cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza y de rol) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La imagen corporal tiene dos dimensiones básicas: satisfacción/insatisfacción y alteración.

La dimensión satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado con el cual a un individuo le gusta o le disgusta el tamaño y la forma de su cuerpo y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación.

Gómez Pérez-Mitré (1995) señala que la insatisfacción de la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada - alteración de la imagen corporal-, esto es, más o menos alejada de la realidad. Define distorsión o alteración de la imagen corporal como el mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario. Siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Y define por peso real el resultado de la medición realizada con una báscula y que puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC es un método para estimar obesidad y sobrepeso, y es la razón entre el peso corporal en kilogramos

y la talla o estatura en centímetros elevada al cuadrado (peso/talla²).

(VD) Conducta alimentaria de riesgo:

Para definir esta variable, probablemente sea apropiado, primeramente, definir en su genericidad lo que es conducta alimentaria para de esa manera poder entender con claridad lo que una conducta alimentaria de riesgo implica.

Conducta alimentaria: acción que implica una respuesta normal de satisfacer la necesidad de nutrientes del organismo con objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principios plásticos y reguladores indispensables.

Cabe mencionar que para los fines de la presente investigación se consideraron diversos factores que se midieron por separado no obstante a encontrarse todos ellos dentro del rubro "conducta alimentaria". Estos son: conducta alimentaria normal, atribución de control alimentario interno, atribución de control alimentario externo, conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida, dieta hipocalórica y dieta crónica.

Conducta alimentaria normal- es la que presentan los individuos como respuesta natural a la necesidad de satisfacer sus requerimientos nutricionales. No implica alteraciones, excesos ni privaciones crónicas.

Atribución de control alimentario interno- es la percepción o creencia que tiene una persona respecto a que su comportamiento se encuentra determinado por sí misma, por su propio ser, y no por factores externos.

Atribución de control alimentario externo- es la percepción o creencia que tiene una persona respecto a que su comportamiento se encuentra determinado por factores ajenos a sí misma, es decir, por factores externos sobre los cuales no tiene control alguno.

Conducta alimentaria compulsiva- es la que implica una ingesta excesiva o demasiado frecuente y que no está en función de la satisfacción normal de requerimientos para el organismo, sino en función de aspectos psicológicos, emocionales y afectivos que instan al individuo a alimentarse compulsivamente.

Preocupación por el peso y la comida- se refiere al estado psicológico y emocional de un individuo, determinado por sus creencias y valores, que implica una atención considerable ,y en ocasiones excesiva, en su peso corporal y en los alimentos que ingiere.

Dieta hipocalórica- es la que implica una ingesta calórica por debajo de los requerimientos que el organismo necesita para funcionar en forma óptima. Expresado en lenguaje común: implica consumir menor cantidad de alimento que el que necesita el cuerpo.

Dieta crónica- se refiere a la acción repetitiva o recurrente en lo que a cierta conducta alimentaria se refiere. Implica un patrón alimenticio que no resulta sencillo modificar.

V.D. Conducta Alimentaria de Riesgo: acción que implica una amenaza o alteración potencial a la respuesta normal de satisfacer la necesidad de nutrientes del organismo con objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principios plásticos y reguladores indispensables.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

Peso Corporal: Para determinar el peso corporal de las sujetos, se obtuvieron medidas antropométricas (talla y peso) con referencia a la Escala de Criterios Combinados de IMC (peso/talla²) para adolescentes.

Peso Normal: Se consideró como peso normal cuando las sujetos presentaron un IMC de 19-22.9 en la Escala de Criterios Combinados de IMC.

Sobrepeso: Se consideró como sobrepeso cuando las sujetos presentaron un IMC de 23-27 en la Escala de Criterios Combinados de IMC.

Obesidad: A fin de formar los grupos con los valores de la variable independiente, se tomaron medidas antropométricas y se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC) o el Body Mass Index (BMI).

Se utilizaron los criterios de clasificación reportados por Saucedo y Gómez Peresmitré (1993) derivados del primer estudio de validez diagnóstica del IMC para valorar poblaciones de adolescentes mexicanos. Los criterios son:

Escala de Criterios Combinados de IMC (Adolescentes)

Emaciación	<15
Bajo peso	15-18.9
*Normal	19-22.9
*Sobrepeso	23-27
*Obesidad	>27
*Obesidad Mórbida	>31

*Valores que clarificarán obesidad, sobrepeso y peso normal.

Por lo tanto, se consideró obesidad cuando las sujetos presentaron un IMC > 27 en la Escala citada; sobrepeso cuando se encontraron en un rango de IMC 23-27, y peso normal cuando se encontraron en un rango de IMC 19-22.9.

Autoatribución: Esta variable se midió con base a las respuestas dadas a la Escala de Autoatribución -secciones D y G del Cuestionario de Alimentación y Salud- compuestas, cada una, por 46 reactivos. La escala de autoatribución utilizada comprende adjetivos calificativos positivos y negativos con 5 opciones de respuesta (A: de 0 a 2, B: de 2.1 a 4, C: de 4.1 a 6, D: de 6.1 a 8, y E: de 8.1 a 10). Las opciones de respuesta en la sección D van desde A= "No me describe nada" hasta E= "Me describe exactamente". Las opciones de respuesta en la Sección G van desde A= "Mucho menos" (de lo que actualmente creo tener) hasta E= "mucho más" (de lo que actualmente creo tener).

En la Escala de Autoatribución, un puntaje alto significa mayor problema, es decir, indica una autoatribución más negativa, y un puntaje bajo significa menor problema, es decir, indica una autoatribución más postiva.

Imagen Corporal: Esta variable se midió con base a las respuestas dadas a la Escala de Imagen Corporal, que se incluye en el instrumento de Alimentación y Salud -Secciones C, H y L.

Esta sección implica, por una parte, escoger entre varias siluetas la que el sujeto considere que más se parezca o más se aproxime a su figura corporal actual, así como escoger aquella que más le gustaría tener -diferencia entre figura real y figura ideal. En otras palabras, se obtuvo el grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal. Asimismo, incluye 80

reactivos que implican descripciones de diversas partes del cuerpo.

A este respecto, se recurrió a la selección que hizo el sujeto de las diferentes partes de su cuerpo al presentarle parejas de características contrarias. El sujeto debió indicar cuál de esas dos características se aproximaba más a su cuerpo. Tuvo un rango de 5 opciones, marcadas por A,B,C,D,o E, por lo que existieron diferentes grados respecto a las parejas de contrarios.

De esta forma se midió el grado de satisfacción/insatisfacción que las sujetos presentaron con respecto a su figura.

Por otro lado, obteniendo la diferencia entre la autopercepción del peso corporal y el IMC real, se pudo conocer si existía alteración de la imagen corporal o no. Una diferencia de cero implica que no existe alteración, mientras que una diferencia positiva indica sobreestimación y una diferencia negativa indica subestimación.

Conducta Alimentaria de Riesgo: Se midieron las conductas alimentarias de riesgo mediante las respuestas dadas a los reactivos correspondientes a la Escala de Factores de Riesgo Relacionados con trastornos de la Alimentación (Gómez Pérez-Mitré, 1996).

HIPOTESIS DE TRABAJO: Las hipótesis que se sometieron a prueba fueron las siguientes:

1.-Existen diferencias significativas respecto a la autoatribución de personas con sobrepeso u obesidad y personas con un peso normal.

2.-Existen diferencias significativas respecto a las conductas alimentarias de riesgo de personas con sobrepeso u obesidad y personas con un peso normal.

3.-Existen diferencias significativas respecto a la autopercepción de la imagen corporal de personas con sobrepeso u obesidad y personas con un peso normal.

CONTROL DE VARIABLES: Se seleccionó a las sujetos que cumplieron con las siguientes características:

- Adolescentes de 15 a 22 años.
- Sexo femenino.
- Estudiantes (sin compromiso laboral).
- Mexicanas.
- Solteras.
- Sin hijos.
- Sin defectos físicos notorios.

METODO:

Diseño de Investigación: el diseño que se utilizó consistió en dos muestras con observaciones independientes así como con observaciones dependientes; correspondió a un estudio de campo transversal y correlacional.

Muestra: la muestra quedó constituida por N=130 adolescentes de sexo femenino, de las cuales n=50 presentaron normopeso y n=80 presentaron sobrepeso u obesidad. La muestra fue de tipo no probabilístico y se tomó de escuelas preparatorias públicas y privadas del Distrito Federal y de las zonas conurbadas.

Se trabajó también con una submuestra que se seleccionó sistemática y aleatoriamente y que implicó el 20% de la muestra total. A las adolescentes de la submuestra se les tomaron medidas antropométricas -para los fines de este estudio, peso y talla exclusivamente- a fin de obtener el IMC (Índice de Masa Corporal).

Sujetos: la muestra quedó constituida por N=130 estudiantes adolescentes mexicanas, entre las edades de 15 y 22 años.

Población: la población estuvo comprendida por adolescentes mexicanas del Distrito Federal y zonas conurbadas; serán estudiantes de escuelas preparatorias, públicas, de sexo femenino con edades de 15 a 22 años.

Instrumento: Se aplicó un instrumento con formato mixto de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré 1993, 1993b, 1995) que explora aspectos referentes a la imagen corporal y a la autoatribución.

Asimismo, se aplicó la Escala de Factores de Riesgo relacionados con trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1996), con la cual se exploraron las conductas alimentarias normales y anómalas, y las conductas alimentarias de riesgo -entre las cuales se encuentran las prácticas de control de peso (dietas principalmente).

Forma de calificación: Todos los reactivos se calificaron de tal manera que un puntaje alto significó mayor problema y un puntaje bajo significó menor problema, es decir, un puntaje alto señaló una autoatribución más positiva.

PROCEDIMIENTO: Se acudió a las escuelas preparatorias de donde se obtuvo la muestra. Se les dieron a los sujetos las instrucciones, aclarándoles que la información que nos proporcionasen sería confidencial y sería utilizada para investigación y para procedimientos estadísticos exclusivamente. La aplicación se realizó de manera colectiva. En una segunda ocasión, se tomaron las mediciones antropométricas (talla y peso) para la obtención del IMC de una muestra sistemática y aleatoria. Finalmente, se evaluaron los resultados a fin de aceptar o rechazar las hipótesis de la presente investigación con las características y las variables seleccionadas.

Capítulo 11. RESULTADOS.

El propósito de la presente investigación fue conocer si un grupo de adolescentes y jóvenes con normopeso- de sexo femenino de 15 a 22 años- presenta diferencias con un grupo de sobrepeso y obesidad respecto a las variables de autoatribución, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal. Esto con el fin de conocer de qué manera afecta la obesidad a las variables mencionadas.

Para tal propósito, se procedió al análisis de datos cuyos resultados se exponen a continuación.

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

La muestra quedó constituida por adolescentes y jóvenes de sexo femenino de 15 a 22 años. A este respecto la media del grupo con peso normal fue de $\bar{X}=17.380$, con una $DE=1.850$, mientras que la media del grupo de sobrepeso y obesidad fue de $\bar{X}=18.13$ con una $DE=1.835$. (Ver TABLA 1.).

De la muestra total $N=130$, $N=50$ sujetos presentan normopeso (grupo control), $N=80$ sujetos presentan sobrepeso y/o obesidad (grupo experimental). La muestra, por lo tanto, se dividió, de acuerdo a la variable independiente (peso corporal), en dos grupos: sobrepeso y obesidad ($n=80$) y normopeso ($n=50$). (Ver TABLA 2.).

Del total de sujetos 76.9% ($n=100$) pertenecen a escuelas públicas y el 23.1% ($n=30$) pertenecen a escuelas privadas.

De las estudiantes del grupo con normopeso el 20.4% pertenece a escuelas privadas y el 79.6% pertenece a escuelas públicas. Por otro lado, del grupo de estudiantes con sobrepeso y obesidad el 22.8% es de escuelas privadas y el 77.2% es de escuelas públicas. (Ver TABLA 3.).

Todas son estudiantes mexicanas, solteras y sin hijos, y ninguna de ellas presentó defectos físicos notorios.

TABLA 1. Distribución en porcentajes de la variable edad por grupos y muestra total; Media y Desviación Estandard.

Edad años	Grupo Normopeso	Grupo sobrepeso y obesidad	Total
15	20.0%	11.3%	31.3%
16	16.0%	8.8%	24.8%
17	20.0%	13.8%	33.8%
18	14.0%	25.0%	39.0%
19	18.0%	20.0%	38.0%
20	6.0%	12.5%	18.5%
21	4.0%	3.8%	7.8%
22	2.0%	5.0%	7.0%
	100%	100%	100%
	$\bar{X}=17.380$ DE=1.850	$\bar{X}=18.113$ DE=1.835	$\bar{X}=17.831$ DE=1.868

TABLA 2. Distribución en número de sujetos y porcentajes de acuerdo con la variable independiente (peso); Media y Desviación Estandard:

Grupos	n	porcentaje	total
1. Normopeso	50	38.5%	38.5%
2. Sobrepeso	50	38.5%	
Obesidad	30	23.0%	61.5%
	130	100%	100%
			$\bar{X}= 3.846$ DE= .772

TABLA 3. Distribución en porcentajes de la variable tipo de escuela por grupos y muestra total; Media y Desviación Estandard.

Tipo de escuela	Grupo Normopeso	Grupo sobrepeso y obesidad	Total
(1)privada	20.4%	22.8%	23.1%
(2)pública	79.6%	77.2%	76.9%
	100%	100%	100%
			$\bar{X}=1.781$ $DE=1.868$

2. DISTRIBUCION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

El grupo experimental quedó constituido por n=80 sujetos adolescentes de sexo femenino, en edades de 15 a 22 años, de las cuales 50 presentaron sobrepeso y 30 presentaron obesidad.

El grupo control, por su parte, quedó constituido por n=50 adolescentes con peso normal.

TABLA 4. Distribución en porcentajes de la variable elección de la Figura Actual por grupo; Media y Desviación Estandard.

Categorías y valores	Grupo Sobrepeso y Obesidad	Grupo Peso Normal
(1-4) Delgado	14%	46%
(5) Peso Normal	56%	40%
(6-7) Sobrepeso	28%	11%
(8-9) Obesidad	2%	3%
	100%	100%
	X=5.034 DE=1.284	X=3.946 DE=1.413

En la Tabla 4. se observa que mientras que un 14% de los sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad percibió su Figura Actual como "delgada", un 46% de los sujetos del grupo de peso normal la percibió de esa manera.

El 56% de los sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad percibió su Figura Actual con un peso normal, mientras que un 40% de los sujetos con peso normal la percibió de dicha manera.

Del grupo de sobrepeso y obesidad el 28% se percibió con sobrepeso, en tanto que sólo un 11% del grupo de peso normal se percibió de dicha manera.

En cuanto a la percepción de la obesidad, está prácticamente fue nula, lo que significa que los sujetos de ambos grupos no se percibieron como obesos.

TABLA 5. Distribución en porcentajes de la variable elección de la Figura Ideal por grupo.

	Grupo Sobrepeso y Obesidad	Grupo Peso Normal
(1-4)Delgado	59%	73%
(5)Peso Normal	34%	24%
(6-7)Sobrepeso	5%	-
(8-9)Obesidad	2%	3%
	100%	100%
	$\bar{X}=3.414$ DE=1.427	$\bar{X}=3.243$ DE=1.256

En la Tabla 5. se observa que el 59% de los sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad eligió como Figura Ideal aquella correspondiente a la categoría de "delgada", en tanto que el 73% de los sujetos del grupo con peso normal eligió la misma figura.

El grupo con sobrepeso y obesidad eligió la figura correspondiente al peso normal en un porcentaje de 34%, en tanto que el grupo con peso normal eligió dicha figura en un porcentaje del 24%.

El grupo con sobrepeso y obesidad eligió como figura ideal aquella que corresponde a sobrepeso en un porcentaje del 5% y ambos grupos -como se podría esperar- no eligieron la figura correspondiente a obesidad como la figura ideal.

TABLA 6. Distribución de la variable insatisfacción de la imagen corporal por grupos.

	Grupo Sobrepeso y Obesidad	Grupo Peso Normal	Muestra Total
(-)Insatisfacción por tener bajo peso.	9%	22%	14%
(0)Satisfacción	17%	25%	20%
(+)Insatisfacción por tener peso alto.	74%	53%	66%
	100%	100%	100%
	$\bar{X}=1.614$ DE=1.544	$\bar{X}=1.694$ DE=1.670	$\bar{X}=1.258$ DE=1.648

En la Tabla 6. se observa que únicamente el 25% de los sujetos del grupo con peso normal se encontró satisfecho con su imagen corporal, en tanto que el 17% de los sujetos del grupo con sobrepeso y obesidad se encontró satisfecho con la misma.

Como era de esperarse, un porcentaje mayor de sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad presentó insatisfacción en relación al grupo de sujetos con peso normal - 74% y 53% respectivamente-. Obviamente, esta insatisfacción fue en relación a desear estar más delgado, es decir, se encontró mayor insatisfacción por tener un peso por arriba de lo normal.

En el otro extremo, un porcentaje mayor de sujetos del grupo con normopeso presentó mayor insatisfacción por lo que a tener un peso por abajo de lo normal se refiere, en relación a los sujetos del grupo con sobrepeso y obesidad, lo cual es, ciertamente, muy comprensible. Los porcentajes fueron del 22% y del 9% respectivamente.

TABLA 7. Distribución en porcentajes de la variable alteración de la imagen corporal por grupos.

	Grupo Sobrepeso y Obesidad	Grupo Peso Normal	Muestra Total
(-)Subestimación	74%	22%	54%
(0) No hay alteración	16%	51%	29%
(+)Sobreestimación	10%	27%	17%
	100%	100%	100%
	$\bar{X}=.931$ DE=1.449	$\bar{X}=.243$ DE=1.256	$\bar{X}=.474$ DE=1.486

En la Tabla 7. se observa que el 74% de los sujetos del grupo con sobrepeso y obesidad presentó subestimación de la imagen corporal, en tanto sólo un 22% de los sujetos del grupo con normopeso lo hizo.

El 51% de los sujetos del grupo de peso normal no presentó alteración de la imagen corporal, mientras que únicamente el 16% de los sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad no presentó alteración de la imagen corporal.

En cuanto a la sobreestimación de la imagen corporal corresponde a un 10% de los sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad y a un 27% de los sujetos del grupo de normopeso.

3. PRUEBA DE HIPOTESIS DE TRABAJO.

Para probar las hipótesis de trabajo establecidas con anterioridad, se elaboraron las correspondientes hipótesis estadísticas y se aplicaron pruebas "t". Los resultados se exponen a continuación.

TABLA 8. Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva.			
	n	\bar{X}	SD
(3)Grupo Peso Normal	49	-1.3162	4.466
(4)Grupo Sobrepeso y obesidad	80	.8377	5.379
	t=-2.35	df=127	2 tail-sig.=.020
Ho:	$X_1 = X_2 = 0$		se rechaza
H1:	$X_1 \neq X_2 \neq 0$		se acepta

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho), se acepta la hipótesis alterna (H1) y se confirma la Hipótesis de Trabajo. Se concluye que **sí hay diferencias estadísticamente significativas** entre el grupo que presenta normopeso y el grupo que presenta sobrepeso y obesidad con respecto a la conducta alimentaria compulsiva. En la TABLA 8. se observa que la media del grupo con sobrepeso y obesidad (\bar{X} =.8377) fue significativamente mayor que la del grupo con peso normal (\bar{X} =-1.3162), lo que implica mayor problema en el primer grupo con respecto a la conducta alimentaria compulsiva.

TABLA 9. Factor 3. Preocupación por el peso.

	n	\bar{X}	SD
(3)Grupo Peso Normal	49	-.9155	2.619
(4)Grupo Sobrepeso y obesidad	80	.5411	2.669
	t=-3.03	df=127	2 tail-sig.=.003
Ho:	$X1 = X2 = 0$		se rechaza
H1:	$X1 \neq X2 \neq 0$		se acepta

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho), se acepta la hipótesis alterna (H1) y se confirma la Hipótesis de Trabajo. Se concluye que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** en cuanto a la preocupación por el peso y por la comida de las adolescentes con normopeso y las adolescentes con sobrepeso y obesidad. En la TABLA 9, se observa que la media del grupo con sobrepeso y obesidad (\bar{X} =.5411) fue significativamente mayor que la media del grupo con normopeso (\bar{X} = -.9155), lo cual indica un mayor problema del primer grupo con respecto a la preocupación por el peso.

TABLA 10. Factor 4. Dieta Crónica.

	n	\bar{X}	SD
(3)Grupo Peso Normal	50	-.4745	1.568
(4)Grupo Sobrepeso y obesidad	78	.2490	2.138
	t=-2.20	df=123.652	tail-sig.=.029
Ho:	$X1 = X2 = 0$		se rechaza
H1:	$X1 \neq X2 \neq 0$		se acepta

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho), se acepta la hipótesis alterna y se confirma la Hipótesis de Trabajo. Se

concluye que **sí existen diferencias estadísticamente significativas** en cuanto a la conducta alimentaria que implica dieta crónica y restrictiva de las adolescentes con normopeso y las adolescentes con sobrepeso y obesidad. En la TABLA 10. se observa que la media del grupo con sobrepeso y obesidad ($\bar{X}=.2490$) es mayor que la media del grupo con normopeso ($\bar{X}=-.4745$), lo cual indica mayor problema en el primer grupo.

TABLA 11. Factor 11. Dieta Hipocalórica.

	n	\bar{X}	SD
(3)Grupo Peso Normal	50	-.4796	1.059
(4)Grupo Sobrepeso y obesidad	80	.2998	1.381
	t=-3.41	df=128	tail-sig.=.001
Ho:	$X_1 = X_2 = 0$	se rechaza	
H1:	$X_1 \neq X_2 \neq 0$	se acepta	

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (Ho), se acepta la hipótesis alterna (H1) y se confirma la Hipótesis de Trabajo. Se concluye que **sí hay diferencias estadísticamente significativas** en cuanto a la conducta alimentaria que implica una dieta hipocalórica de las adolescentes con normopeso y las adolescentes con sobrepeso y obesidad. En la TABLA 11. se observa que la media del grupo con sobrepeso y obesidad ($\bar{X}=.2998$) es mayor que la media del grupo con normopeso ($\bar{X}=-.4796$), lo cual indica un mayor problema en el primer grupo.

A continuación se reportan aquellos resultados que no confirmaron las hipótesis de trabajo:

Factor 2. Conducta Alimentaria Normal.

Con respecto a la Conducta Alimentaria Normal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de las adolescentes con normopeso y el grupo de las adolescentes con sobrepeso y obesidad, ya que $t(122)=.47$, $p=.641$, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo.

Factor 5. Atribución de control alimentario interno.

Con respecto a la Atribución de control alimentario interno no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la misma, en las adolescentes con normopeso y en las adolescentes con sobrepeso y obesidad, ya que $t(84.86)=.30$, $p=.762$, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo.

Factor 6. Atribución de control alimentario externo.

Con respecto a la Atribución de control alimentario externo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la misma, en las adolescentes con normopeso y en las adolescentes con sobrepeso y/o obesidad, ya que $t(126)=.63$, $p=.531$, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo.

Autoatribución.

Ahora bien, con respecto a la variable se obtuvieron los siguientes resultados:

En lo referente a Autoatribución positiva, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la misma, en las adolescentes con normopeso y en las adolescentes con sobrepeso y obesidad, ya que $t(128)=.34$, $p=.732$, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo.

En lo referente a Autoatribución negativa, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente en las adolescentes con normopeso y en las adolescentes con sobrepeso y obesidad, ya que $t(128)=.91$, $p=.364$, por lo que no se confirmó la hipótesis de trabajo.

Capítulo 12. Conclusiones y Sugerencias.

Tras haber llevado a cabo esta investigación mediante una metodología cuidadosa, y tras haber obtenido y evaluado los resultados de la misma, se presentan las siguientes conclusiones. Resulta evidente -y el lector ha de ser consciente de ello- que estos resultados tienen validez solamente en poblaciones con las características que se consideraron.

Con respecto a la variable autoatribución (tanto positiva como negativa) -y a la hipótesis según la cual hay relación entre la obesidad y la autoatribución que presentan los sujetos-, se puede afirmar, con base en los resultados obtenidos, que no existe una relación significativa, es decir, que la obesidad que los sujetos presentan no afecta significativamente ni determina los atributos que éstos se ponen a sí mismas. Esto es importante en virtud de que, al menos en este estudio, resulta claro que la obesidad no es una condición que afecte de manera considerable a la autoatribución de los estudiantes. No obstante a ello, otros estudios han revelado que la auto-atribución negativa se encuentra relacionada con problemas alimentarios (Salazar, Lizano, Rodríguez, Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Aunque el presente estudio no permite identificarlo, sería interesante conocer si la auto-atribución negativa es causa o efecto de la obesidad y de los desórdenes alimentarios.

Entre ambos grupos -normopeso y sobrepeso-obesidad- de la presente investigación no se encontraron diferencias significativas en relación a la autoatribución, lo que sugiere que ésta no está en relación al peso.

Hill (1991), por su parte, llevó a cabo estudios en los que se manifiesta una notable preocupación por el peso, un deseo por alcanzar una figura sumamente delgada, una insatisfacción con la imagen corporal y un disgusto hacia el sobrepeso y/o obesidad con fuerte motivación hacia el seguimiento de "dietas".

El hecho de que entre ambos grupos -normopeso y sobrepeso-obesidad- se hayan encontrado conductas alimentarias distintas resulta interesante y confirma lo reflejado en los estudios citados y muestra la relación existente entre peso y conductas alimentarias, relación de la cual los involucrados en el campo de la salud deben estar conscientes.

En relación a la imagen corporal -y a la hipótesis según la cual existe relación entre la obesidad y la misma-, se encontró que la obesidad sí afecta la imagen corporal que las sujetos tienen. En otras palabras, el tener exceso de peso comúnmente conduce a insatisfacción de la imagen corporal y/o a una alteración de la misma. Esta variable es importante y se sugiere considerarla cuando se trate con la problemática de la obesidad -o, en su caso, de otros trastornos como anorexia nervosa, bulimia, etc.-.

Más específicamente, cabe decir que con respecto a la variable satisfacción/insatisfacción se encontró que un porcentaje considerablemente mayor de las estudiantes del grupo de sobrepeso y obesidad presentó insatisfacción, en relación al grupo de sujetos con peso normal. Estos resultados fueron acordes a lo esperado. Esto significa que, como es evidente, las sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad presentaron mayor insatisfacción por tener un peso por arriba de lo normal. También, como era de esperarse, las sujetos del grupo de peso normal presentaron mayor

insatisfacción por tener un peso por abajo de la norma, en relación a las sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad.

En un estudio llevado a cabo por Gómez Pérez-Mitré (1995) con una muestra de 200 escolares de ambos sexos del 5o. y 6o. de primaria de la Cd. de México, se encontró que aproximadamente el 50% presentó indicadores de riesgo relacionados con insatisfacción de la imagen corporal. La presente investigación confirma que es importante considerar ésta variable tanto para programas de prevención como para la intervención misma en la obesidad y en trastornos alimentarios.

Asimismo, es importante mencionar que las jóvenes del grupo de sobrepeso y obesidad percibieron predominantemente su figura actual con un peso normal, en tanto que las jóvenes del grupo con normopeso la percibieron predominantemente delgada o con peso normal.

Estos resultados encuentran similitud con los obtenidos por Gómez Pérez-Mitré (1993) quien, en una investigación con estudiantes de ambos sexos de preparatoria, licenciatura y posgrado adscritos a la Universidad Nacional Autónoma de México, encontró que los estudiantes con sobrepeso se autopercebían con peso normal, y los que tenían un peso normal se percibían a sí mismos con peso por debajo del normal.

En cuanto a la elección de la figura ideal, un porcentaje mayor del grupo de sujetos con normopeso consideró como delgada a la figura ideal, en relación al grupo de sujetos con sobrepeso y obesidad, aunque también en éste último predomina dicha elección.

Con respecto a la alteración -el otro componente de la imagen corporal- es importante mencionar que existió muy poca alteración en el grupo con normopeso, en tanto que el grupo con sobrepeso y obesidad presentó marcada alteración.

Asimismo, es importante señalar que la mayoría de las sujetos del grupo de sobrepeso y obesidad presentó subestimación de la imagen corporal y muy pocas estudiantes mostraron sobreestimación; en cambio, en el grupo con normopeso, el porcentaje de subestimación y de sobreestimación se distribuyó equitativamente.

En conclusión, cabe mencionar que entre ambos grupos se encontraron diferencias significativas con relación a la imagen corporal, lo que indica que ésta sí está asociada con el peso.

Estudios como el presente son importantes en virtud de que se ha encontrado que entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, los más reconocidos como tales son el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso y alteraciones de la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Los resultados obtenidos por Gómez Pérez-Mitré (1993) con una muestra de N=289 estudiantes, por ejemplo, sugieren que probablemente la alteración de la imagen corporal se ve favorecida por las prácticas alimentarias, las formas de comer y los sentimientos. Los resultados de dicha investigación sugieren que habrá de analizarse si en mujeres con peso normal y con conductas alimentarias relativamente normales se presenta o no alteración de la imagen corporal.

Debido a que en la actualidad hay muy pocos estudios respecto a las variables consideradas en la presente investigación, se insta a los estudiosos en el campo de la salud a llevar a

cabo investigaciones que aporten resultados convincentes que contribuyan al tratamiento de la obesidad y de los trastornos alimentarios en general y, principalmente, a la prevención de los mismos ya que, sin duda alguna, siempre será mejor tomar las medidas necesarias antes de que los problemas se presenten y no durante el desarrollo de los mismos, cuando las medidas que se han de tomar son, por lo general, considerablemente más complejas.

Se sugiere realizar investigaciones acerca de obesidad y de las variables estudiadas en la presente investigación, especialmente con muestras probabilísticas, ya que ello aportaría resultados y distinciones ciertamente más generalizables.

La importancia de llevar a cabo investigaciones sistemáticas al respecto es evidente. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y su línea de investigación referente a los trastornos de la alimentación y a los factores de riesgo asociados con los mismos se encuentran, orgullosamente, a la vanguardia de la investigación al respecto en nuestro país. Aún resta mucho por investigar y por conocer, es verdad, pero los caminos se están abriendo y seguramente los estudios de hoy sentarán las bases para las consideraciones y para las distinciones fundamentales del mañana.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Pàmies, A., Segovia, C., Arnedo, A., Dénia, A. y Orti, T. (1984). Prevalencia d'obesitat en escolars. Comunicació presentada en el XIIÉ. Congrés de Metges; Biòlegs de Llengua Catalana. Benicàssim, Castellón.
- Adams, G.T., & Gullota, T. (1983). Adolescent life experiences. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Agras, W.S. (1988). Eating disorders. Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- Allon, N. (1979), Self-perceptions of the stigma of overweight in relationship to weight-losing patterns. American Journal of Clinical Nutrition, 32, 470-480.
- Allport, Gordon W. (1983). Psicología de la personalidad. México: Paidós.
- Alvarez, G., Román, M., Manríquez, E. y Mancilla J.M. (1996). La Psicología social en México, Vol.VI, 536-541.
- Backman, C.W. y Secord, P.F. (1962). Social Psychology. U.S.A.: McGraw-Hill.
- Bandura, A. (1964). The Stormy decade: fact or fiction? Psychology in the schools, 1, 224-231.
- Becker, H. (1963). Outsiders: Studies in the sociology of deviance. Nueva York: Free Press.
- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. En L. Berkowitz (ed), Advances in experimental social psychology (vol. 6). Nueva York: Academic Press.

- Bojontorp, P. (1985). Adipose tissue in obesity. En J. Hirsch & J.B. Van Itallie (Eds.), Recent Advances in obesity research. V. (pp. 95-110). London: Libbey.
- Braguinsky, J.; Mendelson, M.; D`Alessandro, J.; Delia Valle, M.; Goldberg, F.; Markman, C.; Meatres, A.; Fainholc, B. y Dietista Reinhold, H. Estudio de Prevalencia de obesidad en sectores de la poblaciòn de Buenos Aires. Presentado al Sexto Congreso Arg. de Nutriciòn, 1976.
- Brownell, K.D. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 820-840.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders. Nueva York: Basic Books.
- Bruch, H. (1980). Thin and fat people. En J.R. Kaplan (ed.), A woman's conflict: The special relationship between women and food, pp. 17-28. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bruchon-Schwitzer (1992). Psicología del Cuerpo. España: Herder.
- Christan, W. (1964). The body composition of obese subjects: studies of the effect of weight loss on the fat and lean body mass. American Journal of Clinical Nutrition, 15, 20-32.
- Coll, M., Meyer, A. y Stunkard, A.J. (1979). Obesity and food choices in public places. Archives of General Psychiatry, 36, 795-797.
- Collip, P.J. (1980). Childhood obesity (2a. ed.). Littleton, Mass: PSG Publishing Co.

- Elkind, D. (1981). *The Hurried Child*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Forman, M.R., Trowbridge, F.L., Gantry, E.M., Marks, J.S., y Hogelin, G.C. (1986). Overweight adults in the United States: the behavioral risk factors surveys. The American Journal of Clinical Nutrition 44, 410-416.
- Freud, A. (1958). Adolescencia. En psychoanalytic study of the child (Vol.13). Nueva York: International Universities Press.
- Friedenberg, E.Z. (1959). The vanishing adolescent. Nueva York: Dell.
- Gama, E. (1997). Encuesta para identificar la relación entre obesidad y estados emocionales. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Garner, M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. y Thompson, (1983). Cultural expectations of thinness in women. Psychological reports. 47, 481-483.
- Gilbert, S. (1993). Eating disorders. En: J. Garrow y W. James. Human nutrition and dietetics. pp.752-760. Nueva York: Chorchill-Livingstone.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 12,2, 185-197.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad,

- Bulimia y Anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 10, (1). págs. 17-27.
- Gómez Pérez-Mitre, G., & Avila Angulo, E. (en prensa). Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos relacionados con el peso corporal.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 14, Número 1, 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. y Avila Angulo, E. (1995). Conducta Alimentaria y Obesidad. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gómez Pérez-Mitré (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. *Invest. Psicológica*, 3 (1),95-112.
- Gómez Pérez-Mitré (1996). Escala de Factores de Riesgo Relacionados con trastornos de la alimentación (EFRATA). Informe Proyecto PAPIIT IN304496.
- González Barranco, J. XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Ixtapa, Zihuatanejo 28 Nov-3 Dic. 1994.
- Grandhijs y Zukerfield (1977). La familia del adolescente obeso. Congreso Latinoamericano de Psiquiatria Infantil.
- Grief, E.B. & Ulman, K.J. (1982). The Psychological impact of menarche on early adolescent females. A review of the literature. Child Development, 53, 1413-1430.
- Grinder, R. (1976). Adolescencia. México: Limusa.

- Hall, E.T. (1966). *The hidden dimension*. Garden City, New York: Double day.
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sex, crime, religion and education (Vol.1)*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Havighurst, R.J. (1953). *Developmental tasks and education*. Nueva York: Longmans Green.
- Hay, Louise. (1991), The Power is within you: Hay House, Inc.
- Hill, A.J. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year old girls. British Journal of Clinical Psychology.
- Hirsch, J., (1976). The adipose cell hypothesis. Journal N. Engl. Med. 295: 389.
- Hoke, James. (1983). I would if I could and I can.: Stein and Day Publishers. New York.
- Hsu, L.G. y Sing-Lee (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? American Journal Psychiatry, 150,10, 1466-1471.
- Hurlok, E. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.
- Inhelder, B. y Piaget, J. (1958). The growth of logical thinking: From childhood to adolescence. CA. Parsons y S. Milgram, Trans. Nueva York: Basic Books.

- Jones, M.C. & Bayley, N. (1950). Physical maturing among boys as related to behavior. Journal of Educational Psychology, 41, 129-148.
- Kaplan, H.I. y Kaplan, H.S. (1957). The psychosomatic concept of obesity. Journal of Nervous and Mental Diseases, 125, 181-201.
- Keating, D.P. (1980). Procesos del pensamiento en la adolescencia. En J. Adelson (compilador). Handbook of adolescent psychology. Nueva York: Wiley.
- Keniston, K. (1975). Young radicals: Notes on committed youth. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Kluthe, R., Scubert, A. (1995). Obesity in Europe. Ann Intern Med, 1985. 103:1037-42.
- Krantz, D.S. (1979). A naturalistic study of social influence on real size among moderately obese and nonobese subjects. Psychosomatic Medicine, 41 (1), 19-27.
- Kraut, R.E. Effects of social labeling on giving to charity. Journal of Experimental Social Psychology, 9: 551-62, 1973.
- Kuczmarski, J. Robert, Flegal M. Katherine, Campbell M. Stephen, Johnson L. Clifford. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. JAMA July 20, vol.272 (3). 205-211.
- Leon, G.R. y Roth, L.(1977). Obesity: psychological causes and correlates. Psychological Bulletin, 84, 117-139.

- Lerner y Karabenick. (1974). Physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in late adolescents. Journal of youth and adolescences, 3, 307-316.
- Lerner, R.M., Venning, J. y Knapp, J.R. (1975). Age and sex effects on personal space schemata toward body build in late childhood, Developmental Psychology. 11, 855-856.
- Ley, 1980. Metropolitan Life Insurance Company, 1960; Moore, Stunkard y Sroles, 1962; National Health Survey, 1964; Montegriffo, 1968; Silverstone, Stunkard y Gordon, 1969; y Baird, Silverstone, Grimshaw y Ashwel, 1974.
- Lowe, M.R. y Fisher, E.B. (1982). Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: A naturalistic study. Journal of Behavioral Medicine, 6, 135-149.
- Mayer, J. (1953) Inactivity as a major factor in a adolescent obesity. Annals of the New York Academy of Science, 131, 502.
- Mckinney, J.P., Fitzgerald, H.E. y Strommen, E.A. (1982). Psicología del Desarrollo. Edad adolescente: México: Manual Moderno.
- Mckenna, R.J. (1972). Some effects of anxiety level and food cues on the eating of obese and normal subjects. Journal of personality and social psychology, 22, 311-319.
- Mauro, F.J. y Feins, R.P. (1977).-+++++ Kids, food, and television: The compelling case for state action. Albany Nueva York: State Assembly.

- Markman, C., Mestres, A., Fainhole, B & Reinhold, H. (1976). Estudio de prevalencia de obesidad en sectores de la población de Buenos Aires. Trabajo presentado en el Sexto Congreso Argentino de Nutrición.
- Muller, P. (1969). The tasks of childhood. Nueva York: McGraw-Hill.
- Nagel, K.L. y Jones, K.H. (1992). Sociological factors in the development of eating disorders. Adolescence, 27. No.105. pp.107-113.
- Peskin (1973). Influence on the developmental schedule of puberty on learning and ego functioning. Journal of youth and adolescence, 2, 273-290.
- Ramos Carricarte, A. (1995) Obesidad: Conceptos Actuales. Página Electrónica S.A. de C.V. México.
- Reed, R. y Rusk, T. (1988). Quiero Cambiar pero no sé cómo. Ed. Diana.
- Robbins, A. (1991). Awaken the Giant Within, Summit Books, Simon and Schuster Inc., New York.
- Rodin, J. (1977). Bidirectional influences of emotionality, stimulus responsivity, and metabolic events in obesity. En J. D. Moser y M.E.P. Selegman (eds.). Psychopathology: Experimental models. San Francisco: W.H. Freeman.
- Rodin, J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity. American Psychologist, 36, 361-372.
- Salazar, L.M., Lizano, M., Rodríguez, P. y Gómez Pérez-Mitré, G. (en prensa). Factores de riesgo en desórdenes del

comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos.

-Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). Obesidad. Barcelona, España: Martínez Roca.

-Schachter (1968). Obesity and eating: Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. Science, 161,751-756.

-Schachter, S., y Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychological Review, 69: 379-99, 1962.

-Scheff, T.J. (1966). Being mentally ill: a sociological theory. Chicago: Aldine.

-Sternberg, R.J. (1988). Lecciones del ciclo de vida: que teóricos del desarrollo intelectual entre los niños aprenden de sus complementos estudiando a los adultos. En E.M.

Stunkard, A.J. y Waxman, M. (1980). Caloric intake and expenditure of obese children. Journal of Pediatrics, 96, 187-193.

-Stunkard, A.J. y Burt, V. (1967). Obesity and the body image. II. Age at onset of disturbances in the body image. American Journal of Psychiatry, 123, 1443-1447.

-Stunkard, A.J. y Mazer, A. (1978). Smorgasbord and obesity. Psychosomatic Medicine, 40, 173-175.

-Stunkard, A.J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults: En A.J. Stunkard y E. Stellar (eds.). Eating and its disorders. Nueva York: Raven Press.

- Stunkard, A.J. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, desinhibition and hunger. Journal of Psychosomatic Research. 29, 71-83.
- Subdirección General de Finanzas (1994). ISSSTE. Subdirección General Médica. Perfil de la Morbilidad de Casos Nuevos de Enfermedades notificadas en el Distrito Federal. Entidades Federativas y el País. Anuario Estadístico Institucional.
- Sundermeyer, C. A. (1993). Emotional Weight: Perigee Books.
- Thompson, J.K. (1990). Body image disturbance: Assessment and treatment. Nueva York: Pergamon.
- Unikel, S.C., y Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de danza. Revista de Psicopatología, Madrid.
- Vague, J., Vague, Ph., Tramoní, M. y Vialettes, B. (1980), Obesity and diabetes. Acta Diabetológica Latina, 17, 87-99.
- Wardle, J. & Beales, S. (1986). Restrain body image and food attitudes in children from 12 to 18 years, Appetite 7, 209-217.
- Withers, R.F.J. (1964). Problems in the genetics of human obesity. Eugenetic Review, 56, 81-84.
- Zellner, D., Harner, D. y Adler, R. (1989). Effects of eating abnormalities and gender of perceptions and desirable body shape. Journal of Abnormal Psychology, 98,1, 93-96.

**ESCALA DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION (EFRATA). Gómez Pérez-
Mitré, G. 1996*.¹**

Los reactivos de los que consta la Escala y que están asociados a los factores y a las variables de estudio de la presente investigación, se exponen a continuación con sus respectivas cargas factoriales:

Conducta Alimentaria.

Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva.

Siento que no puedo dejar de comer.	.79997
Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	.77196
Siento que mi forma de comer se sale de mi control. Como sin medida.	.75802
No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene.	.75410
No tengo control sobre mi forma de comer.	.72718
Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.66571
Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer.	.62582
Paso por periodos en los que como con exceso.	.54407
Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	.52973
Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	.41550
	.40794

Var. Explic.= 14.9 Eigenvalue = 11.170060 Alpha= .8981

Factor 2. Conducta Alimentaria Normal.

Procuró comer verduras.	.75576
Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74686
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.72820
Como lo que es bueno para mi salud.	.71848
Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	.71006
Procuró estar al día sobre lo que debe ser	

¹ Es importante mencionar que, evidentemente, en el instrumento no aparecen las cargas factoriales y que las variables aparecen en orden al azar, no como se presentan para fines prácticos en esta investigación.

una dieta adecuada. .70012
 Var. Explic. = 8.7 Eigenvalue = 6.54545 Alpha = .8374

Factor 3. Preocupación por el peso y por la comida.

Me avergüenza comer tanto. .49638
 Comer de más me provoca sentimientos de culpa. .70348
 Soy de los que se preocupan constantemente por la comida. .65897
 Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos "engordadores". .6223
 Me deprimó cuando como de más. .61645
 Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. .53119
 Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. .40224

Var. Explic. =5.4 Eigenvalue = 4.01 Alpha = .8182

Factor 4. Dieta Crónica y Restrictiva.

Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas. .73499
 "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas. .69760
 Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. .58711
 Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). .57888
 Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso. .42741

Var. Explic. =4.4 Eigenvalue = 3.31960 Alpha = .7808

Factor 5. Atribución de Control Alimentario Interno.

Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto. .63032
 Admiro a las personas que pueden comer con medida. .65791
 Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras conductas. .63063
 Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también puede excederse en otras conductas. .67567
 Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. .50474

Las personas que pierden el control con la comida
seguían por el lema "todo con exceso nada con
medida". .44804

Var. Explic. = 3.0 Eigenvalue = 2.24838 Alpha = .7132

Factor 6. Atribución de Control Alimentario Externo.

No sé porqué se preocupa la gente por su peso,
ya que, "el que nace barrigón aunque lo fajen". .76478

Creo que las personas con problemas de control
sobre su forma de comer no deberían preocuparse
,ya que "genio y figura hasta la sepultura" .70994

Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar" .63730

Creo que mantener una dieta para bajar de peso es
como querer mantener la respiración por mucho
tiempo. .5956

Var. Explic. = 2.5 Eigenvalue= 1.89098 Alpha=. 6956

Factor 11. Dieta Hipocalórica.

Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. .43572

Evito comer harinas y/o pastas para no subir de
peso. .59935

Evito las tortillas y el pan para mantenerme
delgada(o). .59279

Var.Explic. = 1.9 Eigenvalue=1.39824 Alpha= .74349

CUESTIONARIO DE ALIMENTACION Y SALUD (Gómez Pérez-Mitré,
1993, 1993b, 1995).

Imagen Corporal.

El cuestionario de Alimentación y Salud comprende las Secciones C, H y L, -entre otras- correspondientes a Imagen Corporal (Figura real y Figura ideal, con lo cual se medirá el grado de satisfacción/insatisfacción de las sujetos con su propio cuerpo; y la descripción de diversas partes del cuerpo, con lo cual se medirá si existe sobreestimación o subestimación del propio cuerpo).

Sección C.

Las indicaciones para la presente Sección son las siguientes:

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.

Sección H.

Las indicaciones para la presente Sección son las siguientes:

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.

Sección L.

Las indicaciones para la presente Sección son las siguientes:

En esta sección te pedimos que nos digas cómo son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de qué parte se trata, y después te presentamos parejas de características

contrarias. Tú debes decir a cuál de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son	A	B	C	D	E
Grandes	__	<u>X</u>	__	__	__

En este ejemplo te preguntamos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes-pequeñas).

Si tú crees que tus manos son grandes contestarás la letra A, si piensas que son pequeñas marcarás la letra E. Si opinas que son algo grandes elegirás la letra B (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son algo pequeñas elegirás la letra D. Finalmente, si tus manos no son ni grandes ni pequeñas responderás en la letra C.

Mi cuerpo es	A	B	C	D	E	
1. Bonito	__	__	__	__	__	Feo
2. Rígido	__	__	__	__	__	Flexible
3. Grueso	__	__	__	__	__	Delgado
4. Débil	__	__	__	__	__	Fuerte
5. Atlético	__	__	__	__	__	Bofo
6. Bien Formado	__	__	__	__	__	Mal formado
7. Chico	__	__	__	__	__	Grande
8. Atractivo	__	__	__	__	__	No atractivo
9. Gordo	__	__	__	__	__	Flaco
10. Proporcionado	__	__	__	__	__	Desproporcionado.

Mi cara es	A	B	C	D	E	
11. Bonita	__	__	__	__	__	Fea
12. Rígida	__	__	__	__	__	Flexible
13. Gruesa	__	__	__	__	__	Delgada
14. Débil	__	__	__	__	__	Fuerte

15.	Atlética	---	---	---	---	---	Bofá
16.	Bien Formada	---	---	---	---	---	Mal formada
17.	Chicoa	---	---	---	---	---	Grande
18.	Atractiva	---	---	---	---	---	No atractiva
19.	Gorda	---	---	---	---	---	Flaca
20.	Proporcionada	---	---	---	---	---	Despropor- cionada.

Mi cintura es: A B C D E

21.	Bonita	---	---	---	---	---	Fea
22.	Rígida	---	---	---	---	---	Flexible
23.	Gruesa	---	---	---	---	---	Delgada
24.	Débil	---	---	---	---	---	Fuerte
25.	Atlética	---	---	---	---	---	Bofa
26.	Bien Formada	---	---	---	---	---	Mal formada
27.	Chicoa	---	---	---	---	---	Grande
28.	Atractiva	---	---	---	---	---	No atractiva
29.	Gorda	---	---	---	---	---	Flaca
30.	Proporcionada	---	---	---	---	---	Despropor- cionada.

Mi busto es: A B C D E

31.	Bonito	---	---	---	---	---	Feo
32.	Rígido	---	---	---	---	---	Flexible
33.	Grueso	---	---	---	---	---	Delgado
34.	Débil	---	---	---	---	---	Fuerte
35.	Atlético	---	---	---	---	---	Bofo
36.	Bien Formado	---	---	---	---	---	Mal formado
37.	Chico	---	---	---	---	---	Grande
38.	Atractivo	---	---	---	---	---	No atractivo
39.	Gordo	---	---	---	---	---	Flaco
40.	Proporcionado	---	---	---	---	---	Despropor- cionado.

Mis muslos son:	A	B	C	D	E	
41. Bonitos	___	___	___	___	___	Feos
42. Rígidos	___	___	___	___	___	Flexibles
43. Gruesos	___	___	___	___	___	Delgados
44. Débiles	___	___	___	___	___	Fuertes
45. Atlético	___	___	___	___	___	Bofos
46. Bien Formados	___	___	___	___	___	Mal formados
47. Chicos	___	___	___	___	___	Grandes
48. Atractivos	___	___	___	___	___	No atractivos
49. Gordos	___	___	___	___	___	Flacos
50. Proporcionados	___	___	___	___	___	Despropor- cionados.

Mis pompas son:	A	B	C	D	E	
51. Bonitas	___	___	___	___	___	Feas
52. Rígidas	___	___	___	___	___	Flexibles
53. Gruesas	___	___	___	___	___	Delgadas
54. Débiles	___	___	___	___	___	Fuertes
55. Atlético	___	___	___	___	___	Bofas
56. Bien Formadas	___	___	___	___	___	Mal formadas
57. Chicas	___	___	___	___	___	Grandes
58. Atractivas	___	___	___	___	___	No atractivas
59. Gordas	___	___	___	___	___	Flacas
60. Proporcionadas	___	___	___	___	___	Despropor- cionadas.

Mi estómago es:	A	B	C	D	E	
61. Bonito	___	___	___	___	___	Feo
62. Rígido	___	___	___	___	___	Flexible
63. Grueso	___	___	___	___	___	Delgado
64. Débil	___	___	___	___	___	Fuerte
65. Atlético	___	___	___	___	___	Bofo
66. Bien Formado	___	___	___	___	___	Mal formado

67. Chico	—	—	—	—	—	Grande
68. Atractivo	—	—	—	—	—	No atractivo
69. Gordo	—	—	—	—	—	Flaco
70. Proporcionado	—	—	—	—	—	Despropor- cionado.

Mis brazos son:	A	B	C	D	E	
71. Bonitos	—	—	—	—	—	Feos
72. Rígidos	—	—	—	—	—	Flexibles
73. Gruesos	—	—	—	—	—	Delgados
74. Débiles	—	—	—	—	—	Fuertes
75. Atlético	—	—	—	—	—	Bofos
76. Bien Formados	—	—	—	—	—	Mal formados
77. Chicos	—	—	—	—	—	Grandes
78. Atractivos	—	—	—	—	—	No atractivos
79. Gordos	—	—	—	—	—	Flacos
80. Proporcionados	—	—	—	—	—	Despropor- cionados.

Autoatribución.

Asimismo, comprende las secciones D y G, correspondientes a Autoatribución, y que implican una serie de adjetivos -o atributos- con los cuales las sujetos han de identificarse o no identificarse.

Sección D.

Las indicaciones para esta Sección son las siguientes:

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos y adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica qué tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de

responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

- A=No me describe nada
- B=Me describe un poco
- C=Me describe regular
- D=Me describe bien
- E=Me describe exactamente

Soy una persona:

	Me describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1.Independiente	A	B	C	D	E
2.Confiable	A	B	C	D	E
3.Insegura	A	B	C	D	E
4.Fuerte	A	B	C	D	E
5.Atractiva	A	B	C	D	E
6.Inteligente	A	B	C	D	E
7.Dominante	A	B	C	D	E
8.Rígida	A	B	C	D	E
9.Responsable	A	B	C	D	E
10.Agradable	A	B	C	D	E
11.Incompetente	A	B	C	D	E
12.Productiva	A	B	C	D	E
13.Exitosa	A	B	C	D	E
14.Pesimista	A	B	C	D	E
15.Sociable	A	B	C	D	E
16.Sensible	A	B	C	D	E
17.Eficiente	A	B	C	D	E
18.Desconfiada	A	B	C	D	E
19.Trabajadora	A	B	C	D	E
20.Ansiosa	A	B	C	D	E
21.Estudiosa	A	B	C	D	E
22.Torpe	A	B	C	D	E
23.Sana	A	B	C	D	E

24.Solidaria	A	B	C	D	E
25.Falsa	A	B	C	D	E
26.Optimista	A	B	C	D	E
27.Agil	A	B	C	D	E
28.Controlada	A	B	C	D	E
29.Inestable	A	B	C	D	E
30.Comprendiva	A	B	C	D	E
31.Triunfadora	A	B	C	D	E
32.Agresiva	A	B	C	D	E
33.Triste	A	B	C	D	E
34.Fracasada	A	B	C	D	E
35.Pasiva	A	B	C	D	E
36.Solitaria	A	B	C	D	E
37.Buena	A	B	C	D	E
38.Mentirosa	A	B	C	D	E
39.Interesante	A	B	C	D	E
40.Importante	A	B	C	D	E
41.Lenta	A	B	C	D	E
42.Deportista	A	B	C	D	E
43.Amigable	A	B	C	D	E
44.Enojona	A	B	C	D	E
45.Limpia	A	B	C	D	E
46.Tramposa	A	B	C	D	E

Sección G.

Las indicaciones para esta Sección son las siguientes:

Junto con la lista de atributos y adjetivos aparecen las LETRAS que se utilizarán para indicar cuánto nos gustaría tener de cada uno de esos atributos. La clave es:

A=MUCHO MENOS (de lo que actualmente creo tener)

B=MENOS (de lo que actualmente creo tener)

C=IGUAL (de lo que actualmente creo tener)

D=MÁS (de lo que actualmente creo tener)

E=MUCHO MAS (de lo que actualmente creo tener).

Lee cada atributo y marca la letra correspondiente. Responde lo más rápido posible.

ME GUSTARIA SER UNA PERSONA:

	Mucho menos	Menos	Igual	Mas	Mucho más
1.Independiente	A	B	C	D	E
2.Confiable	A	B	C	D	E
3.Insegura	A	B	C	D	E
4.Fuerte	A	B	C	D	E
5.Atractiva	A	B	C	D	E
6.Inteligente	A	B	C	D	E
7.Dominante	A	B	C	D	E
8.Rígida	A	B	C	D	E
9.Responsable	A	B	C	D	E
10.Agradable	A	B	C	D	E
11.Incompetente	A	B	C	D	E
12.Productiva	A	B	C	D	E
13.Exitosa	A	B	C	D	E
14.Pesimista	A	B	C	D	E
15.Sociable	A	B	C	D	E
16.Sensible	A	B	C	D	E
17.Eficiente	A	B	C	D	E
18.Desconfiada	A	B	C	D	E
19.Trabajadora	A	B	C	D	E
20.Ansiosa	A	B	C	D	E
21.Estudiosa	A	B	C	D	E
22.Torpe	A	B	C	D	E
23.Sana	A	B	C	D	E
24.Solidaria	A	B	C	D	E
25.Falsa	A	B	C	D	E
26.Optimista	A	B	C	D	E
27.Agil	A	B	C	D	E

28. Controlada	A	B	C	D	E
29. Inestable	A	B	C	D	E
30. Comprensiva	A	B	C	D	E
31. Triunfadora	A	B	C	D	E
32. Agresiva	A	B	C	D	E
33. Triste	A	B	C	D	E
34. Fracasada	A	B	C	D	E
35. Pasiva	A	B	C	D	E
36. Solitaria	A	B	C	D	E
37. Buena	A	B	C	D	E
38. Mentirosa	A	B	C	D	E
39. Interesante	A	B	C	D	E
40. Importante	A	B	C	D	E
41. Lenta	A	B	C	D	E
42. Deportista	A	B	C	D	E
43. Amigable	A	B	C	D	E
44. Enojona	A	B	C	D	E
45. Limpia	A	B	C	D	E
46. Tramposa	A	B	C	D	E