



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**LA CONSTRUCCIÓN PSICOLÓGICA DEL CUERPO Y SUS DIFERENCIAS
ENTRE HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES OBESOS: UNA REVISIÓN
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

Tesina para obtener el grado de licenciatura en psicología.

Presenta:

Pamela Hazel Garibay Reyes

Modalidad: Tesina.

No. De cuenta: 306341368

Generación: 2009-2012

Directora: Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña.

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado de México, Octubre 2012.



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.



ÍNDICE

Introducción.....	4
1. Sobrepeso y obesidad en adolescentes, una mirada con enfoque de género... 8	
a. Avances en el mundo y en México sobre obesidad en adolescentes.....	8
b. Generalidades y abordajes de la obesidad en adolescentes desde la perspectiva de género.....	10
c. Utilización de la categoría de género en los estudios de alimentación y nutrición.....	12
2. Construcción social de la obesidad: enfoque de género.....	16
3. Aspectos psicológicos de la obesidad.....	24
3.1 Alteraciones psicológicas en la obesidad.....	24
3.2 ¿Existe una personalidad del obeso?.....	28
4. Diferencias entre hombres y mujeres en la construcción psicológica del cuerpo.....	32
4.1 Formación de las identidades.....	32
4.2 Así eres, así vales.....	37
4.3 Satisfacción de la imagen corporal.....	41
5. Enfoques psicológicos que abordan la obesidad.....	44
5.1 Cognitivo-Conductual.....	46
5.2 Interconductismo.....	50
5.3 Psicoanálisis.....	57
Conclusiones.....	62
Referencias.....	66



RESUMEN

La presente tesina realiza un análisis teórico del sobrepeso y la obesidad en adolescentes, con una mirada bajo el enfoque de género. Asimismo hace énfasis en la necesidad de contar con una estrategia como medio para lograr el objetivo de disminuir la obesidad a nivel nacional.

Este enfoque permitió observar la diferencia entre mujeres y hombres obesos, en el primer capítulo titulado sobrepeso y obesidad en adolescentes, una mirada con enfoque de género, tiene la finalidad de documentar las generalidades y las maneras en las que se ha abordado la obesidad en adolescentes con perspectiva de género.

El segundo capítulo, se refiere a la construcción social de la obesidad, aquí se analizan los cambios sociales que han operado sobre la imagen del cuerpo en la cultura, asimismo se desarrollan diferentes cuestiones que cada vez cobran mayor interés sobre los usos sociales del cuerpo como un objeto de consumo.

El capítulo tres aborda los aspectos psicológicos de la obesidad, ya que se han considerado muy poco y juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad.

El capítulo cuatro muestra las diferencias entre hombres y mujeres en la construcción psicológica del cuerpo, debido a que el cuerpo y la imagen corporal forman parte integrante del desarrollo psicológico desde el mismo momento en que se configura la identidad personal y social de los sujetos.

En el capítulo cinco, están los enfoques psicológicos que abordan la obesidad, ya que está lejos de ser un problema estético, es un problema de salud importante por su papel como uno de los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades. Finalmente en el último capítulo se abordan las conclusiones a las que se llegaron.



INTRODUCCIÓN

En este trabajo se realizó una revisión y análisis bibliográfico hemerográfico de material teórico y empírico con el propósito de dar cuenta de cuáles han sido los avances que ha tenido la psicología en la construcción psicológica del cuerpo y sus diferencias entre hombres y mujeres adolescentes obesos desde la perspectiva de género.

De este modo se hizo una recopilación de lo que se ha investigado hasta este momento, pues como se ha informado en distintos medios de comunicación, actualmente somos el segundo lugar mundial en obesidad en adultos (Ramos & Rodríguez, 2011). Según cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), cerca de 70% de la población mexicana en general, padece sobrepeso u obesidad.

Respecto a los adolescentes, los resultados de la ENSANUT (2006) muestran que un tercio de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, lo cual representa alrededor de 5, 757,400 adolescentes en el país, asimismo indica que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5%; hombres, 24.2%) es obesa actualmente.

El hecho de que hoy por hoy sean más mujeres obesas que hombres implica que algo está sucediendo, y tanto por razones de ignorancia respecto a las particularidades de mujeres y hombres y lo parcializado del punto de vista biomédico, como por las desventajas que los roles de género han impuesto a las mujeres, se requiera dar un giro importante y significativo en las políticas de salud, a través de acciones afirmativas que compensen las inequidades existentes respecto a sus condiciones de salud, y que además consideren la complejidad del binomio mujer y salud, atendiendo también su situación laboral como trabajadoras dentro del sector, y como proveedoras de servicios a nivel doméstico y comunitario. Es así que entre las causas que se han encontrado asociadas con la



obesidad, al menos la más difundida, desde el Sector salud, es el estilo de vida y dentro de éste el sedentarismo.

De acuerdo con la ENSANUT, 2006, el 35.2% de los adolescentes son activos (al menos, siete horas de actividad a la semana), 24.4% son moderadamente activos (entre cuatro y siete horas de actividad a la semana) y 40.4% son inactivos (menos de cuatro horas de actividad a la semana). Más de 50% de los adolescentes pasa en promedio más de dos horas diarias frente a un televisor, de los cuales más de una cuarta parte pasa hasta tres horas por día y sólo el 35.2% de los adolescentes realiza actividad física moderada o vigorosa por el tiempo recomendado.

Estos últimos datos resultan de suma importancia, ya que diversas investigaciones han reportado que el sobrepeso está directamente asociado a bajos niveles de actividad física y largo tiempo observando la televisión, jugando con videojuegos y estando frente a la computadora.

Cabe recalcar que en la adolescencia además de la familia y la escuela, la televisión como medio de comunicación es un importante agente de socialización y como señala Arnett (1999) el consumo de determinados contenidos televisivos favorece en los adolescentes la idea de estar conectados con su grupo de iguales, a través de determinados valores e intereses.

En la última década se han publicado gran cantidad de investigaciones, mostrando que los adolescentes utilizan la televisión para comprender su propio mundo y sus relaciones, así como para encontrar modelos con los cuales identificarse (Huston, 1990; Luke, 1990; Orozco, 1996, Fisherkeller, 1997; Sevillano, 2001; Bryant & Zillmann, 2002; Evans & Hall, 2002; Montero, 2006; Medrano & Cortés, 2007; Witenberg, 2007; Morgan, 2007).



En una investigación realizada con 703 adolescentes de ambos sexos entre 10 y 18 años, demuestra que tanto las series americanas como con las series francesas han contribuido a la construcción de la identidad de género en la infancia y en la adolescencia.

Sin embargo, la influencia más notable que destacaba respecto a los contenidos televisivos era la del culto al cuerpo, principalmente el femenino, como una tendencia hacia el hedonismo a través de la imagen corporal, lo cual se constata en trabajos como el de Martínez (2001) o el de Silva (2006).

Un elemento importante que se destaca de tales hallazgos es la modificación en la concepción cultural del cuerpo. Esta situación muestra que en la actualidad lo femenino está basado en hacerle culto a un cuerpo delgado y pareciera que el ideal de belleza exigiera que la mujer debe ser flaca y tener unas proporciones corporales acordes con el patrón cultural. Cuando no se cumplen con esos patrones definidos socialmente y se tiene un cuerpo diferente al prototipo ideal pareciera reflejarse ser alguien imperfecto.

Asimismo es importante destacar que los adolescentes por estar en proceso de cambios bio-psico-sociales, son más vulnerables a la influencia de modelos estético corporales, y van construyendo una imagen del cuerpo a veces distorsionada de sí mismos, creando malestares en su imagen corporal, la cual marca que el ser delgado está estrechamente relacionado con el atractivo físico. Es así que los y las adolescentes establecen comparaciones entre su apariencia y los modelos ideales sociales, los cuales, al ser poco realistas, les pueden generar insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, baja autoestima y trastornos de la conducta alimentaria.

En este sentido se puede cuestionar el ¿Por qué decir que el cuerpo se construye? ¿Cómo se anuda la construcción del cuerpo con la constitución subjetiva? ¿Qué ocurre cuando una persona tiene un cuerpo que no logra



adecuarse a la imagen esperada-idealizada? ¿Qué imagen genera? y ¿Qué imagen se construyen ellos mismos?

La información antes recabada muestra que existe un grave problema de salud en nuestro país, por lo que se considera necesario empezar a investigar más acerca de la obesidad para tomar las medidas necesarias que permitan la intervención preventiva y correctiva.

Es por esto que como se mencionó en un inicio, en este proyecto realizo una búsqueda bibliográfica y hemerográfica que permite documentar la construcción psicológica del cuerpo de adolescentes hombres y mujeres obesos, como un primer paso para que en un futuro, pueda proporcionar un referente teórico para la indagación empírica de esta problemática.



CAPÍTULO UNO

SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADOLESCENTES, UNA MIRADA CON ENFOQUE DE GÉNERO

La finalidad de este capítulo es presentar el avance que ha tenido tanto en México como en el mundo el problema de la obesidad principalmente en la adolescencia en los últimos años, así que se documentan las generalidades y las maneras en las que se ha abordado la obesidad en adolescentes con perspectiva de género, revisando los antecedentes, así como la problemática que dio lugar desde su detección. También se comentará la evolución de la obesidad a través del tiempo, las diferencias por género y el alcance de las medidas que se han tomado.

Es así que se realizara una reflexión acerca de la utilización de la categoría de género en los estudios de alimentación y nutrición, en la mayoría de los cuales se destaca la importancia de las mujeres como responsables de la salud y la nutrición familiar.

1.1 Avances en el mundo y en México sobre obesidad en adolescentes.

Como sabemos uno de los problemas más comunes asociado al estilo de vida actual es el exceso de peso. Con base en la documentación existente, el sobrepeso y la obesidad se han convertido en una epidemia global y las mujeres presentan tasas más altas que los hombres, por lo que la obesidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) como un problema de Salud Pública.

Se ha reportado, que cada año las enfermedades relacionadas con la obesidad provocan ciento de miles de muertes prematuras en todo el mundo. Es por esto que sus implicaciones y su asociación con las *dislipidemias*, *hipertensión*



arterial, diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de cánceres también han sido ampliamente documentadas, debido al costo social y económico creciente que significa para los países, ya que amerita una responsabilidad no sólo institucional sino también estatal sobre los recursos de cada uno de ellos.

Sin embargo, en países como México no se le había dado la importancia que merece, hasta que uno de los resultados más sorprendentes de la Encuesta de Salud de 1999 (ENSA, 2000) fue el descubrimiento de una verdadera epidemia de obesidad en las mujeres adultas. Los aumentos en obesidad documentados por la encuesta se encuentran entre los mayores registrados en el mundo y llevaron a la toma de conciencia por parte de las autoridades de salud, así como de la población misma, sobre la gravedad del problema (ENSANUT, 2012).

Según cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), con 48 millones de obesos, México alcanza el tope epidemiológico. Esta condición ubica al país en el segundo lugar de prevalencia en adultos y primer lugar infantil a nivel mundial. Utilizando el criterio de obesidad por circunferencia de cintura, 7 de cada 10 adultos presenta sobrepeso u obesidad y la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad es mayor en las mujeres (73%) que en los hombres (69.4%).

Asimismo, el sobrepeso y la obesidad en mujeres se han incrementado de 36.7% en el año 1975 a 46.7% para el año 2000. Este hecho se encuentra enmarcado dentro de la tendencia epidemiológica que señala que estas enfermedades tienden a incrementarse (ENSANUT, 2012).

De acuerdo con esta misma fuente desde etapas tempranas se empieza a notar un aumento de peso y ya se observa un diferencial por género. Comparando datos entre los años 1999 y 2006, la prevalencia de obesidad muestra un alarmante incremento, pasando de 5.3 a 9.4% (77%) en los niños y en las niñas de 5.9 a 8.7% (47%). Las cifras en adultos continúan siendo altas, sin embargo en



este caso el porcentaje en las mujeres mayores de 20 años de edad es superior con 71.9%, a diferencia de los hombres que tienen un 66.7%, estos porcentajes muestran las prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad en ambos sexos.

Como se puede observar en el párrafo anterior, los niños presentan más obesidad que las niñas, entre los factores que se podrían relacionar a estos porcentajes pueden ser la herencia, sin embargo, la obesidad generalmente se ha encontrado asociada con un mayor aporte calórico y la disminución del gasto energético.

Además de estos factores, son de gran importancia las conductas familiares, como por ejemplo la conducta alimentaria en la mesa familiar, el tiempo dedicado a la televisión y la actividad física que los niños observan en sus padres. Generalmente, el niño obeso tiende a subvalorar su consumo energético debido a hábitos alimentarios inadecuados, adquiridos a temprana edad y que persistirán durante la edad adulta, prefiriendo alimentos ricos en grasas y azúcares simples. Además, el gasto energético tiende a ser menor en los niños con obesidad; una razón que explica esta inactividad es el mayor tiempo que los niños destinan a los juegos computarizados y a la televisión, lo que resulta sumamente perjudicial. No obstante, al entrar en la adolescencia son las mujeres las que tienen el porcentaje más alto en obesidad.

1.2 Generalidades y abordajes de la obesidad en adolescentes desde la perspectiva de género.

Como se vio en el apartado anterior, en la adolescencia las mujeres alcanzan cifras más altas, ello se debe a las características propias de su sexo; el organismo de las mujeres empieza a trabajar a base de hormonas. Además, ellas tienden a generar más tejido adiposo y lo acumulan en el abdomen o en la cadera.



Fonteboa (2011) ha encontrado que uno de cada tres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. También ha expresado su preocupación al saber que no se mueven, menciona que más de la mitad de los jóvenes entre 12 y 19 años pasa más de 12 horas a la semana frente a una pantalla. De esta manera, la obesidad se ha convertido en un serio problema de salud en nuestro país.

Se documenta al respecto de las cifras alarmantes de obesidad, que se trata de un problema que se puede prevenir en gran medida si se introducen los cambios adecuados en el estilo de vida. De igual forma se reporta que las medidas que se han tomado en México en materia de obesidad y sobrepeso han comenzado a dar resultados. Al respecto se menciona que la velocidad en el crecimiento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad que se había venido observando a partir de 1988 tiene un punto de inflexión y disminuyó notablemente entre 2006 y 2012 en adolescentes y adultos y se contuvo en niños en edad escolar. Aunque también se acepta que, aunque se ha contenido el crecimiento del sobrepeso y la obesidad, los niveles actuales distan mucho de ser aceptables (ENSANUT, 2012).

La obesidad en los adolescentes no es fácil de erradicar, ya que es uno de los problemas de salud pública y social que se va desarrollando cada vez más rápido en este tipo de personas y es uno de los padecimientos que no distingue sexo, estado civil, posición social, raza y religión.

En diversas investigaciones (Rodríguez et al, 2008; Álvarez et al, 2012) se documentan estadísticas y cifras como las antes mencionadas, sin embargo la mayoría de ellas se enfocan a la población adulta e infantil, es por esto que el presente documento se centrará en la adolescencia, ya que es un concepto moderno y es definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana, es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es



solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

En el siguiente apartado se da cuenta del porqué de las diferencias de género, debido a que si esto lo tomarán en cuenta las políticas de salud podrían diseñarse propuestas de manera más eficiente, pues en tanto persistan las inequidades de género, no lograrán desarrollarse plenamente las mujeres, con lo que no sólo pierden ellas; pierden también los hombres; pierde el país; perdemos todos.

1.3 Utilización de la categoría de género en los estudios de alimentación y nutrición.

Para abordar la problemática de la obesidad de manera más abarcadora resulta fundamental una mirada desde el enfoque de género, que es una categoría de análisis que permite visualizar las diferencias tanto en las causas como en el proceso de engordar y sus consecuencias biopsicosociales de varones y mujeres especialmente por su carácter relacional.

Desde este enfoque, algo que debe quedar claro en primer lugar es la diferencia entre los términos sexo y género, ya que serán conceptos que estarán en juego a lo largo de este trabajo. El termino sexo se deriva de las características biológicamente determinadas, relativamente invariables del hombre y la mujer, mientras que género se utiliza para señalar las características socialmente construidas que constituyen la definición de lo masculino y lo femenino en distintas culturas y podría entenderse como la red de rasgos de personalidad, actitudes sentimientos, valores y conductas que diferencian a los hombres de las mujeres. Esta construcción implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre (Martínez, 2005).



Sin embargo, el fenómeno de la obesidad y el sobrepeso no distingue sexo, ni edad. No obstante las mujeres reflejan tasas mayores en ambas condiciones más que los hombres. Algunos autores (Olson, Strawderman & Dennison, 2009; Warin et al, 2008) han vinculado la obesidad en las mujeres con la maternidad, el trabajo doméstico, el estrato socioeconómico bajo y la baja escolaridad.

Respecto a esta situación Martínez (2005) menciona que en un momento social en el que el concepto y la realidad de la familia nuclear están en crisis, la mitología que rodea la maternidad hace que las mujeres deban asumir, en gran medida, la responsabilidad de la salud, la nutrición y bienestar familiar, con los sentimientos de culpabilidad que pueden llegar a generar situaciones de desestructuración familiar o personal. Asimismo, en ocasiones son "invisibilizadas" considerándolas únicamente como parte de su rol reproductor.

Es decir, son el foco de interés en términos de su reproducción en el embarazo y la lactancia, momentos en que aumentan sus requerimientos de energía y de ciertos nutrimentos, lo cual, aunado al intensivo cuidado de los hijos (reproducción social) y a una mala alimentación, hace de la población femenina uno de los grupos con mayor riesgo. En años recientes, las mujeres que pasan por el climaterio y la menopausia también se han convertido en las unidades de análisis de varias investigaciones, debido a sus cambios en los requerimientos de varios nutrimentos y a la relación entre algunas patologías y la ingesta de ciertos alimentos.

Es así que destacando la importancia que ha dado la sociedad a las mujeres como las encargadas de la maternidad y los componentes fundamentales de la salud, es plausible que dado los diferentes roles sociales asignados para mujeres y hombres en el México actual, las prevalencias de exceso de peso, y por ende sus consecuencias, difieran por género.



Esta es la razón por la que se debe de incluir la perspectiva de género en los estudios alimentarios, con el objeto de profundizar en el conocimiento sobre las desigualdades en alimentación entre hombres y mujeres en las diferentes etapas del proceso alimentario, que van desde la decisión, provisión, preparación, distribución y consumo de alimentos, así como de las prácticas y significados que tienen los alimentos para cada uno de ellos, ya que solo de esta manera es posible atender diferencias de género en términos de salud, conociendo su distribución, determinantes y consecuencias más cercanas (Pérez & Díez, 2007).

De acuerdo con Pérez & Díez (2007) dos son los mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género ejerce su influencia sobre la salud: la socialización y el control institucional. Una consideración es la relativa a la cautela que debe ejercerse para no tratar las categorías derivadas de la experiencia como normativamente homogéneas - marcada por factores de clase social, grupo étnico, nivel educativo, coyuntura histórica.

En este sentido, el enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer, dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social. La utilización de este enfoque como herramienta analítica enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso salud - enfermedad, que señala diferencias empíricas entre hombres y mujeres (Martínez, 2005).

Es por esto que desde el 2003 en la Secretaría de Salud de México se han realizado esfuerzos para lograr la desagregación por sexo de todos los registros estadísticos de salud; a partir de ello, se han evidenciado más claramente desigualdades en los niveles de salud entre mujeres y hombres. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tiene como factor de riesgo a la obesidad y ésta se ha mostrado como una enfermedad que genera más demanda de atención y por la que mueren más mujeres (Rodríguez, 2009).



En las acciones que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) ha emprendido desde su creación en 2003 se manifiesta permanentemente el interés por incorporar la perspectiva de género en los programas y acciones de salud, con el objetivo principal de caminar hacia una mejor salud para ambos sexos, considerando las desigualdades prevalecientes y aplicando un principio de equidad de género (Rodríguez, 2009).

En conclusión es importante empezar a documentar acciones específicas que se han tomado para enfrentar la obesidad con equidad de género en la promoción de la salud, considerando los factores que intervienen y determinan formas y grados de la manifestación de la enfermedad tanto en las mujeres y como en los hombres.

Si bien la explicación de las altas tasas de obesidad en las mujeres vista anteriormente se vincula con los roles sociales asignados para mujeres y hombres, estas explicaciones no aportan argumentos suficientes para comprender el porqué del fenómeno.

La pregunta en consecuencia es ¿Qué factores faltan para poder explicar las diferencias y desigualdades existentes en el fenómeno del sobrepeso y de la obesidad de mujeres y hombres? Considerando que, además de las explicaciones citadas en la literatura, se deben considerar también factores sociales, tales como los patrones de socialización, roles familiares, alimentación, obligaciones y pautas culturales, que frecuentemente generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida explica su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad (Rohlfs, 2003).

Estos factores sociales pocas veces se exploran cuando se trata de comprender fenómenos como el sobrepeso, por lo que se tratarán en el siguiente capítulo.



CAPÍTULO DOS

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA OBESIDAD: ENFOQUE DE GÉNERO

En este capítulo se analizan los cambios sociales que han operado sobre la imagen del cuerpo en la cultura, asimismo se desarrollan diferentes cuestiones que cada vez cobran mayor interés sobre los usos sociales del cuerpo como un objeto de consumo.

En este sentido, Rohfs (2003) considera que es de suma importancia tomar en cuenta los factores sociales para el estudio de la obesidad, tales como los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, hábitos alimenticios y pautas culturales, que frecuentemente generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida explica su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad. Estos factores sociales pocas veces se exploran cuando se trata de comprender fenómenos como el sobrepeso y la obesidad.

Las estadísticas de obesidad por sexo en México, no permiten un análisis más nítido de la situación por condición étnica y de género. La salud de los hombres y mujeres, tanto en México como en América Latina, en lo que se refiere al sobrepeso y obesidad ha sido abordada principalmente a través de estudios de corte cuantitativo (Peña & Bacallao, 2000; Uauy et. al, 2001; Vallengia, et al. 2010; San Sebastián & Karin, 2007; Boissonnet et al. 2011), de los que se concluye que este fenómeno va en aumento y debe considerarse como una enfermedad social indicador de desigualdad social, en el que las mujeres presentan más obesidad que los hombres. Sin embargo, poco se ha indagado acerca de las desigualdades de género y el cuerpo con sobrepeso y obesidad.

En este sentido, desde el punto de vista de Contreras (2005), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) pertenecen a los problemas de construcción social modernos, con la aparición de la asociación entre cuerpo



delgado y salud que se dio a principios del siglo XX, en la que la cultura de la delgadez se convirtió en una estrategia de control sobre la mujer y la gordura o el sobrepeso representan un signo de enfermedad.

Estas ideas están vinculadas a un contexto social y cultural específico de construcción de un estereotipo de género y de imagen del cuerpo. No obstante, su permanencia actual como patologías, hace pensar que reside internamente en ese continuo histórico relacionado con el medio cultural del comer/no-comer del que no se puede desligar y donde la clase social y el género han jugado un papel preponderante (Ortiz, 2007).

Tanto la realización de actividad física como los hábitos de consumo de alimentos y bebidas, son prácticas sociales y por lo tanto socialmente determinadas, en otras palabras, el intento de modificar las prácticas sociales de los grupos humanos, son acciones que no obedecen a prescripciones de grupos de otras culturas como sería la de los profesionales de la salud (Álvarez et al, 2012).

La evidencia en este sentido apunta a que gracias al rápido proceso de globalización que vivimos, éste ha provocado una serie de cambios debido a la confluencia de una compleja serie de procesos sociales, políticos, económicos y culturales que han modificado las costumbres y hábitos, pero sobre todo nuestros estilos de vida (Verdalet, 2011).

Lo anterior ha generado un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta y que se vinculan con la urbanización, es decir, se está experimentando un aumento considerable de las enfermedades ligadas al consumo excesivo de alimentos. Un claro ejemplo de ello es la obesidad, cada vez más frecuente porque se ha aumentado el consumo de alimentos procesados altos en energía densa, muy poco nutritivos y con demasiadas calorías, además de que no se lleva a cabo la actividad física



necesaria, debido a las innovaciones que ofrecen múltiples opciones, como lo son los medios de transporte, las nuevas formas de trabajo y entretenimiento (Rivera, et al. 2002; Uauy, et al. 2001).

Por otra parte, Salazar & Vázquez (2012) mencionan que en la mujer el hecho de poseer una mayor esperanza de vida no garantiza que se viva con un estado de salud óptimo y las condiciones así lo han demostrado pues en el transcurso de su vida la mujer se enfrenta a procesos de enfermedades que son degradantes y minimizan la supervivencia humana con calidad de vida, debido a hábitos alimentarios inadecuados, insuficiente realización de ejercicios físicos, estados de estrés constantes, dobles jornadas laborales, entre otras prácticas.

De forma general los perfiles epidemiológicos de morbimortalidad reflejan que las mujeres tienen mayores problemas de salud que los hombres, asociados a factores psicológicos y socioculturales, exhibiendo mayores problemas de nutrición (índice de masa corporal es mayor entre mujeres), así como mayor obesidad, generando problemas de salud mental y somática, lo cual provoca un detrimento de su calidad de vida (Álvarez et al, 2012).

En este sentido, hace falta más investigación acerca del proceso de transformación de la dieta y su repercusión en la salud, que actualmente manifiesta una tendencia a incrementar las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 2 y la hipertensión arterial, los cuales son padecimientos que afectan fundamentalmente a las mujeres (Salazar & Vázquez, 2012).

Al respecto de los TCA Contreras & Gracia (2005) mencionan que los estudios del Siglo XIX, situaron la anorexia en el discurso de la feminidad y la presentaron como una perversión mental, propia de mujeres jóvenes inherentemente irracionales y emocionalmente inestables. Esto hace pensar que la medicina contribuyó en la construcción y legitimación de un estereotipo de



género. Posteriormente, los psiquiatras atribuyeron estas conductas a trastornos mentales provocados por la vida marital, sexual y emocional de las mujeres, con posibles sesgos en la interpretación de los síntomas y la manifestación de las patologías de los TCA.

Los factores socioculturales podrían servir para explicar por qué son las mujeres, y especialmente algunas (edad, cultura, ocupación, familia, valores), las personas más susceptibles a sufrir TCA y obesidad. Aunque lleva un lastre histórico, actualmente se tiene la idea generalizada de que las mujeres son simple reproductoras de las imágenes del cuerpo y de la feminidad socialmente construidas, es por esto que la incidencia femenina podría atribuirse a la construcción de la identidad corporal y a las responsabilidades y valores asumidos a lo largo de la historia. El incremento de los TCA y la obesidad, podrían estar vinculados con la posición de desigualdad que el género femenino ocupa en numerosos ámbitos de la vida social y con el hecho de que el cuerpo sea una medida de evaluación social y personal más determinante para las mujeres que para los hombres (Contreras & Gracia 2005).

Es así que las distinciones, roles y expectativas genéricas, sociales, culturales y psicológicas convierten a la obesidad y a la delgadez en temas preferentemente femeninos. Las mujeres son juzgadas, y se encuentran más interesadas en la apariencia física que los hombres. Esto se atribuye frecuentemente al énfasis permanente del atractivo físico y la delgadez en la mujer, considerando el peso y la silueta corporales como los criterios principales. Además, la estigmatización de individuos obesos es más severa para las mujeres que para los hombres: estas presiones socioculturales hacen del peso corporal una "normativa de descontento" para la mayoría de las mujeres.

Uno de los puntos que me gustaría resaltar es que, en algunos escritos (Rohlf, 2003; Rodríguez et al, 2008), la condición de ser mujer es presentada



como un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios y la obesidad.

Si bien es cierto que en algunos estudios (Aizpuru, 2006; Fonteboa, 2011) se confirma que entre las mujeres existe más riesgo de desarrollar estos trastornos y obesidad, esta información no es suficiente para equiparar la condición femenina con un factor de riesgo. Sin embargo, vale la pena poner atención sobre las conductas que en la actualidad se han vuelto “normativas” y ubican en desventaja a aquellas mujeres que no se detienen a cuestionarlas. En consecuencia, las mujeres expresan mayor insatisfacción con respecto a sus cuerpos, más interés por su apariencia y peso corporal y más frecuentemente, se involucran en esfuerzos para controlar el peso.

Los estudios realizados en México muestran esta clara tendencia de riesgo en mujeres. Por ejemplo, en una investigación realizada con 8, 673 mujeres de tres diferentes etapas de desarrollo (prepúber, púber y adolescente), se encontró una alta incidencia de actitud negativa hacia la obesidad en las niñas prepúberes con una edad promedio de 8 años. También se detectó que el porcentaje de insatisfacción con la imagen corporal se incrementa con la edad, siendo el grupo de adolescentes quienes presentaron el porcentaje más alto (74%). En lo que respecta al seguimiento de dieta con propósitos de control de peso, se encontró que la mitad de las mujeres de cada grupo etario había llevado a cabo esta conducta (Gómez, Alvarado, Moreno, Saloma & Pineda, 2001).

En otro estudio realizado por Gómez (2001) con 5,187 adolescentes mexicanos; 2,270 hombres y 2,917 mujeres, se detectó la presencia de dieta restrictiva en el 23% de hombres y en el 44% de las mujeres, la incidencia de la conducta de atracón (binge eating) fue del 30% y 7% para mujeres y hombres respectivamente, mientras que el 13% del grupo de hombre y el 30% del grupo de mujeres se sentían preocupados por su peso.



Vázquez, López, Álvarez, Franco & Mancilla (2004), realizaron una investigación con una muestra de 1,483 jóvenes mexicanos (731 mujeres y 752 hombres) con una media de edad de 16 años. Se encontró sintomatología de TCA en el 8.9% de los hombres y 15.7% de las mujeres. En cuanto a los factores cognitivos, se presentan diferencias significativas entre hombre y mujeres en cuatro de las subescalas del Eating Disorders Inventory (EDI); motivación para adelgazar, insatisfacción corporal, identificación de la interocepción y desconfianza interpersonal, siendo las mujeres quienes presentan mayores puntuaciones en tres de estas subescalas (el grupo de hombres sólo puntúa más alto en desconfianza interpersonal).

Por, su parte, Gracia (2001), en su estudio titulado “Género, cuerpo y alimentación: la construcción social de la anorexia nerviosa” considera que tanto la anorexia como la obesidad están delimitados culturalmente e influidos por el contexto. Menciona que la desigualdad en proporción entre hombres y mujeres es consecuencia de la diferente posición social que tienen éstos con respecto a la construcción de la identidad, el rol corporal y los valores asumidos respecto a la comida.

Los estudios antes referidos describen lo diferente que es la experiencia de la obesidad entre sexos y como los conceptos sobre la delgadez parecen constituirse en un objeto importante que recae sobre la feminidad de las mujeres, comenzando a favorecerse desde la década de los 70. Se puede decir que las mujeres son más propensas que los hombres a percibirse gordas y a intentar perder peso. Una de las explicaciones, es la contribución de la industria farmacéutica de productos para adelgazar y la imagen de las mujeres en los medios de comunicación de las sociedades industrializadas occidentales (Ortiz, 2007).

Asimismo estos estudios muestran que los rasgos más femeninos se asocian con sintomatología alimentaria; una mayor motivación por adquirir una



figura corporal delgada y una mayor insatisfacción corporal, en comparación con mujeres con rasgos andróginos. Incluso, se señala que existen ciertos factores protectores de la mujer con rasgos de androginidad en relación a la obesidad, tales como alta autoestima, estabilidad emocional, limitada consciencia de sí misma y un interés en una sana corporalidad, más que en la apariencia (Aizpuru, 2006).

En este sentido, me gustaría señalar que los criterios diagnósticos (DSM-IV) para clasificar a la anorexia y a la bulimia, están condicionados por este componente social que es propio de las mujeres (un miedo intenso a subir de peso, distorsión de la imagen corporal y la presencia de amenorrea). Asimismo (Ortiz, 2007) ha señalado que los médicos tienden más a ofrecer consejos y tratamiento a las mujeres que a los hombres con el mismo problema, lo cual nos lleva a cuestionarnos que ¿no será que el discurso psiquiátrico y médico, pone a salvo a la condición masculina e intentan resaltar los males de la mujer?

Los ideales vinculados a la feminidad que dominan lo imaginario social son responsables, en parte, del malestar femenino en nuestra cultura, en tanto coadyuvan a la subordinación de las mujeres imponiendo unos modelos de identidad. Para amoldarse a ellos, cada una ha de recortar algo de sí misma, ya sea que se trate de deseos, necesidades, aspiraciones o potencialidades personales (Aizpuru, 2006).

En este sentido, Berger (2001) afirma que el deseo de ser reconocidas como deseables contribuye a que se configuren como objetos para ser consumidos por los otros más que como sujetos de un deseo propio.

Los hombres miran a las mujeres y éstas observan cómo son miradas, lo que determina no sólo la mayor parte de las relaciones entre hombres y mujeres sino también la relación de la mujer consigo misma: el observador existente en la mujer es masculino, en tanto que la observada es femenina. Al experimentar su



propio cuerpo como si fueran los observadores masculinos de sí mismas, se transforman en un objeto, en particular en un objeto visual. Es una especie de misoginia funcional (Aizpuru, 2006).

La evidencia etnográfica e histórica muestra que el hecho de tener unos kilos de más en las mujeres es una experiencia mucho más negativa y que deja una huella más profunda en ellas que en los hombres. Estas mujeres se han encontrado con que se les ha asignado características desagradables con base a su tamaño. Están discriminadas en los mercados laborales y excluidas de una participación social completa. La desaprobación social de la gordura está centrada principalmente en las mujeres, puesto que hay mayor presión social sobre ellas para ceñirse a las nociones culturales sobre ser atractivas (Ortiz, 2007).

Estas desigualdades son las que nos llevan a cuestionar el componente sociocultural de la obesidad. Es por esto que se considera necesario que en las estrategias implementadas por el sector salud se incorporen las propuestas de salud con perspectiva de género, como condición para lograr potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su salud, así como incorporar a los varones en grupos de sensibilización sobre masculinidades alternativas, con pleno respeto a su cultura, a fin de contribuir a lograr uno de los derechos humanos fundamentales: el derecho a la salud.



CAPITULO TRES

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

En los apartados anteriores se ha señalado el avance que ha tenido tanto en México como en el mundo el problema de la obesidad principalmente en la adolescencia en los últimos años, así como las diferencias entre mujeres y hombres y el alcance de las medidas que se han tomado. Además se consideraron factores sociales, tales como los patrones de socialización, roles familiares, obligaciones, hábitos alimenticios y pautas culturales, que frecuentemente generan situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud, lo que en gran medida podría explicar su mayor morbilidad por trastornos crónicos, incluida la obesidad.

No obstante, desde hace años el tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares fundamentales: los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física. Considerando muy poco a los aspectos psicológicos y familiares que juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad.

Razón por la cual se considera que esta forma de abordaje de la obesidad es estrecha y reduccionista, que ve como esenciales la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física para bajar y mantener un peso saludable, sin embargo, no toma en cuenta otros factores como los que se vieron en los apartados anteriores, los cuales pueden estar presentes en la recuperación del peso después de una dieta.

3.1 Alteraciones psicológicas en la obesidad.

Orlando (2005) ha mencionado que las alteraciones psicológicas más frecuentes asociadas al seguimiento de las dietas hipocalóricas estrictas son: depresión, ansiedad relacionada con la inserción social, una disminución del



autoestima, nerviosismo, debilidad e irritabilidad; donde la recuperación de peso, los hace sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, debido al fracaso en la pérdida de peso; conduciendo al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas como angustia, trastornos de la sexualidad, distorsión de la imagen corporal y el síndrome de descontrol alimentario (Panzita, 2005).

Respecto del síndrome de descontrol alimentario (SDA), también conocido como atracón o *binge eating*, es un trastorno que se caracteriza por descontrol alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa, por ejemplo, autoinducción del vómito, abuso de laxantes u otros fármacos, ayuno y ejercicio físico excesivo. Esto se tiene que presentar generalmente en menos de dos horas, mínimo dos veces por semana, durante seis meses (Ravenna, 2004).

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, cuyo valor calórico es más alto al consumido por obesos sin SDA. Asimismo las personas con este trastorno ingieren más alimentos grasos que proteicos, con una sensación de pérdida de control sobre lo que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, desesperación y decepción por no poderse controlar. Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminución del autoestima, ya que el peso corporal de aquellos que sufren este trastorno suele ser más elevado que el de los obesos sin descontrol (Zúñiga, 2004).

En este sentido, las personas obesas, presentan mayor desinhibición alimentaria al salirse de la dieta y menor eficiencia para mantenerla. El SDA aparece principalmente en personas obesas en tratamiento en un porcentaje mayor a los obesos sin tratamiento; Spitzer (1992) observó que este porcentaje ascendía hasta el 30% en personas obesas con tratamiento frente al 5% en los



obesos sin tratamiento, asimismo es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.

El SDA también puede estar asociado con un mayor porcentaje de alteraciones psicológicas, como la depresión, ya que su presencia es mayor en este grupo de pacientes, así como en periodos de ansiedad, angustia o aburrimiento que podrían desencadenar el descontrol alimentario. Asimismo estos pacientes muestran una prevalencia en enfermedades psiquiátricas, particularmente en trastornos afectivos (Silvestri & Stavile, 2005).

Aparte de constituir un círculo vicioso difícil de abandonar para las personas que presentan este Trastorno de la Alimentación, se pueden originar también importantes enfermedades físicas, como diabetes mellitus, hipertensión, colesterol, ataques cardiacos, patología renal, artritis e incluso llevar a un riesgo de muerte más elevado (Silvestri & Stavile, 2005).

Es de destacar que no toda ingesta excesiva de alimentos, significa descontrol alimentario, ya que es necesario que un profesional aplique los criterios diagnósticos señalados en el DSM IV - Diagnostic Statistic Manual IV de la American Psychiatric Association para detectarlo (Last, 2000).

Como se ha mencionado, la obesidad expone a quien la padece tanto a una larga lista de enfermedades físicas, como a psicopatías como las antes mencionadas, además de que las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad cuya etiqueta de "obeso-fóbica" estigmatiza a quienes la presentan.

Es así, que la obesidad constituye uno de los principales "estigmas sociales", disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual, como la disminución del autoconcepto, autoimagen, autoeficacia, aumento de la ansiedad, depresión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, afectos disfóricos y



disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, menos posibilidades a encontrar una pareja, etcétera (Last, 2000).

Debido a eso, los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos y se enfrentan a la presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios (Moral, 2002).

Los factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario la persona obesa no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo (Silvestri & Stavile, 2005).

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona. Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona, y en concreto en que un determinado ser humano padezca de obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Es decir, que la explicación, y el abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro. De ello se desprende, la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática (Silvestri & Stavile, 2005).

Algunas alteraciones son específicas y pueden encontrarse con relativa frecuencia en individuos obesos, aunque sin ser patognomónicas de la



enfermedad. Pero también existen otras que pueden estar presentes y dificultar el tratamiento para quienes intentan adelgazar y mantener un peso adecuado. (Rodríguez et al, 2008).

Algunos autores (Álvarez et al, 2012; Silvestri & Stavile, 2005) consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Lo cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento.

3.2 ¿Existe una personalidad del obeso?

En la actualidad se están realizando investigaciones para determinar si en realidad existe una personalidad del obeso. Como respuesta de esta búsqueda al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, es que se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad (Silvestri & Stavile, 2005).

Ha sido una de las cuestiones discutidas con fervor en el campo psicológico. Sin embargo, hoy no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad, ya que existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso (Zukerfeld, 2005).

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una personalidad tipo del obeso. Acorde con esta visión, el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado (Webb, Phares, Abraham, Meixel, Scott & Grdes, 1976), aunque algunas personas muestran esas características sin ser obesos (Wadden, Stunkard, Brownell, Day, 1984). Además, los esfuerzos por



identificar un tipo de personalidad del obeso han llevado precisamente a hallazgos opuestos, ya que es notable la diversidad de tipos de personalidad entre ellos. Diversos estudios (McReynolds, 1982) identificaron de entre tres a diez subtipos de personalidades, y un tercio de los sujetos no correspondieron a ningún subtipo.

Stunkard & Wadden (1992) no hallaron en su experiencia clínica una personalidad única en el obeso. Gran número de pacientes incluidos en grupos de tratamiento eran extrovertidos, sociables y productivos, participaban constructivamente en las sesiones y confort y sugerencias útiles para el resto de los pacientes. Unos pocos eran tímidos y reservados, pero su contribución era apropiada cuando se los invitaba a hacerlo.

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos respecto de los sujetos no obesos (Kaplan, Sadock & Grebb, 1996).

Bruch (1973) en su obra "Eating disorders", enfatiza la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas.

Si se buscan factores comunes en las distintas personalidades se encuentran construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y sufrientes de enfermedades crónicas por lo que algunos autores hablan de una personalidad adictiva (Silvestri & Stavile, 2005).

Griessner (2003) describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neurorreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo, por lo que desde su punto de vista, la comida no es adictiva sino



la relación que el individuo tiene con esta. También menciona que la enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados, mismos que se mencionan a continuación:

1. *Objeto droga*: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.

2. *La persona*: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo, ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.

3. *La familia*: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.

4. *Factores socioculturales*: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.

Esa dependencia hace que el obeso adapte su estilo de vida al mantenimiento de la conducta adictiva la cual si se mantiene en el tiempo seguirá con la negación de los efectos agresivos minimizando, justificando y auto engañándose; es en esta etapa cuando se involucra el entorno.

Ya en una etapa final las conductas son automáticas y manejadas por las emociones. “La comida no es adictiva, pero sí lo es la conexión del individuo con ella”.

Como se mencionó anteriormente, si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. La obesidad aparece asociada con



problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas.



CAPITULO CUATRO

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA CONSTRUCCIÓN PSICOLÓGICA DEL CUERPO.

El cuerpo y la imagen corporal forman parte integrante del desarrollo psicológico desde el mismo momento en que se configura la identidad personal y social de los sujetos, en un proceso de diferenciación de la persona como un individuo separado, que sintetiza y unifica la diversidad de sus experiencias en el mundo. La identidad -que facilita una experiencia reflexiva de la propia subjetividad- permite al sujeto tomar conciencia de sí mismo, de su lugar en el mundo y en relación a los demás. La interacción con los otros otorga a esa experiencia contenidos simbólicos y significativos, a través de los cuales es vivido el propio cuerpo.

Este apartado plantea que los valores y significados que la cultura transmite a través de las normas de género inciden en la vivencia del cuerpo sexuado y dificulta -principalmente en las mujeres- la constitución de una identidad personal autónoma.

4.1 Formación de las identidades.

El género se construye culturalmente y no es un conjunto de rasgos en los individuos, sino una construcción que identifica las transacciones adecuadas para un sexo determinado (Bohan, 1993).

En este sentido, en la familia se da el proceso de iniciación que potencia relaciones que favorecen la inserción a la cultura y a la sociedad, que asimismo delimitarán las esferas personales. Posteriormente las relaciones se intensificarán con la integración de niñas y niños en microcomunidades como la escuela, que junto a los medios de comunicación, la literatura y el cine, facilitan el aprendizaje de roles y el acceso al imaginario cultural de la sociedad (Badillo, 1998). Por otro



lado, la variedad de normas y valores con que entran en contacto en los diversos contextos cotidianos promueve una relativización de los roles, lo cual fomenta una cierta autonomía moral en los sujetos que les permite comprender las reglas sociales, aun cuando siga siendo fuerte todavía la influencia de los valores parentales (Pastor & Bonilla, 2000).

Como se ha señalado antes, los procesos identitarios son nucleares en el desarrollo a lo largo de la vida, pero es en la adolescencia cuando tiene lugar una vivencia más aguda de las dificultades ligadas a la búsqueda de identidad. En términos generales, esa búsqueda de identidad adolescente plantea necesariamente una reorganización de la imagen corporal -eje fundamental de la autoestima-, a raíz de los cambios fisiológicos que experimenta el sujeto en la pubertad, y que se unen a una creciente necesidad de des-identificación con respecto a los referentes normativos parentales. La cultura del grupo de pares adquiere una especial relevancia como referente y como fuente eficaz de recursos para enfrentar los problemas evolutivos comunes en esta etapa vital, facilitando el progresivo desarrollo de los sujetos (Pastor & Bonilla, 2000).

La identidad sexual y de género siguen presentándose como dispositivos unificadores que, a través de los distintos avatares, permiten hallar un arraigo en la existencia. Como afirma Aguirre (1998), en la línea de lo postulado por Erikson, la tarea principal de la adolescencia es encontrar la identidad en el marco de las exigencias culturales de la propia comunidad, sus criterios y condiciones, por lo que el autoconcepto y la vivencia de lo masculino y lo femenino, así como el aprendizaje de los roles que mejor van a caracterizar al sujeto se construyen desde sus referentes sociales y de grupo.

El carácter cultural de la naturaleza humana nos lleva a relacionar los roles y actitudes en torno a la diferencia sexual -el género- pues será la cultura específica de cada grupo, en función del grado de opresión que ejerza, la que connote y cargue de contenidos el género. Por ello, debemos huir de



generalizaciones sobre las desigualdades de género. En esa medida es difícil mantener afirmaciones sobre los grupos constituidos por: las mujeres, los hombres, los negros, o los gay, puesto que dentro de cada una de estas grandes categorías se instala la diversidad (Martínez, 2005).

De esta manera, la legitimación y jerarquía social del género tiene una enorme repercusión en el acceso a la individuación, al saber y al disfrute de los recursos de los que dispone una sociedad. En los sujetos, tanto la representación psíquica como la representación social, que constituyen la subjetividad, se instalan en el cuerpo y es ahí donde se manifiestan los síntomas. Por ello, podemos afirmar que la vivencia de las propias experiencias -el modo de percibir el mundo y de resolver los conflictos y problemas- va a condicionar nuestras estrategias de afrontamiento, pues están en íntima relación con la interiorización del sistema de valores culturales y las normas sociales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos las personas en función de nuestro sexo, y en consecuencia, influirán en los posibles modos de enfermar (Martínez & Bonilla, 2000; Mingote, 2001; Russo & Green, 1993; Unger & Crawford, 1996).

Es así que investigaciones recientes realizadas desde la Perspectiva de Género constatan la necesidad de incluir características biológicas en la categoría social de género, porque la particular biología de los seres humanos hace del cuerpo una construcción social y cultural.

En este sentido Billig (1987) considera que en la vida cotidiana mujeres y varones se enfrentan a menudo a “conflictos de rol” -expresión deudora del lenguaje teatral, que apela al hecho de representar, al mismo tiempo, dos o más papeles-, conflictos que pueden afectar la salud y cuya resolución va a depender de la flexibilidad o rigidez de las propias identidades de género. A mayor rigidez en el desempeño de los roles de género más tensiones puede llegar a producir la distancia entre las idealizaciones y la realidad personal.



Es así que en determinadas circunstancias evolutivas, sociales y profesionales, la presión de las normas genéricas -éticas y estéticas- pueden tener efectos perniciosos en los procesos de formación de la identidad, produciendo alteraciones de la imagen corporal, como las que se manifiestan en los trastornos de la conducta alimentaria.

En este sentido, cabe mencionar que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria es mayor en las mujeres, debido a que los criterios estéticos de belleza, al alcanzar estatuto de propuesta cultural idealizada, se transforman en valores éticos –controlar el propio cuerpo informa de un alto autocontrol- y alteran tanto la percepción como el reconocimiento del propio cuerpo (Martínez et al, 2001). Se observa, pues, una persistente relación entre los modelos de género y los síntomas asociados a ciertos trastornos mentales. Síntomas relacionados con miedo, angustia, inseguridad, falta de asertividad, dependencia, estrés, vinculados con la feminidad, muestran una mayor prevalencia en las mujeres, y lamentablemente en las mujeres que sufren violencia de género.

Muchas mujeres se hacen cómplices con los modelos de género y pretenden ser madres y esposas perfectas; fustigan sus cuerpos para mantenerse siempre sexys, jóvenes, delgadas; sobrecargan su existencia pretendiendo ser capaces de todo y poder aguantarlo todo. Desempeños incompatibles e inalcanzables que, demasiado a menudo, producen contradicciones e insatisfacciones que se manifiestan con malestares inscritos en el cuerpo (Martínez, 2005).

El cuerpo, desde la unidad que caracteriza a la especie humana, es el que aporta una de las oposiciones conceptuales básicas: la diferencia de los sexos y su función específica en la reproducción, es un dimorfismo, que por una parte, introduce la categoría taxonómica masculino/femenino y, por otra, los conceptos de masculinidad y feminidad, y las funciones que llevan asociadas varían tanto a



través de las culturas como a lo largo del tiempo, determinados por la complejidad de su origen biológico, social y subjetivo (Martínez, 2005).

En los seres humanos esta diferencia anatómica se convierte en inferioridad, ya que las construcciones imaginarias que sostienen los papeles de género fundamentan conductas discriminatorias. La distinción patriarcal entre lógica de reproducción y lógica de producción -sus lógicas de la complementariedad y de la división sexual del trabajo-, ha contribuido significativamente a “naturalizar” las características adscritas socialmente a las diferencias sexuales, a fin de legitimar la discriminación. De ahí que a las interpretaciones culturales de la condición sexuada se les otorgue reconocimiento de propiedades objetivas y este hecho produzca efectos en la subjetividad (Martínez, 2005).

El cuerpo se ha convertido en una construcción social, en cuya delimitación han participado múltiples disciplinas. Así, se pueden señalar la medicina y la religión, como los agentes que más tradicionalmente han influido, unidos a las normas de urbanidad y a las instituciones educativas. Estos cuatro agentes han ido construyendo un modelo, que todo individuo tiene como referencia (Alday, 2010).

Actualmente además, este modelo se ha democratizado, implicando a cualquier persona que se halle bajo la influencia de los medios de comunicación, la industria audiovisual o la industria del ocio. Se crea así, una cultura física que responsabiliza a todo individuo de modelar su cuerpo, encaminándolo hacia los cánones actuales, fuera de los cuales la percepción de sí mismo se ve afectada negativamente (Alday, 2010).

Aunque el cuerpo, entendido como entidad física nos es dado al nacer, como dice Bohan (1993), es a través de los años cuando se va construyendo



un cuerpo social, al diferenciarse de los demás en tres aspectos: en su visibilidad y conocimiento, en su adiestramiento y uso, y en su aprecio o valoración.

En conclusión, nuestra mirada acerca de nuestra identidad depende de múltiples espejos, aunque también existe un espejo interior pero no es “objetivo” y está enturbiado por la mirada de los demás.

Sin embargo, debe quedar claro que de todos los juicios que hacemos, ninguno es tan importante como el juicio de nosotros mismos. E, inmediatamente después, el de la sociedad, siendo este último, el que tiene repercusión en cada momento y condiciona el modo de actuar, como lo veremos en el siguiente apartado.

4.2 Así eres, así vales.

La subjetividad es producto de la articulación de las cosmogonías, filosofías, valores y normas del sujeto, en síntesis, las dimensiones éticas y socio-culturales, incardinadas en un cuerpo biológico, que subyacen en el reconocimiento del sujeto como individuo (Pastor & Bonilla, 2000).

En la conformación de los procesos identitarios los estereotipos ocupan un lugar relevante. El concepto estereotipo evoca los de prejuicio y discriminación, cuando su sentido es negativo, o una simplificación de características muy esquemáticas, cuando su sentido es positivo (Martínez, 2005).

En ambos casos apela a un conjunto rígido y estructurado de creencias compartidas por los miembros de la sociedad sobre características personales (rasgos de personalidad, características físicas, atribuciones, expectativas, motivaciones...) o comportamientos propios de un grupo específico, desdibujando los límites de la individualidad al unificar las características de las personas que constituyen una categoría, es decir, son creencias consensuadas social y



culturalmente que permiten homogeneizar a los individuos que pertenecen a una categoría, a fin de comprender procesos psicosociales (Rosenkrantz, Vogel, Bee, Broverman & Broverman, 1968; Tajfel, 1981).

Aunque desde finales del siglo XVIII está acuñado el término de estereotipo, en referencia al vaciado de plomo que se realizaba en las imprentas para construir un cliché tipográfico, fue el periodista Lippman, probablemente por su proximidad a la tipografía, quien, en la primera mitad de los años veinte del siglo XX, lo utilizó por primera vez en su acepción socio-psicológica, aludiendo al uso abusivo que frecuentemente hacemos los humanos de generalizaciones e imágenes, o 'atajos mentales'.

Así, los estereotipos permiten justificar de forma simplista la naturaleza de las relaciones entre los grupos, puesto que desde el conocimiento estereotipado - que tiene una fuerte carga emocional se filtra de manera reduccionista la realidad objetiva, homogeneizando a los miembros de un grupo (Martínez, 2005).

Esta actividad cognitiva le permite al sujeto confirmar algunas de sus creencias y adaptarse al medio en el que está inmerso (Ashmore & del Boca, 1981). En el origen de los estereotipos juega un papel predominante la motivación. Como señala Barberá (1998: 85), la psicología ha definido los estereotipos: "como una construcción cognitiva o socio-cognitiva acerca de los atributos compartidos por un colectivo humano. Dos ideas clave subyacen en esta definición:

a) la conceptualización de estereotipo, en cuanto construcción subjetiva, incluye creencias, expectativas, atribuciones causales, lo que significa que los pensamientos estereotipados no suelen coincidir con la realidad. Más que espejos que reflejan con exactitud el mundo, los estereotipos son imágenes mentales de alta elaboración cognitiva, y



b) un estereotipo no suele estar compuesto por un único pensamiento o idea singular sino por un conjunto organizado de ideas que se acoplan entre sí (Ashmore, Del Boca & Wohlers, 1986)".

En pocas palabras, los estereotipos nunca hablan del individuo sino que objetualizan al sujeto, homogeneizando y desdibujando toda subjetividad. Más que a un sujeto nos muestra un personaje, una mascarada. Estas mascaradas, en el ámbito de la salud, actúan bien haciendo invisibles las diferencias al extrapolar técnicas diagnósticas, bien construyendo las diferencias al utilizar etiquetas unificadoras (Martínez, 2005).

Los estereotipos se aprenden, y por tanto se interiorizan, en procesos de interacción social, favoreciendo tanto la valoración del endogrupo como la justificación de las percepciones del exogrupo (Martínez, 2005).

Es así que la presión sociocultural actual sobre la imagen corporal exige tener un cuerpo delgado y perfecto, es interiorizado desde la niñez y en la adolescencia aparece una imagen, nos vemos y nos ven. Lo bello y lo feo establecido culturalmente en la época que nos toca vivir es una regla a seguir que no afecta a todas las personas por igual (López, Solé & Cortés, 2008).

Cada vez se acentúa más la preocupación de los adolescentes en cuanto a la necesidad de perfección de su aspecto físico, como consecuencia de la presión social que se ejerce desde todos los ámbitos relacionados con el individuo, e introduciendo un mensaje de cómo debe ser el cuerpo ideal, sumándole que sólo sí consigue tener un cuerpo perfecto o cuerpo ideal conseguirá alcanzar el éxito tanto personal como profesional en la vida (López, Solé & Cortés, 2008).

Esta presión que ejerce la sociedad sobre sus miembros se manifiesta sobre todo en nuestra cultura occidental en la que priva un modelo estético corporal delgado. Ello conduce a un aumento de los trastornos de la conducta



alimentaria, siendo una de sus causas más relevantes: El aumento de presión psicosocial en búsqueda esforzada de una mal entendida concepción de la salud, en la que la delgadez ocupa un lugar preeminente; así como la influencia de los medios de comunicación de masas mediante la difusión de una publicidad coactiva, la presentación de determinados modelos a imitar y el sostenimiento reiterativo (...) de unos estereotipos en los que la delgadez se equipara a la consecución de salud, mérito, seguridad y atractivo (Jáuregui, 2006:116).

La delgadez deja de ser un objeto exclusivamente médico y de la salud para relacionarse con los modelos de moda, belleza y éxito social, con referentes estéticos y de identidad por tanto, y cuando, para alcanzar estos modelos, las personas han de renunciar, con frecuencia, a los criterios de salud que les dieron origen (Gracia, 2002:353). Podríamos decir: Así eres, así vales.

La adolescencia es un periodo de cambios, cambios muy rápidos, un momento de la vida del chico y/o chica en el que su cuerpo de niño se trasforma hasta conseguir las formas de un cuerpo adulto, con inevitables repercusiones psicológicas y psicosociales. Este es un momento difícil para el adolescente si tenemos en cuenta que la imagen corporal es el cuerpo, la silueta, la apariencia física, que una persona experimenta tener en cada momento de su desarrollo. Si este proceso le causa gran insatisfacción puede ser fácil caer en querer domesticarlo, y cómo se pueden domesticar las formas del cuerpo, pues con una restricción o con un consumo excesivo de comida. Esto contribuye a ser “un elemento para el control personal del peso y, en definitiva, de la imagen corporal, y es también crucial en las representaciones sociales y en la distinción entre los sexos” (Gracia, 2002:362), ya que no se le pide socioculturalmente la misma imagen corporal a un chico que a una chica.

En nuestra sociedad es difícil sentirse bien con el propio cuerpo porque muy pocas mujeres y hombres tienen los cuerpos que la sociedad considera actualmente ideales. Este "cuerpo ideal" ha favorecido el desarrollo de la



insatisfacción de la imagen corporal, y es de esto de lo que se hablara en el siguiente apartado.

4.3 Satisfacción de la imagen corporal.

Desde el punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramático de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical. Estas son importantes para comprender la integridad o deterioro del funcionamiento psíquico, más no explican la vivencia o experiencia de la imagen corporal completa, por ello es necesaria una concepción más dinámica que nos define la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (López, Solé & Cortés, 2008).

Algunos autores (Ashmore, Del Boca & Wohlers, 1986) advierten de la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. La representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto. Vemos pues, que la percepción del propio cuerpo podrá presentar unas características diferenciadas a las de la percepción de otros objetos que no tendrán el mismo valor para el observador. Podemos decir, que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995). O sea, que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos y aspectos conductuales de la misma forma que nos concibe el constructo de imagen corporal (Thompson, 1990), constituido por tres componentes: Un componente perceptual, un componente subjetivo (cognitivo-afectivo) y un componente conductual.

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real (Cash & Pruzinsky, 1990). La imagen corporal clásicamente (Slade, 2005) se define como la



representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas.

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad (Faccini, 2002). Generalmente las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.

Los trastornos a nivel de la percepción interoceptiva se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones endosomáticas o psicobiológicas como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas.

La sociedad actual se sobrepreocupa por la apariencia física, y esto ocasiona que la persona con obesidad sea juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa (Rosen, 1995) cuyas características son:

- Preocupación estresante y dolorosa por la apariencia, así como más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción.
- Timidez y vergüenza en situaciones sociales.
- Incomodidad y angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas.
- Excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación.



- Autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

En resumen podemos decir que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye la percepción que tenemos de todo el cuerpo de forma global, como la que tenemos de cada una de sus partes, de su movimiento, de los límites de este movimiento, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y en el modo de comportarnos como consecuencia de las cogniciones y de los sentimientos que experimentamos.



CAPITULO CINCO

ENFOQUES PSICOLÓGICOS QUE ABORDAN LA OBESIDAD

La obesidad, lejos de ser un problema estético, es un problema de salud importante por su papel como uno de los factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades como la hipertensión, diabetes, artritis o los trastornos cardiovasculares en general. Pero además de su relación con las enfermedades físicas, la obesidad se presenta en la sociedad occidental, "obsesionada" por la delgadez, como un factor de riesgo para problemas de naturaleza psicológica como depresión, ansiedad, hostilidad, aislamiento, etc. Estos problemas pueden, a su vez, derivar hacia otros trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia (Hearherton, Nichols, Mahamedi & Keel, 1995; Bruce & Wilfley, 1996). Por ello, en las últimas décadas han proliferado programas y estudios para el tratamiento de la obesidad bajo una visión multidisciplinar de este problema (Stuart, 1967; Agras & Werne, 1981; Brownell, Heckerman & Westlake, 1979; Stunkard & Penick, 1979; Stunkard, 1982; Saldaña, 1991; Kaplan, Thompson & Searson, 1995).

En esta línea, la O.M.S. adoptó en 1988 medidas para la mejora de la nutrición, y en su Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990-1995 estimuló a adoptar estilos de vida más sanos y apoya la investigación multidisciplinar encaminada a diferenciar los factores sociales y de comportamiento que influyen en la elección de una dieta equilibrada.

Debido a lo anteriormente mencionado, antes de centrarnos en la temática de este capítulo, se dará una panorámica general sobre las maneras en las que se aborda esta problemática desde la medicina, biología, sociología y finalmente el tema de interés de este capítulo, con el objetivo de clarificar las diferencias de las aportaciones de cada una de estas disciplinas al estudio de la obesidad y dilucidar la importancia de la psicología en el tratamiento de la misma.



Desde el punto de vista médico la obesidad significa exceso de tejido adiposo, y se traduce por un aumento del peso corporal. No es fácil precisar qué debe entenderse por exceso de grasa, ya que la masa del tejido adiposo varía según la edad, sexo y grado de actividad física. Al envejecer disminuye la masa corporal magra (músculo y huesos) y aumenta el tejido adiposo, sin que necesariamente se gane peso. En sujetos normales a la edad de 20 años la grasa representa el 15%-18% del peso del hombre y el 20%-25% del de la mujer, mientras que a los 70 años las cifras son del 25% y 36%, respectivamente. Teniendo en cuenta estas consideraciones la obesidad puede definirse como todo exceso de tejido adiposo que va acompañado de elevación ponderal y representa un riesgo para la salud (Carmena & Martínez, 2002).

En cuanto a la biología, ésta abarca los mecanismos fundamentales sobre la regulación del balance energético; las bases genómicas para el desarrollo de la obesidad, las vías celulares de las funciones del tejido adiposo; la descripción molecular del estado obeso; las consecuencias patológicas de la obesidad y las bases fisiológicas para las estrategias de tratamiento (Bastarrachea et al, 2005).

La definición social de tamaño y forma corporal ideales, responde más a estándares estéticos que a razones médicas, resultando para las sociedades americanas y europeas en cuerpos idealmente más delgados, especialmente para el sexo femenino (Montero, 2001).

En ese sentido desde un punto de vista psicológico Feldman, (2006) indica que la obesidad es producto de una sensibilidad excesiva a las claves alimentarias externas basadas en factores sociales, junto con la insensibilidad a las claves del hambre interna.

Aunque como se ha mencionado, el estudio de la obesidad requiere de cada una de las disciplinas antes mencionadas, desde hace años diversos profesionales basan el tratamiento solo en dos pilares fundamentales: la



adherencia a los planes de alimentación hipocalóricos y la incorporación de la actividad física; sustentados en las investigaciones que sugieren que los factores causales asociados al desarrollo de obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios. Este desbalance entre la energía que ingresa y lo que se gasta genera un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa en los tejidos del organismo. Aún hoy, son muchos los profesionales de la salud que basan el tratamiento solo en estos principios. Prueba de ello, es la abundante bibliografía sobre investigaciones en donde la dieta hipocalórica y el ejercicio producen una disminución inicial en el peso de personas obesas (casi todas bajan al comienzo de los estudios), pero a lo largo de uno, tres o cinco años casi 90% recupera el peso con el que habían comenzado el tratamiento, con el agravante de que muchos lo superan (Silvestri & Stavile, 2005).

Es así que cada vez hay más programas multidisciplinarios que atienden a los pacientes, y sus programas de educación para la salud incluyen el uso de técnicas psicológicas para lograr cambios en el estilo de vida y alimentación; sin embargo, como ellos mismos reconocen, estos son objetivos difíciles de alcanzar (Padilla, Aráuz, Roselló, Rodríguez, Jiménez, & Guzmán 1997).

5.4 Cognitivo-Conductual.

Como vimos anteriormente, la manifiesta ineficacia de las recomendaciones dietéticas aisladas en la obesidad, ha llevado al establecimiento de regímenes terapéuticos más flexibles e integrales basados en el ejercicio físico y la dieta (Dalmau & Montero, 1991) así como la necesidad de buscar un refuerzo en el marco familiar (Maham, 1987) y grupal para la reeducación y la modificación de los hábitos de conducta. Una de las opciones en este campo es el abordaje cognitivo-conductual (Vera & Fernandez, 1989).

Esta visión multidisciplinaria se plasma en la importancia concedida a la influencia de los factores cognitivos y comportamentales en el desarrollo y



mantenimiento del problema de la obesidad, así como la adherencia, los trastornos de ansiedad, la baja autoestima, el poco o nulo autocontrol o ciertos pensamientos distorsionados (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997), por lo que incluyen técnicas para su modificación. También se ha planteado que no solamente la ansiedad, sino también la depresión afecta el grado de adherencia de un paciente a su dieta, y que las cogniciones, creencias o pensamientos que tienen las personas sobre su padecimiento son las que provocan tales estados (Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez, 2005). Tal premisa ha llevado a incluir técnicas de reestructuración cognitiva para conseguir el apego a la dieta, aunque hay que señalar que algunas investigaciones basadas en los modelos de creencias en salud y autoeficacia no han hallado relación alguna entre dichos factores y la adherencia a la dieta (Cerkoney & Hart, 1980), mientras que otras han hallado que la autoeficacia, al igual que el conocimiento sobre la obesidad, son variables que están asociadas a esa adherencia.

Por ello, los tratamientos actuales se centran no sólo en la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, sino también en la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas. La pérdida de peso lograda a través exclusivamente del seguimiento de dietas hipocalóricas presenta un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento, como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta.

Es por ello, que es importante que en el diseño de un programa de intervención, se tengan en cuenta toda una amplia gama de variables: hábitos de alimentación, cadenas conductuales que favorecen la ingesta fuera de horas, niveles de ansiedad, una autoimagen deteriorada que no encaja con los actuales cánones de belleza, la falta de recursos y estrategias para hacer frente a los problemas cotidianos, la falta de habilidades sociales para formar parte de un grupo de amigos, pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, etc. Todos estos elementos pueden favorecer el consumo de alimentos en



su mayoría hipercalóricos, dando lugar a un patrón de respuestas caracterizadas por aspectos cognitivos displacenteros de tensión (pensamientos de culpabilidad, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos irracionales relacionados con la comida, aspectos motores como la ingesta compulsiva de alimentos y aspectos fisiológicos de alta activación).

Bajo este marco multicausal el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe de ir más allá que la reducción de peso a través de la implantación, por parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con "fuerza de voluntad". Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de hábitos de alimentación que permitan un mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su problema. Con este objetivo se elaboran programas cognitivo conductuales para la modificación de hábitos de alimentación.

Sin obviar la importancia de alcanzar pérdidas de peso, el objetivo prioritario de estos programas es la modificación de hábitos de alimentación poco saludables y de los factores psicológicos asociados a la obesidad (ansiedad, autoestima, autocontrol, pensamientos distorsionados, etc.).

Los programas generalmente se dividen en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. Dichas fases a su vez se dividen en varios apartados:

Evaluación pretratamiento:

- Entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Tobal & Cano, 1986, 1988, 1994).
- Medidas de peso.



Tratamiento:

- Sesiones informativas.
- Elaboración de menús.
- Autocontrol.
- Relajación.
- Reestructuración cognitiva.
- Solución de Problemas.

Evaluación postratamiento:

- Entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación.
- Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA- (Tobal & Cano, 1986, 1988, 1994).
- Medidas de peso.

La implantación de programas de esta naturaleza en los que se combina educación nutricional y técnicas psicológicas destinadas a la modificación de las variables asociadas a la obesidad, ayuda a que se cubran de forma satisfactoria los objetivos propuestos, teniendo en cuenta que se está trabajando en un campo caracterizado por la falta de motivación de los pacientes, que en un índice muy elevado han experimentado sucesivos fracasos. Por ello sería de especial importancia incidir en la promoción de hábitos de alimentación saludables y en la educación nutricional desde la infancia, así como, lograr transformar la intervención desde el tratamiento a la prevención y promoción de hábitos y técnicas de afrontamiento dirigidas al problema del sobrepeso.



5.5 Interconductismo.

Este apartado parte de una aproximación interconductual, específicamente este modelo psicológico de la salud, lo que permite, entre otras cosas, es entender la importancia de variables de tipo disposicional como facilitadoras de comportamientos de riesgo, o bien como factores que interfieren con los comportamientos saludables o preventivos. La identificación de estos factores en relación con el seguimiento de un plan de alimentación permite diseñar mejores programas, en tanto que será posible entrenar habilidades pertinentes a la alteración de dichos factores, trascendiendo la mera labor informativa para incorporar el conocimiento en la forma de un saber hacer.

Compartiendo el interés de muchos autores en los aspectos psicológicos relacionados con la salud, la teoría interconductual se fundamenta en lo escrito por Kantor (1967), la taxonomía funcional desarrollada por Ribes & López (1985) y, de manera muy particular, el llamado modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes (1990).

Este último modelo considera que la salud tiene una dimensión psicológica: el comportamiento. Tal modelo plantea dos fases, la primera de las cuales es la relativa al proceso psicológico de la salud que se origina en la historia individual y que afecta a factores psicológicos tales como la historia de competencias o capacidades de las personas, así como a otras variables de tipo biológico. Dicho proceso conduce a una fase de resultantes en la que también se identifican algunos factores psicológicos, como las conductas instrumentales de riesgo y prevención, que, a su vez, afectan a variables no psicológicas, como la vulnerabilidad biológica, siendo el eslabón final el estado de salud o enfermedad de una persona.

De este modelo, se consideran como centrales dos categorías: la de competencias funcionales presentes y la de conductas instrumentales de riesgo y



prevención. La primera categoría se ubica en la fase del proceso psicológico de la salud y alude a las capacidades adquiridas por las personas para relacionarse de manera efectiva con situaciones que implican logro, esto es, con aquellas en las que hay una demanda específica a satisfacer, un resultado a producir o un problema por resolver. La segunda categoría se encuentra en la fase de resultantes del proceso y se refiere a la manifestación práctica o actualización de las competencias funcionales presentes y a actos concretos vinculados con la salud y que pueden tener efectos inmediatos o demorados en el organismo; tales acciones pueden designar acciones preventivas o bien acciones de riesgo. Los conceptos mencionados permiten ubicar la adherencia a la dieta como una conducta instrumental preventiva, y al desapego o no adherencia como una conducta instrumental de riesgo con efectos que pueden ser inmediatos y demorados. Tales conductas instrumentales, como manifestación o actualización de competencias para el cuidado de la salud, pueden estar afectadas por la información que la persona posee con relación a su salud, por experiencias tales como haberse sentido mal después de haber incurrido en una práctica de riesgo, o por habilidades específicas, como identificar situaciones de peligro o emitir conductas incompatibles en dichas situaciones. Así, un paciente obeso que tiene apego a su dieta puede emitir esta conducta preventiva al estar regulado por la información que tiene respecto a las consecuencias de la obesidad.

Las conductas instrumentales se analizan tomando en consideración varios elementos, de ahí que algunas categorías específicas del análisis contingencial se consideren claves para el análisis. Dicha metodología contiene cuatro dimensiones para el estudio del comportamiento humano individual, aunque generalmente se toman categorías pertenecientes a la dimensión microcontingencial en virtud de que este sistema permite hacer un análisis funcional del conjunto de factores que comprende la conducta de interés (la adherencia a la dieta).



El análisis microcontingencial de un comportamiento como el de adherencia a una dieta debe partir de la identificación de cuatro categorías: morfologías de conducta, situaciones, conducta de otras personas y efectos.

La primera, morfologías de conducta, alude a la forma del comportamiento, en este caso qué es lo que come una persona, cuánto come, cómo come (p. ej. rápida o lentamente).

La segunda de ellas es la que se refiere a un conjunto de factores de tipo disposicional que dan contexto al comportamiento de interés. Los factores de tipo disposicional no designan variables como ocurrencias, sino factores que tienen una función probabilística, es decir, que hacen más probable o facilitan el comportamiento de estudio, o bien que hacen menos probable o interfieren con un comportamiento deseable. En este caso, parece importante empezar por estudiar aquellos factores dispocionales que pueden interferir con el seguimiento de la dieta.

En este sentido esta categoría de situaciones del sistema microcontingencial considera tanto factores dispocionales ambientales y como los de la propia persona. Del ambiente se identifican circunstancia social, lugar, conducta socialmente esperada y objetos o acontecimientos físicos. De la propia persona, inclinaciones, propensiones y tendencias.

De la subcategoría de circunstancia social denotan precisamente la circunstancia en la que una persona emite un comportamiento específico, en este caso el de romper la dieta y comer de manera poco saludable. Las circunstancias sociales que podrían ser relevantes para este comportamiento pueden estar relacionadas con estar solo o acompañado, o estar en alguna reunión, entre otros. La subcategoría de lugar o lugares considera la posible influencia del sitio en el que se emite el comportamiento de interés. La conducta socialmente esperada refiere las prácticas habituales del o los grupos de personas significativas respecto



a algún comportamiento. En objetos o acontecimientos físicos se toma en cuenta la disponibilidad de comida, así como la influencia de objetos (el televisor).

La tercera, conducta de otras personas, es la que permite identificar la función que tiene el comportamiento de otros significativos en el comportamiento de la persona que se está analizando.

Por último, la cuarta, efectos, conlleva el análisis de las consecuencias del comportamiento en cuestión (tipo, número, latencia, entre otros) (Ribes & cols., 1986).

Este análisis microcontingencial permite estudiar el comportamiento desde una perspectiva funcional. Sin embargo, con la intención de generar un conocimiento que haga más eficientes los programas de intervención para la población bajo estudio, se considera pertinente empezar una línea de investigación identificando, en primera instancia, la importancia atribuida por los pacientes a los factores situacionales de naturaleza disposicional.

En este sentido la psicología de la salud ha intervenido ya exitosamente en el problema de la adherencia a la dieta. Por ejemplo, Penick, Filion, Fox & Stunkard (1971) llevaron a cabo un estudio en el que compararon la terapia en modificación de conducta en grupo con la psicoterapia tradicional (charlas informativas sobre los riesgos de la obesidad e instrucción dietética). Su estudio fue hecho con dos grupos de 16 participantes cada uno. Un grupo recibió un tratamiento basado en la terapia de modificación de conducta y el otro en psicoterapia tradicional. En el programa de modificación de conducta se emplearon técnicas específicas para ayudar a los pacientes a disminuir la velocidad con la que comían, a tomar conciencia de los diversos componentes de la alimentación y al proceso requerido para obtener el control de estos componentes. Los ejercicios incluyeron el conteo de cada uno de los bocados durante una comida y la colocación de los cubiertos en la mesa después de cada



tercer bocado hasta que se masticara y deglutiera todo el alimento. Todos estos comportamientos estuvieron apoyados por un programa de reforzamiento positivo que utilizaba un sistema de puntos. Los resultados mostraron que las técnicas de modificación de conducta fueron más eficaces en el tratamiento de la obesidad que la psicoterapia tradicional, pues 13% del grupo de modificación de conducta perdió más de 40 libras, y otro 53% perdió más de 20; dentro del grupo control, solo 24% perdió más de 20 libras.

Partiendo también del marco conductual, Dahms, Molitch, Bray y cols. (1978) llevaron a cabo un estudio en el cual compararon los efectos del mazindol, el dietilpropion y un placebo con una terapia conductual en la reducción de peso en pacientes obesos. En el programa de modificación de conducta, el núcleo de las sesiones consistió en enseñarles los fundamentos de las técnicas de modificación de conducta, incluidos el análisis y registro de cada uno de los alimentos consumidos, el asesoramiento sobre los cambios en los hábitos alimenticios y diversas técnicas de ejercicio. Se hizo especial hincapié en la disminución de la ingesta alimenticia durante ciertos estados emocionales y en la eliminación de señales ambientales que los estimularan a comer. Los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos, por lo que concluyeron que las técnicas de modificación de conducta resultan ser una mejor opción debido a que requiere poco tiempo para su aplicación, son menos costosas y evitan los efectos secundarios de los medicamentos anorexígenos.

Bajo este enfoque existen instrumentos con lógica conceptual para evaluar la importancia atribuida a distintos factores psicológicos en el rompimiento de la dieta. Con el propósito de encontrar factores disposicionales que interfieren con el apego al régimen. La adherencia a la dieta es un comportamiento medular para evitar complicaciones. A pesar de que se han implementado programas para educar a los pacientes respecto a su forma de comer, no se han obtenido los resultados esperados.



Diferentes estudios orientados a cambiar los hábitos alimenticios tienen resultados poco satisfactorios, en tanto que los programas empleados no afectan de la misma manera a los pacientes. Como se señaló antes, hay autores que reportan cierto grado de éxito que no se mantiene en el largo plazo, otros han encontrado que sus programas de intervención son efectivos para algunos pacientes y no para otros, y a diferencia del apartado anterior Rodríguez, Díaz-González & García (2013) han encontrado que la aplicación de técnicas conductuales no arroja resultados diferentes a los de otro tipo de intervenciones. Por esta razón, el interconductismo considera, por un lado, que algunas de estas intervenciones únicamente son informativas y no entrenan al paciente en las conductas necesarias para obtener un adecuado control de la dieta y, por otro, que no es frecuente encontrar investigaciones destinadas a identificar los factores psicológicos que pueden estar involucrados en la adherencia o no a la dieta en los pacientes (Padilla y cols., 1997), de modo que la mayoría de los estudios y programas que pretenden incidir en este aspecto incluyen variables o factores que, desde un marco terapéutico específico o de acuerdo a la propia experiencia, son relevantes a este propósito.

Así, algunos programas de intervención han considerado, por ejemplo, que uno de los elementos que puede incidir desfavorablemente en el apego a la dieta tiene que ver con lo que se denomina “estados emocionales negativos” (Berrocal, Luciano, Zaldívar & Esteve, 2003), y con base en esta premisa instruyen a los pacientes a poner atención y seguir las recomendaciones nutricionales al hallarse en tales estados.

En este contexto, el interconductismo parte de que existe la necesidad de identificar los diversos factores que interfieren con la adherencia a la dieta, y que las investigaciones al respecto serían un buen sustento de los programas de intervención.



Este modelo psicológico de la salud biológica y la metodología del análisis contingencial, constituyen actualmente una propuesta con capacidad para generar preguntas de investigación y orientar así los esfuerzos hacia el desarrollo de programas de prevención de comportamientos de riesgo para la salud. Con esta perspectiva teórica, se espera que las investigaciones arrojen resultados que generen información efectiva acerca de aquellos factores que influyen en lo individual para que una persona lleve a cabo prácticas preventivas o de riesgo para su salud. Un propósito a largo plazo es el de esclarecer el papel de diversos factores involucrados en las prácticas alimenticias, así como su peso explicativo.

Como se señaló antes, bajo la perspectiva interconductual se han llevado a cabo propuestas conceptuales, así como diversos estudios en áreas específicas de la salud (Moreno, García, Rodríguez & cols., 2007; Peralta & Rodríguez, 2007; Rodríguez & Díaz-González, 2011). Hasta el momento las investigaciones realizadas bajo esta perspectiva han ayudado a entender la función de algunos factores en cierto tipo de prácticas de riesgo para la salud y con ello se espera poder vislumbrar algunas de las habilidades y competencias que debieran entrenarse en los programas de educación para el paciente obeso, ya que se ha demostrado que las repercusiones individuales, familiares y sociales son considerables en este tipo de casos.

Esta aproximación permite tomar en consideración las diferencias individuales que pueden ser integradas en los citados programas de intervención.

Para finalizar, hay que mencionar que las conductas vinculadas a la salud, a pesar de constituir un fenómeno complejo, pueden abordarse desde un solo modelo teórico que explique la participación funcionalmente diferenciada de los factores pertinentes a cada individuo.



5.6 Psicoanálisis

A continuación se plantearán algunos conceptos relacionados con la posición psicoanalítica respecto de las posibles intervenciones, la sensación de abstinencia y las recaídas en los tratamientos.

Respecto de los tratamientos en obesidad Zukerfeld (1979) asegura que los mismos deben ser lo suficientemente amplios como para:

- 1) Reemplazar la avidez por la comida por otros objetos supletorios más gratificantes.
- 2) Dar condiciones y técnicas de control y autocontrol.
- 3) Confrontar con la realidad, informar, comprender e interpretar la omnipotencia, negación, idealización, racionalización e intelectualización de los pacientes.
- 4) Saber diferenciar la imposición de la convicción y el insight del pseudoinsight.
- 5) Valorar permanentemente que la comida para el obeso tiene el mismo valor que el alcohol para el alcohólico, o la morfina para el morfinómano, con los siguientes agravantes:
 - Que no es valorizada como una enfermedad: las conductas impulsivo-compulsivas pueden ser reconocidas y comentadas perfectamente pero difícilmente se las califique de patológicas.
 - Las presiones sociales son muy diferentes a las de otras situaciones parecidas.



En relación al proceso de tratamiento cuando un obeso está haciendo régimen, suele producirse el tan conocido «síndrome de abstinencia», el cual consiste en que todo el organismo parece sentir la interrupción parcial y temporaria de la ingesta como «algo que le falta» y cuya ausencia se torna intolerable para el yo, a tal punto que en ciertos casos el sujeto se siente como si estuviera amenazado de muerte. Algunos pacientes lo expresan claramente como temor a morir de inanición.

Y en la capa de tejido adiposo que constituye la materialización del sobrepeso, entre otras cosas, representa un reaseguramiento respecto de aquella amenaza; la posibilidad de morirse de hambre no se va a cumplir, porque su organismo dispone de cuantiosas reservas, creadas para evitar tal fin catastrófico y destinadas a ello.

Se pueden agrupar las intervenciones psicoanalíticas en dos niveles no jerárquicos:

- a) Intervenciones sobre el origen: comprenden toda la gama de intervenciones que giran alrededor del contexto y/o los antecedentes del fenómeno impulsivo. El paciente de acuerdo a sus posibilidades introspectivas puede describir espontáneamente episodios desencadenantes o procesos cognitivos asociados a la conducta impulsiva. En muchos casos la actitud del analista se basa en interrogar sobre ese contexto y encontrarse desde una frustrante inefabilidad hasta complejos entramados de racionalizaciones e intelectualizaciones ubicados en el discurso del «por qué».
- b) Intervenciones sobre las consecuencias: la otra serie de intervenciones que se entrelazan con las del primer grupo giran alrededor del resultado y/o la intención del fenómeno impulsivo. Aquí es donde las



intervenciones adquieren un estilo de confrontación con determinadas realidades desmentidas con un uso tácito o explícito del «para qué». La actitud del analista es ahora afirmativa y representativa de aquellas realidades interpretando el resultado del acto. Todos los tipos de intervenciones que se incluyen dentro de la llamada «puesta de límites» son también parte de las reflexiones sobre las consecuencias y la noción de «tocar fondo» corresponde a la percepción subjetiva de aquellas. Planteado de otro modo lo que aquí se trata es testear si el descontrol es controlable y el grado de ventaja secundaria del mismo.

En todos los casos las intervenciones psicoterapéuticas varían de acuerdo al material clínico que el paciente ofrece, pero es fundamental recordar que si el motivo de consulta es la obesidad siempre debe existir el soporte médico--nutricional y/o grupal. Si éste no existe es probable que el psicoterapeuta deba realizar intervenciones propias de aquel campo o explicar las limitaciones del proceso (Zukerfeld, 2002).

Con respecto a la cura Zukerfeld define que en la medicina general, de donde proviene, el término es ambiguo: ¿es la eliminación de los síntomas en un momento dado?; ¿es aquello pero para siempre?; ¿es la modificación de estructuras homeostáticas? La cronicidad es en cambio un desafío a cualquier definición.

Dentro de la medicina general es difícil encuadrar a esta enfermedad como curable porque la experiencia, demuestra que la suspensión de tratamiento implica la reaparición de los síntomas o desaparecen totalmente las estructuras de fondo permanecen intactas, en estado potencial (Zukerfeld, 1979).

Cabe mencionar que probablemente el verdadero enfoque psicossomático puede ser realizado sólo por el médico general y aun cuando a esto se lo llame psicoterapia «superficial», es ella la que puede sellar el pronóstico del paciente.



En conjunto este enfoque implica tres tiempos: Fortalecimiento, Movilización y Control (Zukerfeld, 1979).

- a) Fortalecimiento: el paciente obeso necesita suficiente clima afectivo para sentirse apoyado; por lo que el examen físico incluye cierto valor psicoterapéutico. Es importante la formulación de contratos claros, razonables, donde el rol del médico sea equivalente al de una madre protectora.
- b) Movilización: no se debe olvidar que de vez en cuando el programa terapéutico debe ser revisado, confrontando al paciente con diferentes realidades que él a veces evita o niega. Es importante recordar este concepto confrontación pues es clave en el enfoque psicológico de la obesidad. Es aquí donde el rol del médico semeja el de un padre sereno pero firme que ayuda a romper con racionalizaciones e intelectualizaciones.
- c) Control: es una actividad paralela a las anteriores. Significa supervisar, repetir, evitar que el paciente «baje la guardia», en función de las características crónicas de esta enfermedad.

Además suelen ser útiles la utilización de test con finalidad terapéutica (algunas láminas del T.A.T., Test de Lewin), es decir como objeto intermediario para mejorar el vínculo. La indicación de «tareas para el hogar» (traer por escrito pensamientos, sensaciones, proyectos, pros y contras, etc.), es de indudable valor, así como el uso de planillas para el control alimentario (Zukerfeld, 1979).

Es importante recordar que a veces el paciente pide hacer psicoterapia, pero no debe ser derivado ingenuamente pues el pedido puede ser sólo un síntoma más de avidez y de búsqueda de magia. Es aconsejable tener al paciente



un tiempo antes de hacer una derivación que aunque académicamente correcta, puede ser errónea por apresuramiento (Zukerfeld, 1979). El especialista en Nutrición deberá apostar al éxito del tratamiento; el mismo deberá ser definido a través de objetivos posibles y alcanzables.

Pero cuando se enfrenta al fracaso, deberá hacer un replanteo acerca de cuánto hay de incurable en las alteraciones que se intentan corregir, o cuánto hubo de iatrogenia en no alcanzar el éxito buscado.

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

Es por esto que no debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas desde esta perspectiva, y el tratamiento de la obesidad no queda excluido. Por tanto el aspecto psicológico de la persona debería ser incluido en el abordaje terapéutico, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática. Por tanto, a la hora de tratar el trastorno, deben tenerse en cuenta tanto los aspectos psicológicos, como la pérdida de peso a menudo necesaria.

De esta manera, este trabajo, si bien analiza y enfatiza el rol de los aspectos psicológicos en la obesidad, no minimiza ni deja de considerar como determinantes en el desarrollo de la misma los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan.



CONCLUSIONES

La obesidad o el exceso de peso es un problema de salud que afecta en diferentes grados a un elevado porcentaje de la población mundial occidental, siendo su prevalencia mayor en mujeres que en varones.

Como pudimos observar a lo largo de los capítulos la obesidad infantil y juvenil es un problema sanitario de primer orden en el mundo desarrollado por su alta prevalencia y su relación con una mayor morbilidad. Desde la elaboración de los primeros informes que relacionaron estrechamente la obesidad infantil con la del adulto ha ido creciendo el interés por el niño obeso. Se ha observado cómo esta asociación es mayor cuando la ganancia de peso ocurre entre los 7 y 13 años y también se ha comprobado la asociación de obesidad puberal con mayor morbilidad en el adulto.

Asimismo, los organismos internacionales como la OMS y la OPS, han señalado a la obesidad como una epidemia de alcance mundial, como enfermedad grave y como factor de riesgo para contraer otras, sin embargo, se cuenta con insuficientes registros epidemiológicos de la frecuencia y la distribución, así como del impacto en la salud, a manera de complicaciones, incapacidad o mortalidad.

En México, el sistema de vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de Diabetes publicó en su boletín de 2006 que la presencia de obesidad incrementa la resistencia a la insulina, y en 2007 publicó que el incremento de enfermedades crónicas está asociado a la presencia de obesidad y que la obesidad ya no es una manifestación saludable, sino poco saludable que se debe considerar como una enfermedad.

Por otra parte, los discursos contemporáneos sobre la salud y la imagen vinculan al cuerpo y a la identidad y sirven para promover ciertas prácticas de cuidados corporales típicas de la sociedad.



Esto implica la concepción de la obesidad como enfermedad mortal que genera la movilización de empresas y laboratorios para crear productos que prevengan, atiendan y rehabiliten al cuerpo obeso. Desde ahí se generan campañas con estereotipos de belleza que provocan la estigmatización del cuerpo obeso. Hecho que impacta a los adolescentes por la susceptibilidad ante la opinión externa, la crítica, la moda y los significados del cuerpo.

Por otro lado, la construcción social de los roles masculino y femenino en algunas regiones aun, ubican a las mujeres en la casa y a cargo del trabajo doméstico, y la crianza de los hijos. Los hombres por el contrario, son ubicados como proveedores y son los que salen a trabajar. Este rasgo cultural se extiende más allá de las condiciones del hogar, hacia los espacios destinados al esparcimiento (los campos de futbol, las canchas de basquetbol y volibol). A ellos acceden sólo los hombres, mientras que las niñas, las adolescentes y aún las mujeres adultas, realizan actividades como tejer, visitar a sus familiares o ver televisión. De aquí que interpretemos esto como que hay mujeres que enfrentan restricciones para la libertad de movimientos, que son responsabilizadas del trabajo doméstico y de la generación de capacidades humanas, por ser quienes atienden la crianza, alimentación, educación y salud de los hijos y de la familia. En consecuencia esto apoya la observación de que actualmente las mujeres aun enfrentan desigualdades sociales y de género. Pérez & Vázquez, (2009) en su estudio sobre familia, trabajo doméstico y libertad de movimiento en mujeres chontales de Nacajuca, coinciden con lo antes mencionado, ya que encontraron que tanto la libertad de movimiento de las mujeres como su confinamiento al ámbito de la casa, así como la incapacidad de negociar con sus parejas la realización del trabajo doméstico, son desigualdades de género que enfrentan las mujeres.

En relación a las encuestas en México, debemos señalar que el estudio de la obesidad en población de adolescentes, no se había analizado de manera



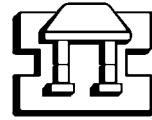
independiente, sino solo en conjunto con los niños. Es la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) la que considera a la adolescencia como una población independiente, y a partir de esto se pudo analizar la evolución del sobrepeso y obesidad.

Por otra parte, considero que es necesario que a las estrategias implementadas por el sector salud se incorporen las propuestas de la sociología médica y de la salud y por supuesto la perspectiva de género, como condición para lograr potenciar las capacidades de las mujeres para mejorar su salud, así como incorporar a los varones a grupos de sensibilización sobre masculinidades alternativas, con pleno respeto a su cultura, a fin de contribuir a lograr uno de los derechos humanos fundamentales: el derecho a la salud.

Asimismo, en general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto la etiología como la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera). Esto debiera traducirse en un abordaje idiosincrático y específico a cada paciente, surgiendo, por lo tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

El tratamiento de la obesidad debe ser refocalizado de la mera pérdida de peso, frecuentemente asociada con el aspecto, a la búsqueda del mejor peso posible en el contexto de una mejoría general de la salud. Sin embargo, hasta el momento los profesionales de la salud de todas las áreas han investigado y experimentado sin obtener el éxito esperado.

Por lo que por el momento, parece que lo más prudente es evitar programas de captación masiva de niños y adolescentes obesos y restringir la



oferta de tratamiento médico a pacientes seleccionados y siempre dentro de un abordaje multidisciplinario supervisado por personal experto o suficientemente entrenado, independientemente de que, tanto en la escuela o en los medios de masas se aborde la prevención desde la educación para la salud en cuanto a hábitos de alimentación y ejercicio.



REFERENCIAS

- Agras, S. & Werne, J. (1981) Disorders of eating. Handbook of Clinical Behavior Therapy. New York: Wiley-Interscience Publication.
- Aguirre, A. (1998) La cultura de la adolescencia. *Etnopsicología y Etnopsiquiatría*, 1, 51-92.
- Aizpuru, A. (2006) La violencia de género y su relación con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Instituto de Equidad de Género de Querétaro.
- Alday, S. (2010) Construcción social y vivencia psicológica del cuerpo. *Salta Cultura y actualidad*.
- Álvarez, G., Cruz, M., Nigh, R., Tuñón, E. & Villaseñor, M. (2012) Desigualdades de género en sobrepeso y obesidad entre indígenas Chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9, 2, pp. 1-22.
- Arnett, J. (1999) Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist*, 54, 5, pp. 317-326.
- Ashmore, R. & Del Boca, F. (1981). *Conceptual approaches to stereotypes and Stereotyping*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ashmore, R., Del Boca, F. & Wohlers, A. (1986). *Gender stereotypes*, Orlando: Academic Press.
- Badillo, I. (1998) Las culturas del ciclo vital. *Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*, 1, pp. 3-16.



Barberá, E. (1998) *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.

Bastarrachea, R., Laviada, H., Machado, I., Kent, J., López, J., Comuzzie, A. (2005) Entendiendo las causas de la obesidad a través de la biología celular del adipocito. *Revista venezolana de Endocrinología Metabólica*, 3, 3, pp. 20-29.

Berger, J. (2001) *Modos de ver*.

Berrocal, C., Luciano, M., Zaldívar, F. & Esteve, R. (2003) Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 2, pp. 265-282.

Billig, M. (1987) *Arguing and thinking. A rhetorical approach to social psychology*. Cambridge:Cambridge University Press.

Bohan, J. (1993) Regarding gender: Essentialism, constructionism and feminist psychology, *Psychology of Women Quarterly*, 17, pp. 5-22.

Boissonnet, C., Schargrodsy, H., Pellegrini, F., Macchia, A., Marcet-Champagne, B., Wilson, E., Tognoni G. (2011) Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 18, 4, pp. 550-556.

Brownell, K., Heckerman, C. & Westlake, R. (1979) The behavioral control of obesity. A descriptive analysis of a large-scale program. *Journal of Clinical Psychology*, 35, pp. 864-869.



Bruce, B. & Wilfley, D. (1996) Binge eating among the overweight population: a serious and prevalent problem. *Journal of the American Dietetic Association*, 96, 1, pp. 58-61.

Bruch, H. (1973) *Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books.

Bryant, J. & Zillmann, D. (2002) *Media effects. Advances in Theory and Research*. New Jersey: LEA.

Carmena, R. & Martínez, V. (2002) Obesidad. Definición, diagnóstico, etiopatogenia, clasificación. Posted in Nutricion.

Casado, M., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación.

Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990) *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press, pp. 269-276.

Cerkoney, K., Hart, L. (1980) The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3, pp. 98-594.

Contreras, H. (2005) La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainack Cuadernos de antropología etnográfica* 27, pp. 31-52.

Contreras, J. & García, M. (2005) *Cuerpo, dieta antropológicas y cultura*.

Dahms, W., Molitch, M., Bray, G., Greenway F., Atkinson, R. & Hamilton K. (1978) Treatment of obesity: Cost-benefit assessment of behavioral therapy,



placebo, and two anorectic drugs American Journal of Clinical Nutrition. 31, 5, pp. 774-778.

Dalmau, J. & Montero, C. (1991) Aspectos prácticos de la obesidad pediátrica. Acta Esp, 49, pp.387-390.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012).

Evans, J. & Hall, S. (2002) Visual culture. The reader. Londres: Sage.

Faccini, M. (2002) Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. Revista Actualidad Psicológica, 300, pp. 28.

Feldman, R. (2006) Psicología con aplicaciones en países de habla hispana, 6^o edición, Mc Graw Hill.

Fisher-Keller, J. (1997) Everyday learning about identities among young adolescents in television culture. Anthropology and Education Quarterly, 28, 4, pp. 467-492.

Fontebao, M. (2011) Medidas contra la obesidad. Selecciones, pp. 67.

Gómez, G., Alvarado, H., Moreno, E., Saloma, G. & Pineda, G. (2001) Trastornos de alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (3), 313-324.

Gómez, G. (2001) Prevención primaria: Auto-diagnóstico de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe



Proyecto IN305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACyT) México, DF:
Universidad Nacional Autónoma de México.

Gracia M. (2001) Género, cuerpo y alimentación: la construcción social de la anorexia nerviosa. Antropología y enfermería.

Gracia, M. (2002) Somos lo que comemos, 1ª edición, Barcelona: Pirámide.

Griessner, V. (2003) Binge Eating: Trastorno por "Atracón". Publicado en Psicocentro.com

Hearherton, T., Nichols, P., Mahamedi, F. & Keel, P. (1995) Body weight, dieting, and eating disorders symptoms among college students, 1982 to 1992. American Journal of Psychiatry, 152,11, pp. 1623-1629.

Huston, A. (1990) Development of television viewing patterns in early childhood: A longitudinal investigation. Development Psychology, 26, 3, pp. 409-420.

Jáuregui, I. (2006) La imagen de una sociedad enferma. Anorexia, bulimia, atracones y obesidad, 2ªedición, Barcelona: Grafema.

Kantor, J. (1967) Behaviorism in the History of Psychology.

Kaplan, H., Sadock, J. & Grebb J. (1996). Sinopsis de Psi- quiatría (7.ª edición). Madrid: Claridad mental incompleta con alteraciones perceptivas y en las acti- Panamericana.

Kaplan, C., Thompson, A. & Searson, S. (1995) Cognitive behaviour therapy in children and adolescents. Archives of Disease in Childhood, 73, 5, pp.472-475.



Last, C. (2000). 5 Razones por las que comemos en exceso. Urano. España.

Laviada-Molina H, Machado-Domínguez I, Kent J, López-Alvarenga JC, Comuzzie AG. 2005. El receptor de insulina como objetivo farmacogenómico: potenciando su señalización intracelular. Revista de endocrinología y nutrición, 13:180-189.

López, A., Solé, A. & Cortés, I. (2008) Percepción de satisfacción – insatisfacción de la imagen corporal en una muestra de adolescentes de Reus (Tarragona).

Luke, C. (1990) Constructing the child viewer. Nueva York: Praeger.

Maham K. (1987) Conducta familiar para reducir el peso de los niños. Clin Ped Nort, 4, pp. 1051-1065.

Martínez B. & Bonilla, A. (2000) Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad. Valencia: Universitat de Valencia.

Martínez, I. (2001) Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal. Madrid: Instituto de la Mujer.

Martínez, I. (2005) Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Universidad de Valencia.

McReynolds, W. (1982) Toward a psychology of obesity: review of research on the role of personality and level of adjustment. Int. Eating Disorders 2, pp. 37-57.

Medrano, C. & Cortés, A. (2007) Teaching and learning of values through television. Review International of Education, pp. 53, 1, 5-21.



Mingote, J. (2001) La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. Madrid: Instituto de la Mujer.

Montero, J. (2001) Obesidad: una visión Antropológica. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina.

Moral, J. (2002) Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. RESPYN, Revista Salud Pública y Nutrición de la Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nueva León. México, 3, 3.

Moreno, D., García, R., Rodríguez, M., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2007) Evaluación de competencias funcionales e pacientes seropositivos: un estudio piloto. Psicología y Salud, 17, 2, pp.165-177.

Morgan, M. (2007) What do young people learn about the world from watching television? New York: Peter Lang Publishing, pp.153-166.

Montero, Y. (2006) Televisión, valores y adolescencia. Barcelona: Gedisa.

Olson, M., Strawderman, S. & Dennison, A. (2009) Maternal weight gain during pregnancy and child weight at age 3 years. Maternal and Child Health Journal, 13, 839–846.

Organización Mundial de la Salud (2008). Más necesaria que nunca.

Orlando, H. (2005). Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín Buenos Aires.



- Orozco, G. (1996) *Televisión y audiencias. Un enfoque cualitativo*. Madrid: Ediciones de la Torre.
- Ortiz, M., (2007) *Alimentación y nutrición*. Colombia: Universidad de Alicante - Universidad del Atlántico.
- Padilla, G., Aráuz, A., Roselló, M., Rodríguez, O., Jiménez, M. & Guzmán, S. (1997) *Modificación de prácticas alimentarias en diabéticos no insulino dependientes: efecto de una intervención educativa multidisciplinaria*. *Rev Costarric Cienc Med*, 18, pp. 15-29.
- Pastor, R. & Bonilla, A. (2000) *Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas*. Universidad de Valencia, 75.
- Panzita, M. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Clarín Buenos Aires.
- Penick, S., Filion, R., Fox, S., & Stunkard, A. (1971) *Behavior modification in the treatment of obesity*. *Psychosomatic Medicine*, 33, pp. 49-55.
- Peña, M. y Bacallao, J. (2000) *Obesidad en la Pobreza: un nuevo reto para la Salud Publica*. OMS/OPS Publicación Científica 576.
- Peralta, C. & Rodríguez, M. (2007). *Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes*. *Psicología y Salud*, 17, 2, pp. 179-189.
- Pérez, S. & Díez, S. (2007) *Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género*. *Salud Pública: México*, 49, 6, pp. 445-453.



Ramos, J. & Rodríguez, R. (2011) *Obesidad cuesta al país 3,500 mdd al año*: FCH. El Universal.

Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea...entre el exceso y la medida*. Galerna. Buenos Aires.

Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.

Ribes, E., Díaz, E., Rodríguez, M. & Landa, D. (1986) *El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento*. Cuadernos de Psicología, 8, 27-52.

Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

Rivera, J., Barquera. S., Campirano, F., Campos, I. (2002) *Epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity*. Public Health Nutrition, 5, pp. 113-122.

Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. & Sánchez, J. (2005). *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. Applied Medicine, 5,3, pp. 455-462.

Rodríguez, M., Díaz -González, E., (2011) *Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato*. Psicología y Salud, 21,1, pp. 17-24.

Rodríguez, M., Díaz -González, E. & García, J. (2013) *Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la Adherencia a la dieta*



en pacientes diabéticos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18, 2, pp. 263-276.

Rodríguez, V., Orozco, M., Santamaría, S., Iglesias, A. & Tolentino, A. (2008) Salud y obesidad en adolescentes. *Revista Científica Electrónica de Psicología: Hidalgo*.

Rodríguez, Y. (2009) Género y Salud en cifras. México: Secretaría de Salud, 7, 1, pp. 1-49.

Rohlf, I. (2003) Género y salud: diferencias y desigualdades.

Rosen, J. (1995) The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, pp.143-166.

Rosenkrantz, P., Vogel, S., Bee, H., Broverman, I. & Broverman, D. (1968). Sex-role stereotypes and self-concepts in college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 3, pp. 287-295.

Russo, N. & Green, B. (1993) Women and mental health. Westwood: Greenwood Press, pp. 379-436.

Salazar, Y. & Vázquez, L. (2012) El enfoque de género en la configuración del proceso salud – enfermedad. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.

Saldaña, C. (1991) Intervención en obesidad en niños y adolescentes. Madrid: Siglo XXI.



San Sebastian, M., & Karin, H. A. (2007) Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud Pública de México*, 49, 4, pp. 316-320.

Sepúlveda, J. (2000) Vivienda, población y utilización de servicios de salud. *Encuesta Nacional de Salud*.

Sevillano, M. (2001) La percepción y evaluación de valores y antivalores en los medios de comunicación (periódicos, revistas y televisión) por estudiantes de 14-18 años. *Revista de Educación*, 236, pp. 333-353.

Silva, I. (2006) Aportaciones a los y a las profesionales que trabajan con adolescentes. *Perspectiva intergeneracional, intercultural y de género, Estudios de Juventud*, 73, pp. 25-36.

Silvestri, E. & Stavile, A. (2005) Aspectos psicológicos de la Obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. *Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro*.

Slade, A. (2005) Perfectly Mad. A Review of Judith Warners's *Perfect Madeness: Motherhood in the Age of Anxiety*. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*.

Spitzer, R., Devlin, M. & Walsh, B. (1992) Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int j Disorders* 11, 191-204.

Stuart, R. (1967) Behavioral control of overeating. *Behaviour and Therapy*, 5, pp. 356-357.

Stunkard, A. (1982) *Obesity*. New York: Pleum Press.



- Stunkard, A. & Penick, S. (1979) Behavior modification in the treatment of obesity: the problem of maintaining weight loss. *Archives of General Psychiatry*, 36, pp. 801-806.
- Stunkard, A. & Wadden, T. (1992) Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524S-532S.
- Tajfel, H. (1981) *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Thompson, R. A. (1990). *Emotion and self-regulation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tobal, J. & Cano, A. (1986) *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. Madrid: TEA.
- Tobal, J. & Cano, A. (1988) *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Segunda edición revisada con inclusión de rasgos específicos de ansiedad) Madrid: TEA.
- Tobal, J. & Cano, A. (1994) *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA-*. (Tercera edición ampliada con nuevos estudios psicométricos y nuevos baremos) Madrid: TEA.
- Uauy, R., Albala, C. & Kain, J. (2001) Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *The Journal Nutrition*. 131, 3, pp. 893S-899S.
- Unger, R. & Crawford, M. (1996) *Women and gender: A feminist psychology*. New York: McGraw-Hill.



- Valeggia, C., Burke, K., Fernandez, D. (2010) Nutritional status and socioeconomic change among Toba and Wichí populations of the Argentinean Chaco *Economics and Human Biology*, 8, 2010, pp. 100–110.
- Vázquez, R., López, X., Álvarez, G., Franco, K. & Mancilla, J. (2004). Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados. *Psicología Conductual*, 12, 3, 415-427.
- Vera, M. & Fernandez, M. (1989) *Prevención y tratamiento de la obesidad*. Barcelona: Martinez Roca.
- Verdalet, M. (2011) La obesidad: un problema de salud pública. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la universidad veracruzana*, 24, 3, pp. 19-26.
- Wadden, T., Stunkard, A., Brownell, K. & Day, S. (1984) Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. *J. Sult. Clin. Psicol*, 52, pp. 692 - 4.
- Warin, M., Turner, K., Moore, V. & Davies, M. (2008). Bodies, mothers and identities: Rethinking obesity and the BMI. *Sociology of Health & Illness*, 30, 1, pp. 97-111.
- Webb, W., Phares, R., Abraham, H., Meixel, S., Scott, H. & Grdes, J. (1976) Jejunoileal bypass procedures in morbid obesity: preoperative psychological findings. *J. Clin. Psychol*, 32, pp. 82 – 5.
- Witenberg, R. (2007) The moral dimension of children's and adolescents' conceptualisation of tolerance to human diversity, *Journal of Moral Education*, 36, 4, pp. 433-451.



Zúñiga, A. (2004) Entrevista sobre comedores compulsivos. Eating Disorders México.

Zukerfeld, R. (1979) Psicoterapia de la Obesidad. Letra Viva. Buenos Aires.

Zukerfeld, R. (2002) Psicoanálisis y procesos terciarios. Resiliencia y prácticas sociales transformadoras. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.

Zukerfeld, R. (2005) Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso. Clarín, Buenos Aires.