



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**AUTOESTIMA, ANSIEDAD Y
PESO CORPORAL EN MUJERES ADULTAS**

TESINA

Que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Presenta

Abel Lerma Talamantes

Comisión Dictaminadora:

Lic. Jorge Montoya Avecías

Lic. Jorge Alfonso Rodríguez Gómez

Lic. Gabriela Alejandra González Ruiz

Tlalnepantla, Edo. de México

Los Reyes Iztacala, Marzo de 2004





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.

Agradecimientos

A mi madre, prueba irrefutable de que la versión bíblica está equivocada: primero fue una mujer y luego nació el hombre.

A mi padre, prueba contundente de que la autoestima trasciende en el tiempo, con todo y la ausencia física.

A Cristina (por tu tolerancia y tu esfuerzo por comprenderme); Cristy (por presionarme con tu ejemplo de excelencia profesional); a Pabel (por tus lecciones de creatividad y atrevimiento para soñar).

A Fernanda, Jesús, Agustín y Graciano, por el cálido impulso emocional para no claudicar y por su decisivo apoyo material para recordar que lo último no debe anteponerse como pretexto para olvidar lo primero.

A Claudia, cuya carrera personal y profesional ejemplifica claramente a las primeras dos variables de este estudio, en su sentido positivo y constructivo. Gracias por tu firme apoyo y estímulo y por la idea original.

A todos mis sobrinos y sobrinas, por mostrar en sus rostros siempre una mirada de aliento y esperanza, con todo y la distancia y el tiempo.

A Jorge Montoya Avecías, por afirmar con tanta convicción que soy el experto en el tema.

A Jorge Rodríguez Gómez, el maestro y amigo, por continuar en Iztacala, en la infatigable labor de provocar en el alumnado la curiosidad y el interés para entender *porqué* se va ahí. Algunos, tiempo después empezamos a encontrar algunas respuestas, pero sobre todo abundantes preguntas, haciendo de la fecunda duda un continuo. Es decir, indicios del *para qué*. Gracias.

Al Gran Arquitecto del Universo.

Í N D I C E

	Páginas
Introducción	V - XI
CAPÍTULO I AUTOESTIMA Y ANSIEDAD	
1.1 La autoestima	1
1.1.1 Definición	
1.1.2 Clasificaciones	
1.1.3 Tratamiento	
1.2 La ansiedad	12
1.2.1 Definición	
1.2.2 Clasificaciones	
1.2.3 Tratamiento	
CAPÍTULO II PESO CORPORAL	
2.1. Definiciones	21
2.2 Evaluación del peso corporal	24
2.2.1 Índice cintura-cadera	
2.2.2 Circunferencia de Cintura	
2.2.3 Panículos adiposos	
2.2.4 Índice Cintura-Estatura	
2.2.5 Índice de Masa Corporal	
2.3 Clasificación del Peso corporal	26
2.4 Factores y modelos explicatorios del peso corporal	28
2.5 DSM-IV y Trastornos en la Conducta Alimentaria	37
2.6 Tratamientos del peso corporal	39
2.6.1 Intervención quirúrgica	
2.6.2 Medicamentos	
2.6.3 Ejercicio	
2.6.4 Dietas	
2.6.5 Intervención psicológica	41
CAPÍTULO III RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS	
3.1 Autoestima	52
3.2 Ansiedad	57
3.3 Peso Corporal	57
CAPÍTULO IV PROPUESTA DE MODELO CONCEPTUAL DE LA AUTOESTIMA, LA ANSIEDAD Y EL PESO CORPORAL EN MUJERES ADULTAS	
	60
CONCLUSIONES	67
BIBLIOHEMEROGRAFÍA	69
APÉNDICES	

R RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son un asunto grave de salud pública mundial, asociado a diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares. Las conductas que influyen en el peso corporal tienen un fuerte vínculo con variables psicológicas como la depresión y el estrés, derivadas del rechazo y la presión social, así como sentimientos de culpa y soledad que puede conducir a la auto-agresión y hasta el suicidio. Con el objetivo de conocer las relaciones entre autoestima, ansiedad y peso corporal en mujeres adultas, se realizó una investigación documental en bases de datos electrónicas y medios impresos, seleccionando reportes de investigación y textos recientes sobre las tres variables. Con el análisis resultante se encontraron conexiones de la autoestima y la ansiedad con el peso corporal, con influencia de aspectos socioculturales (nivel económico, familia, raza, género, religión, etc). Adicionalmente, se diseñó un modelo conceptual de la interrelación autoestima-ansiedad-peso corporal. Estos resultados permiten un mejor entendimiento de la influencia psicológica en el peso corporal, lo que podría hacer más eficiente su intervención terapéutica y preventiva.

I ntroducción

“**E**l hombre es el único ser que tiene la capacidad de cavar su propia tumba con los dientes”

Una de las variables psicológicas que más se han asociado a los problemas de peso corporal, es la autoestima, que se define como la auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o rechazo; este sentimiento expresa el grado en que una persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa; es un juicio personal y por lo tanto, subjetivo, que tiene de sí mismo una persona y que expresa verbalmente mediante diversos rasgos de comportamiento y de lenguaje (Aguilar et al, 2002).

Fennel, (1998) define a la autoestima como una representación mental de tipo genérico derivada de experiencias específicas que dirigen el proceso de información posterior, así como la conducta misma, fijando negativamente el concepto de sí mismo, que define cómo la persona piensa, siente y se comporta cotidianamente, que a su vez es

mantenido, reforzado y fortalecido por procesos mentales y conductas disfuncionales. Por lo tanto, existe un proceso recíproco de retroalimentación entre los procesos mentales superiores y la interpretación inmediata de los sucesos, provocando un sistema cerrado, auto-reforzante y con más o menor resistencia al cambio.

La autoestima es abordada desde el enfoque cognitivo-conductual, con tratamientos como la Terapia Racional Emotiva, que se enfoca en las creencias en el pasado y presente de las personas, cuyas características pueden detallarse ampliamente como “sanas” o “no-sanas”, describiendo a las primeras como de ajuste normal del individuo ante situaciones conflictivas de su medio ambiente, mientras que las segundas describen a personas con demandas muy rígidas y con creencias fatalistas o con baja tolerancia a la frustración y de auto-devaluación consigo mismo, hacia otros o incluso hacia las condiciones de su medio ambiente o con la misma vida (Dryden, 1998).

La autoestima no es un problema simple y varía en cuanto a su rol, impacto y severidad en cada persona. A veces es parte de otro problema (como la depresión) o puede ser una consecuencia (por ansiedad a largo plazo, estrés postraumático). También puede funcionar como un factor predisponente de depresión, ansiedad, dificultades para sostener relaciones con otros o consigo mismo, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, problemas con la asertividad o el fracaso personal, por lo que la autoestima requiere tratamiento y atención especializadas (Fennel, 1998).

Hay diversos estudios experimentales respecto a la relación de la autoestima con la obesidad, donde se observa que al aumentar el Índice de Masa Corporal (IMC), disminuye la autoestima. Así mismo, afirman que, aunque la autoestima se incrementa con la edad, en las mujeres disminuye, lo cual podría deberse a la obesidad como un problema de la cultura occidental, que ejerce presión en ellas para obtener una figura esbelta, causando conflictos internos. (Aguilar et al, 2002).

Por su parte, la ansiedad es un trastorno que, -en cuanto a sus síntomas-, es fácilmente confundido con el estrés y la depresión; sin embargo, existe una frontera entre padecimientos, -sin bien es cierto no muy clara-, estipulada en dos diferentes instrumentos

internacionales aceptados por el mundo médico: el DSM-IV y el ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud. (Echeburía, 1996).

La autoestima y la ansiedad han sido abordados en el mundo clínico, observacional y experimental, ligadas a diversos problemas como los de peso corporal, por ejemplo la obesidad, la bulimia y la anorexia nerviosa. (Pastore et al, 1996; Horner, 1993; Álvarez, 1992, Kim y Kim, 2001; Aguilar, 2002; Cameron, 1999, Annesi, 2000), lo que refleja una preocupación internacional por este problema de salud. Se destaca que la conducta alimentaria trastornada y los problemas de sobrepeso ocupa gran atención en casi todos los países, no importando su nivel socioeconómico, como se supondría natural en el caso de la obesidad (OMS,2002).

Existen diversas teorías explicativas de la obesidad, que van desde la genética hasta la sociocultural. Como ejemplo, Álvarez (1992) señala que la obesidad se produce por un desequilibrio energético positivo, por ingesta excesiva, por déficit de consumo energético o por ambas.

Debido a los resultados tan desalentadores a largo plazo de los tratamientos para la obesidad, Fennel (1998) y Álvarez et al, (1998b) insisten en que su tratamiento requiere intervención médica y psicológica y que los programas que más éxito tienen son los que incluyen dietas flexibles, educación en nutrición, más ejercicio o gasto calórico y un tratamiento cognitivo-conductual que atienda funcionalmente el problema de obesidad, donde se incluya el autocontrol, la auto-observación, el autoregistro y un completo análisis funcional que identifique los estímulos antecedentes externos (que incluye determinar con quién se come y el lugar, así como los hábitos familiares), además de los estímulos internos (como la misma autoestima y la ansiedad), más las expectativas de interacción social que la persona obesa mantiene en sus pensamientos y emociones, evaluando muy bien la relación costo-beneficio a la hora de decidir entre hacer dietas, ejercicio, fármacos o aceptar el sobrepeso.

La obesidad, al igual que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial, la osteoporosis, el cáncer, son consideradas enfermedades no transmisibles y de gran impacto actual en la población mundial, que se adquieren en un período de tiempo, debido a lo que comen y a la manera como viven las personas. La Organización Mundial de la Salud (2002) sostiene que la obesidad es consecuencia de la inactividad física y la causante de 300,000 muertes anualmente en los Estados Unidos de Norteamérica, así como más de dos millones de muertes a nivel mundial asociadas a la inactividad física.

En consecuencia, de entrada encontramos que se atribuye una relación directa del peso corporal con la mortalidad, ya que los individuos obesos suelen tener, -además de los ya mencionados-, problemas fisiológicos asociados, tales como: apnea del sueño, accidentes cerebro-vasculares, cáncer de seno, útero, colon y próstata, vesícula biliar, problemas con la gestación, gota, decremento de la fertilidad, artritis y mortalidad precoz. Un factor crucial del peso corporal es la alimentación, que influye de manera circular y multicausante en tres variables, -lo biológico, lo fisiológico y lo psicológico y, -a su vez-, la alimentación es influenciada por éstas (Álvarez et al, 1998a y 1998b).

La conducta alimentaria tiene vinculaciones con el afecto desde etapas infantiles, cuando el alimento es utilizado por los adultos y por el propio niño como un arma, como una expresión de inseguridad, miedo, como un medio para determinar sus propios límites, como una expresión de dominio y como una forma de intercambio con el medio ambiente. Y es que comemos cotidianamente en compañía de otras personas, en ciertos ambientes y situaciones, de tal manera que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios o desbalances crean problemas en aquellas, no sólo en lo fisiológico, sino también en lo psicológico y sus relaciones con los demás. En consecuencia, la comida tiene muchos significados además del biológico. Por ejemplo, se abusa de la comida aunque no se tenga hambre, como un apoyo para enfrentar la angustia ante el rechazo, la desconfianza, la carencia afectiva, la ira reprimida y el dolor o la soledad (Álvarez et al, 1998b).

En consonancia con lo anterior, la obesidad es considerada por el DSM-IV (1995) - instrumento fundamental de diagnóstico de enfermedades mentales entre la comunidad médica internacional-, como un padecimiento físico y no como una enfermedad con etiología psicológica, por lo que no se encuentra tipificada en dicho manual, ya que incluye únicamente a la anorexia nerviosa, la bulimia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados (TCA), donde aconseja incluir a la obesidad cuando se sospechan factores psicológicos intervinientes. No obstante, el mismo manual acepta que “los factores psicológicos y comportamentales” afectan el desarrollo de casi todas las enfermedades.

Es interesante el reconocimiento de que la obesidad no puede ser prevenida ni dirigida solo por los gobiernos o simplemente controlada mediante la actividad física, sino que se requiere la participación y el trabajo conjunto de la industria de los alimentos, las agencias y organismos internacionales, los medios de comunicación, las comunidades y los individuos para intentar modificar el medio ambiente, que es el más favorable para la ganancia de peso en la población (OMS, 2002).

La obesidad y el sobrepeso están asociadas en la literatura científica al estudio de trastornos visibles de la conducta alimentaria, como la sobreingesta o comida compulsiva, los atracones, la bulimia, la anorexia nerviosa. Los investigadores y clínicos están ampliamente interesados en una amplia gama de interrelaciones entre estas expresiones externas, con variables psicológicas tales como: el auto-concepto, la autoaceptación, la depresión, la ansiedad, la autoestima, la imagen corporal, la insatisfacción con la propia imagen corporal como factores individuales (Strain y Strain, 1979; Telch y Agras, 1996; Sarwer et al, 1998; Matz et al, 2002).

Así mismo, existen corrientes de investigación relacionadas con el contexto socio-cultural y familiar que atribuyen la obesidad, el sobrepeso o el peso normal a situaciones como las experiencias infantiles, la influencia de la familia en cuanto a los patrones alimentarios y corporales, los prejuicios culturales y sociales, la burla social, ya sea en etapas tempranas o la adultez (Braet y Wydhooge, 2000; Matz et al, 2002; Miller et al, 1995). Incluso, existe la vertiente que estudia la obesidad y el sobrepeso relacionándola con

variables como la raza, el grupo étnico, la ideología (Walcott-McQuigg, 1995; Caldwell et al, 1997; Kimm et al, 1997).

Una fuerte tendencia actual de la investigación sobre la obesidad y el sobrepeso, se centra en un enfoque relacionado con el entorno ambiental social, como la familia, el trabajo, el grupo de amigos y hasta el nivel socioeconómico (Crocker,1999; Álvarez,1992; Álvarez et al, 1998b; Wamala et al, 1997; Matz et al, 2002). En esta vertiente se hace énfasis en la construcción situacional de la obesidad, más que derivada de factores hereditarios, metabólicos, neurológicos, celulares o glandulares.

Es así que la conducta alimentaria del ser humano es un fenómeno complicado y complejo donde intervienen factores biológicos (hambre, crecimiento, embarazo, lactancia), geográficos (disponibilidad de alimentos según la región, clima y época del año) y psicológicos (apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos, tradiciones). De lo anterior se deduce que la alimentación pasa de ser la respuesta a una mera necesidad instintiva, un hábito o costumbre, para ser reconocida como altamente condicionada por factores psicológicos, sociales y culturales, lo que exige ir más allá de su base simplemente biológica, lo que nos lleva a abordarla con un enfoque multifactorial que conciba al individuo como una unidad funcional o biopsicosocial, donde la autoestima y la ansiedad son factores psicológicos intervinientes mediante valores que,- junto con la idea de una apropiada figura corporal-, son transmitidos por la familia, instituciones, comunidades y sociedades, mediante aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales e incluso los estados de ánimo y lo sociocultural, que se transmite de generación en generación desempeñando un papel básico e intrínseco al desarrollo de todo ser humano y que varía de individuo a individuo, en contraste a la nutrición, que es muy parecida entre congéneres, pues se define como el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos, que se realiza en tres etapas: alimentación, metabolismo y excreción (Álvarez et al, 1998a y 1998b).

En consecuencia, la gente se preocupa más por aspectos relacionados con el sabor y atmósfera que rodea a las comidas, que por la ingestión de la cantidad necesaria de calorías

para sobrevivir, conduciéndola a un sentimiento de desconcierto, vergüenza y culpa. Adicionalmente, la gente acostumbra creer en las novedades, compra libros sobre la dietas de moda, sobre medicamentos que suprimen el apetito y sobre aparatos para adelgazar, que frecuentemente atentan contra la salud de quienes desean obtener resultados con un mínimo de esfuerzo y que piensan que consumiendo un solo alimento o irracionalmente restringiendo la ingesta durante varios días desaparecerá el exceso de peso corporal.

La cultura es el factor más poderoso y determinante sobre la idea del peso corporal e influye en la noción de “esbeltez” y “robustez”, tal como lo reflejan las pinturas, fotografías, la moda, y escritos que podemos observar en nuestros días, comparándolos con los de otros tiempos, manifestándose en la autoestima, las actitudes, la conducta alimentaria y el aislamiento social; a cambio de ello, las mujeres tienen el derecho de exhibir sus curvas generosas a condición de que se sometan a duras y hasta peligrosas exigencias farmacológicas, quirúrgicas, dietéticas y de ejercicio extenuante y fatigoso. Los profesionales de la salud promueven hábitos y prácticas saludables, al mismo tiempo que atienden a un gran número de mujeres con complicaciones médicas o funcionales, tales como la mutilación de los dedos de los pies, el uso de corsetes, la mutilación genital, la cirugía, etc. (Crocker,1998).

La familia provee sus propios esquemas de alimentación, estructura sus actividades y valores sociales respecto al peso corporal “apropiado” a cada uno de sus miembros. La familia “socializa” al niño en sus hábitos alimentarios, quien aprende por imitación de los otros miembros de su familia; aprende lo que sí y lo que no se puede comer, que la comida no solo nutre y que puede sustituir al amor, la seguridad, los sentimientos de pertenencia, que es un satisfactor de la ansiedad y la frustración (Vickers, 1993).

El individuo debe ser considerado como una unidad biopsicosocial-cultural indestructible e interrelacionada, donde cada elemento o característica se eslabona y sustenta a las demás y de cuya combinación aparecen nuevas características y fenómenos que a su vez deben abordarse con una perspectiva del sistema hombre y el sistema humano (Nava,1968).

La interrelación biológica de la obesidad y el sobrepeso con los fenómenos psicológicos no puede pasarse por alto, razón por la cual se propone la presente investigación documental, con el objetivo de efectuar un análisis de la autoestima y la ansiedad en el capítulo uno, del peso corporal en el capítulo dos, para pasar a examinar las relaciones entre ellas en el capítulo tres. Finalmente, se propondrá en el capítulo cuatro un modelo conceptual de la autoestima y la ansiedad asociada con los problemas de peso corporal en la mujer adulta.

AUTOESTIMA Y ANSIEDAD

“Espero que alguien venga, inexorable, siempre temo y espero, y acabe por nombrarnos en un signo, por situarnos en alguna estación; por dejarnos allí, como dos gritos de asombro. Pero nunca será. Tú no eres esa, yo no soy ése, esos, los que fuimos antes de ser nosotros”

Mario Benedetti

Existe controversia conceptual sobre la autoestima, como consecuencia de la cantidad y variedad de explicaciones disponibles. Por ejemplo, el Diccionario de la Lengua Española (2001) la define breve, optimista y simplemente como “una valoración generalmente positiva de sí mismos“, lo que contrasta de entrada con definiciones más operacionales o incluso más pesimistas.

Según Branden (2000), la autoestima es una “disposición” a la independencia y la honestidad por respetarse en los propios deseos, necesidades y valores, evitando ser falsos para

agradar a los demás, lo que implica, -entre otras cosas-, aprender a estar en una relación íntima intrapersonal sin abandonar el sentido de la identidad, así como aprender a ser amables sin sacrificarse. También es la confianza en la capacidad de pensar, de enfrentarse a los desafíos básicos de la vida, y en el derecho a triunfar y ser felices; el sentimiento de ser respetables, dignos y dispuestos a afirmar necesidades y carencias asumidas como propias; como consecuencia, la autoestima tampoco puede ser encuadrada en ninguna de dos corrientes: la que se enfoca a precisar mecanismos cognitivos que se centran en un catastrófico entendimiento de las sensaciones corporales y la que sostiene que la autoestima se ha fijado luego de largo tiempo, estableciendo así una conducta trastornada; es por ello que Kaufman y Leb (1990) proponen que se fortalezca la autoestima desde la infancia, animando a los niños a que escojan algo que hacer sólo por gusto y repetirlo cada que puedan; también recomiendan que se hagan “auto regalos” espontáneos diariamente, perdonarse a sí mismos por errores pasados, cuidar el propio cuerpo y la mente y fortalecer relaciones de confianza, lo que sugiere que la autoestima es un constructo temporal en el comportamiento humano.

Al tener la autoestima ambas dimensiones (la psicológica y la sociológica), se hace difícil su comprensión y su investigación, dado que incluye procesos de desarrollo, como los psicodinámicos individualizados, los conductuales-cognitivos en términos de estrategias de resolución del problema, los aspectos de la conducta social o incluso desde el punto de vista de la psicología humanista. Educadores, padres de familia, empresas y líderes gubernamentales, concuerdan que se requiere de personas con alta y sana autoestima, que se caractericen por la tolerancia y respeto a otros, por la responsabilidad en sus acciones, su integridad, orgullosos de sus logros, motivados internamente, tendientes a aceptar riesgos y al manejo sano de la crítica, cariñosos y afectuosos, que vean a los retos y metas difíciles como una oportunidad y que toman control de sus propias vidas; en resumen, que sean personas afirmativas, constructivas, responsables y honestas (Reasoner,1992).

Fennell, (1998) define a la autoestima como una representación mental de tipo genérico derivada de experiencias específicas que dirigen el proceso de información posterior, así como la conducta misma, fijando negativamente el concepto de sí mismo, que a su vez define cómo la persona piensa, siente y se comporta cotidianamente, mantenido, reforzado y fortalecido

por procesos mentales y conductas disfuncionales, donde hay un proceso recíproco de retroalimentación entre los procesos mentales superiores y la interpretación inmediata de los sucesos (pensamientos y significados automáticos negativos), provocando un sistema cerrado, autoreforzante y con más o menor resistencia al cambio.

Por otro lado, Aguilar, et al (2002) define a la autoestima como una auto-evaluación que de sí mismo hace una persona, expresando su sentir con una actitud de aprobación o rechazo, donde puede apreciarse si la persona se siente capaz, exitosa, significativa y valiosa; por lo tanto, es un juicio personal subjetivo de sí mismo que puede expresarse tanto verbal como conductualmente.

Por su parte, Burns (2001) define a la autoestima como la capacidad de respetarse y gustarse a uno mismo tanto si se gana como si se pierde, contrariamente a basarse en las atenciones que se reciben y en la valoración que los demás hacen de uno; es tener una “ambición sana”; enfocada en un deseo por hacer cosas, la valoración del propio esfuerzo y la seguridad de ser aceptado por las personas tal como se es, sin que se sienta el impulso de impresionarlas, considerando los errores como oportunidad, sin temor ni vulnerabilidad por ellos o a compartir los sentimientos con las demás personas; pero todo ello no se conquista con logros, inteligencia o buenas acciones, ni siendo populares o queridos por los demás, sino en primer término aceptándose a sí mismos, incluyendo los defectos, errores y aciertos.

Branden (2000) concuerda con Burns y agrega una imagen corporal positiva y la autodisciplina, considerada esta última como la capacidad de ajustar el tiempo hacia tareas concretas, planeadas, posponiendo la satisfacción inmediata. Adicionalmente, Lieberman (1999) enfatiza que la relación con uno mismo es lo más importante, resaltando que mientras más la persona se quiera a sí misma, menos le importará lo que otros piensen de ella, pues al desconfiar de sus propias opiniones (baja autoestima), las opiniones de los demás pesan fuertemente.

El enfoque de estos tres autores centra la atención un tanto en los efectos de la autoestima sobre la persona, si bien es cierto que no queda claro, -entre otros detalles-, cómo evaluar el criterio de “perder o ganar”, ya que lo que puede ser una “pérdida” para una persona

puede ser una “ganancia” para otra o incluso cambiar tal valor de un momento a otro, según la situación.

Al analizar las discrepancias y acuerdos entre las definiciones de la autoestima, encontramos que Burns (2001) la considera como una “capacidad” o locus de control interno; Branden (2000) una “disposición”; Kaufman y Leeb (1990) un “constructo”; Aguilar, et al (2002) un “juicio personal subjetivo”; Lieberman (1999) “lucha o balance” entre el auto-concepto y la opinión externa y, finalmente, Reasoner (2000), Fennell (1998) y Branden (2000) consideran que la autoestima es un “proceso de desarrollo” multicausal enraizado en lo cognitivo-conductual en términos de resolución de problemas, lo social y lo humanista.

Tabla 1 Diferencias cualitativas entre la autoestima alta y la autoestima baja (Lerma 2004). Basado en los trabajos de Lieberman 1999; Burns 2001; Branden 2001.

Aspectos de la Personalidad	AUTOESTIMA SANA	AUTOESTIMA BAJA
Conductuales:	Eficiencia personal al tomar decisiones, tomando control sobre la propia vida, produciendo resultados deseados.	Depreciación de sí mismos al tomar decisiones, devaluación de las propias virtudes y resultados alcanzados.
	Flexibilidad, reaccionando y adaptándose a los cambios oportuna y funcionalmente.	Rigidez ante los cambios no esperados, apego al pasado.
	Integridad entre lo que se dice y lo que se hace.	Incongruencia entre lo que se dice y lo que se hace.
Afectivos:	Depresión natural ante la pérdida real por enfermedad o una muerte. Ajuste emocional flexible.	Depresión malsana, desánimo, tristeza profunda, falsa creencia de ser inferior, perdedor.
	Orgullo con los logros propios.	Actitud orgullosa, altanera, fatua.
	Ausencia de culpa o venganza sobre sí mismos.	Sentimiento de culpa, auto-castigo, al fallar en el ideal de sí mismo, juicio moral sobre las acciones propias.
	Puede posponer la inmediata satisfacción de sus impulsos.	Poca o baja tolerancia a la frustración, dificultad para postergar la satisfacción de los impulsos.
Somáticos:	Imagen corporal ajustada a la realidad propia. Aceptación de sus facciones o figura.	Imagen personal irreal y devaluada, creyendo que para ser atractivos e interesantes, deben tener unas bonitas facciones o una figura perfecta.
Interpersonales:	Independencia de la opinión de otros.	Dependencia de la opinión y aceptación externas.
Cognitivos:	Establecimiento de expectativas y metas alcanzables.	Confusión entre lo que puede ser y lo que se desea, al imaginarse más allá de su sentido de realidad.
	Confianza y seguridad en sí mismos.	Desconfianza en las opiniones propias, conocimiento de las capacidades y limitaciones.
	Creatividad, al valorar los productos de la mente y sus resultados.	No valoran ni consideran importantes los resultados de su intelecto.
	Conciencia de las acciones, propósitos, valores y metas.	Sustracción de la realidad propia en cuanto a acciones y resultados.

Al analizar la tabla 1, puede observarse que el término “*autoestima*” incluye lo mental, lo afectivo y lo socio-conductual. Lo mental se entiende en cuanto a que la persona piensa conscientemente sobre sí misma respecto a la diferencia entre el propio ideal, lo que uno desea ser y cómo se ve a sí misma la persona. El elemento afectivo se refiere a las reacciones emocionales (el mérito o valor de sí mismo) que se tienen cuando se ven las diferencias. El aspecto socio-conductual se manifiesta en aspectos como la asertividad, la flexibilidad o siendo decisivos y respetuosos frente a los demás (se refiere a la idea que se tiene de uno mismo en cuanto a la competencia o efectividad de la propia conducta). Además, la autoestima puede variar en el tiempo, lo que caracterizaría a dos tipos de autoestima: una de tipo global o generalizada y otra de tipo situacional, haciendo todavía más difícil definirla o medirla. Por ejemplo, Crocker (1999), al comparar a personas normales y otras con sobrepeso, encontró que la autoestima fluctuaba en los individuos con sobrepeso, dependiendo del *significado* de “estar gordo” y si ello era o no relevante.

Así, el concepto de autoestima puede ser visto como un juicio global de una persona sobre sí misma referente a la competencia y la aceptación, cuando está basado en la realidad, misma que no puede ser obtenida simplemente leyendo definiciones o haciendo afirmaciones, mirando hacia los errores del pasado o tratando de “ser responsables o integrales”, sino que requiere de preparación constante y continua. Por eso, no es posible tener “demasiada” autoestima, pero sí observar a individuos inadaptados, con un sentido exagerado de competencia y autoaceptación, cuando están totalmente fuera de la realidad, confundiendo “sentirse bien” con sentimientos positivos sobre uno mismo o hasta equipararla con egoísmo, arrogancia, narcisismo, sentido de superioridad, vanidad; estos conceptos se refieren a una pseudo autoestima defensiva, que se caracteriza por enfocarse en impresionar a los demás, tratando de usarlos para sus propios fines, con arrogancia y burla o desdén (Reasoner, 1992).

La autoestima, por estar basada en creencias y patrones muchas veces irracionales que controlan la conducta humana, se aborda desde el enfoque de la Terapia Racional Emotiva, cuyo enfoque teórico sostiene que los trastornos psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales del pensamiento (Rimm y Masters, 1990), retoma creencias adquiridas en el pasado o presente, utilizando la misma característica racional para demostrarse así mismos las

imbricaciones con lo emocional y su poder sobre éste (Dryden, 1998). Como muestra de lo anterior, Crocker (1999) señala la necesidad de estudiar las representaciones culturales colectivas (creencias o sistemas de valores compartidas, como la creencia en un mundo justo, el lugar de alguien en la escala social, el individualismo, el destino como nación o raza, la libertad, el autocontrol, la ética) que traen consigo los individuos “etiquetados” por su obesidad, pues aquellas pueden tener significados diferentes, según el grupo donde se conviva, ya que observaron que, en condiciones de laboratorio, dichas representaciones, “ya inherentes a los sujetos”, jugaban un papel preponderante.

Como puede entenderse, la autoestima no es un problema simple y varía en cuanto a su rol, impacto y severidad en cada persona; una baja autoestima impacta a las personas según se vea, ya como una dificultad *ocasional* que aparece en situaciones de estrés, con consecuencias mínimas debido a su resolución mediante una visión realista, o ya como una dificultad *permanente* de auto-ataque y flagelante, incluso ante los más remotos y triviales estímulos que parecen terroríficos e invencibles, llegando a inhabilitar a la persona a trabajar e incluso al daño personal y al suicidio.

A veces la autoestima es parte de otro problema, -como la depresión-, o puede ser una consecuencia por ansiedad a largo plazo o estrés postraumático. También puede funcionar como un factor predisponente de depresión, ansiedad, dificultades para sostener relaciones con otros o consigo mismo, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, problemas con la asertividad o el fracaso personal, por lo que la autoestima requiere tratamiento y atención especializadas (Fennel, 1998; Polivy, 2002).

Un signo de baja autoestima es el *perfeccionismo*, que está relacionado con las propias exigencias y con una falsa percepción de lo que significa “*superarse*”; se observa a personas eficientes en casi todas las áreas de su vida (laboral, emocional, familiar), pero que parecen no sentirse satisfechas consigo mismas, buscando constantemente “*superarse*”, pues piensan que de esa manera serán más aceptadas al ocultar sus debilidades. De ahí que en lo conductual sienten que sería espantoso cometer un error, fracasar o no alcanzar su objetivo en los estudios o en su trabajo, que deberían mostrarse siempre felices y controlar sus emociones porque se avergüenzan

de los sentimientos negativos que los hacen sentir vulnerables, como la soledad, la depresión, la rabia, la ansiedad o la angustia, por ejemplo; en lo afectivo tienden a sentirse estresados, tienen miedo al fracaso, son auto-críticos negativamente y cuando cometen errores o no alcanzan algún objetivo se sienten fracasados como seres humanos y les resulta difícil mantener relaciones afectivas duraderas porque las personas no son nunca lo suficientemente buenas, además de preocuparles las imperfecciones ajenas; en lo somático, creen que para ser atractivos e interesantes, deben tener unas bonitas facciones o una figura perfecta; en lo interpersonal, se sienten inferiores frente a aquellas personas que son más inteligentes, atractivas o exitosas, tratan de impresionar con su inteligencia, con la aparente fuerza de sus emociones y piensan que las personas que se quieren no deberían discutir o pelearse nunca; cognitivamente, están convencidos de que los demás les despreciarán si fracasan, hacen el ridículo o cometen algún error; creen que deben impresionar a los demás con su inteligencia o con sus logros para que les quieran o respeten (Burns, 2001).

El perfeccionismo también puede ser un síntoma de trastornos alimentarios (Polivy, 2002).

1.1.3 Intervención de la autoestima

El tratamiento de la autoestima está asociado al de los tratamientos cognitivos para la ansiedad, el estrés y la depresión, debido a la actual incapacidad manifiesta del sujeto para establecer relaciones intra e interpersonales sanas y obtener reforzadores ambientales externos e internos de manera eficaz.

Como ejemplo, durante la primera entrevista se le hace ver al sujeto que el mismo hecho de buscar ayuda significa mucho más sabiduría que debilidad; adicionalmente, se fortalece su capacidad y fuerza en el pasado para tolerar pensamientos y sentimientos como los presentes (Bellak y Small, 1970).

La autoestima no nace de súbito o de la nada, sino que se establece en el sujeto como producto del aprendizaje disfuncional y *maladaptativo* de sentimientos, acciones y pensamientos

que no pueden ser observados a simple vista o detectados por el propio sujeto. El modelo de condicionamiento encubierto, la reestructuración cognitiva las autoinstrucciones, el entrenamiento en habilidades de superación y la solución de problemas, aún con toda su problemática conceptual y escasa investigación y evidencia clínica y experimental, podrían ser de utilidad para la intervención de la autoestima (Mahoney, 1983), técnicas que se explican en la tabla 2.

Tabla 2 Intervención mediante técnicas conductuales (Mahoney,1983).

Modalidad	Técnica	Descripción
CONTRACONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO	Detención del pensamiento	Procedimiento diseñado para suprimir o eliminar reflexiones indeseadas. Se le pide al sujeto que genere pensamientos o imágenes inadecuadas y cuando éstos ocurren (el sujeto avisa), el terapeuta utiliza una orden demandante de parar. Posteriormente se agregan afirmaciones encubiertas.
	Desensibilización sistemática	Se le pide al sujeto que genere una serie de eventos provocadores de temores imaginarios; luego, se entrena al paciente en relajación muscular profunda y se asocia este estado con los eventos provocadores.
	control cove- rante (<i>covert operant</i>)	Los pensamientos maladaptativos producen cadenas de respuestas indeseadas. Ante estímulos para producir una conducta indeseada, se introduce un anti-estímulo, luego otro estímulo que asocie el anti-estímulo a un beneficio y finalmente una recompensa inmediata. (“me van a rechazar por ser como soy”; “aún si me rechazan, puedo aceptarme como soy”; “aceptándome como soy, tendré más oportunidad de ser valorado por los demás”... recompensa: ver una película o llamar a alguien importante).
CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO	Sensibilización encubierta	Se producen en el sujeto repeticiones imaginadas de situaciones de baja autoestima y se aparean con eventos simbólicos aversivos (náuseas, dolor, ridículo social). Previamente se entrena en relajación. Se imagina la conducta-problema, luego consecuencias aversivas y finalmente una situación de escape imaginando la resolución exitosa de la conducta-problema.
	Reforzamiento encubierto	Implica el apareamiento de una actividad deseada (afirmarse a sí mismos) con una imagen reforzante, de manera intermitente mientras se efectúa el entrenamiento. Primero se entrena al sujeto en imaginar la imagen y posteriormente se efectúa el procedimiento integrado.
	Extinción encubierta	Se entrena al sujeto para que imagine situaciones donde presente pensamientos o sentimientos de baja autoestima, pero no hay consecuencias encubiertas asociadas.
	Modelamiento encubierto	Se dirige al sujeto a que repita simbólicamente la conducta apropiada de autoestima.
Reestructuración cognitiva		Se entrena al sujeto para que reemplace y cuestione ideas irracionales por otras. No se enfatiza la infancia sino la creencia actual en un mundo auto-derrotado y la auto-observación presente, la posibilidad de cambiar y el empleo de tareas psicológicas.
Autoinstrucciones		Se entrena al sujeto para que emita monólogos verbales o privados consigo mismo, que se constituyan en reforzadores de la conducta apropiada.
Entrenamiento en habilidades de superación		Repertorios conductuales para la conducta problema. Puede combinarse con solución de problemas, aún cuando ésta es una técnica diferente.

CONCLUSIONES

Todos nos enfrentamos a dificultades ocasionales que resolvemos favorablemente mediante mecanismos adaptativos como la ansiedad, el estrés y una autoestima balanceada; sin embargo, cuando la dificultad se establece de manera permanente sin ser resuelta, puede derivar en respuestas disfuncionales que se expresan conductual, emocional, somática, interpersonal y cognitivamente, estableciendo patrones de actitudes que se conectan con el comportamiento total de cada persona, incluidas sus relaciones ambientales e internas.

De las dimensiones sociológica y psicológica de la autoestima, la segunda se aborda, -por un lado-, con un enfoque *pesimista*, que en algunas personas enfatiza representaciones mentales negativas surgidas de experiencias individuales ligadas a pensamientos, acciones y emociones, derivando en un auto-concepto irreal y en procesos de desarrollo disfuncionales que abarcan aspectos tales como creencias y patrones de pensamiento erróneos o irracionales, la asertividad, el abuso de sustancias, los fracasos personales reiterados, el estrés, la depresión y la ansiedad, llegando a interferir destructivamente en las relaciones interpersonales o consigo mismos. También existe un fuerte nexo con los trastornos de la conducta alimentaria y el perfeccionismo, llegando hasta el auto-ataque y el suicidio, cuando la autoestima es extremadamente baja y sostenida.

Por el otro lado, psicológicamente se encuentra una visión *optimista* de la autoestima, que se entiende ya como un *constructo*, una *disposición* o una *capacidad* de los individuos para comportarse *independientes*, *honestos* o con actitudes de *autoaceptación*. Desde esta aproximación, las personas presuntamente afrontan la vida intra e interpersonal de una manera exitosa desde la infancia, mediante experiencias positivas con su medio ambiente.

No obstante, en ambos lados de la dimensión psicológica de la autoestima puede existir una autoevaluación subjetiva de sí mismos, provocando una variedad de actitudes expresadas en un *continuo* conductual o verbal, que va desde la exagerada aceptación, pasando por la aceptación sana, hasta un franco auto-rechazo.

1.2 Ansiedad

“Solo las ollas saben los hervores de su caldo” (Refrán popular).

1.2.1 Definición

No hay una frontera clara entre la ansiedad y la depresión, aún cuando ambas están contempladas por separado en dos instrumentos diagnósticos diferentes, -el DSM-IV de la APA-1994, Manual de Enfermedades Mentales y el ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud, -Clasificación Internacional de Enfermedades, en español.

Adicionalmente existen términos muy parecidos, por lo que se hace necesario diferenciar entre los conceptos *depresión, ansiedad, angustia y estrés*.

Depresión

La depresión es una enfermedad médica progresiva que afecta pensamientos, sentimientos, salud física y el comportamiento social y personal de los individuos. Sus causas son diversas: historia personal, la herencia genética, secundaria a otras enfermedades, ciertos medicamentos, el uso de drogas o alcohol, otros problemas mentales –psiquiátricos-; a veces una situación temporal -pérdida de un familiar, o un problema de trabajo-, pueden desencadenar la depresión (Red Metropolitana de Salud Mental, 2003).

En la tabla 3 se muestran los síntomas de la depresión, de acuerdo a la Red Metropolitana de Salud Mental, (2003):

Tabla 3. Síntomas de la depresión (Lerma, 2004), a partir de la Red Metropolitana de Salud Mental, 2003 y Bellak y Small, 1970.

Aspecto de la personalidad	Síntomas
conductual	Pérdida de interés en las cosas que antes se disfrutaban, problemas sexuales, insomnio o dormir demasiado, pérdida de motivación, preocupación y ansiedad. El sujeto se queja de que la vida no vale nada, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que él es una mala o fracasada persona que no merece vivir. Por lo general el sujeto se queja de éstos síntomas por la mañana.
afectivo	Sentir como que no se vale nada o culpabilidad, abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad, de culpa, pesimismo, decaimiento emocional, considerarse desgraciados, frustrados, humillados, rechazados o castigados.
somático	Pérdida de energía, cansancio, o al contrario, sentirse inquieto y sin poder quedarse tranquilo, aumento o disminución del apetito o el peso, problemas digestivos o gástricos, dolores de cabeza, dolores generales por todas las partes del cuerpo. Disminución motora del habla, del andar y de los gestos además de un rostro deprimido. Reacción notoria ante el frío.
interpersonal	Se observa aislamiento y actitud de derrota, sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
cognitivo	Consideración negativa de si mismo (marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado e inútil y atribuirse sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental, tendencia a rechazarse a sí mismo, ya que cree que los demás le rechazarán, una consideración negativa del mundo, considerar al mundo como haciéndole enormes exigencias y presentándole obstáculos que se interfieren con el logro de los objetivos de su vida). Una consideración negativa del futuro (ver el futuro desde una perspectiva negativa y darle vueltas y más vueltas a una serie de expectativas negativas). El deprimido prevé que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que se le amontonarán otros mucho peores en su vida. Sensaciones de fin de mundo y futuro inexistente, pensamientos sobre la muerte o el suicidio, problemas para concentrarse, pensar, recordar, o tomar decisiones.

La diversidad de teorías sobre la depresión sugiere etiología multifactorial; el enfoque psicoanalítico señala como causa una pérdida del objeto de amor, -real o simbólico-, mientras que el enfoque conductual indica una disminución o una modificación de los reforzadores. La ansiedad severa y prolongada o una falta de control de las situaciones relacionales y la baja autoestima sostenida han sido señaladas como causa de depresión, debido a los efectos inhibidores de la misma ansiedad crónica. Por la misma razón, el enfoque conductual propone restaurar un repertorio adecuado de reforzamientos positivos, entrenando al sujeto a emitir conductas adaptativas incompatibles con la depresión, susceptibles de ser reforzadas por los demás y de comprometerse en actividades satisfactorias personalmente (Robert y Lamontagne, 1981). En la intervención de emergencia para la depresión, el primer paso del psicoterapeuta está dirigido a atender la disminuida autoestima del sujeto (Bellak y Small, 1970).

Angustia

Por otra parte, la angustia es una sensación donde se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente. La angustia puede ser de tipo inesperado, determinada situacionalmente (ante una señal) y predispuesta situacionalmente (presencia o exposición a un estímulo). Los síntomas son: (DSM-IV, 1995) alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión pre-cordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, miedo a volverse loco o a perder el control.

Estrés

El estrés es el resultado de la relación entre factores ambientales, -demandas excesivas del medio que desbordan los recursos del sujeto, carencia de apoyos sociales-, y factores personales, -experiencias previas en situaciones estresantes, características generales del sujeto, habilidades de afrontamiento-, poniendo en peligro su salud y ajuste (Buceta, 1988).

Para Álvarez y Alfonso (1988), el estrés es una respuesta conductual que incluye: en lo *cognitivo* (*sentimientos* de tristeza, abatimiento, desánimo, apatía; pensamientos negativos sobre sí mismo, -como los auto reproches y la auto culpa-, sobre las propias experiencias (soledad y

derrotismo), sobre el futuro (muerte y suicidio); distorsiones cognitivas, como inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralizaciones, personalizaciones; dificultades para concentrarse y recordar. En lo *fisiológico*, sequedad de boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolores de estómago, falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefaleas, mareos. En lo *motriz*, déficit de conductas sociales (hablar, reír, alabar a un amigo) y de conductas positivas (leer, hacer deporte, escuchar música, ver la televisión, ir de excursión, practicar algún pasatiempo); exceso de conductas de escape/evitación ante la estimulación aversiva (pedir ayuda, quejarse) y de conductas inusuales o irracionales (estar acostado, intentos de suicidio). Este autor resume que la depresión es una respuesta de evitación ante estimulación aversiva junto con un exceso de conductas inusuales o irracionales (lamento, llanto) y un déficit de conductas positivas, reforzadas positiva o negativamente, mediante las que se pudiera ejercer control sobre el medio.

Los eventos *antecedentes*, *organismo-respuesta* y *consecuentes* del estrés son, según Fernández-Ballesteros y Carroble (1981):

Antecedentes ambientales: Estímulos discriminativos que facilitan información sobre la probabilidad de que una conducta sea reforzada o sea provocada directamente, como el hacinamiento y la clase social en lo general o aspectos individuales que pueden incluir cambios positivos (mudarse, ser electo para un cargo, ganar un premio) o cambios negativos (divorcio, jubilación, despido laboral).

Los estresores personales incluyen enfermedades, intoxicaciones, cirugías, deterioro por envejecimiento, carencia de repertorios conductuales.

Entre los estresores interpersonales se cuenta a los problemas de pareja, la mala relación familiar, la muerte de amigos, el aislamiento social y los traslados. Existen estresores extrapersonales (inseguridad ciudadana, servicios públicos deficientes, paros, trabajo excesivo, penuria económica).

Los estresores físicos son el ruido, la contaminación, la temperatura extrema, la deprivación sensorial y las barreras arquitectónicas.

A estos depresores individuales y ambientales hay que agregar la manera en que el sujeto los percibe, derivado de sus atribuciones y creencias, sus autoinstrucciones y estrategias cognitivas.

El estrés en su parte *organismo-respuesta*, incluye aquellas condiciones biológicas (reserva de energía, consumo de drogas) y los repertorios básicos de conducta, que incluye las habilidades de afrontamiento (relajación y toma de decisiones), que pueden ser dirigidos hacia la acción, la no-acción o a la emoción.

En la parte de los eventos *consecuentes* al estrés, se entiende que éste no es negativo en sí mismo, sino su prolongación en el tiempo, manifestándose como sigue: área cognitiva (procesos de información defectuosos, baja concentración mental e intelectual, preocupación continua); área afectiva (irritabilidad, ansiedad, desánimo, baja autoestima); área conductual (escape, evitación, disminución de la actividad habitual); área fisiológica, (insomnio, taquicardia, mareos, dolor de espalda y pecho, cefaleas, hipertensión arterial sanguínea, úlcera péptica, disnea, debilidad, depresión, baja productividad, bajos ingresos).

Ansiedad

La ansiedad es una respuesta universal ante situaciones de peligro o displacer, que en forma moderada prepara al organismo para la acción y que es presumiblemente adaptativa. Filosóficamente, Kierkegaard sostiene que la libertad implica siempre ansiedad potencial; se cree que genéticamente heredamos fragilidad somática referida al sistema nervioso vegetativo y a individuos susceptibles; las neurociencias adjudican el origen de la ansiedad a la estimulación noradrenérgica, con participación de receptores alfa y beta y anomalías del sistema GABAérgico; la teoría conductista sostiene que la ansiedad es una conducta inadaptativa originada en los mecanismos de aprendizaje (condicionamiento) que puede desaprenderse terapéuticamente; clínicamente, la ansiedad se expresa en los planos psíquico y somático (Hernández, 1993). Para el

DSM-IV (1995), la ansiedad es la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, interna o externamente, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión.

La ansiedad puede manifestarse de 3 formas: a) mediante una brusca y repentina aparición, en forma de crisis, que es llamado “trastorno de pánico”, b) en forma persistente y continua, sin crisis (trastorno de ansiedad generalizada) y c) tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). Incluso, puede aparecer al intentar controlar los síntomas (trastorno fóbico) o cuando la persona se siente atrapada por ideas recurrentes o rituales (trastorno obsesivo-compulsivo)(Calvo,1996).

Un ejemplo de cómo la ansiedad sirve como mecanismo para expresar las vivencias y emociones en los seres humanos, puede encontrarse en Hernández (op cit), al comparar la “carga” de ansiedad en el personal de enfermería de un hospital psiquiátrico y otro no psiquiátrico; sus resultados indican mayor ansiedad y síntomas depresivos en enfermeras que trabajan con pacientes psiquiátricos, en razón su temor a ser agredidos físicamente o la posible consumación de intentos suicidas por parte de los pacientes y la responsabilidad administrativa subsiguiente y hasta el temor de llegar a tener ellas mismas funcionamiento psicótico.

La experiencia del nerviosismo, la ansiedad y el miedo son parte natural de los mecanismos defensivos y ajustes psicológicos en animales y humanos. No obstante, muchas personas experimentan ansiedad insana o miedos irracionales que pueden llegar a controlar su vida completa, interfiriendo con su trabajo, su vida social o el establecimiento equilibrado de relaciones interpersonales. Los trastornos de ansiedad incluyen intensos sentimientos de miedo, inquietud, preocupación o aprensión, frecuentemente asociados a situaciones específicas, eventos u objetos; los síntomas somáticos que acompañan estos sentimientos son múltiples y diversos: taquicardias, temblores, boca seca, mareo, náusea y diarrea; igualmente los síntomas psicológicos: insomnio; pensamientos recurrentes/obsesivos; tensión, cansancio, mareos, sudoración e irritabilidad; problemas para concentrarse; preocupación excesiva por la salud, el dinero, la familia o el trabajo; comer en exceso o pérdida del apetito; excesiva atención; sentimientos desastrosos de ‘premonición’; depresión, encubierta por la ansiedad (Calvo, 1996; Centro Médico Teknón, 2003; Psiquiatralatina.com, 2003).

Hernández (1993) agrega otros síntomas físicos de la ansiedad en las personas, que incluyen a la disnea, opresión precordial, vómito, parestesias e hipertonía muscular; también, otros síntomas psicológicos: nerviosismo, inquietud, convencimiento de que el mundo, -su mundo-, se va estrechando, los ruidos le sobresaltan, problemas para conciliar el sueño, pesadillas, malhumor, llanto de impotencia y sobrecarga emocional.

1.2.2 Clasificaciones de la ansiedad

Se muestra a continuación (tabla 4), una clasificación de la ansiedad (Centro Médico Teknón, 2003), adaptada por Lerma (2004) de acuerdo a los síntomas que se presentan, según características de la personalidad.

Tabla 4. Síntomas de la ansiedad según Centro Médico Teknón (2003). Adaptada por Lerma (2004).

Aspecto de la personalidad	Síntomas
conductual	Llanto inesperado; correr o crear alguna escena atípica; convencimiento de ser enfermos del corazón; rituales irracionales para “anticipar o provocar” algún evento por llegar; revivir una y otra vez una situación particularmente dolorosa.
afectivo	Miedo intenso casi paralizante; miedos no particulares o específicos a situaciones, asuntos y eventos; miedo a que pueda ocurrir algún accidente a uno mismo o a algún familiar.
somático	Taquicardias fuertes, respiración corta, ahogamiento o sensación de sofocación.
interpersonal	Miedos repentinos a veces en situaciones estresantes o de manera crónica en ambientes familiares o aparentemente no problemáticas, tales como una tienda de abarrotes, la iglesia o manejando en una carretera ya conocida.
cognitivo	Preocupación por cosas cotidianas y triviales, tales como el clima, la temperatura ambiente, el viento, la hora del día, algunos sonidos, la comida, el rendimiento escolar, la delgadez y la obesidad; sensación de “irrealidad”, pérdida del control, volverse loco o hasta morir; incertidumbre; impulsos o pensamientos no deseados.

Los patrones familiares y el contexto cultural juegan un importante papel en la carga de ansiedad generalizada en asuntos como la puntualidad, el rendimiento escolar y deportivo o fenómenos catastróficos tales como los terremotos y la guerra nuclear; más de la mitad de los casos clínicos de ansiedad generalizada iniciaron en la segunda infancia o en la adolescencia, pero no es raro encontrar casos de ansiedad que empiezan a los 20 años de edad (psiquiatralatina.com, 2003). De la misma forma, se encuentra mayor ansiedad generalizada y depresión en mujeres obesas comparadas con las normales y con hombres obesos (Krch y Rathner, 1998).

1.2.3 Tratamientos psicológicos para controlar la ansiedad.

La ansiedad es tratada psicológicamente mediante terapia conductual o del comportamiento (Mahoney, 1983) y terapia cognitiva racional (terapia racional emotiva, entrenamiento en asertividad); así mismo, se utilizan técnicas de relajación y de *biofeedback* o retroalimentación para el control de la tensión muscular (Rimm y Masters, 1990; Centro Médico Teknón, 2003). La tabla 2 incluye varios procedimientos conductuales de tipo cognitivo que se aplican también a la ansiedad.

En contraste, el enfoque terapéutico médico controla los efectos negativos de la ansiedad utilizando con profusión medicamentos antidepresivos, ansiolíticos y betabloqueadores cardíacos (psiquiatralatina.com, 2003).

CONCLUSIONES

Existen enfoques y definiciones de la ansiedad poco operativos provenientes del psicoanálisis, la filosofía, la teoría genética, las neurociencias y hasta instrumentos diagnósticos como el DSM-IV. Conductualmente la ansiedad es un mecanismo de ajuste adaptativo que prepara al organismo para emitir respuestas ante situaciones de peligro o displacer temporales, cuyas causas pueden ser pérdidas materiales o afectivas, pero otras causas más prolongadas son problemas mentales psiquiátricos, la herencia genética, el uso de medicamentos y el consumo de alcohol y drogas. Cuando la ansiedad es severa y prolongada,

puede conducir a depresión, angustia y estrés, cuyos síntomas conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognitivos pueden semejarse y/o confundirse

Las conexiones de la ansiedad con la depresión y el estrés llegan a afectar el auto-concepto o la autoestima de los sujetos con su sistema de creencias que la sostiene, afectando otros comportamientos como los trastornos del comportamiento alimentario y la obesidad.

CAPÍTULO II

PESO

CORPORA
L

*“Para qué quiero más agruras, sin con
éste mole tengo...”*

El peso corporal está determinado por la cantidad total combinada en kilogramos, tanto de la estructura ósea, como los músculos y por el tejido adiposo o grasa de un individuo. Por ahora, *“peso corporal”* se define en

términos de la cantidad bruta total que pesa una persona en promedio, la cual puede ser clasificada desde “bajo” hasta “super peso”, según la relación existente entre estatura en centímetros y peso en gramos, más la variable “género”, es decir, el sexo.

Puede determinarse el peso de la estructura ósea mediante tablas clasificatorias entre “grande”, “mediana” y “pequeña”. El peso muscular puede formularse de varias maneras; una ellas es midiendo el grosor de los tríceps y compararlo con tablas establecidas. El peso graso se mide mediante aparatos sofisticados y caros, o mediante la prueba del “pellizco”, que consiste en apretar con los dedos (o con un plicómetro), ciertas áreas del cuerpo (al lado de las costillas, en la parte interna del antebrazo, dejando libre el tejido blando y el hueso), donde se estima “normal” de .75 a 1.5 centímetros retenidos con los dedos o el aparato utilizados. Cada persona posee una estructura corporal única por lo que es complejo de entrada determinar cuál es el peso “normal” para cada quién. Para determinarlo, existen dos formas: la primera de ellas, mediante tablas de peso y estatura, que se basan en la suposición de que a mayor edad, mayor peso; sin embargo, las cifras que se obtienen por este medio son “promedios” de grupos de personas de igual sexo y edad a las cuales se les incluye en estudios antropométricos, por lo que son útiles para poblaciones adultas, pero no tanto para niños y jóvenes. La segunda forma es el llamado “peso ideal” que utilizan las compañías de seguros para determinar el número de kilos que debe tener una persona a fin de garantizar una menor incidencia en la mortalidad y la morbilidad (enfermedades); la diferencia estriba en que una vez que una persona ha dejado de crecer (entre los 20 y los 25 años de edad), no existe razón válida para aumentar de peso y por lo tanto, éste debería conservarse toda la vida (Ferrer,1990).

Desde hace varios años se acepta la necesidad de establecer un “peso saludable” compatible con una mejor calidad de vida, con una menor morbilidad y una vida más longeva. Los países industrializados como México tienen considerada a la obesidad y el sobrepeso como un problema de salud pública y como un factor etiológico de otras enfermedades crónicas graves, como son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades coronarias y algunos tipos de cáncer. Se sabe que más que el peso en sí es la

composición corporal la que se asocia a enfermedades crónicas degenerativas, como el riesgo de enfermedad cardiovascular (Kaufer y Ávila, 2003).

Aún cuando organismos como la Organización Mundial de la Salud catalogan a la obesidad como una consecuencia de la inactividad física y la causante de 300,000 muertes anualmente en los Estados Unidos de Norteamérica, así como más de dos millones de muertes a nivel mundial asociadas a la inactividad física, es notoria la ausencia de énfasis en el aspecto psicológico como factor causal o interrelacionado con dicha condición mórbida. La obesidad, al igual que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial, la osteoporosis, el cáncer, son consideradas enfermedades no transmisibles y de gran impacto actual en la población mundial, que se adquieren en un período de tiempo, debido a lo que comen y a la manera como viven las personas (OMS, 2002).

En consecuencia, de entrada encontramos que se atribuye una relación directa del peso corporal con la mortalidad, ya que, según Álvarez et al, (1998b), los individuos obesos suelen tener, -además de los ya mencionados-, problemas fisiológicos asociados, tales como: apnea del sueño, accidentes cerebro-vasculares, cáncer de seno, útero, colon y próstata, vesícula biliar, problemas con la gestación, gota, decremento de la fertilidad, artritis y mortalidad precoz.

A nivel mundial, hay más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales al menos 300 millones son obesos; el costo económico es elocuente: del 2 al 7% del presupuesto total de gastos se utiliza para los costos relativos a la obesidad en países desarrollados (Organización Mundial de la Salud, 2002). Este mismo organismo sostiene que la obesidad debería ser considerada como una enfermedad por sí misma, aunque ya es factor clave de riesgo para otras enfermedades, junto con el tabaco, alta presión arterial y alto colesterol. Aproximadamente el 58% de las diabetes, el 21% de las enfermedades cardíacas isquémicas y del 8-42% de ciertos cánceres se atribuyeron a personas con un IMC superior a 21.

En los Estados Unidos de Norteamérica la obesidad se ha incrementado hasta llegar a un 54.9 % de su población adulta de más de 20 años de edad, especialmente evidente en grupos minoritarios, de bajo ingreso económico y menor nivel educativo (Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults, 1998).

En México, en 1993, había 28.5% de varones y 41.4% de mujeres obesos, al tiempo que existía una clara prevalencia hacia el sobrepeso conforme aumenta la edad; para 1999 el 30.8% de las mujeres mexicanas de 12 a 49 años tenían sobrepeso y el 21.7% obesas, mientras que el 5.4% de preescolares y el 27% de la población escolar menor de edad ya presentaban sobrepeso; para el año 2000 el 24.4% de la población general ya presentaba obesidad (Kaufer y Ávila, 2003). Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2000 indican que 35% de la población mexicana entre 26 y 69 años de edad son obesos (Villagómez, 2003).

Es difícil estipular cuánta grasa corporal debe tener un individuo para ser considerado obeso; se ha establecido en adultos jóvenes varones desde un 12 a un 20% del peso corporal y del 20 al 30% del peso corporal en mujeres; por lo tanto, valores mayores a 25% en hombres y de 33 a 35% de grasa en mujeres, son consideradas como obesidad; estas definiciones han sufrido cambios recientemente en un intento por equiparar la grasa corporal con una mayor incidencia de enfermedades correlacionadas y con mortalidad vinculada a la obesidad (Kaufer y Ávila, 2003).

2.2 Evaluación del Peso Corporal

A la complejidad mencionada de establecer una definición para el “*peso normal*”, se agrega la del bajo peso, el sobrepeso, la obesidad y la súper obesidad, ya que el grado de *adiposidad* es un continuo y está relacionada con los estándares de “*normalidad*”, de los cuales se habló más arriba. Se utilizan diversos métodos para determinar la categoría en la que caen los individuos, según su peso corporal; por ejemplo, el Índice de Masa Corporal (IMC), el Índice Cintura-Cadera (ICC), la Circunferencia de la Cintura (CC), el Índice

Cintura-Estatura (ICE) y la medición de los panículos adiposos en los pliegues subescapulares y tricpitales (Kaufer y Ávila, 2003).

2.2.1 El *Índice Cintura-Cadera* se calcula midiendo el perímetro de la cintura dividido entre el perímetro de la cadera; la cadera se mide en la parte más ancha de la cadera, tomado a nivel del relieve máximo de los músculos glúteos, que casi siempre coincide en la parte anterior de la sínfisis pubiana. Indica distribución de grasa, especialmente útil para identificar distribución androide. Su justificación reside en que la circunferencia de la cadera permanece relativamente constante mientras que la cintura se hace mayor a medida que aumenta la grasa ventral, aunque su interpretación es problemática debida a diferencias raciales. Sus puntos de corte o riesgo: mayor a 0.85 en hombres y mujeres; o mayor a 0.95 para hombres y mayor a 0.84 para mujeres, aún cuando no existe acuerdo general sobre estos “puntos de riesgo”.

2.2.2 La *Circunferencia de Cintura* se mide en la parte más angosta entre la última costilla y la cresta iliaca o a la altura del ombligo, cuando existe obesidad. También indica distribución de grasa y distribución androide; se ha encontrado asociación de la CC con reservas de grasa subcutánea y visceral y como indicador útil en consensos internacionales. Los puntos de corte o riesgo: en hombres, mayor a 102 centímetros y en mujeres mayor a 88 centímetros; no obstante, se considera el CC para empezar cambios en el estilo de vida en hombres, mayor a 94 y en mujeres mayor a 80 centímetros de cintura. El superar estos puntos de corte se considera de franco riesgo para enfermedades crónicas.

2.2.3 Los *panículos adiposos* se miden: en bíceps, en la parte anterior del brazo relajado; en el tríceps, en la parte posterior del brazo relajado; en la escápula, se toma a uno o dos centímetros por debajo del ángulo inferior, sujetando el pliegue en posición ligeramente oblicua hacia abajo y hacia fuera; en la espina iliaca antero superior, a un centímetro por arriba y a dos hacia el plano medio, se levanta el pliegue. Esta medición indica la reserva de grasa, localizada o total; pueden usarse las mediciones solas o combinadas para calcular grasa total o para evaluar distribución de grasa, no solo en el

abdomen, si no también en el tronco. El inconveniente es que no se cuenta con un consenso general para indicar los puntos de corte sugestivos de riesgo.

2.2.4 El *Índice Cintura-Estatura* es un mejor predictor de la grasa abdominal que la CC por sí sola, pero existe controversia, por lo que no se utiliza suficientemente en la actualidad. Su valor está basado en que no es lo mismo tener una circunferencia de cintura midiendo 1.85 metros que midiendo 1.50 metros de estatura.

2.2.5 El *IMC o Índice de Quételet* es uno de los más utilizados internacional y nacionalmente, para evaluar y determinar el peso corporal y la severidad de la obesidad, porque representa tanto la masa grasa como la masa libre de grasa (es decir, masa total); además de ser independiente de la estatura; permite comparar pesos corporales de individuos de distinta estatura y además para su evaluación no se requieren tablas de referencia (Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults, 1998; Kaufer y Ávila, 2003). Este índice se calcula dividiendo el peso en kilogramos de una persona entre su talla en centímetros elevada al cuadrado y se expresa con la fórmula $IMC = \frac{\text{peso}}{(\text{Talla})^2}$. Los "puntos de corte" para personas normales son de 18.5 a 24.9; para sobrepeso, de 25.0 a 29.9 y para obesidad, mayor a 30 de IMC. Su principal ventaja es que puede aplicarse con niños, adolescentes y adultos, es muy económico y fácil de interpretar, tanto el peso relativo como del grado de adiposidad. No obstante, requiere adaptación en sus puntos de corte para poblaciones con enfermedades crónicas (NOM-174-SSA I-1998; Aguilar, et al, 2002). Otro aspecto a tener en cuenta, es que el IMC se ve afectado por variaciones en el contenido de agua corporal, en la masa ósea y en el tejido muscular (Kaufer y Ávila, 2003).

Las implicaciones de la obesidad en la salud pueden considerarse desde varios puntos de vista valorativos: a) en cuanto a su severidad general (qué tanto sobrepeso u obesidad tiene un individuo, para cuya valoración se utiliza el IMC o el ICC); b) a partir de la magnitud de la reserva corporal de grasa (se valoraría con el porcentaje de grasa o el IMC, aunque éste no mide precisamente la grasa pero sí algo que cambia junto con la grasa); c) según el patrón de distribución específica de grasa subcutánea (por ejemplo, en la

región abdominal o fémoro-glútea, dónde utilizaríamos la CC, el ICC, el ICE o la medición de los panículos adiposos) y d) según el grado relativo de la acumulación de grasa intra abdominal (medición de la CC, el ICE o los pliegues abdominales) (Kaufer y Ávila, 2003).

2.3 Clasificación del Peso Corporal

Conforme al IMC, se clasifica al sobrepeso y la obesidad como sigue (tabla 5):

Tabla 5. Clasificación del sobrepeso y la obesidad, utilizando el IMC (Kaufer y Ávila, 2003).

Criterio	Bajo Peso	Nor- mo Peso	Sobre- peso	Obesi- dad	Super Obesi- dad	Extrema Obesidad
NOM-174-SSA I-1998 (talla baja: en hombres, estatura menor a 1.60 metros; en mujeres, estatura menor a 1.50 metros)	s.d.*	s.d.	En adultos: >25, <27 Baja talla: >23, <25	En adultos: >27 Baja talla: >25	s.d.	s.d.
Organización Mundial de la Salud (Kaufer y Ávila, 2003)	<18.5	18.5- 24.9	25.0-29.9	30.0- 34.9 Grado I	35.0-39. 9 Grado II	>40 Grado III
Riesgo de Enfermedad (para diabetes 2, HTA y enfermedad cardiovascular)(circunferencia cintura y peso normal)						
hombres ≤ 102 cm	-	-	Aumen- tado	Alto	Muy alto	Extremada- mente alto
mujeres ≤ 88 cm						
Hombres >102 cm	-	-	Alto	Muy alto	Muy alto	Extremada- mente alto
Mujeres >88 cm						
Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults, 1998 (adopta las normas de la OMS en cuanto <i>puntos de corte</i> para riesgo de enfermedad)	-	-	25.0 a 29.9	>30		

* s.d. Significa sin definición.

Por su parte, Álvarez (1992) clasifica a la obesidad de acuerdo a 3 criterios:

- @ Según edad o el estado fisiológico, ya sea por embarazo, menopausia, senectud o edad.
- @ Según su magnitud, dónde se considera edad, estatura, sexo y constitución corporal, ubicando a los sujetos en grados I, II, III y IV.
- @ Según las características del tejido adiposo (leve, moderada y severa o masiva): hiperplásica (número de células adiposas) o hipertrófica (tamaño o volumen de las células).

Para fines de este estudio, ‘peso corporal’ se refiere a cualquier categoría de peso en las personas, independientemente de su clasificación médica, social o cultural, aún cuando el principal interés es el sobrepeso y la obesidad en relación a las variables psicológicas propuestas previamente.

2.4 Factores y Modelos Explicativos del Peso Corporal

La obesidad y el sobrepeso *como estados premórbidos* son enfermedades crónicas de etiología multifactorial, caracterizadas por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañadas de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociadas en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionadas a factores biológicos (metabólicos, genéticos, moleculares, celulares), socioculturales y psicológicos (NOM-174-SSA I-1998; Centro Médico Teknón, 2003;Kaufer y Ávila, 2003).

Se sabe el carácter multifactorial de la obesidad y que se genera de la interacción entre el medio ambiente y el tipo genético individual, pero el cuerpo de conocimientos respecto a cómo y porqué se desarrolla es aún incompleto; de la misma forma, existe gran acuerdo en cuánto a los riesgos para la salud, pero mucho menos acuerdo respecto a su manejo; algunos se oponen a tratar la obesidad debido a los pobres resultados a largo plazo y a los negativos resultados de los patrones de ‘rebote’ en pacientes obesos (Porto, 1995); otros afirman que los potenciales riesgos del tratamiento no son peores que los riesgos

conocidos de ser obesos (Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults, 1998).

Al abordar los modelos explicativos de la obesidad y el sobrepeso, encontramos variedad de teorías e hipótesis, algunas muy ingeniosas, como la de algunos nutricionistas, quienes sugieren que las personas delgadas no tienen control sobre un cierto “*compartimiento secreto*” del estómago que utilizan tan señaladamente las personas golosas, por lo que aquellos, -una vez saciados-, no comen más. Por otro lado, otra explicación indica que las personas *delgadas* tienen más proporción de células adiposas color café, cuya función es liberar calorías en forma de energía para mantener la temperatura corporal y las actividades orgánicas, por lo que “quemar” más combustible; por su lado, las células adiposas “blancas” almacenan calorías en forma de grasa para su posterior utilización y serían las personas *obesas* quienes tienen mayor proporción de este tipo de células; por lo anterior, para la mayoría de las personas *delgadas*, la estrategia de hacerlas comer más para subirlas de peso no funciona; la alternativa más viable es el ejercicio racional, que provoca hipertrofia y ganancia muscular, asociado a una dieta reforzada (Grupo Editorial Tomo, 2003).

El enfoque conductual afirma que la obesidad es el resultado de los eventos antecedentes que la propician y de los consecuentes que la mantienen; los antecedentes se presentan inmediatamente antes de la conducta de comer y son llamados discriminativos (lugares, horarios, personas, actividades); los consecuentes, llamados estímulos reforzantes, son los “*beneficios*” que el individuo obtiene de su comportamiento de comer; por lo tanto, este tipo de tratamiento manipula la conducta de comer en exceso o los eventos antecedentes y consecuentes, mediante programas establecidos en una secuencia lógica, partiendo de la premisa de que tal individuo aprendió a consumir mayor cantidad de calorías de las que necesitaba; a este modelo no le interesan las razones por las cuales dicha conducta incorrecta fue aprendida, sino las causas por las que la persona mantiene ese mismo comportamiento en la actualidad, para convencer al paciente de su propia responsabilidad para ejercer dicha conducta nociva, a través de los eventos antecedentes y consecuentes (Ferrer, 1990).

Un factor crucial en la obesidad es la alimentación, que influye de manera circular y multicausante en tres variables, -lo biológico, lo fisiológico y lo psicológico y, -a su vez-, la alimentación es influenciada por éstas (Álvarez et al 1998a y 1998b).

Adicionalmente, podemos decir que existe confusión respecto a si la obesidad es un problema médico o psicológico; así mismo, hay debate respecto a la etiología genética o ambiental y que parece un padecimiento aparentemente incurable y de alta reincidencia, donde los prejuicios sociales y la estigmatización de los obesos es muy marcada debido a lo complejo del problema. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), -anorexia, bulimia y obesidad-, se están estudiando desde la visión sistémica, donde la familia, sus relaciones y su entorno ocupan un crucial lugar.

Se ha afirmado que las familias de obesos y con sobrepeso tienen un sistema familiar más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado que personas con peso normal; esta posición, aunada al hecho de que sólo el 5% de los obesos tienen un origen cerebral, endocrino o genético y que el 95% tiene causas psicósomáticas, ha llevado a la creación de una línea de tratamiento que incluye a toda familia.

Por todo lo anterior, el enfoque sistémico, en lugar de analizar los procesos individuales biológicos, hábitos alimenticios o personalidad del obeso y cómo influyen éstos en su estado de ánimo cuando comen (ansiedad, presión social), se centra en ciertos patrones de relaciones (amalgamiento, rigidez, sobreprotección, incapacidad para resolver conflictos) que influncian y son influenciados por el estado de la obesidad, dónde el paciente es el portavoz que expresa al malestar de la familia, por lo que no se puede hablar de la clásica aproximación causal-lineal (Álvarez, 1992).

Se sabe que el modelo médico tradicional niega la posibilidad de explicar sus fenómenos más allá de lo biológico, corta la relación del cuerpo con el mundo y las modalidades globales del vivir, que incluyen a la biología, las emociones, los afectos, los pensamientos y la interrelación con otros seres y el ambiente (Álvarez, 1992). En apoyo a

esta vertiente, Popkess-Vawter, et al (en Allan, 1998,b), insisten en que hay que considerar a los sentimientos y el estrés, que estimulan a los obesos cíclicos a comer en exceso.

Es interesante examinar evidencia clínica y experimental relacionada con la perspectiva explicativa de la obesidad y el sobrepeso. Se encontró diversidad de explicaciones, desde la más simple a otras más complejas entre mujeres adultas de 3 diferentes etnias (euro-americanas, afro-americanas y mexicanas); no obstante, las diferencias explicativas entre los tres grupos fueron mínimas y eran parcialmente congruentes con las teorías profesionales sobre la obesidad, aún cuando existía congruencia de las mujeres de los tres grupos con los profesionales, únicamente respecto a los tratamientos recomendados para el sobrepeso por éstos (Allan, 1998b).

Polivy (2000), por ejemplo, al estudiar los TCA, afirma que existen los siguientes factores socioculturales para su aparición:

- @ En culturas de abundancia calórica existe una obsesión por la delgadez, contrario a las culturas de escasez, sugiriendo que los modelos “ideales” tienden a buscar lo difícil. Sin embargo, dicha cultura es más una “causa” prevalente o de trasfondo, similar a la clase social y el nivel socioeconómico.
- @ Los medios de comunicación idealizan, distorsionan y difunden imágenes corporales idealizadas y contribuyen de manera “latente” a la aparición de TCA; los medios presionan más a mujeres que a hombres o simplemente las mujeres están más receptivas y atentas que los hombres.
- @ Los TCA son diez veces más prevalentes y acompañantes en mujeres que en hombres, relacionado ello con el rechazo a la imagen corporal: entre más intensa es la insatisfacción, mayores los esfuerzos para bajar de peso, que combinados con otros factores, derivan en TCA.
- @ Se piensa que sobre pacientes con TCA, la familia y los amigos son más influyentes que los médicos.
- @ Aparentemente, las mujeres de color son más resistentes y reacias a la presión para ser delgadas, pues los hombres de color prefieren mujeres más llenas que

los de raza blanca, al tiempo que las mujeres de color y los niños tienen ideales corporales más grandes; sin embargo, las mujeres de color desarrollan TCA, tienden a los atracones, que no conducen a la delgadez. Investigación reciente demuestra que lo “étnico” no protege contra los TCA, sino que influye más el estatus socioeconómico que la misma raza para explicar la insatisfacción encontrada en población de color y blanca.

En cuanto a la obesidad, hay abundante evidencia clínica y experimental respecto a factores socioculturales correlacionados, como el estatus socioeconómico, la raza, la historia infantil de obesidad, el ideal corporal, la burla y el sarcasmo, la edad y la alimentación.

La cultura es el factor más poderoso y determinante sobre la idea del peso corporal e influye en la noción de “*esbeltez*” y “*robustez*”, tal como lo reflejan las pinturas, fotografías, la moda, y escritos que podemos observar en nuestros días, comparándolos con los de otros tiempos, manifestándose en la autoestima, las actitudes, la conducta alimentaria y el aislamiento social; a cambio de ello, las mujeres tienen el derecho de exhibir sus curvas generosas a condición de que se sometan a duras y hasta peligrosas exigencias farmacológicas, quirúrgicas, dietéticas y de ejercicio extenuante y fatigoso. Los profesionales de la salud promueven hábitos y prácticas saludables, al mismo tiempo que atienden a un gran número de mujeres con complicaciones médicas o funcionales, tales como la mutilación de los dedos de los pies, el uso de corsetes, la mutilación genital, la cirugía, etc. (Crocker, 1998).

La familia provee sus propios esquemas de alimentación, estructura sus actividades y valores sociales respecto al peso corporal “*apropiado*” a cada uno de sus miembros. La familia “socializa” al niño en sus hábitos alimentarios, quien aprende por imitación de los otros miembros de su familia; aprende lo que sí y lo que no se puede comer, que la comida no solo nutre y que puede sustituir al amor, la seguridad, los sentimientos de pertenencia, que es un satisfactor de la ansiedad y la frustración (Vickers, 1993).

Caldwell et al (1997) resaltan una influencia mayor de la clase socioeconómica que la raza sobre la autoestima, la cual es más baja en mujeres obesas adultas blancas que en la de raza negra, incluida la preocupación por el peso corporal. Wamala (1997) también sostiene que el bajo nivel económico, más hábitos dietéticos no sanos y aspectos psicosociales como la historia reproductiva temprana, la baja autoestima e incomodidad laboral están relacionados altamente a obesidad en mujeres suecas adultas. Otros investigadores por el contrario, (Nir et al, 1991) informan que aspectos socioculturales como la familia, el matrimonio y el número de hijos, no influyen en la reducción de peso de mujeres obesas.

Story et al (2001) señalan que el 42% de los niños indígenas norteamericanos tienen sobrepeso y obesidad y que no encontraron diferencias en cuanto a sus intenciones para comer sana eficazmente, entre los obesos y los normales o el sexo, aún cuando los más obesos habían tratado de perder peso; sorpresivamente, los de peso normal seleccionaban un tamaño de cuerpo más “grande” o “pesado” , asociándolo con una imagen “más saludable”. Por su parte, Matz, et al (2002) sostienen que las experiencias negativas de burla en la infancia no predicen la insatisfacción corporal, aunque sí deprimen la autoestima en etapas adultas cuando se unen a los estándares culturalmente aceptados y al contexto interpersonal.

En este mismo sentido, Grilo et al (1994) observaron que mujeres obesas con historial infantil de obesidad, reportan mayor insatisfacción corporal que aquellas que iniciaron su obesidad en etapas adultas. McCrone et al (2000) estudiaron a mujeres obesas de la tercera edad, encontrando que quienes habían iniciado su condición en etapas tempranas tenían un mayor ÍMC, mayor tamaño de cintura, mayor peso, más número de dietas intentadas y mayor tendencia a los atracones, a la depresión y la ansiedad que las mujeres que habían iniciado su obesidad en etapas tardías.

Forster y Jeffery, (1986) señalan que las mujeres obesas adultas jóvenes son más constantes cuando inician programas de reducción de peso y por lo tanto los efectos en su efectividad percibida son mayores que los hombres obesos de su misma condición.

En una posición opuesta al enfoque sociocultural, Miller et al (1995) afirman que las mujeres adultas obesas no tienen peores relaciones sociales ni menor autoestima, mayor ansiedad ni menor apoyo de sus compañeros que las mujeres normales y pueden superar el prejuicio contra las personas obesas. Sin embargo, esto no es congruente con otras mujeres obesas, quienes por la vergüenza de serlo, evitan acudir a los servicios de salud existentes (Drury y Louis, 2002).

El estrés está más relacionado con las dietas que se siguen que con una historia de obesidad temprana; además, cuando los obesos alcanzan su meta se enfrentan a una crisis emocional como una reacción defensiva al perder su estado de obesidad obesos (Burbach y Schomer, 1987). El estrés también está asociado con las conductas de control de peso de las mujeres blancas americanas, según Walcott-McQuigg (1995).

Las mujeres adultas jóvenes adoptan muchas más dietas que los jóvenes de su misma generación, comen más ante estados emocionales y percepción de baja eficacia, al tiempo que tienen mayor sobrepeso u obesidad que ellos y más fracasos en los programas de reducción de peso en los que participan (Forster y Jeffery, 1986). En cuanto al estado emocional, Rasheed (1998) también encontró que las mujeres obesas árabes tienden a comer en situaciones de enojo, aburrimiento, ocultas y estresadas y que el ideal cultural del cuerpo y la educación influyen en su conducta, los trastornos alimentarios y en su insatisfacción corporal.

El ejercicio ayuda a compensar el estrés provocado por las dietas (Burbach y Schomer, 1987; Anessi, 2000). Por su lado, Gorson-Larsen, (2001) mencionan que para adolescentes obesos, la actividad física, la inactividad y las actitudes hacia la imagen corporal son de alta importancia en las estrategias especializadas para perder peso corporal. Story et al (2001) sugieren iniciar desde la niñez hábitos sanos de alimentación y la práctica de actividades físicas para prevenir la obesidad y los fracasos al intentar superarla.

Siegel et al (2000) también sostienen que el sobrepeso y la obesidad están asociados a la depresión y al estado de salud en mujeres afroamericanas y que hay un nexo potente con el nivel educativo alto únicamente amortiguado por los lazos étnicos existentes en ellas.

Puede resumirse de lo anterior, que los factores socioculturales influyen sobre la idealización de la delgadez, que a su vez se relaciona como principal causa de TCA, canalizando las insatisfacciones y tensiones de las mujeres, para enfocarlas hacia un tamaño y forma corporales, permitiendo una salida a patologías individuales, ya que la delgadez es perseguida por aquellos quienes no ven mejor manera de resolver sus problemas.

Como puede verse, existen diversos y variados enfoques teóricos explicativos de la obesidad, mismos que se resumen en el siguiente cuadro a partir del amplio análisis de Álvarez (1992), (tabla 6):

Tabla 6 Enfoques Teóricos Explicativos de la Obesidad (Lerma, 2004)

Teoría	Autor	Año	Justificación teórica (y comentarios)
Energética	Cannon	1942	La gente obesa come más o hace menos ejercicio que los normales. (y qué sucede con gente delgada que come mucho por su metabolismo, pero no engorda?). El gasto calórico no es buen predictor de la obesidad, porque no se conoce la composición corporal y el rango de utilización de energía del individuo.
Neurológica	Pitts	1978	Hay oclusión o lesión neuronal que “avisa” que se tiene hambre (hipotálamo)
Genética	Stunkard	1978	Estudios confirman obesidad hereditaria en niños adoptados, con el mismo IMC que los padres.
Celular	Vera y Flores	1981	La obesidad se origina por el engrosamiento de las células adiposas o por su reproducción masiva.
Endocrina o glandular	Williams	1984	Las hormonas influyen en la regulación de los depósitos de grasa e influyen el metabolismo de dichas grasas. (sin embargo, es el tipo de obesidad menos frecuente)
Psicológica	Saldaña y Rosell	1988	Los obesos ingieren mucha comida al tiempo que tienen desórdenes psicológicos, como la ansiedad. Los obesos se dejan controlar por estímulos externos.
	Bruch	1973	Los obesos alivian problemas comiendo. Existen problemas de depresión, neuroticismo y baja autoestima.
	Gold	1976	La obesidad responde a una adaptación o ajuste emocional (una posible respuesta ansiosa)
Multifactorial	Bourges	1990	La obesidad está asociada con diversas enfermedades, producto de un balance energético mayor al óptimo, que a su vez puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, nerviosos, psicológicos, sociales y culturales.
Bioquímica	Atkinson	1991	La obesidad es una enfermedad o síndrome, una anomalía fisiológica o bioquímica, que no tiene que ver con la autodisciplina o consumo excesivo de alimentos.
Sistémica y cultural	Álvarez	1992	<ul style="list-style-type: none"> • El componente familiar y emocional ejerce influencia en la obesidad, difícil de cuantificar. • Hay que distinguir la obesidad por motivos psicológicos o por las presiones sociales de ser delgadas, derivando en sensación de inferioridad por el sobrepeso moderado. • Los masivamente obesos son repudiados por la sociedad, causando frustración, ansiedad y desórdenes emocionales, empujándolos al ostracismo social, a la discriminación, a las barreras laborales, que se enseñan y aprenden culturalmente. • La obesidad es también un problema de malnutrición, por incapacidad económica o por cultura; especialmente en la etapa adulta, se caracteriza por un nivel constante de alimentos consumidos al tiempo que disminuye el gasto calórico, ya sea por inactividad física o por metabolismo.

2.5 El DSM-IV y los Trastornos de la Conducta Alimentaria

La obesidad simple está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica de tipo físico, aunque en el DSM-IV no aparece como tal, (fue suprimida en los 80's del siglo pasado). Las implicaciones psicológicas de la obesidad son ampliamente revisadas en este estudio y forman parte de la tesis fundamental que se sustenta, ya que aquellas son casi totalmente soslayadas por dicho instrumento, probablemente debido a la dificultad para determinar por lado las variables no físicas asociadas a la obesidad y por otro lado a la falta de investigación especializada. No obstante, algunos síntomas relacionados con la obesidad sí se han clasificado como “enfermedades” en el DSM-IV, a los que se les ha llamado Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), -que incluyen a la anorexia nerviosa, la bulimia, los trastornos de alimentación no especificados y el trastorno por atracón

Cuando se habla de obesidad se abordan principalmente aspectos biológicos como que es un padecimiento que acorta significativamente la vida debido a la gravedad del sobrepeso, a la distribución de la grasa corporal y a las complicaciones asociadas, como pueden ser: la diabetes tipo 2, la HTA, diversos tipos de dislipidemias, trastornos cardiovasculares, alto colesterol, apnea del sueño, hiperventilación, enfermedades músculo esqueléticas, cáncer (colon recto y próstata en hombres; útero, tracto biliar, senos y ovarios en mujeres), dermatopías, alteraciones hepatobiliares y pancreáticas -. (Villagómez, 2003; Centro Médico Teknón, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2002).

Las características de TCA para las sociedades occidentales difícilmente pueden separarse una de la otra; por ejemplo, la anorexia y la bulimia no pueden distinguirse, ya que ambas presentan pérdida o alteración del ciclo menstrual, ejercicio compulsivo, comida en exceso. En el caso de la anorexia, un aspecto del cuadro diagnóstico es la pérdida de un 15% del peso corporal, negar la enfermedad y acudir al médico sólo bajo presión familiar. Por su parte los bulímicos tienen recurrentes atracones con conducta compensatoria en forma de vómitos, ejercicio, ayuno para no subir de peso, un auto-concepto muy dependiente de la forma y el peso corporal y una gran impulsividad (por ejemplo, hacia la

promiscuidad sexual, intentos de suicidio, abuso de drogas y hasta pequeños robos en autoservicios), si bien es cierto que se someten voluntariamente a tratamientos médicos, pero comen en secreto (Polivy, 2000).

Al igual que con la obesidad, el origen de los TCA comúnmente se remonta a las primeras relaciones afectivas en la infancia (Ferrer, 1990) mediante comentarios negativos sobre el peso (Braet, 2000; Burrows, 2002), y en la etapa de bebé y el amamantamiento; se infiere que posteriormente (a partir de la pubertad y la adolescencia, especialmente en mujeres), los pacientes afectados de anorexia o bulimia recurren al alimento en un intento de llenar el vacío interior que se vivencia como una falta de afecto persistente; incluso se considera a este tipo de pacientes como adictos a las drogas, por su dependencia con los anorexígenos, anfetaminas, tranquilizantes o hipnóticos que les ayudan a esconder el abatimiento, la sensación de vacío interior y su dificultad para soportar la soledad; otro rasgo característico es su cercanía con el cuadro de depresión (Grupo Editorial Tomo, 2003).

Hay estudios exploratorios buscando supuestos factores causales individuales de los TCA, hasta teorías queriendo combinar esos factores dentro de una totalidad, pero es prácticamente imposible manejarlos o combinarlos en un modelo entendible fácilmente (Friedman, 1995), ya que hay dificultades para reunir muestras adecuadas de pacientes, lo que ha conducido a estudios “correlativos”, como si de verdad se tratara de poblaciones normales; la aproximación más utilizada es el modelo biopsicosocial, que considera desde lo cultural a lo individual, pasando por lo familiar, lo social, lo cognitivo, el aprendizaje, la personalidad; sin embargo, adolece de especificidad, ya que cada modelo o versión del modelo difiere del siguiente en aparecer (Polivy, 2000).

De acuerdo a Allan (1998,a), los asuntos relativos al peso corporal se están abordando en los últimos años con un enfoque de investigación y no únicamente como uno más de los aspectos de la salud conductual; así mismo, una segunda línea de atención se centra en la mujer y su peso corporal, con especial énfasis en su contexto de vida, incluyendo aspectos étnicos y de afiliación cultural, género y estatus social. El número de

investigadores que están revisando las conexiones entre etnicidad y el estatus social está incrementándose, pero no solamente en cuanto individuo y su contexto sino también incluyendo influencias macroambientales en el peso corporal.

2.6 Tratamientos de la Obesidad.

Los principales tratamientos aplicados a la obesidad son la cirugía, las dietas, los fármacos, el ejercicio físico y los programas conductuales.

2.6.1 Cirugía

La cirugía es un tratamiento costoso y de alto riesgo, aunque el más efectivo para la eliminar la grasa. Las técnicas que se utilizan son la *exclusión gástrica*, el *cerclaje mandibular*, el *by-pass yeyunal* y la *remoción de tejido graso*. Su problema principal es que frecuentemente producen degeneración, fibrosis, inflamación y necrosis hepática (Álvarez, 1992).

El *by-pass gástrico* consiste en un anillo limitador de alimentos en el estómago. Wadden et al (2001) reportan éxito a largo plazo con ésta técnica, aplicada a obesos extremos que tienen baja respuesta a medicamentos y tratamiento conductual; sin embargo un número significativo de ellos sufren de depresión, atracones, traumas o complicaciones emocionales, por lo que concluyen en que se efectúe una adecuada evaluación psicológica para identificar a aquellos pacientes que requieren asesoría paralela antes y después de la cirugía.

El *by-pass intestinal* reporta maravillosos resultados en obesos extremos, influyendo incluso en aspectos como el estado de ánimo, la imagen corporal, la asertividad, autoestima, iniciativa, los sentimientos de atracción física y sexual y la autoevaluación de la personalidad. Sin embargo, los pacientes que no responden al tratamiento quirúrgico de este tipo tienen severos problemas físicos o psicológicos posteriormente, como estados de

ansiedad, depresión e irritabilidad que afectan incluso sus relaciones maritales y con sus allegados (Leon et al, 1979; Castelnuovo-Tedesco y Schiebel, 1976).

2.6.2 Medicamentos

Los *medicamentos* se utilizan para reducir el apetito (hasta un 10% del peso), pero producen dependencia, mareos y alteración del humor. Los tratamientos con hormonas tiroideas y otras, se utilizan para aumentar gasto de oxígeno, pero el efecto que se produce es la pérdida de músculo, más que grasa. El principal problema final es que este tipo de tratamiento también producen ‘rebote’ muy rápido (Álvarez, 1992).

2.6.3 Ejercicio Físico

Contrariamente, el *ejercicio físico* como estrategia para bajar de peso es muy efectivo; sin embargo, se requiere esfuerzo, es muy lento y exige cambios en el estilo de vida, provocando mucha deserción. No es aceptable como única medida terapéutica, ya que las calorías que se consumen con tanto esfuerzo, se recuperan con pocos alimentos después del ejercicio.

Foreyt et al (1995) hicieron un estudio natural de 5 años, donde dieron seguimiento a pacientes normales y obesos que se involucraron en actividad física sana y recreativa; los resultados indican correlación de dicha actividad con un historial psicológico positivo, como mejoramiento de la depresión y el bienestar de sujetos normales, al tiempo de favorecer el control de la ingesta y el bienestar de los obesos.

Schwartz (1993) encontró que el ejercicio es la única variable significativa entre comedores compulsivos obesos y los pacientes no obesos que se controlaban psicológicamente, por lo que recomiendan incluir al ejercicio en la atención primaria que se ofrece en centros especializados, además de la alimentación sana y el cambio de actitudes.

2.6.4 Dietas

Las *dietas* ocupan el segundo lugar en efectividad para bajar de peso, pero todas “rebotan”, es decir, pierden efectividad al dejarlas, ya que su enfoque es la privación, limitación y/o aversión a comida indeseable clasificable como: a) baja en calorías, b) dietas de ayuno, c) carbohidratos, d) proteínas, e) grasas. Las dietas son altamente peligrosas y hasta potencialmente mortales; además, se enfrentan a los problemas psicológicos de frustración por no eliminar peso y descubrir que el peso perdido se recupera rápidamente (Álvarez, 1992).

Ponto (1995), asegura que las dietas demandan un autocontrol constante, por lo que el fracaso provoca estrés, haciendo más peligroso o dañino someterse a ellas que no practicarlas.

En un estudio experimental, St Jeor et al (1995), encontraron que los obesos que no bajan o no mantienen el peso, son también los que más dietas hacen comparados con quienes sí mantienen un peso estable, lo que sugiere la baja efectividad de las dietas o que no se aplican adecuadamente.

2.6.5 Intervención Psicológica

El tratamiento psicológico más efectivo para reducir de peso es la Terapia de Modificación de Conducta, bajo el principio de que la obesidad es una conducta aprendida mediante hábitos alimenticios incorrectos, por lo que hay que re-educar a dichos pacientes. Los resultados son modestos y de resultados lentos y a largo plazo (Álvarez, 1992; Ferrer, 1990).

Wooley et al (1979) explican que el resultado modesto y a largo plazo del tratamiento psicológico puede deberse a la interferencia de cambios metabólicos compensatorios que contribuyen a disminuir la pérdida de peso y a la aparición del efecto “rebote”, lo que frecuentemente produce sufrimiento y fracasos cíclicos. Por esta razón, el mismo autor recomienda que debieran considerarse los fracasos previos, el grado de

restricción de las dietas y el uso de la comida para optimizar el nivel de excitación, lo que implica involucrar a los pacientes en el establecimiento de metas y tratamientos adoptados.

Se tiene la falsa idea de que existen personas que controlan la obesidad debido a una mayor *“fuerza de voluntad”* o que hacen más esfuerzos que aquellas que permanecen obesas y fracasan; aquellas en realidad tienen un historial de aprendizaje adecuado que las capacita, probablemente con mucho esfuerzo, a comportarse de una manera que propicia una vida de satisfacciones personales considerables, mientras que las personas obesas no han aprendido a emplear las tácticas efectivas. La conducta de obesidad no ocurre en el vacío, sino que se encuentra sujeta al control de estímulos legítimos, externos e internos, que anteceden y siguen a la conducta disfuncional de comer en exceso o de manera desordenada (Rimm, y Masters, 1990).

Se cuenta con diferentes técnicas o terapias de tipo psicológico que se han aplicado para el tratamiento de la obesidad. Existen las técnicas aversivas, las cognitivas y las de conducta operante (Saldaña y García, 1988; Rimm y Masters, 1990). Para una revisión más detallada, ver Tabla 2.

Las técnicas aversivas que se utilizan actualmente enfatizan la parte cognitiva, más que la parte física o instrumental y deben usarse con suma precaución, ya que enfatizan la incomodidad o el dolor. Incluyen: el castigo simple (la sensibilización cubierta); el castigo más contracondicionamiento aversivo y el contracondicionamiento aversivo.

Una técnica conductual aversiva que se utiliza en la terapia, es la desensibilización cubierta, para reducir la atracción de ciertos alimentos o hábitos alimenticios particularmente problemáticos. Se utiliza la imaginación que contiene elementos aversivos y la descripción imaginaria de conductas problema, donde el terapeuta genera una escena para que el cliente la imagine, integre la conducta obesa, estímulos relevantes y aspectos aversivos, en una imagen coherente o en una serie de imágenes (Rimm y Masters, 1990).

Las técnicas cognitivas son: la Terapia Racional Emotiva, la detención del pensamiento, la aserción encubierta (son subvocalizaciones después de la detención del pensamiento). Éstas técnicas incluyen la información general sobre el problema de obesidad, las autoinstrucciones, la resolución de problemas y la inoculación de estrés.

Las técnicas operantes (manejo de contingencias) incluyen: reforzamiento del terapeuta, familiares y amigos; las instrucciones, la economía de fichas, los contratos de contingencias. Estos métodos son útiles en personas obesas que tienen problemas con las técnicas de autocontrol y autoregistro.

Para la terapia conductual, el comportamiento obeso ocurre cuando se presenta un desequilibrio entre la cantidad de calorías que consume y gasta un individuo, quien conserva tal comportamiento porque obtiene ventajas de dos tipos: a) por los beneficios de la misma obesidad (el sobrepeso puede ser empleado como arma para manipular a otras personas, o es utilizada para evitar llevar a cabo actividades que le desagradan o teme, como el comportamiento sexual o el aburrimiento, o que se use como pretexto para expresar depresión); la mejor estrategia que se sigue es comparar las ventajas que obtiene de la obesidad con los peligros y daños que ésta le ocasiona, y b) por el placer que proporciona saborear los alimentos, por lo cual no desea privarse de ingerirlos ni quiere ser obeso; en este caso se utiliza una técnica llamada “autocontrol”, donde la persona es paciente y terapeuta al mismo tiempo, bajo las instrucciones profesionales de un terapeuta; la terapia conductual es la mejor elección para cuando la obesidad se debe a los beneficios de saborear los alimentos (Ferrer, 1990).

Además, un tipo de estímulos internos para el mantenimiento de la conducta obesa, son los pensamientos que anteceden o siguen a la conducta de comer en exceso. Cuando aparecen como pensamientos antecedentes, pueden ser de dos tipos: a) de indulgencia para consumir mayor cantidad de calorías (“sólo un poco más”, “una vez más”); de b) restricción, con los cuales la persona se prohíbe consumir más calorías (“basta ya” o “ya he comido suficiente por hoy”). También, aparecen como pensamientos consecuentes, en forma de *auto elogios*, con los que la persona se premia mentalmente por comer en forma

moderada (“bien hecho”, “así se hace”); *autocastigos*, para reprocharse por comer en forma excesiva (“no debí haber comido tanto”, “no quiero continuar comiendo así”), por lo que se recomienda emplear generosamente los auto elogios y auto castigos para aplicarse a las conductas moderada y excesiva, respectivamente.

Otra característica adicional es que el programa conductual no es efectivo para los siguientes casos: 1) cuando el exceso de peso debe a la estructura ósea o muscular, 2) cuando la persona, no siendo obesa, tiene una distribución anormal del tejido adiposo, por ejemplo, concentrada en la espalda, la cadera; 3) para personas no obesas que pretenden reducir su peso por razones estéticas; 4) para personas obesas que obtienen beneficios de serlo; 5) en casos de obesidad severa, con 60% o más de sobrepeso, porque este tipo de obesidad está asociada con otros problemas conductuales que interfieren con el control que pudiera hacerse sobre el comportamiento de comer; 6) en personas no realistas que desean bajar excesiva y rápidamente el peso ganado a largo plazo.

Una de las técnicas de modificación de la conducta de obesidad más efectivas es el *autocontrol*, que consiste básicamente en escribir y colocar en un lugar visible las razones y motivos que se tienen para adelgazar o perder peso, detallando los beneficios esperados, los premios, -de tipo material, actividades o pensamientos- a obtener por alcanzar las metas intermedias y finales, las desventajas de ser obeso, la meta en kilogramos, la utilización de registros con antecedentes y consecuentes a la conducta problema y una ruta crítica de los avances planeados y alcanzados (Rimm y Masters, 1990).

Principios del autocontrol:

- @ El autocontrol no es cuestión de voluntad sino resultado de manipulaciones lógicas de eventos antecedentes y consecuentes a la conducta de comer en exceso.
- @ La conducta de comer se encuentra controlada por el control de estímulos como sigue: a)cambio físico del ambiente; b)reducir los estímulos antecedentes; c)fortalecer la conexión entre ciertos estímulos (premios) y conductas deseables.

- @ Determinar y ejecutar respuestas alternativas o de competencia a la conducta de comer
- @ El sujeto intenta interrumpir la cadena de conductas que conducen a respuestas indeseables, lo más pronto posible
- @ Perseguir metas y conductas de manera gradual y aproximativa
- @ Considerar a los pensamientos como conductas internas aprendidas
- @ Reforzar el uso de contratos para propiciar el intercambio de reforzadores cliente-terapeuta, cliente-*otras personas*.

También, ésta técnica de autocontrol de la obesidad tiene las siguientes características:

- @ Retiro de los alimentos indeseables de la casa
- @ Modificación de la conducta de consumo (hábitos de mesa)
- @ Estrechamiento de los estímulos (buscar comer en un lugar fijo)
- @ Cambio de los estímulos medio-ambientales (aprovechar todo lo que pueda estar presente que inhiba comer en exceso)
- @ Reforzamiento (auto-recompensas, incluido personas o parientes que le feliciten por su esfuerzo).
- @ Respuestas incompatibles (tomar un paseo a pie) que rompan la cadena de comportamiento indeseada
- @ Incorporación de principios de moldeamiento, gradualmente, en orden creciente de dificultad.

Las mujeres obesas manejan su peso corporal pasando por cinco fases, cada de ellas constituida por múltiples procesos caracterizados por tácticas y estrategias desarrolladas personalmente –incluidas sus propias normas y categorías independientes de la presión cultural por la delgadez-, para determinar por ellas mismas si pesan mucho o poco (Allan, 1988); las fases son: estimación-cálculo, minimizar-ignorar, movilización-actuación, responsabilizarse y sostenimiento, dónde la preocupación por la apariencia es más

importante que la salud a la hora de hacer esfuerzos para bajar de peso; la progresión a través de las cinco fases está influenciada tanto por el tiempo como por el peso corporal.

Existen algunas referencias a las estrategias y métodos para el tratamiento y control de peso corporal en mujeres, que se analizan a continuación.

De acuerdo a Allan, (1991) y St Jeor et al, (1995), las rutinas culturales respecto a las comidas y el ejercicio, así como provocar en las obesas sus propias reglas respecto al tamaño corporal, representan las principales estrategias a seguir para asegurar el éxito. Por su parte Forster y Jeffery (1986) señalan que deben considerarse las diferencias de sexo al diseñar estrategias para controlar el peso en mujeres adultas, ya que la persistencia y la efectividad de ellas es más alta que en hombres.

Foster et al (1997) encontraron que mujeres obesas sometidas a tratamiento perdieron peso al principio, luego lo recuperaron al final y aún así se incrementa su percepción positiva en cuanto a la imagen corporal, por lo que no queda claro si dicho mejoramiento psicológico es causado por el tratamiento o por la pérdida de peso.

El tratamiento general de la obesidad normalmente enfatiza la dieta y la reducción de peso; no obstante, la experiencia inicial con este enfoque es de fracaso, que pasa por 3 fases de conflicto en la personalidad (un yo confuso, otro que se esfuerza y un tercero divagante); a continuación sigue una experiencia final que consiste en construir un yo aceptable y verdadero, lo que lleva a concluir en restablecer patrones de alimentación sana y normal por un lado, fortalecer la autoestima y promover la auto aceptación de la propia talla corporal (Roese, 1997).

Vickers (1993) concuerda con Roese, insistiendo en que, al planear tratamientos para la obesidad, debiera evaluarse la historia dietética, la motivación para realizar cambios en el estilo de vida, la autoimagen y la autoestima.

Al comparar 20 métodos para bajar de peso entre mujeres afroamericanas y euroamericanas, Tyler et al (1997) detectaron 3 categorías: los métodos centrados en cambios del estilo de vida, los centrados en el trabajo mental o cognitivo y los métodos centrados en acudir a servicios profesionales. El método más utilizado es el cambio en el estilo de vida, que incluye al ejercicio y la reducción de calorías altas o el incremento de alimentos con bajas calorías. Se encontró que las mujeres afroamericanas tienden a utilizar más productos dietéticos comerciales que las mujeres euroamericanas; que los métodos mentales son usados más por mujeres de alto nivel socio económico, al tiempo que las mujeres más obesas de ambos grupos buscan más frecuentemente servicios profesionales, comparadas con las mujeres normales. Por su lado, las mujeres euroamericanas se involucran por más tiempo en programas para bajar de peso y pesan menos que las afroamericanas. Se concluye y sugiere en este estudio que la duración corta de los esfuerzos para bajar de peso puede ser la causa de la talla mayor en mujeres afroamericanas.

Esta última sugerencia fue confirmada experimentalmente por Rapoport (2000), al comparar 2 programas psicológicos para bajar de peso, mejorar el bienestar, incrementar la actividad física, mejorar la calidad de la dieta y reducir el estrés en mujeres obesas.

Es escasa la intervención psicológica especializada en cualquiera de las cuatro vertientes conocidas, que en el mejor de los casos se reduce a posiciones de “comprensión”, “observación”, “acompañamiento” antes, durante o después de la intervención, pero ninguna con las cualidades necesarias y suficientes para prevenir el fracaso, el abandono del tratamiento, la viabilidad psicológica para la medida seguida, las características emocionales individuales o el conocido decaimiento y “rebote” de las estrategias seguidas, confirmadas exhaustivamente en el mundo experimental, clínico u observacional (McCrone et al, 2000).

Hay muy desalentadores resultados a largo plazo sobre el tratamiento de la obesidad, lo que indica que debe evaluarse muy bien la relación costo-beneficio a la hora de decidir entre hacer dietas, ejercicio, fármacos o aceptar el sobrepeso, señala Fennel(1998), ya que muchas mujeres con sobrepeso no tienen una imagen corporal negativa, ni se sienten

con problemas de salud o menos atractivas; tampoco presentan problemas depresivos o psicopatológicos diferentes a las mujeres normales.

Un ejemplo de la tendencia en contra de la intervención de la obesidad bajo un modelo médico, la ofrece Allan (1994), quien entrevistó a mujeres bajo tratamiento para bajar y controlar su peso, dónde se hizo evidente un movimiento contrario a continuar evaluando el éxito de dichos intentos con un criterio biomédico (usando el Índice de Masa Corporal, IMC), ya que cuando se utiliza una aproximación feminista-holística, el éxito es mayor, lo que sugiere la necesidad de revisar y redefinir los conceptos de cuerpo "ideal" al tratar médicamente el sobrepeso y la obesidad.

Ninguna de las estrategias estudiadas (dieta, medicamento, ejercicio o cirugía) aseguran por sí solas o combinadas los resultados, como tampoco lo haría la psicología; no obstante, en razón que los problemas de peso corporal tienen un basamento emocional y psicológico que antecede, desencadena o mantiene tal condición, se requiere indispensablemente incluir a éste en la evaluación y el tratamiento (Rasheed, 2000); de lo contrario los resultados seguirán siendo pobres al tiempo que las estadísticas de morbilidad y mortalidad por enfermedades conectadas con la obesidad y los trastornos alimentarios siguen creciendo a un ritmo acelerado (Williams, et al ,1998).

Es interesante resaltar el reconocimiento de la OMS (2002) de que la obesidad no puede ser prevenida, dirigida solo por los gobiernos o simplemente atendida mediante la actividad física, sino que se requiere la participación y el trabajo conjunto de la industria de los alimentos, las agencias y organismos internacionales, los medios de comunicación, las comunidades y los individuos para intentar modificar el medio ambiente, que es el más favorable para la ganancia de peso en la población.

Para las personas obesas y especialmente para las mujeres, el someterse a tratamiento para controlar el peso, trátase de dietas, ejercicio, medicamentos o cirugía, suena fácil, pero es una decisión altamente compleja y problemática, en razón de todos los ajustes y procesos que se tienen que enfrentar, desde los propios pensamientos, los

historiales infantil, familiar, cultural, económica, social, así como los intentos previos, la burla y las indirectas de personas ajenas y cercanas, los cambios físicos y fisiológicos, el malestar físico y las sensaciones derivadas de cualquiera de las elecciones, las consecuencias psicológicas inmediatas y mediatas por los logros y fracasos, el cambio tan deseado en el estilo de vida; por último y mayormente, la severa y estricta vigilancia de la propia autoestima, que se encarga de juzgar, devaluar, exagerar, destacar o ignorar los resultados, reales o irreales. La autoestima y la ansiedad son elementos psicológicos que se imbrican situacional, plástica y permanentemente con el peso corporal, triple alianza que interactúa precediendo, desencadenando y manteniendo tal condición de manera interna y externa en la mujer que lo vive.

Debido precisamente a esa dificultad y probablemente a la tendencia psicológica natural por economizar caminos y esfuerzos, la mujer con problemas de peso corporal responde rápida y vulnerablemente a los tratamientos que le ofrecen los medios de comunicación, consejas populares, personas conocidas, libros, revistas, empresas dedicadas al ejercicio o la industria farmacéutica y hasta médicos especialistas en cirugía rápida, que se publicitan con alguna o varias de las siguientes características: fáciles, infalibles, económicos, divertidos, definitivos, modernos, cómodos, seguros o simplemente por su popularidad.

CONCLUSIONES

El peso corporal puede clasificarse según tablas de peso/estatura, *‘peso ideal’* o según el criterio reciente de un peso saludable, que incluye la determinación de la cantidad de grasa corporal total. Las estadísticas nacionales e internacionales sugieren un rápido crecimiento de los problemas relacionados con este fenómeno, no solo en países desarrollados, llegando a constituirse en un problema de salud pública que absorbe hasta un 7% de los gastos totales en algunos países.

Existe controversia entre si la obesidad es un problema de tipo médico o psicológico; la estigmatización, el prejuicio social y los problemas asociados a aquella, específicamente en la población de mujeres adultas, han capturado la atención de investigadores y clínicos, no solo desde el punto de vista médico tradicional, sino también desde el psicológico, por su fuerte conexión con éste, aún cuando no está considerada como enfermedad psicológica en dos de los más importantes instrumentos de diagnóstico internacionales, el CIE (de la OMS) y el DSM-IV (de la Asociación Americana de Psiquiatras).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son el ejemplo más cercano que acepta el DSM-IV como enfermedad de tipo psicológico y emocional, proveniente presuntamente de las experiencias infantiles tempranas, donde las relaciones afectivas fueron asociadas a, o sustituidas por el acto de comer. La anorexia, bulimia y atracón tienen características similares con una raíz emocional y que frecuentemente derivan en depresión. El enfoque sistémico enfatiza que estas enfermedades tienen sus origen en sistemas familiares conflictivos, desorganizados o amurallados, creando a su vez patrones de relaciones que mantienen dichos comportamientos alrededor del acto de comer, con matices fuertemente psicológicos y sociales.

El peso corporal se estudia desde los enfoques sistémico, salud conductual, biopsicosocial y los procesos individuales (que incluye lo psicológico, lo fisio-biológico y la personalidad); recientemente ha surgido un interés por abordar este problema desde un enfoque de investigación, debido a su complejidad y experiencias de fracaso clínico y terapéutico. Por esta razón, la obesidad está siendo conceptualizada más allá del modelo médico tradicional, que se centra en lo fisiobiológico, para explorar modelos holísticos y multifactoriales que consideren la influencia de lo genético-individual y el medio ambiente, así como una mejor definición teórica e hipotética de la obesidad, que ha ido cambiando con el tiempo. Se considera que sólo el 5% de las obesidades tienen un origen cerebral, endocrino o genético, contra un 95% de base psicosomático, lo que sugiere y justifica la continuación de los esfuerzos por entender no sólo las causas y riesgos, el cómo y porqué de la obesidad, sino la controversia existente en su manejo y los peligros adyacentes, sin

dejar de mencionar las consecuencias psicológicas de los rebotes y resultados negativos a largo plazo, especialmente sobre la población femenina adulta, altamente vulnerable a todo tipo de “tratamientos” para el peso corporal.

La evaluación del peso corporal se auxilia de diversos instrumentos biomédicos o *índices*, de los cuales el Índice de Masa Corporal es el más aceptado y utilizado a escala mundial para determinarlo, clasificarlo y diagnosticarlo en cuanto a su magnitud y riesgos potenciales.

Por su parte, la esfera psicológica del peso corporal puede ser evaluado mediante instrumentos que miden el auto-concepto, la imagen corporal, la autoestima, la ansiedad, el estrés y la depresión. Sin embargo, éstos últimos son poco utilizados por especialistas capacitados en el control del peso corporal, como nutriólogos, endocrinólogos, entrenadores deportivos y médicos. Esto podría explicar el fracaso y los resultados desalentadores a mediano y largo plazo de los tratamientos con cirugía, fármacos, dietas o ejercicio que no toman en consideración el aspecto psicológico que antecede, acompaña y mantiene el comportamiento disfuncional responsable del sobrepeso, la obesidad y los problemas de peso corporal.

Existe fuerte evidencia clínica y experimental que relaciona el peso corporal de las mujeres adultas con un conjunto de factores psicológicos, sociales y culturales, más allá de aspectos biológicos como la edad, el estado de salud y la ingesta calórica. Los factores psicológicos incluyen a la autoestima, el estrés, la depresión, las actitudes, los estados emocionales, la percepción de baja eficacia y el rechazo a la imagen corporal. Los factores sociales incluyen la historia de burla y sarcasmo infantil, la incomodidad laboral, el estatus socioeconómico y la historia reproductiva temprana. Los factores culturales abarcan al ideal corporal, la etnia o raza, la alimentación, la interacción familiar, el nivel educativo y la influencia de los medios de comunicación. Idealmente, el tratamiento del peso corporal en mujeres adultas debería considerar todos los factores mencionados. Sin embargo, en el mejor de los casos se abordan estos factores de manera empírica, intuitiva y parcial.

CAPITULO III

R

ELACIONES

ENTRE LAS

VARIABLES

ESTUDIADAS.

“Las penas con pan, son menos”

Autoestima

Se encuentra profusa literatura científica en el campo de la investigación y la clínica, ligando la autoestima a diversos temas, como los siguientes: las experiencias infantiles y adultas y la burla o mofa (Grilo et al, 1994); el

locus de control (Nir y Neumann, 1991); asertividad-hostilidad (Williams et al, 1993); el desarrollo de la imagen corporal, trastornos alimentarios (Thompson et al, 1995); patrones alimentarios (Johansen y Jacobsen, 1998); la gordura según la raza (Kimm et al, 1997); programas de reducción de peso, (Cameron, 1999; Annesi,2000); dietas y género, (Liebman et al, 2001); desempeño cognitivo y bienestar en mujeres con sobrepeso, (Bryan y Tiggeman, 2001); estigma social y etiquetización de los obesos, (Crocker, 1999); la ansiedad y el Índice de Masa Corporal (Aguilar et al 2002) Esto indica que la autoestima ocupa un importante lugar en la investigación mundial y actual, tanto en países del primero como del segundo y tercer mundo.

Por ejemplo, Williams et al (1993) encontraron que los bulímicos y anoréxicos arrojaron puntajes significativamente más bajos en control percibido, asertividad, autoestima y la hostilidad hacia sí, comparados con individuos obesos o normales. Webber, (1994) por su parte, comparó población de mujeres obesas y normales con la característica de involucrarse o no en atracones, encontrando que las mujeres que acostumbran atracarse de comida tenían más depresión y ansiedad y baja autoestima que las que no lo hacen.

Un estudio sobre la estigmatización de los obesos (Crocker, 1999), señala que las personas con sobrepeso u obesidad son etiquetadas y estigmatizadas como tales, incluyendo con ello a toda su humanidad, que es devaluada, dañada y hasta arruinada ante los ojos de los demás; de acuerdo a esto, el individuo “*interioriza*” las imágenes negativas y los estereotipos que respecto a ellos la cultura dominante les impone, donde la propia persona define quién y qué es, partiendo de sus observaciones e interpretaciones a las respuestas de sus congéneres. También, las mujeres obesas cargan con el estigma y la vergüenza de serlo, lo que las induce a no acudir a los servicios de salud (Drury y Louis, 2002) Contrariamente, otros investigadores sostienen que las mujeres adultas obesas no tienen peores relaciones sociales ni menor autoestima, mayor ansiedad ni menor apoyo de sus compañeros que las mujeres normales y que pueden perfectamente superar el prejuicio contra las personas obesas (Miller et al, 1995).

Grilo et al (1994) concuerdan ligeramente con Miller, pero insisten en que si bien las mujeres obesas adultas que se enfrentan a la burla y la ridiculización en la infancia por su condición de obesas no se refleja en su autoestima como adultas, sí reciben un impacto directo en cuanto a su imagen corporal y a su vez en su insatisfacción corporal. Similarmente, (Matz et al, 2002) las experiencias negativas de burla en la infancia no predicen la insatisfacción corporal, aunque sí influyen en la baja autoestima en etapas adultas cuando se unen a los estándares culturalmente aceptados y al contexto interpersonal.

Las expectativas que se tienen para perder peso corporal al incorporarse a dietas o programas de control de peso, impactan negativamente a la autoestima. Boyd, (1990) encontró baja autoestima e imagen corporal negativa relacionada con expectativas no satisfechas en dietas para bajar de peso en mujeres obesas o con sobrepeso. Por su parte Cameron, (1999) estudió las diferencias en niños obesos que habían o no intentado bajar de peso, encontrando que después de los tratamientos, -al no haber diferencias en el peso promedio o el Índice de Masa Corporal, pero sí un decremento en el auto-concepto y en la percepción de la apariencia física de los niños que se esforzaban por bajar de peso -, ello puede indicar que cuando los niños participan en programas para bajar de peso con resultados pobres, se impacta y disminuye su autoestima. Esto puede señalar claramente que puede ser mejor no intentar programas de control de peso fallidos o con resultados pobres con niños.

En apoyo a lo anterior, se sabe que la obesidad temprana no provoca más estrés, sino que éste se encuentra más relacionado con las dietas que siguen los individuos obesos y que cuando éstos alcanzan su meta se enfrentan a una crisis emocional como una reacción defensiva al perder su estado de obesos (Burbach y Schomer, 1987). La baja autoestima, la lucha para lucir delgadas, la insatisfacción corporal, la bulimia, la desconfianza interpersonal, la percepción de incompetencia y la vigilancia interna, están asociadas a mujeres jóvenes universitarias que seleccionan dietas de evitación de grasas, lo cual sugiere atención a la autoestima de personas que inciden en dietas de este tipo, que podría derivar

en trastornos alimentarios y psicológicos, siendo las dietas por lo tanto un antecedente de la baja autoestima y una pobre imagen corporal. (Liebman et al, 2001).

Por su lado, Bryan y Tiggemann (2001) señalaron que, entre mayor locus de control interno tienen las mujeres obesas, menor autoestima (*“soy la causante de estar gorda”*) no encontrando consecuencias de la dieta sobre el rendimiento mental pero sí efectos positivos en lo emocional y actitudinal, como el bienestar psicológico obtenido más por estímulos externos como los chequeos cada dos semanas, las visitas al dietista, el contacto con otras personas bajo dieta y la asesoría en alimentación. Los autores previenen del fenómeno encontrado entre las mujeres sometidas a dieta, quienes tienen un locus de control interno asociado a baja autoestima, mientras que el grupo control arroja datos opuestos (locus de control interno y alta autoestima), lo que puede indicar que el hecho de someterse a dietas de por sí impacta a la autoestima, aún cuando sientan un mayor control sobre el peso y la conducta alimentaria.

Estos resultados contrastan con los de Foster et al (1997), quienes encontraron que mujeres obesas sometidas a tratamiento perdieron peso al principio, luego lo recuperaron al final y aún así se incrementaba su percepción positiva en cuanto a la imagen corporal, por lo que no queda claro si dicho mejoramiento psicológico es causado por el tratamiento o por la pérdida de peso.

En un estudio con mujeres obesas sometidas a ejercicio a quienes se les midieron los cambios emocionales (ansiedad, depresión, enojo, fatiga, tensión, satisfacción corporal y preocupación por el sobrepeso) y los fisiológicos (revitalización, tranquilidad, cansancio físico, consumo máximo de oxígeno y pulso cardíaco en reposo), se encontró menor motivación aunque mayor constancia en las sometidas a tratamiento que en el grupo control; no obstante, no se encontró relación entre los cambios fisiológicos y el positivo mejoramiento emocional global, lo que sugiere dependencia psicológica con el entorno externo en los programas de control de peso, aun cuando se necesitan estudios con diferentes y más grandes poblaciones (Annesi, 2000).

Thompson et al (1995) estudiaron mujeres adolescentes para quienes, -más que su propia madurez-, la experiencia de tener sobrepeso o simplemente el percibirlo, más la burla o el sarcasmo, influyen más sobre variables como la insatisfacción corporal, los trastornos alimenticios y la eficiencia global psicológica; lo anterior podría indicar posibles secuencias causales del concepto corporal y los trastornos alimentarios. En apoyo a lo anterior, Gorson-Larsen (2001) mencionan que los adolescentes obesos perciben mucho mejor el tamaño corporal ideal y tienen menos actividad que los de peso normal, insistiendo en que ni la alimentación, ni la autoestima o la actitud e información respecto a la alimentación saludable influyen tanto en ellos como la conducta de ejercicio. Por su lado, Pastore et al (1996), encontraron que ya en la etapa adolescente, no importando el peso corporal, existe baja autoestima y alta ansiedad, asociada con puntajes altos en actitudes hacia la alimentación, sugestivos de anormalidades alimenticias.

En otro acercamiento a la exploración de la autoestima y la percepción corporal negativa, Kimm et al (1997) hicieron estudios raciales en niñas, encontrando que la obesidad impacta más negativamente la autoestima en niñas blancas que en negras, precisando que la autoestima debe verse menos globalmente, para enfocarse en subdivisiones o aspectos más finos y específicos, como la *aceptación social, la apariencia física y la autoaceptación*; por ejemplo, detectaron que las niñas blancas, pero no las negras, tenían menor aceptación social a medida que se incrementaban las “llantitas” de grasa; también se encontró que, a más negativa percepción de la apariencia física, menor percepción del bienestar global, especialmente pronunciado en niñas blancas muy obesas; así mismo, no se encontró relación entre el grado de “llantitas” y las puntuaciones en aceptación social y la apariencia física.

Se ha investigado la influencia de la raza y la clase social sobre la autoestima en mujeres obesas adultas blancas y negras, dónde puede notarse que la diferencia entre ellas puede deberse más a la clase social que a la raza (Caldwell et al, 1997)

La autoestima está íntimamente interconectada con procesos ideacionales internos como la autopercepción del propio peso e imagen corporales las cuales frecuentemente

discrepan con la realidad, donde influyen factores como la raza, el sexo, el nivel socioeconómico, la familia y el estilo de vida. (Chang y Christakis, 2000).

Existe una cercana asociación entre la autoestima y algunos fenómenos, como la violencia, el abuso de drogas, los trastornos alimentarios, el abandono escolar, el embarazo en la adolescencia, el suicidio, el abuso emocional infantil y el bajo rendimiento académico, siendo difícil aislar a aquella como causa primaria cuando se usan métodos de investigación tradicionales, de ahí que se considere tan solo como uno de varios factores prevalecientes, desencadenantes o mantenedores de otros comportamientos (Fennell, 1998; Reasoner, 1992; Polivy, 2002).

3.2 Ansiedad

La ansiedad se eslabona con otros elementos psicológicos, tales como el estrés, la depresión, la imagen corporal y el auto-concepto, como lo reportan diversos estudios que a continuación se describen, donde puede observarse la interacción prevaleciente, desencadenante o mantenedora entre ellos.

Las mujeres obesas árabes comen bajo circunstancias emocionales de estrés, aburrimiento, enojo, a escondidas, lo cual deriva en atracones, “comida chatarra” y la posterior insatisfacción corporal; además tienden a mordisquear o entretener la comida en la boca inconscientemente y a utilizar comida dulce más que salada o picante (Rasheed, 1998). Así mismo, mujeres obesas y normales se muestran deprimidas, ansiosas y con baja autoestima cuando se atracan de comida (Webber, 1994).

Se han observado menores trastornos de ansiedad cuando la obesidad inicia en etapas tardías que cuando dicha condición inicia en etapas tempranas (McCrone et al, (2000). No obstante, esta aseveración se contradice con lo afirmado por Burbach y Schomer (1987), quienes encontraron que el estrés en personas obesas depende más de las dietas que practican, que de la etapa de inicio de la obesidad.

3.3 Peso Corporal

La percepción del peso corporal varía en y entre las personas; así, un individuo puede auto-percibirse como “normal”, pero estar abajo o arriba de la norma estándar y viceversa; esta relación juega un rol esencial con la vida social y cultural del ambiente dónde se desarrolla tal persona y es fundamental en sus actitudes y reacciones psicológicas internas y su comportamiento visible. La autoestima, la ansiedad y la “percepción del peso corporal” son elementos psicológicos mensurables que pueden arrojar información valiosa sobre la concatenación y funcionalidad de las tres variables interactuando en conjunto.

Webber (1994), por ejemplo, sostiene que las mujeres que se enrolan en atracones muestran más depresión y ansiedad, comparadas con las mujeres normales.

Mujeres obesas que habían perdido peso al principio de tratamientos pero enseguida ganaban un poco, aún así mejoraba su imagen corporal, indica que no queda claro si tiene mayor efectividad el perder peso o el tratamiento en sí, en cuanto al mejoramiento de la imagen corporal específicamente (Foster et al, 1997).

Horner y Hutermohlen (1993) estudiaron la preocupación por la comida y el Índice de Masa Corporal y encontraron que las mujeres obesas activan uno de dos sistemas neuroconductuales, uno estimulador y el otro inhibidor; el primero tiene que ver con emociones positivas y el segundo con emociones negativas (como la depresión y la ansiedad) que serían respectivamente un reflejo de dichos sistemas, al tiempo que mujeres delgadas tienen muy poca activación de cualquiera de ambas vías. Así mismo, se encontró correlación positiva del IMC con la depresión y la respuesta emocional a estímulos ambientales mientras que la ansiedad se relacionó más con la preocupación por la comida. En un estudio similar, Caldwell et al (1997) determinaron que el IMC contribuye menos a la insatisfacción-preocupación corporal en obesas de raza negra que en las de raza blanca, probablemente más debido a diferencias de clase social que de raza.

La amenaza a la autoestima y a la propia integridad, el miedo o la pérdida de amor y aprobación, la pérdida de control o de funciones, el daño a partes corporales, el dolor y la culpa, todos son elementos psicológicos prevaletentes que pueden estar implicados en el estrés de pacientes obesos sometidos a tratamiento (Strain y Strain, 1979).

En un estudio para determinar la correlación entre variables psicológicas y la fluctuación en el peso, se determinó bajo estrés, alto bienestar y gran eficacia al comer entre los sujetos que no variaban de peso, comparados con los que sufrían cambios evidentes, no importando la categoría del peso corporal (Foreyt et al, 1995a), lo que indica que el estrés está relacionado con la situación del peso cambiante, aún en personas normales.

Álvarez (1992), hizo un estudio donde confirmó que la conducta alimentaria de obesos con tratamiento está bajo el control de estímulos externos, ya que aún racionalizando su conducta, los individuos responden más a estímulos psicológicos que le dan connotación o "sentido" al comer; así mismo, confirmó que la actividad oral es un mecanismo de adaptación ante la ansiedad, el tedio, la tristeza, el aburrimiento y la frustración, lo que llevó a concluir que todo tratamiento de la obesidad debe apoyarse con asesoría psicológica. Telch y Agras (1996) complementan esta posición al encontrar que pacientes obesos reaccionan con atracones y pérdida de control cuando se les induce un estado de ánimo negativo antes de comer.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE
**MODELO CONCEPTUAL
DE LA AUTOESTIMA, LA
ANSIEDAD Y EL PESO
CORPORAL EN
MUJERES ADULTAS.**

“Yo, como Orozco: cuando como, no
conozco...”

Justificación

Existen diversos enfoques de estudio del sobrepeso y la obesidad que impiden definirlo con precisión mediante hipótesis de investigación científica tradicionales, lo que ocasiona dificultades para detectar y confirmar cuáles son sus relaciones con la autoestima y la ansiedad. Los problemas de peso, sobrepeso y obesidad presentan un complejo espectro de variantes teóricas, prácticas y metodológicas, siendo la autoestima y la ansiedad algunas de sus interrelaciones frecuentes, pero poco claras tanto fuera como en nuestro país.

Las soluciones que ofrecen el ámbito popular y clínico a este problema son muy localizadas a cada modelo, interés económico, mercadológico, moda o visión técnica, por lo que se requiere un enfoque conceptual cada vez más claro e integral de los factores de riesgo relativos a la salud, la productividad y la calidad de vida en mujeres adultas, cuando están asociados a la autoestima, la ansiedad y el peso corporal.

La determinación conceptual de cada una de las variables estudiadas y las relaciones entre sí, coadyuvará a una mayor comprensión científica de sus interrelaciones, propiciando con ello mayor interés en la investigación del tema, así como conocer la metodología de investigación más apropiada para estudiar el peso corporal en mujeres adultas mexicanas y su relación psicológica con la autoestima y la ansiedad y otras variables como la depresión, el estrés o variables de tipo socio cultural como el género, la etnia, el nivel socioeconómico y experiencias emocionales difíciles para la mujer, que quizá justifique enmarcar el tema dentro de o conectado con situaciones de emergencia.

Al ir avanzando en la investigación, seguramente también ocurrirá lo mismo con lo correspondiente a la aplicación e investigación de las técnicas de intervención conductual a estas variables en nuestro país y por consecuencia con otras variables que aparezcan durante dicho ejercicio científico.

Finalmente, los modelos conceptuales propuestos auxiliarán a la depuración del marco teórico que sustenta a las investigaciones relacionadas con el tema, muy especialmente si se alienta a los pasantes e investigadores profesionales de la psicología a retomar el abundante material científico internacional existente, para conocer sus implicaciones en la población mexicana, mediante investigación autóctona.

Desde hace más de 20 años se está utilizando un método que puede incrementar la capacidad para organizar, asimilar, recordar y procesar cualquier tipo de información, al que se denomina *mapas conceptuales*, porque la idea es reproducir la manera en que el cerebro trabaja, -es decir-, mediante asociaciones e imágenes particulares, pero utilizando ambos hemisferios simultáneamente. De acuerdo a sus autores, -a diferencia de los sistemas educativos tradicionales-, los *mapas conceptuales* no utilizan la repetición automatizada de largas palabras o frases que se olvidan rápidamente, sino estructuras y símbolos naturales, tales como la ramificación arbórea, telarañas, relámpagos, corales, cristales, anémonas y hasta neuronas, con todo y dendritas. Todos los elementos o temas se organizan e interconectan libre, espontánea y creativamente alrededor de la idea central, auxiliados por colores, formas, texturas y símbolos que permiten distinguirlos y recordarlos fácilmente, ya que no existe un orden lineal o consecutivo, todo lo cual permite una gran flexibilidad y adaptabilidad a la manera en que el sujeto perciba, sienta y conciba el conocimiento a describir. Este método está siendo aplicado en la resolución de problemas y conflictos personales o de grupo, en la organización y logística empresarial, el arte y sobre todo en la educación (Espinosa de los Monteros, 2004; Landsberger, 2004).

Debido a las características mencionadas, se eligió ésta técnica para representar las complejas y dinámicas relaciones entre el peso corporal y la parte psicológica, en lo particular con la autoestima y la ansiedad, más las conexiones con otros factores encontrados.

Alcances y límites

Esta propuesta surge de una revisión de la más reciente información científica disponible en los ámbitos nacional e internacional respecto a las variables estudiadas y requiere mayor investigación y réplicas en población mexicana, especialmente con mujeres adultas, quienes consistentemente aparecen en los estudios revisados como sujetos de alto riesgo y vulnerabilidad.

La gran mayoría del material estudiado proviene de investigaciones clínicas y experimentales de punta y de diversos grupos étnicos y socio-económicos, característica que favorece la generalización de la propuesta conceptual presentada en ésta tesina.

En posteriores investigaciones sería recomendable explorar más a fondo variables psicológicas como la depresión, el estrés y la asertividad, debido a que están íntimamente correlacionadas con el peso corporal.

También se sugiere organizar grupos multidisciplinarios para investigar las complejas relaciones del peso corporal con variables psicológicas, con lo que se obtendrá una visión más integral y posiblemente se obtengan resultados más concretos y eficientes en la intervención del peso corporal.

Se sugiere explorar científicamente opciones alternativas y no tradicionales en el mundo occidental para la investigación e intervención del peso corporal, con técnicas tales como: la acupuntura, la acupresión, la bioenergética, la aromaterapia, la terapia con colores y el masaje holístico, debido a que dichas aproximaciones tienen un basamento teórico que sostiene que el cuerpo no puede ser separado de lo mental y emocional, como ocurre con la autoestima y la ansiedad.

Modelo explicativo

El análisis de la literatura presentado en los capítulos anteriores condujo a la creación de los modelos conceptuales que se anexan (I, II, III, IV y V).

El modelo conceptual de la autoestima (I) abarca cuatro áreas principales: enfoques, dimensiones, relaciones y las características de la personalidad. Note que en el área de relaciones se resaltan los aspectos que tienen conexión con los modelos conceptuales de la ansiedad y el peso corporal. En especial, cabe destacar la depresión, el estrés, la dificultad para establecer relaciones interpersonales y la tendencia al fracaso personal, que puede influir en el delicado balance entre la autoestima normal y la baja, cuando una dificultad ocasional puede transformarse en una dificultad permanente.

Los enfoques optimista y pesimista de la autoestima son analizados detenidamente en el modelo presentado, destacándose los efectos negativos de ésta en representaciones mentales y fijación negativa del auto-concepto, cuya conexión con la parte psicológica de la autoestima deriva el procesos de desarrollo disfuncionales.

El modelo conceptual de la ansiedad (II) muestra cinco áreas principales: enfoques y definiciones, causas, síntomas, relaciones con otras variables y tratamiento. Se resalta el enfoque y tratamiento de tipo conductual, porque se propone que es el más adecuado en cuanto a sus bases teóricas y metodológicas para la intervención de las variables estudiadas.

Las relaciones encontradas con el estrés, la angustia y la depresión pueden ser mejor comprendidas si se analizan comparativamente los síntomas de cada una, donde podrá apreciarse que el análisis e intervención conductual es la mejor opción para su tratamiento.

El modelo conceptual del peso corporal (III) incluye cinco áreas principales: definiciones y clasificación, enfoques, índices de evaluación, tratamiento y factores que influyen en el peso corporal de mujeres adultas. Se destaca de manera especial la condición de obesidad (o sobrepeso) como un estímulo desencadenante y al mismo tiempo reforzante de trastornos psicológicos asociados al peso corporal. Las líneas punteadas indican interconexiones especiales entre aspectos de distintas áreas o sub-áreas.

En las partes inferior e inferior-derecha, puede apreciarse una estrecha interrelación analítica del tratamiento del peso corporal con el fracaso y factores destacados en mujeres

adultas. De la misma manera, podemos observar cómo la obesidad impacta especialmente a mujeres, por su condición de género y sus implicaciones psico-sociales con el prejuicio y la estigmatización social.

El modelo conceptual de las relaciones entre la autoestima, la ansiedad y el peso corporal (IV) se presenta en dos partes. La parte 1 aborda las relaciones alrededor del peso corporal y la ansiedad, mientras que la parte 2 muestra las relaciones alrededor de la autoestima. Las variables psicológicas con mayor influencia alrededor del peso corporal, son: la depresión, la ansiedad, la imagen corporal y el estrés. Se muestra la conexión de estas variables con aspectos conductuales como la conducta alimentaria y las emociones.

Las variables psicológicas con mayor relación a la ansiedad son el estrés, la depresión y la imagen corporal. Los dos primeros tienen un fuerte nexo con la ansiedad, mientras que la influencia de la ansiedad, la imagen corporal y la conducta de atracones pueden afectar el auto-concepto, lo que conduce a insatisfacción corporal.

Las relaciones alrededor de la autoestima con un peso específico importante son: el locus de control, el fracaso de los programas de control de peso -donde resaltan las dietas-, y la experiencia de sobrepeso en la adolescencia. El locus de control influye en la determinación de cuál es el programa de control de peso más adecuado para cada mujer. La experiencia y percepción del sobrepeso en la adolescencia influye en la auto-percepción de la mujer adulta en combinación con el ideal de imagen corporal, lo que de nuevo conduce a insatisfacción corporal, estigmatización o etiquetización social y en algunos casos a trastornos de la conducta alimentaria, que a su vez es otro estímulo desencadenante y reforzante de la autoestima y la ansiedad. El estigma y la etiquetización de la mujer obesa deriva frecuentemente, -mediante los estándares culturales y el contexto personal-, en la interiorización de una humanidad devaluada, dañada y arruinada.

Comentarios finales a la propuesta.

Esta es una propuesta integral y detallada de la autoestima, la ansiedad y el peso corporal, que permite una visión en conjunto de los componentes y las relaciones entre

dichas variables. La naturaleza inherente a estas variables es compleja e interdependiente, por lo que no existe una interpretación única y total de ellas. Sin embargo, estos modelos conceptuales son una herramienta objetiva para lograr la comprensión y manejo de estas variables de manera más eficiente, que el abordaje tradicional fragmentado y/o subjetivo.

La evidencia científica y experimental en que se basa la propuesta de esta tesina se obtuvo de abordajes parciales que generalmente involucran pocas variables simultáneamente y que se aplicaron en distintos tipos de poblaciones. El análisis de este “rompecabezas” condujo a una propuesta teórica integral que deberá ser verificada con investigación experimental rigurosa.

CONCLUSIONES

Es necesario desarrollar y validar instrumentos y procedimientos integrales y objetivos para la evaluación y atención de los problemas del peso corporal en la mujer adulta, considerando su interconexión indisoluble con la parte psicológica, específicamente con la autoestima, la ansiedad, el estrés y la depresión.

En la intervención del peso corporal, los instrumentos usados para la evaluación de variables psicológicas tales como la autoestima y la ansiedad, deben ser aplicados e interpretados por el profesional en psicología, conforme al contexto sociocultural específico de cada mujer.

En razón de que el peso corporal es una consecuencia de *conductas* alimentarias y de actividad física inadecuadas interconectadas con la parte psicológica, resulta razonable considerar el enfoque terapéutico cognitivo-conductual como el más adecuado para su intervención interdisciplinaria. Este enfoque permite considerar a los estímulos antecedentes y consecuentes que mantienen comportamientos disfuncionales, donde, -dentro de dichos estímulos psicológicos-, deben incluirse los aspectos tanto internos, como los sociales y culturales.

Esta propuesta de intervención del peso corporal no pretende sustituir los tratamientos quirúrgico, farmacológico, dietético y de actividad física, sino complementarlos mediante la consideración de las variables psicológicas estudiadas.

Es preciso alentar y estimular a pasantes de las carreras profesionales relacionadas con la salud humana y muy específicamente a los psicólogos, para que se retome, impulse y aplique investigación, -en población mexicana-, de temas relacionados con la autoestima, la ansiedad, la depresión y el estrés, así como sus implicaciones para la conducta alimentaria, la conducta obesa y el peso corporal.

Las condiciones sociales y culturales de nuestro país están cada vez más indisolublemente ligadas al quehacer integral de su mayoría poblacional, que es la mujer, quien sigue siendo objeto de una presión injusta por su condición de género, por su lucha para ocupar espacios

profesionales en situaciones de equidad, igualdad y justicia. Dentro de esta lucha, no debemos olvidar que ellas, al mismo tiempo que se ven obligadas a conquistar condiciones más equilibradas como pareja y como individuos, son altamente vulnerables a las presiones internas y externas relacionadas con su peso corporal.

Ante este panorama, la psicología tiene un inestimable reto, así como una inmediata y constante oportunidad para el profesional de esta ciencia, para investigar y aportar su esfuerzo, - dentro de un marco inter y multidisciplinario-, para el mejoramiento de la calidad de vida de la mujer mexicana, factor central e insustituible del desarrollo y evolución de la humanidad, del país y de su hogar, en lo particular.

BIBLIOHEMEROGRAFIA

- Aguilar A.; Puig P; Luna L; Sánchez P; Rodríguez R; Rodríguez L (2002). La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Revista Mexicana de Pediatría*, 69 (5), 190-193.
- Álvarez G.(1992). Determinación del perfil psicológico en obesos. Tesis Licenciatura en Psicología. México, UNAM, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.
- Álvarez G; Mancilla, J; Martínez M y López X. (1998a). Aspectos psicosociales de la alimentación. *Revista Psicología y Ciencia Social*. México, (1), 50-58.
- Álvarez G; Mancilla J; López X; Vázquez R; Ocampo MT y López V. (1998b). Variables psicológicas asociadas a la obesidad. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 6 (2),22-28.
- Álvarez J y Alfonso JJ (1988). "Un caso de depresión". En Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Macia, D y Méndez, F. Madrid, Pirámide, Cap. 6, pp 10-117.
- Allan JD (1994). A biomedical and feminist perspective on women's experiences with weight management. *West J Nurs Res*. 1994 Oct;16(5):524-43
- Allan JD (1998a). New directions for the study of overweight. *West J Nurs Res*. Feb;20(1):7-13.
- Allan JD (1998b). Explanatory models of overweight among African American, Euro-American, and Mexican American women. *West J Nurs Res* Feb;20(1):45-66.
- Annesi JJ. (2000). Effects of minimal exercise and cognitive behavior modification on adherence, emotion change, self-image, and physical change in obese women. *Percept Mot Skills*, 91(1): 322-36.
- Ballesteros RF y Carroble JA (1981) Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones. Madrid, Pirámide.
- Bellak M y Small L (1970) Psicoterapia Breve y de Emergencia. México, Pax, pp. 139-156.
- Boyd MA (1990). Living with overweight. *Perspect Psychiatr Care*. 25(3-4):48-52.
- Braet C y Wydhooog K (2000). Dietary restraint in normal weight and overweight children. A cross-sectional study. *International Journal of Obesity* 24, 314 – 318.
- Bryan J and Tiggemann M (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite*, 36, 147-156.
- Buceta JM (1988). Tratamiento comportamental de un caso de estrés (295-305). En: Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta, Macia, D y Méndez, F. Madrid, Pirámide.

Burbach FR and Schomer HH (1987). The relationship between stress and weight loss in a diet-exercise programme for obese women. *Afr Med J*. Jan 24; 71(2):93-7.

Burrows A and Cooper M (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls *International Journal of Obesity* 26, 1268 - 1273

Caldwell MB, Brownell KD, Wilfley DE (1997) Relationship of weight, body dissatisfaction, and self-esteem in African American and white female dieters. *Int J Eat Disord* .2(2):127-30

Calvo R (1996). Trastornos de la Alimentación (III). Tratamiento. (23-32). En: Echeburúa, E. (1996) Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid, Pirámide.

Cameron JW (1999). Self-Esteem changes in children enrolled in weight management programs. *Issues Compr Pediatr Nurs*. 22(2-3),75-85.

Castelnuovo-Tedesco P and Schiebel D (1976) Studies of superobesity: II. Psychiatric appraisal of jejuno-ileal bypass surgery. *Am J Psychiatry*. Jan;133(1):26-31.

Centro Médico Teknón (2003). Ansiedad: Definición, Síntomas y Causas. En internet: <http://www.teknon.es/Library/Library.asp?194> (info@tekonon.es) (recuperado el 30 de septiembre de 2003)

Chang VW and Christakis NA (2000). The influence of Sociodemographic Fac-

tors on Self-Perceived Weight Status in the U.S. *AHSRHP Annu Meet*. 17.

Crocker J (1999). Social Stigma and Self-Esteem: Situational Construction of Self-Worth. *Journal of Experimental Social Psychology* 35, 89-107.

Drury CA and Louis M (2002). Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. *J Am Academy of Nurse Practitioners*. 14(12):554-61,.

Dryden W.(1998). Developing self-acceptance: A brief Educational, Small Group Approach. England, Wiley.

(DSM-IV 1995). Versión Electrónica. Instituto Municipal de Investigación Médica, Departamento de Informática Médica Barcelona.

Echeburúa E (1996). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid; Pirámide.

Espinosa de los Monteros, S (2004) Pensamiento Irradiante. En: Periódico El Financiero. Publicado el 2 de marzo de 2004, página 44. México.

Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight in Adults (1998). Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: Executive Summary. *Am J Clin Nutr*: 68:899-917.

Fennel M (1998). Low Self-esteem. (217-239). En: Tarrrier, et al, Treating

complex cases: The Cognitive Behavioral Therapy Approach. England, Wiley.

Ferrer S (1990). La Voluntad de Adelgazar. México, Selector

Foreyt JP, Brunner RL, Goodrick GK, St Jeor ST, Miller GD (1995). Psychological correlates of reported physical activity in normal-weight and obese adults: the Reno diet-heart study. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Suppl 4:S69-72

Forster JL and Jeffery RW. (1986). Gender differences related to weight history, eating patterns, efficacy expectations, self-esteem, and weight loss among participants in a weight reduction program. *Addict Behav*. 11(2):141-7.

Foster GD; Wadden TA; Vogt RA. (1997). Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment. *Health Psychol*.;16(3):226-9.

Friedman MA and Brownell KD (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull* Jan;117(1):3-20

Gordon-Larsen P (2001). Obesity-related knowledge, attitudes, and behaviors in obese and non-obese urban Philadelphia female adolescents. *Obesity Research*, 9(2),112-8.

Grilo CM; Wilfley DE; Brownell KD; Rodin J. (1994). Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women. *Addict Behav* Jul-Aug; 19(4):443-50

Grupo Editorial Tomo (2003). Anorexia y Bulimia. "Delgados por Naturaleza", México, pp 33-36.

Hernández A (1993). Estudio comparativo de ansiedad entre el personal de un hospital psiquiátrico vs un hospital no psiquiátrico. *Psiquis*, 2 6):19-21.

Horner TN Jr, and Utermohlen V. (1993). A multivariate analysis of psychological factors related to body mass index and eating preoccupation in female college students. *J Am Coll Nutr* 12(4):459-65

Johansen SN; Jacobsen H; Rosenvinge JH; Perry JA, Silvera, DH. (1998). Eating pattern and self-esteem in overweight women. *Eat Weight Disord* 3(1):33-6

Kaufer M y Ávila H (2003). ¿Somos obesos?. Evaluación antropométrica de la obesidad en el adulto. México, *Cuadernos de Nutrición*, Vol 26 (1), pp. 21-28.

Kim O and Kim K (2001). Body weight, self-esteem, and depression in Korean female. *Adolescence* 36(142):315-22.

Kimm SY; Barton BA; Berhane K; Ross JW; Payne GH; Schreiber GB. (1997). Self-esteem and adiposity in black and white girls: the NHLBI Growth and Health Study. *Ann Epidemiol* ;7(8):550-60

Krch FD and Rathner G. (1998). The relationship between overweight and psychological problems in adult Czech population. *Sb Lek*.;99(3):303-9.

Labrador F y García A. (1981). Principios y Aplicaciones de las Terapias de la Conducta. Madrid, Debate.

Landsberger, J (2004). Mapas mentales y conceptuales. [En línea]. Academic Web Services, Universidad de St. Thomas (UST), St Paul, MN. Disponible en <http://www.studygs.net>. [visitada el 5 de marzo de 2004].

Leon GR, Eckert ED, Teed D, Buchwald H. (1979). Changes in body image and other psychological factors after intestinal bypass surgery for massive obesity. *J Behav Med.* Mar;2(1):39-55.

Liebman M; Cameron BA; Carson DK; Brown DM and Meyer SS. (2001). Dietary fat reduction behaviors in collage students: relationship to dieting status, gender and key psychosocial variables. *Appetite*, 36, 51-56.

Mahoney MJ (1983) Cognición y Modificación de Conducta. México, Trillas.

Matz PE; Foster GD; Faith MS and Wadden TA. (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweight women seeking weight loss. *J Consult Clin Psychol.* 70(4):1040-4.

McCrone S; Dennis K; Tomoyasu N and Carroll J. (2000). A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *J Womens Health Gend Based Med.* 9(9):1007-13.

Miller CT; Rothblum ED; Brand PA. and Felicio DM. (1995). Do obese women have poorer so-cial relationships than nonobese women? Reports by self,

friends, and coworkers. *J Pers.*63(1):65-85.

Nava A.(1968). Psicobiología: Las bases biológicas de la conducta humana. pp 6-15. En: Biología general para psicólogos. México, UNAM.

Nir Z and Neumann LJ (1991). Self-esteem, internal-external locus of control, and their relationship to weight reduction. *Clin Psychol* 47(4):568-75.

NOM-174-SSA I-1998 (2000). Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad. Diario Oficial de la Federación 12 de Abril de 2000.

Organización Mundial de la Salud (2002). En internet, <http://www.who.int/world-health-day> correo electrónico: whd@who.int Department of Noncommunicable Disease Prevention & Health Promotion.

Pastore DR; Fisher M, and Friedman SB. (1996) Abnormalities in weight status, eating attitudes, and eating behaviours among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *J Adolesc Health* 18(5):312-9.

Polivy JH (2002). Causes of Eating Disorders *Annual Review of Psychology* Vol. 53, 187-213.

Ponto M. (1995). The relationship between obesity, dieting and eating disorders. *Prof Nurse* (7):422-5.

Psiquiatría.com.(2003). Citado en Internet, <http://www.psiquiatria.com/>

noticias/tralimentacion/obesidad/12448/ ,
19 de septiembre de 2003.

Psiquiatrialatina.com (2003). En Internet,
[www.psiquiatrialatina.com/enf_trast_me-
ntales_ansiedad.html](http://www.psiquiatrialatina.com/enf_trast_men-
tales_ansiedad.html). (recuperado el 30
de septiembre de 2003).

Rapoport L.(2000). Evaluation of a
modified cognitive-behavioural program-
me for weight management. *Int. J.
Obes Relat Metab Disord.* 24 (12), 1726-
37.

Rasheed P. (1998). Perception of body
weight and self-reported eating and
exercise behaviour among obese and
non-obese women in Saudi Arabia.
Public Health. 112(6):409-14.

Red Metropolitana de Salud Mental
(Argentina).<http://www.redsaludmental.com/depresion.html>. Recuperado el 5 de
Diciembre de 2003

Rimm D y Masters J.(1990). Terapia de
la Conducta: Técnicas y hallazgos empí-
ricos. México, Trillas, Cap. 7.

Robert S. y Lamontagne Y. (1981).
Depresión. (339-356). En: Labrador, F y
García, A. Principios y Aplicaciones de
las Terapias de la Conducta. Madrid,
Debate.

Roese R.(1997). Wanting to fit: A
grounded theory of chronically obese
women's experiences of a non-dieting
treatment programme. *Dissertation
Abstracts International*, 57(12-B)

Saldaña C y García E (1988).
Tratamiento multicomponente de la

obesidad crónica: terapia de conducta,
dieta y actividad física (208-226). En:
Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y
Modificación de Conducta. Madrid,
Pirámide,

Sarwer DB, Wadden TA and Foster GD.
(1998) Assessment of body image dissa-
tisfaction in obese women: specificity,
severity, and clinical significance. *J
Consult Clin Psychol.* 66(4):651-4.

Schwartz F.(1993). Obesity in adult
females: the relationship among
personality characteristics, Dieting, and
weight. *American Association of Oc-
cupational Health Nurses.*41(10):504-9

Siegel JM, Yancey AK, McCarthy WJ.
(2000) Overweight and depressive
symptoms among African-American
women. *Preventive Medicine.* 31(3):232-
40, Sep.

Sociedad Americana del Cáncer. (2003).
[http://www.psiquiatria.com/noticias/trali-
mentacion/obesidad/11718/](http://www.psiquiatria.com/noticias/trali-
mentacion/obesidad/11718/). recuperado
el 18 de septiembre de 2003.

St Jeor ST; Brunner RL; Harrington ME;
Scott BJ; Cutter GR; Brownell KD; Dyer
AR; Foreyt JP. (1995). Who are the
weight maintainers? *Obesity Research.* 3
Suppl 2:249s-259s.

Story M; Stevens J; Evans M; Cornell
CE, Juhaeri, P; Gittelsohn J; Going SB;
Clay TE; Murray DM. (2001). Weight
loss attempts and attitudes toward body
size, eating, and physical activity in
American Indian children: relationship to
weight status and gender. *Obesity Resea-
rch*, 9 (6): 356-63.

Strain GW and Strain JJ. (1979). Psychological impediments to weight loss. *Int J Obes.*3(2):167-70.

Telch CF and Agras WS. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese? *Int J Eat Disord* 20(3):271-9

Thompson JK; Coovert MD; Richards KJ; Johnson S; Cattarin N (1995). Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *J. Int J Eat Disord* 18(3):221-36

Tyler DO; Allan JD and Alcozer FR. (1997). Weight loss methods used by African American and Euro-American women. *Res Nurs Health*

Vázquez R. y Raich R (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. *Rev. Psicología y Ciencia Social, Barcelona.* 2 (1),59-69

Vickers MJ. (1993). Understanding obesity in women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 22(1):17-23

Villagómez L. (2003). Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Investigación Clínica.* Vol 55, Núm. 5, pp 535-545. Disponible en internet: www.imbiomed.com.mx

Wadden TA; Sarwer DB; Womble LG; Foster GD; McGuckin BG; Schimmel A. (2001). Psychosocial aspects of obesity

and obesity surgery. *Surg Clin North Am.* 81(5):1001-24.

Walcott-McQuigg JA. (1995). Stress, women and weight control behavior. *J Cult Divers* 2(2):64-71

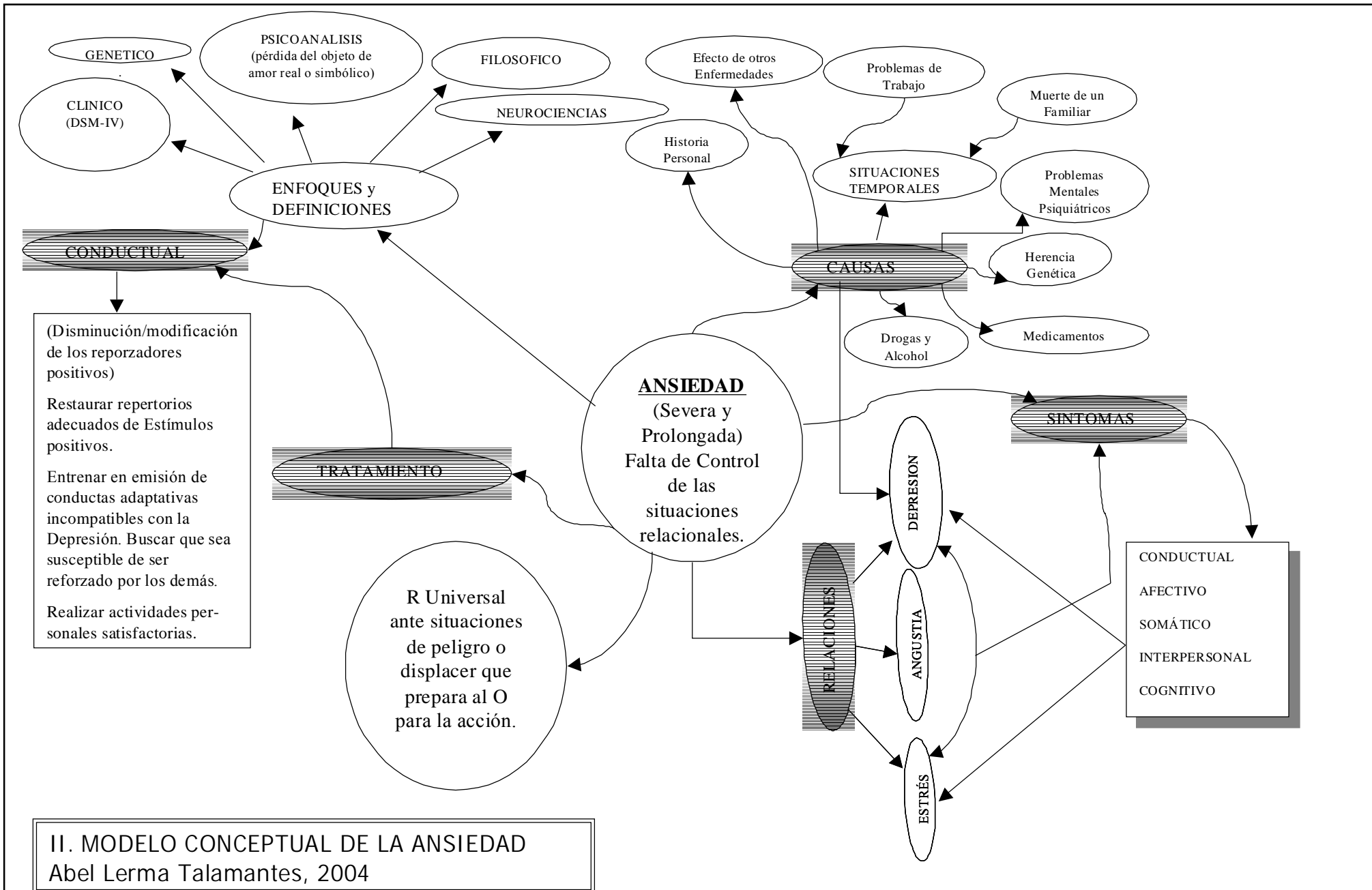
Wamala SP; Wolk A; Orth-Gomer K. (1997). Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-aged Swedish women. *Prev Med.* 26(5 Pt 1):734-44.

Webber EM. (1994). Psychological characteristics of bingeing and nonbinging obese women. *J Psychol.* 128 (3):339-51.

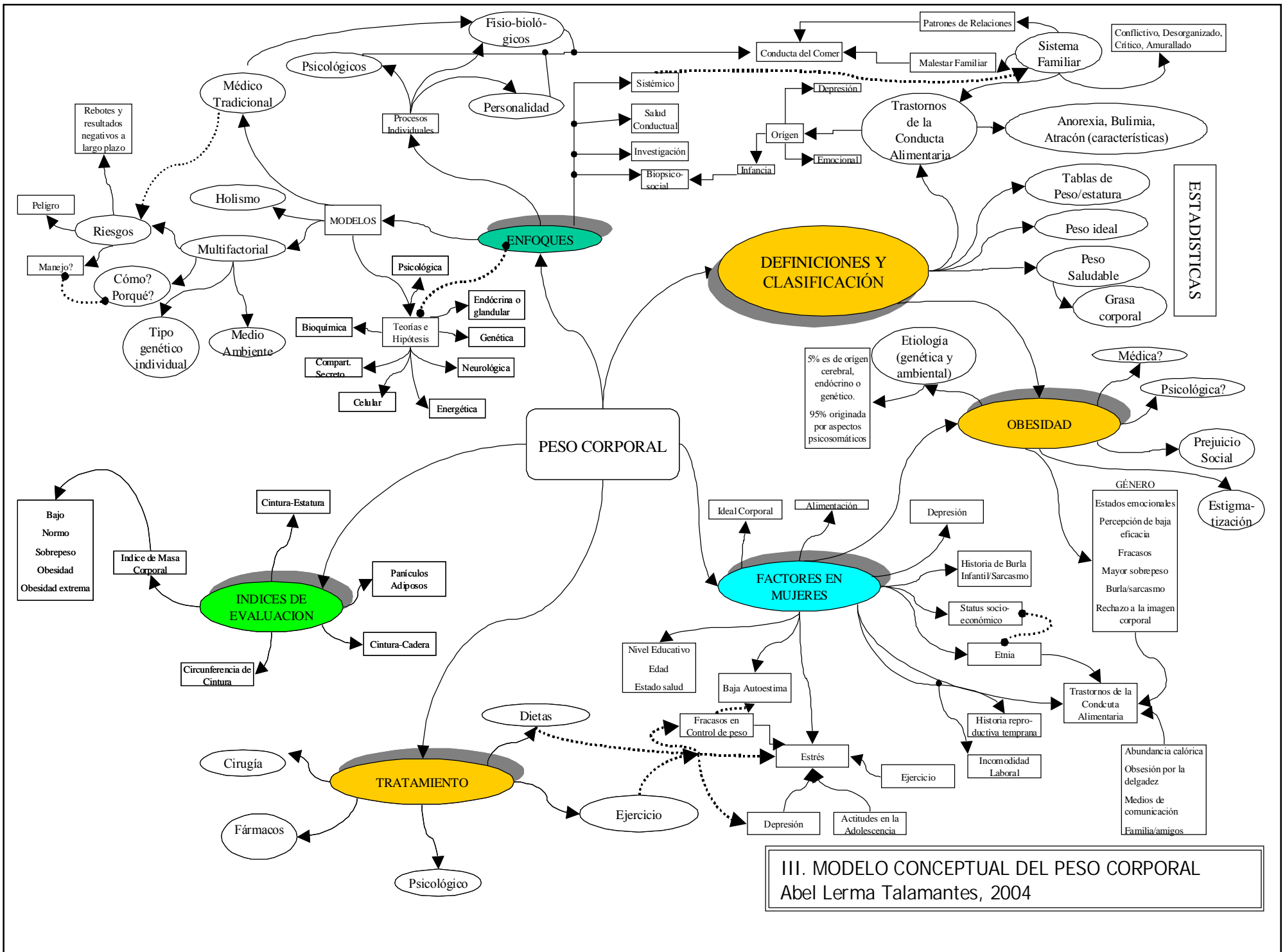
Williams GJ; Power KG; Millar HR; Freeman CP; Yellowlees A; Dowds T; Walker M; Campsie L; MacPherson F; Jackson MA. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *Int J Eat Disord* 14(1):27-32.

Williams PG; Surwit RS; Babyak MA; McCaskill CC. (1998). Personality predictors of mood related to dieting. *J Consult Clin Psychol;* 66(6):994-1004.

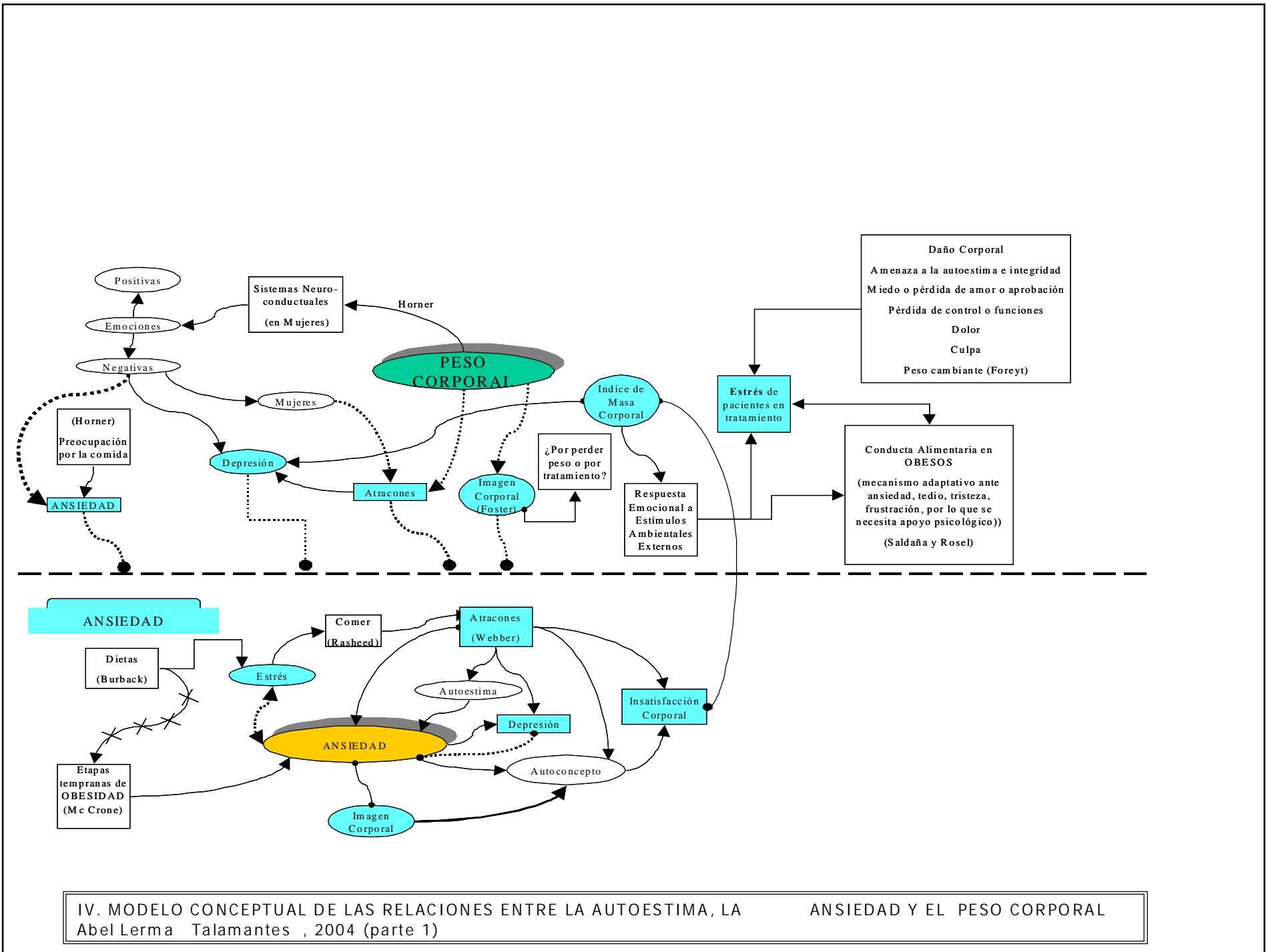
Wooley S. C., Wooley O. W., & Dyrenforth, S. R. (1979). Theoretical, practical, and social issues in behavioral treatments of obesity. *Journal of Applied Behaviour Analysis,* 12, 3-2.



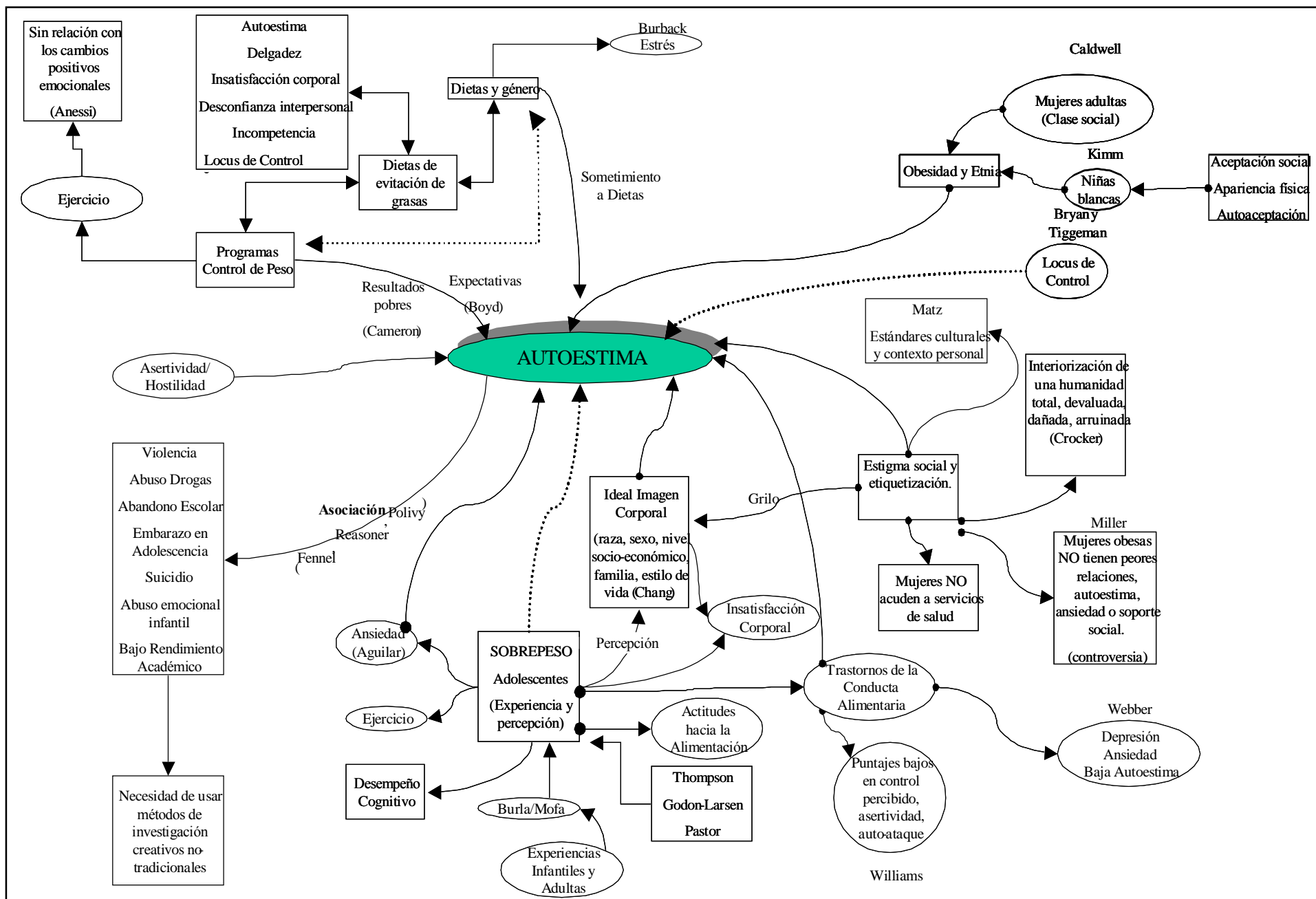
II. MODELO CONCEPTUAL DE LA ANSIEDAD
Abel Lerma Talamantes, 2004



III. MODELO CONCEPTUAL DEL PESO CORPORAL
Abel Lerma Talamantes, 2004



Evaluation notes were added to the output document. To get rid of these notes, please order your copy of ePrint IV now.



IV. MODELO CONCEPTUAL DE LAS RELACIONES ENTRE LA AUTOESTIMA, LA ANSIEDAD Y EL PESO CORPORAL
 Abel Lerma Talamantes, 2004 (parte 2)

