



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

“DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS ACTITUDINALES, EMOCIONALES Y PERCEPTUALES DE LA IMAGEN CORPORAL EN PERSONAS CON OBESIDAD Y PESO NORMAL “

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

DR. YOSHIMAR ABEL GARCÍA LÓPEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

TUTOR TEÓRICO:

DRA. GRISELDA IRIS FLORES FLORES

TUTOR METODOLÓGICO:

DRA. BEATRIZ CAMARENA MEDELLÍN

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, JUNIO DE 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
Abreviaturas.....	4
Antecedentes sobre la obesidad.....	4
Epidemiología de la obesidad.....	5
Etiología de la obesidad.....	6
Complicaciones médicas de la obesidad.....	8
Aspectos psiquiátricos de la obesidad.....	9
Antecedentes sobre imagen corporal.....	10
Definición de imagen corporal.....	11
Componentes del constructo imagen corporal.....	12
Aspectos socioculturales de la imagen corporal.....	13
Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria.....	14
Imagen corporal y abuso sexual	17
Imagen corporal y Obesidad	18
Medición de la imagen corporal	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACIÓN.....	21
OBJETIVOS.....	22
HIPÓTESIS.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
PROCEDIMIENTO.....	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	33
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	42
ANEXOS	43
BIBLIOGRAFÍA.....	46

Agradecimientos

Agradezco de forma particular y sincera, a las doctoras Beatriz Camarena Medellín y Griselda Iris Flores Flores, por su apoyo, constancia y paciencia incondicional durante el proceso que llevó a la culminación de este trabajo, pues reconozco que no es una labor sencilla, pero su amabilidad, sus conocimientos y su profesionalismo hacían que todo fuera más claro y asequible en aquellos momentos difíciles.

Asimismo, de igual manera, quiero agradecer al Ingeniero José Francisco Cortés Sotres, por su asesoría y ayuda desinteresada en la elaboración de esta investigación.

También quiero agradecer a Rufina López García y Abel García Plataz, mis señores padres, de quienes he recibido amor, cariño y los valores humanos más importantes dentro de un seno familiar cálido y constructivo, que me han permitido llevar a cabo este y otros proyectos.

No quiero finalizar, sin agradecer a Paola García López, Luis Oleg García López e Isaí García López, mis tres hermanos, quienes han estado ahí, y quienes de forma directa e indirecta han sido fuertes motores motivantes en la terminación de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

Abreviaturas

IMC	Índice de masa corporal
OMS	Organización Mundial de la Salud
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico los Trastornos Mentales, 4ª Edición
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
MBSRQ	Cuestionario multidimensional de las relaciones corporales
HAM-D	Escala de depresión de Hamilton
HAM-A	Escala de ansiedad de Hamilton
EDI	Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria

Antecedentes sobre la obesidad

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador relativamente simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos, y se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).

Las definiciones de la OMS son las siguientes:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma medida para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, esta medida hay que considerarla a título indicativo, con sus respectivas limitaciones, porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas. ¹

La obesidad es un problema de salud pública que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo, cuya etiología incluye factores genéticos y estilos de vida, como la dieta y la actividad física.²

El sobrepeso y la obesidad constituyen el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. En los países en desarrollo se calcula que viven alrededor de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.¹

En los Estados Unidos, el sobrepeso y la obesidad están creciendo en un nivel epidémico. A partir de 2010, los Centros para el Control de Enfermedades estiman que el 69,9% de los estadounidenses tienen sobrepeso u obesidad.¹

En México, la prevalencia de sobrepeso en hombres a nivel nacional 43.2% es mayor que en las mujeres 37%. Sin embargo, la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.4%) comparada con los hombres (23.5 %). Las entidades con mayor prevalencia de sobrepeso en hombres son México (47.7 %), Durango (47.6 %) y San Luis Potosí (46 %), y para las mujeres México (42.6 %), Puebla (41.6 %) y Sinaloa (41.4 %). Las entidades con mayor prevalencia de obesidad en hombres está en Yucatán (31.9 %), Quintana Roo (31.1 %) y Tamaulipas (29.3 %), y en las mujeres en Sonora (47.1 %), Durango (45.5 %) y Campeche (44.1 %).³

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut-2006), el sobrepeso y la obesidad afectan a cerca de 70% de la población (71.9 % de las mujeres y 66.7 % hombres 66.7) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Además refiere que la prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando con el tiempo, desde un 21.5% en 1993, hasta un 30% en la actualidad, para personas mayores de 20 años.⁴

Epidemiología de la obesidad

La obesidad constituye un problema de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. Entre los adultos que viven en la Ciudad de México, la obesidad tiene una alta prevalencia y contribuye en la mortalidad y la morbilidad de dicha población. En el estudio de Kuri-Morales y colaboradores, encontraron que la prevalencia de obesidad en la Ciudad de México, definida por un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m², fue sustancialmente mayor en las mujeres que en los hombres (41% vs

27%, respectivamente, $p < 0.00001$), así como que en los hombres, la obesidad era más frecuente entre las edades de 40 y 60 (alrededor del 30%).⁵

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut-2006), el sobrepeso y la obesidad afectan a cerca de 70% de la población (71.9 % de las mujeres y 66.7 % hombres) entre los 30 y 60 años, en ambos sexos. Además, la prevalencia de la obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando con el tiempo, pues mientras en 1993, los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, en los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) se observó que la cifra se había incrementado al 24%, actualmente, con las mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 tiene obesidad.⁴

Al ser un fenómeno altamente prevalente, en los últimos años han crecido las investigaciones en torno a dicho fenómeno, en áreas como la etiología, las características epidemiológicas, las comorbilidades, las complicaciones, entre otras. Sin embargo hasta la fecha existen pocos datos en la literatura que se centren en los aspectos psiquiátricos de la obesidad. Dentro de lo que se ha descrito, existen más datos sobre la comorbilidad entre obesidad con: trastornos del estado de ánimo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos adictivos, entre otros. Hasta la fecha poco existe sobre lo relacionado entre obesidad e imagen corporal. En relación a este último constructo, la imagen corporal ha sido un concepto muy utilizado en el campo de la psicología clínica, utilizado para explorar los posibles vínculos entre la insatisfacción corporal y conductas no saludables relacionadas con esta insatisfacción, como: los trastornos de la conducta alimentaria, el tabaquismo, la realización de programas de ejercicio y actividad física excesiva, el uso de drogas (incluyendo esteroides anabólicos y diuréticos), la depresión y la baja autoestima, la angustia y su afrontamiento en relación a los cambios corporales.⁶ La imagen corporal es un constructo hipotético y multifacético que abarca las propias percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones respecto al cuerpo. A pesar de lo anterior hay muy poco en relación a la imagen corporal y sus características en personas con obesidad.

Etiología de la obesidad

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. En la contribución de este desequilibrio, se pueden identificar varios factores, de entre ellos. En el mundo se ha producido cambios en los hábitos alimenticios como un

aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasas, sales y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, así como un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización. Además, con frecuencia los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; el planeamiento urbano; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.⁷

En relación a los factores etiológicos de la obesidad, en los últimos cien años, los estudios en edades tempranas han percibido de manera diferente las explicaciones etiológicas de la obesidad, pasando desde atribuir una mayor causalidad a las explicaciones biológicas a las psicológicas y viceversa. Por citar algunos ejemplos, a inicios del siglo 20, la disfunción del sistema hipotalámico/hipofisario se asumía como la base causal de obesidad, pero más tarde, a partir de la década de 1940 y entre 1970, los aspectos psicológicos y psicodinámicos se creían que desempeñan el rol más prominente. Posteriormente, con la clonación del gen de la leptina en 1994, el péndulo volvería a inclinarse del lado de las explicaciones biológicas, marcando el inicio de grandes estudios de genética molecular.^{7,8} Actualmente se ha hecho evidente que el peso corporal está estrechamente regulado por medio de mecanismos periféricos y centrales; numerosas hormonas, neuropéptidos como la leptina y la grelina, anorexígenos y orexígenos, con sus respectivos receptores y vías de señalización intracelular. Además, en los últimos años han visto un fortalecimiento de la hipótesis de que la obesidad es un trastorno metabólico neuroendocrino que resulta si hay factores ambientales “obesogénicos” y una predisposición poligénica para que actúen en conjunto. Por lo tanto, podríamos decir que la obesidad es un trastorno complejo causado por varios factores de riesgo tanto genéticos como no genéticos. Dentro de estos factores no genéticos o ambientales, los cambios en la ingesta y el gasto energético subyacen a la epidemia de la obesidad, aunque existen otros factores que podrían disminuir la actividad física, por ejemplo el ver televisión en exceso, el estatus socioeconómico, el tabaquismo materno durante el embarazo, una menor duración del sueño, entre otros. Asimismo las formas de pensar, los factores sociales y los rasgos/estados psicológicos, como el estado de ánimo, la ansiedad, el estrés, la soledad y el aburrimiento, influyen en el comportamiento a corto plazo, incluyendo la forma de comer. Desde el aspecto de la medicina, varios tipos de medicamentos pueden inducir el aumento de peso y en particular en psiquiatría este

efecto secundario es particularmente común y potencialmente prominente como por ejemplo con medicamentos como los antipsicóticos atípicos, el litio y el valproato.⁷

En relación a las causas secundarias de la obesidad en los adultos, se han encontrado algunas asociaciones entre la obesidad y el síndrome de ovario poliquístico en mujeres, el hipotiroidismo se ha asociado con la obesidad, aunque la relación causa efecto no está claramente establecida.³⁷

En el estudio de Grabe, H.J. y cols (2005), cuyo objetivo fue reportar que los trastornos tiroideos no tratados se asocian con quejas físicas y mentales, el cual fue realizado en una muestra de la población general, a la cual se le aplicó la versión modificada de la Escala de Quejas de Zerssen's (una lista de 38 ítems con síntomas físicos y mentales), así como la realización de pruebas paraclínicas para evaluar la función y anatomía tiroidea, encontraron diferencias significativas entre los sujetos con hipertiroidismo tanto en sus formas subclínicas como manifiestas del hipertiroidismo comparados con controles sanos, en algunas quejas como depresión, pérdida de peso, insomnio, entre otras, pero no encontraron que los sujetos con hipotiroidismo tanto subclínico como manifiesto no presentaran más quejas físicas o mentales con diferencias significativas comparados con los controles sanos.³⁸

Complicaciones médicas de la obesidad

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción
- Diabetes Mellitus
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y
- Algunos cánceres (del endometrio, de mama y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC. La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad en la vida adulta, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos a largo plazo, los niños con obesidad sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.⁷

Aspectos psiquiátricos de la obesidad

Hay numerosas fuerzas que contribuyen al desarrollo de la obesidad, incluidas las causas biológicas, genéticas, ambientales y psicológicas.

En cuanto a los aspectos psicológicos, se han documentado muchas similitudes clínicas, psicológicas y biológicas entre el fenómeno de atracón y la dependencia de drogas.⁸ En la literatura en relación al sobrepeso en jóvenes, se ha prestado atención a un fenómeno descrito como la "pérdida de control al comer", un fenómeno parecido al que experimentan algunos individuos con pérdida del control hacia el consumo de sustancias psicoactivas. Esta pérdida de control al comer es frecuente entre los jóvenes con sobrepeso y se ha demostrado que existe una asociación con el grado de exceso de peso; también se ha asociado con una baja autoestima, ansiedad, depresión y con correlatos cognitivos encontrados en los trastornos de conducta alimentaria (TCA), es decir, las formas de comer, características del peso, y la preocupación por la silueta corporal.⁹

Con respecto a las comorbilidades psiquiátricas de la obesidad, los estudios epidemiológicos han encontrado asociación entre la obesidad y los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, y trastornos de la personalidad. Estas correlaciones parecen ser más fuertes para las mujeres, y para las personas con obesidad más severa (IMC superiores a 35), lo cual no deja de lado a los hombres o personas con sobrepeso, en quienes también se han documentado asociaciones entre el exceso de grasa corporal y comorbilidades psiquiátricas.¹⁰

Algunos estudios prospectivos, como el publicado por Kasen, S. y colaboradores (2006), el cual fue realizado en una muestra de mujeres comunitarias, los autores estudiaron las posibles asociaciones entre el índice de masa corporal (IMC) elevado en mujeres cuyas edades promedio al inicio del estudio eran de 27 años, y su posterior asociación con un trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y/o un trastorno depresivo mayor (TDM) hasta una edad promedio de 59 años (un periodo aproximado de 3 décadas). Los autores encontraron que el IMC inicial por arriba de 30 aumentó de forma significativa la probabilidad posterior de presentar TAG y TDM hasta en un 6.27 y 5.25 veces respectivamente, esto aun después de controlar otros factores de riesgo, por lo que concluyen que la obesidad puede tener consecuencias a largo plazo en la incidencia de trastornos mentales en las mujeres adultas.¹¹

En otros estudios se ha encontrado que la obesidad mórbida se ha asociado con el aumento del riesgo para presentar depresión, incluso después de controlar otros factores como las

enfermedades físicas crónicas, el antecedente de depresión familiar y factores de riesgo demográficos.¹²

Asimismo en el estudio de Mark, M. y colaboradores (2010), en el cual el objetivo del estudio fue encontrar las asociaciones que podían existir en hombres jóvenes, distribuidos en cuatro grupos que eran: con peso bajo, peso normal, sobrepeso y obesidad, y a dichos grupos se les evaluaba el riesgo de discapacidad futura debida a padecimientos psiquiátricos, los autores encontraron que el bajo peso y el sobrepeso se asociaron con un mínimo aumento en el riesgo, mientras que se encontraron un mayor riesgo de discapacidad en aquellos con obesidad. En estas personas con obesidad, el riesgo fue estadísticamente significativo para todos los subgrupos de padecimientos psiquiátricos que incluían: trastornos por abuso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos, excepto para aquellos trastornos no afectivos (dentro de los cuales se incluía a la Esquizofrenia).¹³

En otro estudio, realizado por Kalarchian, M. y colaboradores (2007), en el cual incluyeron a personas con obesidad candidatas para tratamiento con cirugía bariátrica, durante la evaluación de psicopatología tanto del eje I como del eje II, se encontró que veinticinco por ciento de los participantes tenían diagnóstico tanto del eje I y como del eje II, el 3,5% tenía sólo del eje II y el 46% tenían sólo en el eje I. Los trastornos más comunes a lo largo de la vida en estas personas fueron los trastornos del estado de ánimo hasta en un 45.5%, mientras que los más comunes en la evaluación preoperatoria eran los trastornos de ansiedad 24.0%. En el 32.6% de los participantes se encontró algún trastorno por uso de sustancias, siendo el abuso y dependencia a etanol los más frecuentes. En el 29,5% de los sujetos se encontró que había presentado un trastorno de la conducta alimentaria a lo largo de la vida, principalmente el trastorno por atracón. En cuanto a los trastornos del eje II, 28.5 % de los sujetos cumplieron con los criterios diagnósticos para un trastorno de este eje, siendo el trastorno evitativo de la personalidad el más representativo, con porcentaje de 17.0 %.¹⁴

Antecedentes sobre imagen corporal

En una revisión histórica sobre la imagen corporal, Seymour Fisher documenta cómo las primeras descripciones de la imagen corporal se enfocaban en las formas neuropatológicas de la experiencia del cuerpo, desde un punto de vista más neurológico que psicológico o psiquiátrico. Estas primeras investigaciones sobre la "imagen corporal" estuvieron dominadas por el llamado "esquema corporal", este esquema era una propuesta a través de la cual un mecanismo neural coordinaba centralmente los cambios en la postura corporal y los movimientos del cuerpo.¹⁵

El término "imagen corporal" fue definido originalmente por Paul Schilder en la década de 1920 como: "la imagen de nuestro propio cuerpo, la cual formamos en nuestra mente, es decir, la forma en que el cuerpo aparece representado en nuestra mente"³. Fue Paul Schilder el responsable de dirigir el estudio de la imagen corporal más allá de la neuropatología, abogando proféticamente por un enfoque biopsicosocial, haciendo hincapié en la necesidad de examinar los elementos neurológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en la imagen corporal.¹⁵

Más adelante, Seymour Fisher, publicaría escritos sobre la imagen corporal y su relación con diversos temas como la personalidad, "la experiencia corporal en la fantasía y la conducta", la estructura de la imagen corporal, el funcionamiento interno de la imagen corporal, entre otros escritos que aunque actualmente este tipo de aportaciones con un enfoque psicodinámico han sido eclipsadas a la luz de los enfoques cognitivo-conductuales, sus puntos de vista constituyen un antídoto contra la visión actual de la imagen corporal, en la cual la investigación de trastornos de la conducta alimentaria se han convertido en el paradigma para la investigación de la imagen corporal.³

Definición de imagen corporal

La imagen corporal es un constructo hipotético, multifacético que abarca las propias percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones respecto al cuerpo. También es una experiencia humana consciente e inconsciente influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos.¹⁶

Se dice que el conocimiento y experiencia del cuerpo son las bases para el desarrollo de nuestro sentido del yo. Como parte del desarrollo, la mente necesita madurar para poder tener representaciones de su identidad, en última instancia, el yo se intelectualiza en la mente como lo consciente de sí mismo. La pregunta que cabe realizar entonces, es si ¿la imagen corporal es innata, o se construye a partir de la experiencia y el aprendizaje? La respuesta a esta pregunta se puede obtener en parte, al observar que aproximadamente 15% de los niños con aplasia de extremidades informa sobre el fenómeno de extremidades fantasma, aunque en la práctica estos niños nunca tuvieron la oportunidad de experimentar la extremidad ausente. Esto sugiere que las sensaciones del cuerpo están representadas en el cerebro antes de que las experiencias hayan tenido una oportunidad de aparecer. Por otra parte, es claro, que el ambiente ayuda a mantener esas disposiciones neuronales pre-programadas, pues la mayoría de los niños con aplasia no

experimentan estos miembros fantasmas, o al menos no los reportan hasta cuando tienen la edad suficiente como para ser capaz de hacerlo, por lo que esto sugiere un modelo plástico y un proceso atencional modificable que da lugar a las representaciones del cuerpo, en lugar de un componente con un "cableado" estructural de una imagen corporal determinada.¹⁵

Se ha postulado a la imagen del cuerpo como producto de la percepción, de forma que sería construida a partir de la percepción de nuestros propios cuerpos y los cuerpos de otras personas, al realizar comparaciones e interiorizar estas comparaciones. Aunque también se ha dicho que la imagen corporal no es tan "interna" y por lo tanto no es tan "propia del individuo", pues los fenómenos sociales y culturales, actúan como fuerzas sobre el individuo, alterando la representación mental interna del cuerpo.³

Componentes del constructo imagen corporal

Cash, una de las personas que más ha investigado en el campo de la imagen corporal, en 1990, describió cómo la imagen del cuerpo puede ser estudiada desde dos perspectivas: Una "visión externa", con propiedades objetivas de la apariencia física que tienen un impacto en el desarrollo humano y se resume en "la forma como nos vemos" y una "visión interna", que es el impacto de la representación subjetiva de la apariencia física y la experiencia corporal, "la forma en que nos sentimos acerca de nuestra apariencia".¹⁷ En base a lo anterior, Cash distinguió dos conceptos claves, el valor y la valencia de la imagen corporal. La valencia de la imagen corporal o "La investidura de la imagen corporal" es una medida de la importancia atribuida a la apariencia, así una persona puede estar insatisfecha con su apariencia pero esto puede no importarle. El valor de la imagen corporal se define como la evaluación de la imagen corporal de uno (por ejemplo, una calificación de satisfacción o insatisfacción), así por ejemplo otra persona puede tener un alto grado de satisfacción con su apariencia y ver su apariencia como un aspecto muy importante de su identidad, lo que hace a la persona vulnerable a la angustia si siente que está en peligro de ser feo.¹⁷

Actualmente el concepto de imagen corporal se ha ampliado para incluir tanto los aspectos perceptuales como los aspectos actitudinales. El componente perceptual se refiere a la forma en que "vemos nuestro cuerpo", nuestro tamaño, forma, peso, características, movimiento y el rendimiento. El componente actitudinal se refiere a cómo nos sentimos acerca de estos atributos y cómo nuestros sentimientos orientan nuestros comportamientos.¹⁷

Los psicólogos clínicos sugieren que la gente lleva en su interior un esquema mental para representar sus creencias, actitudes, sentimientos y percepciones acerca de sus propios cuerpos.

Tal esquema podría ayudar a explicar por qué las personas tienen opiniones discrepantes acerca de sus necesidades físicas y su estado físico.¹⁸

Aspectos socioculturales de la imagen corporal

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, las mujeres son mucho más propensas que los hombres a experimentar problemas relacionados con su imagen corporal, independientemente de su edad, aunque se ha descrito que las mujeres mayores reportan mayores ideales en cuanto a la forma de su imagen corporal, también reportan menos procesos de auto monitoreo de la misma, menos ansiedad por la apariencia, y menos formas para bajar de peso. Estos datos sugieren que aunque la insatisfacción corporal sigue siendo alta, el impacto psicológico de esta insatisfacción corporal disminuye a medida que las mujeres envejecen.²⁵

En Estados Unidos de América se han podido encontrar diferencias entre los grupos socioculturales en las características de la imagen corporal. En este país se designa de forma genérica como hispanos a la población que procede desde América del sur hasta el Caribe, aunque hay que recordar que estas personas proceden de distintas nacionalidades cada una de ellas con características únicas. Pero en general se ha descrito que en los hispanos, los jóvenes tienden a pasar un mayor tiempo con sus familias comparados con sus homólogos estadounidenses o europeos, lo cual pudiera ser un factor protector, ya que esto se ha asociado con el desarrollo de una mejor imagen corporal y una mejor autoestima asociada a su imagen. En esta población, existen dos factores relacionados con las tradiciones y ligados en gran parte a la religiosidad, los cuales son el rol de género y el fatalismo cultural, que en conjunto con la sumisión, el auto sacrificio y la creencia de que la vida es dura y de que la gente debe aceptar su destino, convierten a los hispanos en un grupo más vulnerable, al ser menos propensos que los estadounidenses o los europeos a cuestionar los valores de su propia cultura. Esta vulnerabilidad se puede observar cuando esta población se ven expuesta a los ideales de delgadez de las culturas occidentales. Algunos autores han informado que aunque en las mujeres latinas puede existir una mayor satisfacción de su imagen corporal relacionada con el peso, esta autosatisfacción disminuye con el proceso de aculturación ante los ideales de delgadez e imagen corporal de las culturas occidentales, lo que también se ha documentado como el fenómeno de “occidentalización”, el cual se observa a partir de la segunda generación de hispanos en Estados Unidos.¹⁵

Asimismo se han encontrado diferencias étnicas en los ideales de imagen corporal, por ejemplo las personas de piel blanca idealizan el pelo rubio, mientras que los individuos hispanos identifican el

pelo marrón como ideal, en las mujeres se ha documentado que la población hispana tiende a desear pechos más grandes en comparación con otros grupos, o por ejemplo las mujeres hispanas a diferencia de las caucásicas no asocian la menopausia con un sentido de libertad o independencia, lo cual repercute en su rol femenino y genera insatisfacción corporal.

Por otro lado y contrario a lo que podría pensarse, la influencia de los medios de comunicación en la imagen corporal no ocurre solo de forma unidireccional y causal implícita. Aunque la influencia de la cultura es compleja, no se le puede otorgar todo el peso de las distorsiones que se puedan producir en determinada persona, de lo contrario como se explicarían fenómenos como los grupos de mujeres jóvenes que participan activamente en proyectos de auto identidad (ej. Mujeres afroamericanas en poblaciones donde la mayoría es tez blanca). Por lo tanto un modelo dialógico, el cual involucraría fuerzas en ambas direcciones, facilitaría las explicaciones e intervenciones en como resistir, evitar y/o modular los mensajes que se influyen sobre la imagen corporal, la identidad y el comportamiento saludable.³

Imagen corporal y trastornos de la conducta alimentaria

Actualmente los adolescentes manifiestan cierta afinidad hacia una determinada estética impuesta por la sociedad contemporánea. Esto hace que los más jóvenes presenten una preocupación excesiva por su cuerpo y lleven a cabo conductas de riesgo que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. Bajo este rubro la Asociación psiquiátrica Americana (The American Psychiatric Association, 1994) ha considerado dos categorías diagnósticas: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa, cuyas fuerzas motivacionales son el miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado y en ambas formas se presenta una distorsión en la percepción de la forma y peso corporales.²⁰

La percepción que la persona tiene de su propia imagen corporal está considerada entre los principales factores que condicionaría en parte las conductas alimentarias de riesgo (Williamson et al, 2000).²¹La preocupación por la imagen corporal en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública. Sentirse obeso, la preocupación por el peso y la sobrevaloración de la delgadez son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.²²

- a) *Anorexia nervosa:*** La importancia de la imagen corporal para la anorexia nervosa se refleja el criterio diagnóstico del DSM IV, el cual menciona: "Un intenso miedo a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso

normal" y una "Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal". Estas definiciones reflejan el consenso de que la imagen corporal es un constructo multidimensional, con la participación tanto de la percepción, como del componente actitudinal.¹⁵

Las alteraciones perceptuales en la anorexia nervosa, han sido documentadas desde hace más de 30 años atrás. Hilde Bruch describe la percepción distorsionada del tamaño corporal, como la diferencia entre la apariencia real y la representación mental del cuerpo que tienen estos pacientes, los cuales parecen sobreestimar su tamaño corporal. Los estudios reportan que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, en promedio distorsionan el tamaño de su cuerpo un 73% más que los controles. Aunque la sobrestimación es muy común, no se puede tomar como una regla ni como algo patognomónico de la anorexia nervosa. Las posibles explicaciones que se han dado involucran errores en la percepción visual pura, en la percepción de la reconstrucción de representaciones visuales basadas en los pensamientos y sentimientos particulares (alteraciones en la memoria de percepción) y/o a sesgo de procesamiento de información.

En cuanto a las alteraciones cognitivo-afectivas o actitudinales, se ha descrito que las influencias culturales, familiares, la personalidad obsesiva, la rigidez, y la suma importancia que las personas con este trastorno otorgan a su apariencia física, son los factores que conllevan a la insatisfacción corporal en este grupo de pacientes. Esta insatisfacción se va a traducir en creencias disfuncionales sobre el peso y la forma, las cuales se van a ver reforzadas por el ambiente, llevando a conductas para perder peso y una vez que esto se logra, las conductas, emociones y creencias erróneas se siguen manteniendo, lo cual perpetua el círculo.¹⁵

b) *Bulimia nervosa:* En el caso de la bulimia, las alteraciones de imagen corporal se han convertido en uno de los factores de riesgo importantes para el desarrollo y mantenimiento del padecimiento. Las alteraciones en la imagen corporal se pueden ver de forma general en tres aspectos: la internalización de una imagen sociocultural

(interiorización del ideal de delgadez), las evaluaciones negativas de la apariencia física (insatisfacción corporal), y las percepciones distorsionadas de la imagen corporal (distorsiones de la imagen corporal).¹⁵

Los datos empíricos afirman que las presiones socioculturales fomentan la internalización de la insatisfacción corporal a través del ideal de delgadez, así como las distorsiones de la imagen corporal. Por otro lado se ha demostrado que una intervención que disminuye la internalización y la aprobación del ideal de delgadez reduce significativamente la insatisfacción corporal.

c) *Trastorno por atracón:* El trastorno por atracón se caracteriza por atracones frecuentes sin conductas compensatorias y por lo tanto a menudo se asocia con obesidad. Actualmente los criterios de investigación para el trastorno por atracón no incluyen alteraciones de la imagen corporal. Las investigaciones relacionadas con el componente cognitivo-afectivo de la imagen corporal, no se consideran concluyentes, pues mientras algunos estudios encuentran que en los individuos con trastorno por atracón los índices de insatisfacción corporal son más altos comparados con individuos obesos sin trastorno por atracón, mientras que otros estudios muestran que estos índices están relacionados con otros aspectos independientes como un mayor índice de masa corporal y no propiamente por el trastorno por atracón. En relación al segundo aspecto del componente cognitivo-afectivo de la imagen corporal, algunos estudios muestran que los individuos con trastorno por atracón muestran un mayor grado de preocupación por el peso y la forma de su cuerpo, cuando se comparan con individuos obesos sin trastorno por atracón, mientras que otros estudios indican que estas preocupaciones están relacionadas con sintomatología afectiva de tipo depresiva. En cuanto al componente perceptual, hasta ahora no existe evidencia de que las personas con y sin trastorno por atracón difieran en cuanto a la percepción del tamaño de su cuerpo. En lo que respecta al apartado actitudinal de la imagen corporal, en un estudio realizado en personas con sobrepeso encontraron que en el subgrupo de personas con trastorno por atracón presentaba mayores comportamientos de evitación y conductas relacionadas con la comprobación de su peso y forma del cuerpo, comparados con personas con sobrepeso sin trastorno por atracón. Además

otro estudio, realizado por Grilo y colaboradores (2005), efectuado en personas con obesidad mórbida, apoya los resultados antes descritos, pero en este último estudio no se separaron grupos con trastorno por atracón, además en ninguno de los dos estudios se comparo con un grupo control. Por lo anterior, hasta la fecha los resultados indican que las alteraciones de la imagen corporal parecen ser un síntoma del trastorno por atracón, pero que aún requieren de más investigaciones al respecto para poder afirmarlo.³⁶

Imagen corporal y abuso sexual

Las experiencias de abuso sexual en la infancia tienen un gran número de efectos negativos en los supervivientes como alteraciones en la calidad de vida, incluyendo el estrés emocional, alteraciones cognitivas y un mayor riesgo de psicopatología en general. Pero es poco conocido el impacto específico del abuso sexual en la infancia en el desarrollo y estabilidad de una imagen corporal positiva, además hay evidencias sustanciales de que el abuso sexual en la infancia produce efectos deletéreos en la autoestima, un factor correlacionado con la imagen corporal.¹⁵

Definir el impacto del abuso sexual en la infancia puede ser una tarea compleja, empezando por el mismo hecho de la definición que conlleva el abuso sexual, pues con esta connotación se puede entender un rango de posibilidades que van desde juegos o bromas de contenido sexual hasta el abuso sexual explícito, además los métodos para obtener información al respecto van desde entrevistas abiertas hasta métodos diseñados con preguntas cuyas respuestas son sí o no. Los estudios epidemiológicos sugieren que la prevalencia de abuso sexual es más alta en mujeres que en hombres, a diferencia de las mujeres los varones que han sido víctimas de abuso sexual se acompañan de mayor propensión de sufrir violencia física al momento del abuso sexual, esto a largo plazo traduce que los varones muestre patrones de afrontamiento de tipo externalizados como la agresión y la evitación, mientras que las mujeres muestran estrategias de tipo internalizadas como la represión y la autocrítica. El desarrollo de la imagen corporal puede ser un reto mayor para las niñas con abuso sexual que para los niños, esto debido a la manera como las niñas procesan la información. Ellas tienden a hacer atribuciones más internas y personales para los eventos negativos que las niñas sin antecedente de abuso, y muestran un apego inseguro y una correlación con problemas relacionados con el peso. Además estas niñas con antecedente de abuso tienen una menarca más temprana lo cual se correlaciona con una exposición más temprana a eventos potencialmente negativos relacionados con el cambio en el tamaño y la forma del cuerpo en relación

con la distribución de grasa, y por su edad más joven estas chicas tiene menos mecanismos de afrontamiento que les ayuden a hacer frente a estos cambios complejos en su imagen corporal.¹⁵

Un sobreviviente de abuso puede tener un peso y tamaño normal, pero por la carga emocional del abuso, podría describir su cuerpo como "gordo y pesado", por lo que puede ver su cuerpo como repugnante, enorme y feo, lo que puede reflejar cómo ella considera que fue la experiencia abusiva, repugnante y desagradable. Al tratar de manejar su malestar con su cuerpo y su sexualidad en general, pueden restringir o aumentar su ingesta alimentaria, para hacer su cuerpo más pequeño o más grande con la finalidad de que sea poco atractivo a los intereses sexuales de otros, y así disminuir el riesgo de abusos. Asimismo, los sentimientos de pérdida del control durante una ingesta compulsiva pueden desencadenar intensas necesidades para recuperar ese control a través de purgas, el ejercicio o una restricción estricta de la dieta.

Imagen corporal y Obesidad

La obesidad se encuentra ausente de las clasificaciones psiquiátricas, pero el aumento de su frecuencia y la gravedad de los problemas que lleva asociados condicionan un abordaje multidisciplinario de la misma, incluyendo de forma relevante sus aspectos psicológicos y psiquiátricos.

Los estudios iniciales de la obesidad desde su vertiente psicológica implicaron la búsqueda de un tipo de personalidad específica y la suposición de la existencia de una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas que en la población general. Algunos autores señalan que los obesos son más duros y recelosos y menos depresivos, otros han encontrado una mayor ansiedad somática, tensión muscular, impulsividad y una menor puntuación global en las escalas que miden el grado de sociabilidad, pero en conjunto, independientemente de las discrepancias de los diversos estudios, parece haber un cierto acuerdo clínico en que la psicopatología presentada por los obesos mórbidos se centra en alteraciones afectivas no graves, patología ansiosa y trastornos de personalidad.

Finalmente hay que reseñar que entre los hallazgos más constantes en estos pacientes se encuentran los dos siguientes:

1. Elevada frecuencia de conductas bulímicas (atracones).
2. Elevada insatisfacción corporal¹⁹

En el estudio de Calvete C.D. y colaboradores (2002), realizado en 80 personas con obesidad se observó una proporción significativa de sujetos con conductas bulímicas (alrededor del 25%), un elevado nivel de insatisfacción ante su imagen corporal y una importante búsqueda de la delgadez,

detectándose la existencia de psicopatología en grado leve especialmente ansiedad e insomnio, con una proporción elevada de posibles trastornos psicopatológicos (cerca del 50%).¹⁹

A pesar de los resultados mixtos y las limitaciones metodológicas, algunos estudios sobre la dimensión perceptiva de la imagen corporal ofrecen una visión de cómo las personas obesas ven sus cuerpos. Las primeras investigaciones en este campo, postulan la hipótesis de que las personas obesas, al igual que las personas con anorexia nerviosa, sobrestiman su tamaño corporal

Los pacientes obesos y con anorexia nerviosa exhiben una distribución normal del grado de distorsión de su imagen corporal, con respecto a la media de sobreestimación y la media de subestimación del ancho del cuerpo, esto en contraste con la mayoría de sujetos controles quienes subestiman el ancho de su cuerpo. Otras investigaciones que comparan la variabilidad en la percepción del cuerpo en la Anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, sujetos obesos y controles sanos, encontró que en los sujetos control era bastante precisa, y todos los tres grupos clínicos fue significativamente menos precisa, sobreestimando el tamaño del cuerpo.¹⁵

Es importante mencionar que ser obeso en nuestros días constituye un importante estigma social, en donde en general tiende a creerse que las mujeres con sobrepeso u obesidad son débiles o incapaces de cuidar de sí mismas. La obesidad es vista como un vicio y la persona obesa por tanto es una persona que se entrega a ese vicio, sin un control, con glotonería. Estos enjuiciamientos conducen a generalizaciones y actitudes extremas hacia estas personas, las cuales se pueden ver reflejadas en todos los ámbitos de la vida como por ejemplo, en la escuela se espera que un niño obeso sea menos inteligente, en el trabajo contratan primero a alguien delgado que alguien con obesidad como en el caso de las azafatas, en el ámbito familiar se llegan a realizar comentarios hostiles hacia estas personas, etc. Estos factores condicionan que desde la infancia, las personas con sobrepeso u obesidad cuenten con un auto-concepto negativo y una autoestima baja, lo que a larga puede condicionar la aparición de trastornos psicológicos, interpersonales o psiquiátricos.³⁵

Medición de la imagen corporal

En años recientes ha habido un marcado incremento en el estudio científico de la imagen corporal, en particular en lo que se refiere a lo relacionado con los trastornos de la conducta alimentaria. Con este aumento se han formulado una gran cantidad de medidas de la imagen corporal, a pesar de lo cual las explicaciones del constructo y sus dimensiones constitutivas han sido difíciles de evaluar.²³

Dentro de los estudios de imagen corporal, y principalmente en relación con los trastornos de la conducta alimentaria los investigadores utilizan con frecuencia sólo una medida de la imagen

corporal, asumiendo implícitamente que el constructo es unidimensional, así como el uso frecuente de medidas de imagen corporal sin la demostración de su confiabilidad y validez. En ausencia de una clara comprensión conceptual de la imagen corporal, Garner y Garfinkel en 1981, delimitaron dos formas básicas sobre cómo se puede manifestar una imagen corporal alterada. La primera forma es la distorsión del tamaño del cuerpo, lo cual implica una alteración perceptiva en la que las personas parecen incapaces de evaluar con precisión su tamaño, y la segunda forma, a menudo referida como la insatisfacción corporal, representa una dimensión afectiva o actitudinal, en la cual las personas se encontraban descontentas con su imagen. Garner y Garfinkel afirmaban que estas dos formas de alteración de la imagen corporal pueden operar tanto de forma independiente como conjuntamente.²³

Por otra parte el aspecto perceptual de la imagen corporal ha sido el más estudiado. Su estudio ha sido a través de procedimientos que requieren que los sujetos estimen el tamaño real o la forma de sus cuerpos o áreas corporales. Algunos instrumentos para evaluar esta categoría derivan de otros como: La tarea de estimación visual del tamaño (Visual Size Estimation Task- Slade y Russell, 1973-), El Procedimiento de marcado de imagen (Image Marking Procedure - Askevold, 1975), el Dispositivo de detección de imagen corporal (Body Image Detection Device –Ruff & Barrios., 1986-), la Técnica fotográfica de distorsión (The Distorting Photograph Technique - Glucksman y Hirsch, 1969.), la Técnica de video de distorsión (Video Distortion Technique - Freeman, Thomas, Solyom, y Miles, 1983), y los procedimientos que utilizan siluetas (Fallon y Rozin, 1985; Williamson, Kelley, Davis, Ruggerio, y Glouin, 1985).²³

Se ha encontrado una mayor consistencia de los resultados al evaluar la modalidad actitudinal de la imagen corporal. Entre los muchos instrumentos para medir este aspecto de la imagen corporal, la gran mayoría son medidas de autorreporte, o instrumentos que utilizan papel y lápiz, como por ejemplo, la Escala de energía corporal (the Body Cathexis Scale- Secord & Jourard, 1953), la Escala de satisfacción de áreas corporales (the Body Parts Satisfaction Scale- Berscheid, Walster, & Bohrnstedt, 1973), la Escala de autoestima corporal (the Body Esteem Scale- Franzoi y Shields., 1984), y la subescala de insatisfacción corporal del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (the Body Dissatisfaction subscale of the Eating Disorders Inventory - Garner, Olmsted, y Polivy, 1983).²³

Además, existe un instrumento multidimensional para la evaluación de la imagen corporal, el Cuestionario de relaciones hacia el cuerpo (The Body – Self Relations Questionnaire, BSRQ - Cash, Winstead & Janda, 1986; Winstead & Cash, 1984), el cual es una medida de auto-reporte con

subescalas generadas a partir de una matriz conceptual de 3 X 3, que incluye tres dominios somáticos (apariencia física, condición física, y salud) cruzados con tres dimensiones actitudinales de la imagen corporal (la afectiva, cognitiva y conductual).²³

Hasta la fecha, existen evidencias mucho más fuertes que indica mayor validez de las medidas actitudinales de la imagen corporal respecto a las medidas perceptivas, ya que estas últimas se centran en la precisión de la estimación del tamaño del cuerpo. Con respecto a las medidas perceptuales, se ha documentado que las estimaciones que se basan en juicios de todo el cuerpo (por ejemplo, las siluetas corporales) pueden ser más válidas que las estimaciones derivadas de juicios sobre áreas o zonas del cuerpo, además de que los procedimientos de siluetas son relativamente sencillos, económicos, más basados en la realidad y menos susceptibles a la sobreestimación.²³

En la obesidad como en otros trastornos relacionados con el peso, la evaluación de la imagen corporal es una tarea de enormes proporciones, ya que pocas de las medidas disponibles desarrolladas actualmente se han realizado para su uso en obesidad, y no todas han sido validadas, especialmente en los casos más graves de obesidad, por lo que se recomienda investigar cuidadosamente las propiedades psicométricas de las medidas que consideren el uso de la obesidad antes de comenzar las investigaciones.²⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dados los antecedentes previos, proponemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Existen diferencias en las características actitudinales, emocionales y perceptuales de la imagen corporal en un grupo de sujetos con obesidad comparado con un grupo de sujetos con peso normal?

JUSTIFICACIÓN

La obesidad, es un fenómeno que se encuentra creciendo en un nivel epidémico. A partir de 2010, los Centros para el Control de Enfermedades estiman que el 69,9% de los estadounidenses tienen sobrepeso u obesidad.²En México, la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.4%) comparada con los hombres (23.5 %), pero en ambos casos las tasas son elevadas. En el mundo, el sobrepeso y la obesidad constituyen el quinto factor principal de riesgo de defunción, y según la

OMS, en los países en desarrollo las cifras de prevalencia son más altas que en los países desarrollados.¹Por lo anterior podemos considerar que el contribuir a la investigación de este tema tan prevalente, es importante para poder ofrecer un panoramas más completo sobre la obesidad en nuestro país.

En los últimos años han crecido las investigaciones en las múltiples áreas en relación con la obesidad, como la etiología, las características epidemiológicas, las comorbilidades, las complicaciones, entre otras. Sin embargo hasta la fecha existen pocos datos en la literatura que se centren en los aspectos psiquiátricos de la obesidad, y dentro de lo que se ha descrito, existen más datos sobre la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, entre otros, pero poco existe sobre lo relacionado con la imagen corporal. La imagen corporal es un constructo hipotético y multifacético que abarca las propias percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones respecto al cuerpo. Las alteraciones en estos aspectos de la imagen corporal ha sido poco estudiadas. En el aspecto emocional o afectivo, una valoración negativa de la imagen corporal fomenta sentimientos de vergüenza, asco, depresión y también puede provocar pensamientos intrusivos acerca de la apariencia. En este contexto, la imagen corporal ha sido un concepto central utilizado por psicólogos clínicos, para explorar los posibles vínculos entre la insatisfacción corporal y las conductas no saludables relacionadas, como: los trastornos de la conducta alimentaria, el tabaquismo, la realización de programas de ejercicio y actividad física excesiva, el uso de drogas (incluyendo esteroides anabólicos y diuréticos), la depresión y la baja autoestima, la angustia y su afrontamiento en relación a los cambios corporales.³A pesar de lo anterior hay muy poco en relación a la imagen corporal y sus características en personas con obesidad, de ahí en la importancia de contribuir a la descripción de estas características.

Además, el contribuir a la descripción de los aspectos de un fenómeno altamente prevalente, en áreas poco estudiadas, nos puede permitir pensar en estudios a futuro con probables enfoques terapéuticos en el caso de que la hipótesis de este estudio sea corroborada.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar las diferencias de la imagen corporal en un grupo de sujetos con obesidad y un grupo de sujetos con peso normal.

Objetivos específicos

1. Describir las características perceptuales, emocionales y actitudinales de la imagen corporal en personas **con Obesidad**.
2. Describir las características perceptuales, emocionales y actitudinales de la imagen corporal en personas con **peso normal**.
3. **Comparar** las características perceptuales, emocionales y actitudinales de la imagen corporal entre personas **con Obesidad y con peso normal**.

HIPÓTESIS

Las características perceptuales, actitudinales y emocionales de la imagen corporal son diferentes en personas con obesidad comparadas con personas con peso normal.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Transversal y comparativo.

Tamaño de muestra

Se calculó una muestra de 59 sujetos por grupo que detectara una magnitud de efecto para la comparación de las medias ($f =$ efecto medio 0.30) con una significancia de 0.05 y potencia de 90%.³³

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación:

1.- Grupo de personas con obesidad

a) Criterios de inclusión:

- Personas con Índice de Masa Corporal por arriba de 29.9 kg/m².
- Mayores de 18 años y menores de 50 años.
- Que acepten participar en el estudio de investigación.
- Que firmen la carta de consentimiento informado.

- Que puedan leer y escribir.

b) Criterios de exclusión:

- Que cursen con Anorexia Nervosa, bulimia nervosa, trastorno de la conducta alimentaria no especificados tipo 1, 2, 3, 4 y 5.
- Que cursen con un trastorno psicótico
- Que cursen con un trastorno depresivo grave
- Que curse con trastorno dismórfico corporal
- Que cursen con trastorno obsesivo compulsivo
- Que cursen con discapacidad intelectual, basado en los criterios del DSM-IV-TR.
- Que no sepan leer y escribir
- Pacientes que en el momento de la evaluación se encuentren con intoxicación o abstinencia por sustancias. No se excluye abuso o dependencia a etanol u otras drogas a lo largo de la vida.

c) Criterios de eliminación:

- Retiren consentimiento de participación en el estudio.
- Que no completen la medida de evaluación.

2.- Grupo control

a) Criterios de inclusión

- Personas con Índice de Masa Corporal por entre 18.5 y 24.9 kg/m²
- Mayores de 18 años y menores de 50 años.
- Que acepten participar en el estudio de investigación.
- Que firmen la carta de consentimiento informado.
- Que pueda leer y escribir.

b) Criterios de exclusión:

- Que cursen con cualquier trastorno de la conducta alimentaria.
- Que cursen con un trastorno psicótico
- Que cursen con un trastorno depresivo grave

- Que curse con trastorno dismórfico corporal
- Que cursen con trastorno obsesivo compulsivo
- Que curse con discapacidad intelectual basado en los criterios del DSM-IV-TR.
- Que sean analfabetos.
- Pacientes que en el momento de la evaluación se encuentren con intoxicación o abstinencia por sustancias. No se excluye abuso o dependencia a etanol u otras drogas a lo largo de la vida.

c) Criterios de eliminación:

- Retiren consentimiento de participación en el estudio.
- Que no completen la medida de evaluación.

Variables

Variables Demográficas

Variable	Tipo	Instrumento	Medición
Edad	Dimensional	Ficha de identificación	Años
Género	Nominal	Ficha de identificación	Femenino/masculino
Estado civil	Nominal	Ficha de identificación	Con pareja/sin pareja
Ocupación	Nominal	Ficha de identificación	Empleado/desempleado
Escolaridad	Dimensional	Ficha de identificación	Años de estudio
Religión	Nominal	Ficha de identificación	Católica, testigo de Jehová, etc.
Nivel socioeconómico	Dimensional	Ficha de identificación	1 al 6

Variables clínicas independientes

Variable	Tipo	Instrumento	Medición
Peso normal (índice de masa corporal)	Razón	Bacula Estadímetro	Peso entre talla al cuadrado
Obesidad (índice de masa corporal)	Razón	Bacula Estadímetro	Peso entre talla al cuadrado

Variables clínicas dependientes

Variable	Tipo	Instrumento	Medición
Aspectos perceptuales de la imagen corporal	Intervalo	Escala de imagen corporal de Gardner	Puntuación de la Escala
Aspectos emocionales de la imagen corporal	Intervalo	Subescala de insatisfacción corporal del EDI	Puntuación de la Escala
Aspectos actitudinales de la imagen corporal	Intervalo	Escala de Imagen corporal MBSRQ	Puntuación de la Escala
Comorbilidad eje I	Nominal	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) y apartado de trastorno dismórfico	Padecimientos comórbidos
Comorbilidad eje I	Razón	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) y apartado de trastorno dismórfico	Número de padecimientos comórbidos
Ansiedad	Intervalo	Escala Hamilton Depresión	Puntuación de la Escala
Depresión	Intervalo	Escala Hamilton ansiedad	Puntuación de la Escala

Instrumentos de medición

Para medir los aspectos actitudinales de la imagen corporal en personas tanto en personas con Obesidad como en aquellas personas con peso normal, se utilizó el Cuestionario multidimensional de las relaciones corporales MBSRQ (de sus siglas en inglés, Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire). Para medir el aspecto emocional de la imagen corporal se utilizó la subescala de insatisfacción corporal del Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria (EDI). Para la medición del aspecto perceptual se utilizará la Escala de imagen corporal de Gardner.

Para poder incluir o excluir a los participante se realizó la entrevista estructurada MINI, misma que en conjunto con la Escala de Ansiedad de Hamilton y la escala de Depresión de Hamilton nos permitieron detecta las probables diferencias y/o alteraciones en los aspectos de la imagen corporal evaluados se debieran a otros fenómenos como la depresión o ansiedad que pudieran estar presentes, y no propiamente al su relación con el peso.

Validez y confiabilidad de las escalas

MBSRQ

El MBSRQ (Multidimensional Body – Self Relations Questionnaire) es un cuestionario de autorreporte de 69 ítems para la evaluación de los aspectos relacionados con la auto-actitud del constructo de imagen corporal. El análisis factorial de este instrumento muestra dos dimensiones, la "Evaluación" y la "Orientación" cara a cara de cada uno de los siguientes tres dominios somáticos: "apariencia", "aptitud física" "y" y una pequeña excepción la separación de la orientación de los factores de salud y enfermedad.

Además de sus siete subescalas principales, el MBSRQ tiene tres subescalas multiítem especiales: (1) La escala áreas de satisfacción corporal (BASS), (2) La escala de preocupación por el sobrepeso, (3) La escala de peso autocalificada.

El MBSRQ está diseñado para utilizarse en adultos y adolescentes (15 años o más). El instrumento no es apropiado para los niños.

En cuanto a la validez de cada una de las subescalas, se obtuvieron los siguientes parámetros en una muestra de estudiantes²⁶:

Subescalas del MBSRQ	HOMBRES		MUJERES	
	Consistencia Interna Alfa de Cronbach's	Estabilidad Temporal Test-Retest al mes	Alfa de Cronbach's	Test-Retest al mes
Evaluación de la apariencia	.88	.81	.88	.91
Orientación de la apariencia	.88	.89	.85	.90
Evaluación de la aptitud física	.77	.76	.77	.79
Orientación de la aptitud física	.91	.73	.90	.94

Salud	.80	.71	.83	.79
Orientación de la salud	.78	.76	.78	.85
Orientación de la enfermedad	.78	.79	.75	.78
Subescalas adicionales				
Áreas de satisfacción corporal	.77	.86	.73	.74
Preocupación por el sobrepeso	.73	.79	.76	.89
Autoclasificación del peso	.70	.86	.89	.74

Escala de imagen corporal de Gardner

Esta escala está formada por siluetas de 8 cm de altura, que representan cuadros esquemáticos de la figura humana que carecen de cualquier atributo como cabello, cara, etc. Las siluetas se elaboraron siguiendo las estadísticas nacionales de los Centro de salud los EE.UU. para una edad media de 19 años y el peso de 63,99 kg (SD = 14,53). La figura del medio representa la mediana de la distribución de peso para la población de referencia y los cambios se basan en este, aumentando o disminuyendo su volumen de $\pm 30\%$ hasta seis siluetas más, lo que representa un aumento de peso en orden creciente (5%, 10%, 15 %, 20%, 25% y 30%) así como otras seis que representan proporcionalmente la disminución progresiva de peso (-5%, -10%, -15%, -20%, -25% y -30). Todo esto proporcionó un continuo de siluetas, cuyos datos representan una figura extremadamente delgada y otro obeso.

La escala permite obtener tres índices: el primero representa la percepción actual de su imagen corporal, y el segundo, la imagen que los pacientes estiman como «el ideal» para ellos. Por último, el evaluador marca la imagen real que cada uno de los pacientes muestra. De esta manera, es posible evaluar el grado de ajuste entre la imagen percibida y deseada, así como una estimación objetiva de la imagen del cuerpo realizada por el evaluador.

Esta escala ha sido validada al español, por Rodríguez Campayo y cols, en donde psicométricamente, los resultados de la escala en español mostraron propiedades satisfactorias del instrumento. El índice de fiabilidad excede ampliamente los criterios establecidos por Nunnally *, siendo

comparable a la escala original reportado por los autores ($r = 0,87$, $p < 0.0005$). De la misma manera, los índices de validez concurrente de esta adaptación son comparables a los de la escala original, ya que se obtuvo una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas en la escala con el peso ($r = 0,62$, $p < 0.0005$) y con el IMC ($r = 0,62$, $p < 0.0005$), muy similares a los obtenidos en este estudio: $r = 0,58$, $p < 0.001$, y $r = 0,65$; $p < 0.001$, respectivamente.²⁷

EDI

El EDI o Inventario de Trastornos de la conducta alimentaria se desarrolló para medir los rasgos conductuales y psicológicos en la Anorexia nervosa y la Bulimia nervosa. Cuenta con 64 ítems que comprenden ocho subescalas: Obsesión por la Delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a madurar. Tres subescalas evaluar las actitudes hacia el peso, la forma del cuerpo, y la de comer y las restantes cinco subescalas para evaluar las características psicológicas de las personas con trastornos de la conducta alimentaria.²⁸

En general, las subescalas EDI tienen buenas propiedades psicométricas, con consistencias internas de las ocho subescalas que van desde .80 hasta .91.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)

La escala de ansiedad de Hamilton es el instrumento de evaluación para sintomatología ansiosa más conocido. Consta de 14 preguntas, cada una de las cuales puede recibir un puntaje de 0 a 4. La confiabilidad entre observadores es de 80%. De acuerdo a la validez interna, el instrumento cuenta con dos dimensiones, una de ansiedad psíquica y otra de ansiedad somática. El análisis factorial apoya la idea de que existen dos factores en este instrumento. La escala HAM-A ha sido traducida al español y empleada en varios estudios. El coeficiente de confiabilidad de la escala en pacientes con crisis de angustia fue de 0.84, mientras que en el caso de los pacientes con ansiedad generalizada fue 0.18, aunque las puntuaciones obtenidas en este subgrupo se encontraron dentro del rango (24.6 ± 3 , 19-32).²⁹

Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)

Este instrumento fue diseñado por Hamilton en 1960 para medir la severidad de los síntomas depresivos en pacientes con enfermedad depresiva primaria. La cuantificación de la severidad de los síntomas depresivos puede ser utilizada para estimar los síntomas antes del tratamiento y medir

los efectos del tratamiento sobre los síntomas, o detectar un regreso de los síntomas (recaída o recurrencia). La escala de Hamilton consta de 21 reactivos que son calificados en una escala de 0-4 o 0- 2. Hamilton encontró una excelente correlación entre evaluadores de 0.90 en su publicación original. Un estudio internacional que incluyó a más de 120 pacientes encontró que la consistencia interna medida con el alfa de Cronbach fue de 0.48 antes y 0.85 después de tratamiento.

Ha sido validada en su versión en español por el Dr. Ramos encontrando los siguientes datos: En cuanto a la fiabilidad, en sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92) y el coeficiente de correlación intraclases es de 0,92. La confiabilidad interobservador oscila, entre 0,65 y 0,9. En relación a su validez, su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y l Escala de Melancolía de Beck, oscila entre 0,8 y 0,9.³⁰

MINI (Entrevista neuropsiquiátrica internacional)

Es una entrevista diagnóstica estructurada que explora sintomatología de orientación diagnóstica de trastornos psiquiátricos del Eje I según DSM-IV y la CIE-10. Esta entrevista se encuentra organizada en módulos que contiene preguntas correspondientes a los principales criterios diagnósticos de los trastornos psiquiátricos. 34 Tiene una especificidad para trastorno depresivo mayor de 0.88 una sensibilidad 0.96, para distimia una sensibilidad de 0.99 y una especificidad de 0.66, para trastorno de ansiedad generalizada 0.86 y 0.91 respectivamente, para dependencia al alcohol una especificidad de 0.95 y sensibilidad 0.80, para dependencia a sustancias una especificidad de 0.96 y una sensibilidad de 0.45, el resto de la validez se citan en el artículo de Sheehan y col.³¹

Apartado Mini PLUS trastorno dismórfico corporal: M.I.N.I- Plus incluye 23 trastornos psiquiátricos. Cuenta con preguntas sobre la cronología de los síntomas, subtipo de trastorno e incluye módulos de trastornos somatomorfo (hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal, etc.), trastornos de la conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos adaptativos, trastornos disfórico premenstrual, y trastorno depresivo y ansioso mixto. Es permitido el uso combinado de módulos del MINI y MINI plus, sobre todo en los diagnósticos que generan confusión.

PROCEDIMIENTO

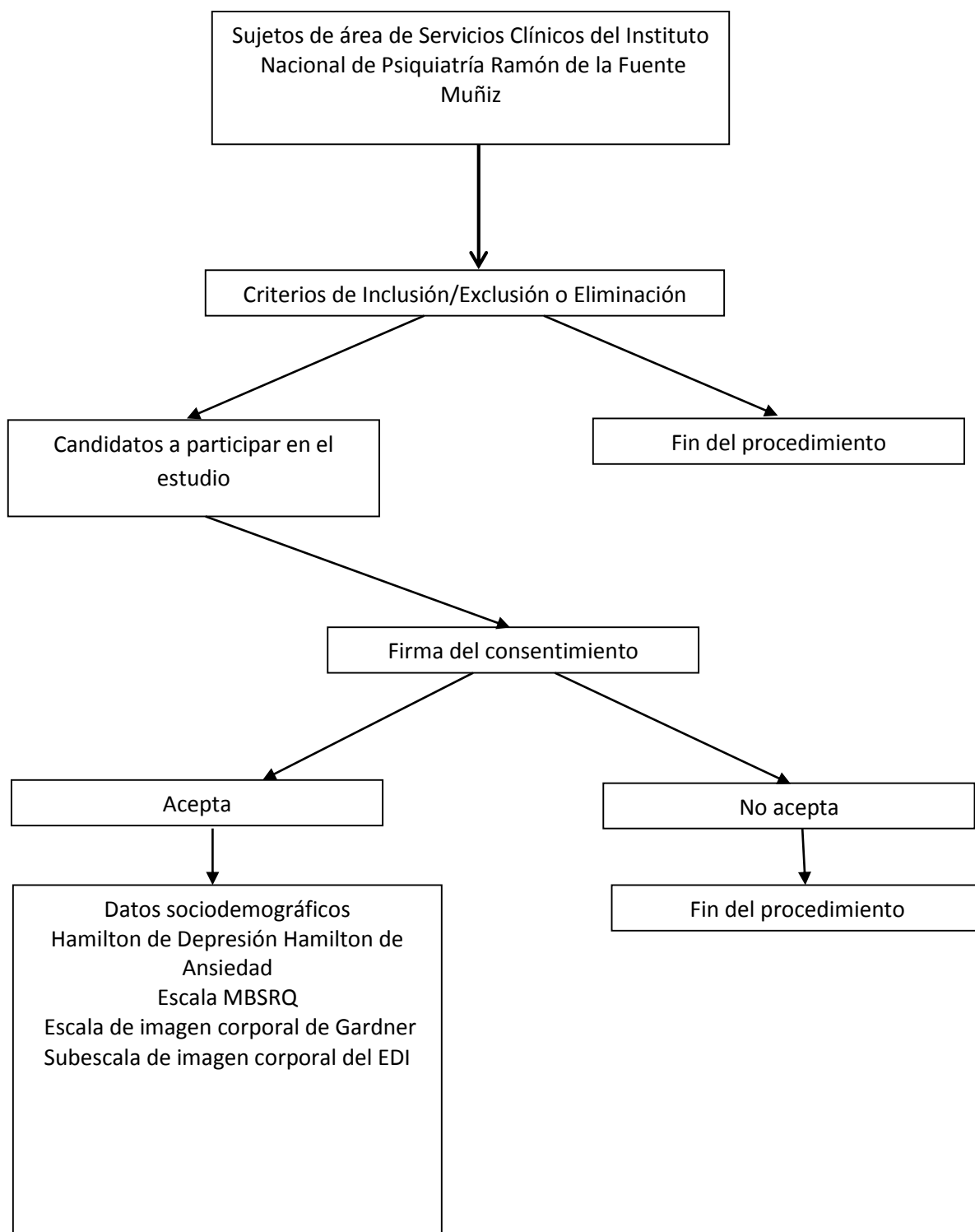
En el trabajo de investigación que aquí se presenta, participaron sujetos que se encontraban en el área de Servicios clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se incluyeron a 118 sujetos divididos en dos grupos de 59 sujetos. Un primer grupo incluyó a 59 sujetos con obesidad y un segundo grupo de sujetos con peso normal. Se incluyeron tanto hombres, como mujeres, del área de Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, los cuales eran invitados a participar en el estudio, a quienes se les explicó el motivo del estudio, se les contestó todas sus dudas y en seguida se procedió a darles tiempo para leer la carta de consentimiento informado, después de lo cual se les dio un nuevo tiempo para formular alguna otra duda y en seguida se procedió a firmar la carta de consentimiento informado y se entregó una copia de la misma al participante y se anexo otra a su expediente de investigación.

Fueron reclutados 59 sujetos con obesidad, definidos como tal si presentaron un IMC ≥ 29.9 kg/m², y aquellos con peso normal fueron definidos por un IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m².

Posterior a la firma de la carta de consentimiento informado, los sujetos fueron evaluados por un psiquiatra entrenado, el cual aplicó la entrevista estructurada MINI, con el apartado del MINI plus para trastorno dismórfico corporal para poder cumplir con los criterios de exclusión, y posteriormente en caso de no cumplir con los criterios de exclusión se aplicó un cuestionario socio demográfico y posteriormente se aplicaron los instrumentos de medición (Hamilton de Ansiedad, Hamilton de Depresión, MBSRQ, Escala de imagen corporal de Gardner y Subescala de imagen corporal del EDI).

Toda la información fue almacenada en completa confidencialidad. El proceso de evaluación por sujeto, se realizó en un intervalo promedio de 90 a 120 minutos.

DIAGRAMA DEL PROCEDIMIENTO



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida se capturó y analizó, tanto de forma descriptiva como comparativa. Se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics Versión 21.0. En la estadística descriptiva, para evaluar las variables categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrada, y en la estadística comparativa, para las variables dimensionales se utilizó ANOVA para dos grupos independientes, realizando un análisis de varianza simple para dos grupos.

RESULTADOS

1.- Resultados Sociodemográficos:

La muestra final se constituyó de 118 sujetos, divididos en dos grupos, 59 sujetos en el grupo con obesidad y 59 en el grupo con peso normal.

En el grupo con obesidad, 61% fueron mujeres y 39% hombres, en el caso del grupo con peso normal, 55.9% fueron mujeres y 44.1% hombres. En el grupo con obesidad fueron más frecuentes las mujeres que en el grupo con peso normal, con diferencias estadísticamente significativas (Chi cuadrada 0.31, gl = 1, p = 0.58).

También se encontró un mayor porcentaje del grupo de sujetos con obesidad que tenían pareja (72.9%), comparados con los sujetos del grupo con peso normal que tenían pareja (54.2%), con diferencias estadísticamente significativas (chi cuadrada 4.4, gl = 1, p = 0.033).

En el rubro de ocupación, los empleados (30.50%) y los que se dedicaban al hogar (28.8%) predominaron en el grupo con obesidad, mientras que en el grupo con peso normal, la mayoría era profesionistas (62.7%) y estudiantes (28.8%), con diferencias estadísticamente significativas entre grupos (chi cuadrada 39.1, gl = 4, p = 0.0000).

En el grupo con obesidad se encontró una mayor edad (36.75 DE \pm 9.2 años) que en el grupo con peso normal (26.88 DE \pm 3.7 años), con una diferencia significativa (t=7.6, gl =116, p =0.0000).

El grupo de sujetos con obesidad, presentó una menor escolaridad (13.83 DE \pm 4.6 años) comparado con el grupo con peso normal (19.01 DE \pm 3.3), con diferencias significativas (t=-7.0, gl=116 y p 0.0000).

En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas del grupo de sujetos con obesidad y del grupo con peso normal.

TABLA 1. Características sociodemográficas del grupo con obesidad y peso normal.

Característica		Obesidad (n=59) n (%)	Peso normal (n=59) n (%)
Sexo	Femenino	36 (61.0)	33 (55.9)
	Masculino	23 (39.0)	26 (44.1)
Estado Civil	Con pareja	43 (72.9)	32 (54.2)
	Sin pareja	16 (27.1)	27 (45.8)
Ocupación	Hogar	17 (28.8)	1 (1.7)
	Estudiante	9 (15.2)	17 (28.8)
	Empleado	18 (30.50)	4 (6.8)
	Profesionista	13 (22.03)	37 (62.7)
	Ninguna	2 (3.38)	0 (0)
Edad (promedio ± DE)	Años	36.75 ±9.2	26.88 ±3.7
Escolaridad (promedio ±DE)	Años	13.83 ±4.6	19.01 ±3.3

2.- Características clínicas de la muestra total

Como se observa en la tabla 2, y de acuerdo con el objetivo de este estudio que fue describir las características de dos poblaciones con diferencias en el peso, se muestran las características físicas como son el peso, la talla y el IMC de acuerdo al grupo al que pertenecían, en donde se observa que la principal variable de interés, el peso, presentó diferencias estadísticamente significativas.

TABLA 2. Características físicas del grupo con peso normal y obesidad.

Variable	Peso normal (n=59)	Obesidad (n=59)	F	p
Peso	63.5	94.2	140.2	0.000
Talla	1.7	1.6	4.8	0.030
IMC	22.5	35.1	406.8	0.000

En el caso del grupo con peso normal, ningún sujeto cumplió con los criterios en tiempo y forma para integrar un diagnóstico psiquiátrico evaluado a través de la entrevista estructurada MINI. En el caso del grupo con obesidad, 23 sujetos (38.98%) cumplieron criterios para un trastorno de ansiedad generalizada, 21 sujetos (35.59%) para un trastorno depresivo mayor y 7 sujetos (11.86%) para distimia, siendo estos los diagnósticos más prevalentes en el grupo con obesidad. En la tabla 3, se muestran los trastornos psiquiátricos evaluados a través de la Entrevista estructurada MINI de acuerdo al grupo.

TABLA 3. Diagnósticos psiquiátricos de la muestra final (n=118) evaluadas a través de la entrevista estructurada MINI.

Diagnóstico psiquiátrico	Peso normal (n=59)	Obesidad (n=59)
Depresión	0	21 (35.59%)
Distimia	0	7 (11.86%)
Riesgo de suicidio	0	8 (13.55%)
Episodio Hipo-Maniaco	0	0
Trastorno de Angustia	0	1 (1.69%)
Fobia social	0	0
Trastorno obsesivo compulsivo	0	0
Trastorno por Estrés Postraumático	0	0
Dependencia/abuso Alcohol	0	1 (1.69%)
Dependencia/abuso a sustancias	0	0
Trastornos psicóticos	0	0
Anorexia nervosa	0	0
Bulimia	0	1 (1.69%)
Trastorno de ansiedad generalizada	0	23 (38.98%)
Trastorno antisocial	0	2 (3.38%)

La intensidad de la sintomatología depresiva medida a través de la escala de depresión de Hamilton, fue mayor en el grupo con obesidad que con el grupo control. Asimismo, la intensidad de la

sintomatología ansiosa medida a través de la escala de ansiedad de Hamilton, fue mayor en el grupo con obesidad comparada con la presentada por el grupo control, con diferencias significativas. (Tabla 4)

TABLA 4. Intensidad de los síntomas depresivos y ansiosos en la muestra final.

Escala	Peso normal (n=59)	Obesidad (n=59)	F	p
HAM-D	4.10 ±3.41	6.34 ±5.83	6.472	.012
HAM-A	6.03 ±3.75	8.80 ±7.04	7.072	.009

3.- Imagen corporal en sujetos con peso normal y con obesidad

A través de la escala de Gardner, se encontró que los sujetos del grupo con peso normal deseaban tener una silueta 5.6% más delgada con respecto a la silueta corporal que ellos creían tener. Este grupo presentó una media en el índice de distorsión de - 0.37 (DE 2.33), la puntuación negativa indica que este grupo en general se percibió con una silueta corporal más delgada de la que en realidad le correspondía de acuerdo a su IMC.

En el caso de los sujetos con obesidad, a través de la escala de Gardner, se encontró que ellos deseaban tener una silueta 24.15% más delgada con respecto a la silueta corporal que ellos creían tener. Este grupo presentó una puntuación media en el índice de distorsión de 0.95 (DE 1.39), lo que nos indica que este grupo se percibió con una silueta corporal más voluminosa de la que en realidad le correspondía de acuerdo a su IMC.

Cuando se realizaron las comparaciones, se encontró mayor insatisfacción corporal en el grupo con obesidad comparado con el grupo control, con diferencias estadísticamente significativas (F= 101.947, p = 0.000) y mayor distorsión corporal en el grupo con obesidad (F= 14.018, p = 0.000).

A través de la subescala de insatisfacción corporal de la escala EDI, también se encontró una mayor puntuación en el grupo con obesidad (2.29 DE 3.41) comparado con el grupo control (8.69 DE6.81), con diferencias estadísticamente significativas (F= 41.772, p = 0.000).

Las 10 subescalas del MBSRQ mostraron los siguientes resultados:

1.- La puntuación media de la primera escala, denominada “evaluación de la apariencia”, fue mayor en el grupo con peso normal, que en el caso de los sujetos con obesidad, (p = .000).

- 2.- La segunda sub escala, denominada “orientación de la apariencia”, encontró que los sujetos del grupo control le dan mayor importancia y llevan a cabo conductas o esfuerzos mayores para verse bien o tener buena apariencia en comparación con los del grupo con obesidad, los cuales realizan menores esfuerzos o actitudes para verse bien ($p = .038$).
- 3.- La sub escala número 3 del MBSRQ, denominada “evaluación de la aptitud física”, encontró que los sujetos con peso normal se sienten físicamente más “aptos”, “en forma”, activos y físicamente competentes, comparados con el grupo con obesidad, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0.000$).
- 4.- La sub escala que complementa a la evaluación de la aptitud física, es la de “orientación de la aptitud física”, la cual encontró que los sujetos con peso normal consideran que participan más en actividades para mejorar o mantener su estado físico que aquellos con obesidad ($p = .000$).
- 5.- La sub escala de “evaluación de la salud”, mostró que los sujetos con peso normal evaluaron mejor el estado de salud que presentaba su cuerpo comparados con el grupo con obesidad ($p = .000$).
- 6.- La sub escala de orientación hacia la salud, encontró que los sujetos controles presentaban una mayor conciencia de su salud y realizaban acciones para tratar de llevar una vida más sana, en comparación con los sujetos con obesidad, los cuales presentaron mayor apatía/indiferencia hacia su estado de salud ($p = .000$).
- 7.- La sub escala “orientación ante la enfermedad”, no encontró diferencias estadísticamente significativas, en las reacciones de los sujetos ante la posibilidad de estar enfermos y actuar en consecuencia (buscar atención médica), entre ambos grupos ($p = 0.533$).
- 8.- La sub-escala “satisfacción de áreas corporales”, encontró que los sujetos con peso normal se encontraban más satisfechos con áreas específicas del cuerpo como la cara, pelo, parte inferior del cuerpo, parte media, parte superior, tono muscular, peso, talla y aspecto general, comparados con el grupo con obesidad, diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.000$).
- 9.- La sub-escala denominada “preocupación por el sobrepeso”, encontró niveles menores de ansiedad por poder estar “gordo”, el estar al pendiente del peso, la dieta, y la restricción de alimentos en el grupo control, y niveles mayores en el grupo de sujetos con obesidad, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.194$).
- 10.- En la sub escala de “autoclasificación de peso”, se encontró que el grupo con obesidad se autoclasifica con mayor peso que el grupo control, ($p = 0.000$).

En la tabla 5, se concentran los resultados de la escala de Gardner, subescala de insatisfacción corporal del EDI y las sub-escalas del MBSRQ, y la respectiva comparación entre grupos.

TABLA 5. Comparación entre grupos de las escalas para medir imagen corporal

Escalas	Peso normal (n=59)	Obesidad (n=59)	F	P
Escala de Gardner				
Índice de insatisfacción corporal	1.12 (1.88)	4.83 (2.11)	101.947	.000
Índice de distorsión corporal	-0.37 (2.33)	0.95 (1.39)	14.018	.000
Sub-escala de insatisfacción corporal del EDI	2.29 (3.41)	8.69 (6.81)	41.772	.000
Sub-escalas del MBSRQ				
Evaluación de la apariencia	5.52 (0.53)	4.49 (0.81)	66.623	.000
Orientación de la apariencia	5.46 (0.47)	5.22 (0.74)	4.406	.038
Evaluación de la aptitud física	5.40 (0.76)	4.83 (0.78)	15.863	.000
Orientación de la aptitud física	5.95 (0.71)	5.38 (0.53)	24.540	.000
Evaluación de la salud	7.00 (0.54)	6.08 (0.85)	48.961	.000
Orientación de la salud	4.90 (0.48)	4.49 (0.46)	22.590	.000
Orientación ante la enfermedad	5.47 (0.88)	5.37 (0.83)	.391	.533
Escala de satisfacción de áreas corporales	3.58 (0.54)	2.86 (0.74)	37.487	.000
Preocupación por el sobrepeso	2.29 (0.82)	2.51 (0.97)	1.707	.194
Auto-clasificación de peso	2.99 (0.46)	4.43 (0.47)	284.391	.000

DISCUSIÓN

La obesidad constituye un problema de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país, con importantes comorbilidades y complicaciones tanto desde el punto de vista psiquiátrico como desde el punto de vista médico no psiquiátrico. Hasta el momento, la obesidad se encuentra ausente de las clasificaciones psiquiátricas, pero el aumento de su frecuencia y la gravedad de los problemas que lleva asociados condicionan un abordaje multidisciplinario de la misma, incluyendo de forma relevante sus aspectos psicológicos y psiquiátricos. Los estudios iniciales de la obesidad desde su vertiente psicológica implicaron la búsqueda de un tipo de personalidad específica y la suposición

de la existencia de una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas que en la población general. Hasta la fecha, existen resultados contradictorios en los que algunos autores señalan que los obesos son más duros y recelosos y menos depresivos, otros han encontrado una mayor ansiedad somática, tensión muscular, impulsividad y una menor puntuación global en las escalas que miden el grado de sociabilidad, algunos sostienen que hay algún tipo de comorbilidad psicopatológica en las personas con sobrepeso u obesidad, mientras que otros dicen lo contrario, por lo que en 2007, Baile J.I., y cols., realizaron una revisión en donde concluyen que de los estudios revisados se encuentra mayoritariamente algún tipo de comorbilidad psicopatológica en las personas con sobrepeso u obesidad, así como que las comorbilidades más prevalentes parecen estar relacionadas con los trastornos del estado ánimo, los trastornos de ansiedad, el consumo de sustancias y los trastornos de la conducta alimentaria. En concordancia con la literatura previa, en este estudio se encontró que de los sujetos con obesidad, 21 (35.6%) cumplían con criterios para depresión, 7 (11.9%) para distimia, 8 (13.5%) tenían algún riesgo de conducta suicida, 1 (1.7%) cumplía criterios para trastorno de angustia, 1 (1.7%) para dependencia/abuso de alcohol, 1 (1.7%) para bulimia, 23 (39.0%) para trastorno de ansiedad generalizada y 2 (3.4%) para trastorno antisocial de la personalidad.

En este estudio, ningún sujeto del grupo control, cumplió con los criterios para alguno de los trastornos psiquiátricos, en el momento de la evaluación a través de la entrevista estructurada MINI. Sin embargo, si presentaron algunos síntomas en las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad, aunque fueron menores que las puntuaciones de ansiedad y depresión encontradas en el grupo con obesidad, lo cual corresponde con lo documentado en la literatura previa.

Independientemente de las discrepancias que existen en la literatura sobre la psicopatología presentada en obesos mórbidos, en cuanto a alteraciones afectivas, ansiosas y trastornos de personalidad, se ha documentado que entre los hallazgos más constantes en esta población, se encuentra una elevada frecuencia de conductas bulímicas (atracones) y una elevada insatisfacción corporal (Calvete C.D., y cols, 2002). En concordancia con el estudio de Calvete C.D. y cols, en este trabajo de investigación se encontraron mayores niveles de insatisfacción corporal en el grupo de sujetos con obesidad, tanto a través de la escala de Gardner, como también a través del puntaje total de la subescala del EDI para esta medida.

En la literatura, existen resultados mixtos sobre la dimensión perceptiva de la imagen corporal en obesidad. Las primeras investigaciones en este campo, postulan la hipótesis de que las personas obesas, al igual que las personas con anorexia nerviosa, sobrestiman su tamaño corporal. Otras

investigaciones señalan que los pacientes obesos y con anorexia nervosa exhiben una distribución normal del grado de distorsión de su imagen corporal, con respecto a la media de sobreestimación y la media de subestimación del ancho del cuerpo, esto en contraste con la mayoría de sujetos controles quienes subestiman el ancho de su cuerpo. Finalmente algunas otras investigaciones que comparan la variabilidad en la percepción del cuerpo en la anorexia nervosa, bulimia nervosa, sujetos obesos y controles sanos, han encontrado que en los sujetos control la percepción era bastante precisa, y que en los otros grupos clínicos fue significativamente menos precisa, sobreestimando el tamaño del cuerpo, (Cash F., et al, 2002). En nuestro estudio, se encontró que los sujetos con peso normal presentaban una discreta distorsión negativa de su imagen corporal, lo que significa que tienden a percibir su silueta corporal ligeramente menor de lo que en realidad les corresponde por su IMC. En el caso del grupo con obesidad se encontró una distorsión positiva de su imagen corporal, lo que significa que tienden a percibir su silueta, ligeramente mayor de lo que en realidad son. Nuestros datos coinciden con lo reportado previamente en la literatura.

En algunos estudios con enfoques multidimensionales de la imagen corporal como el realizado por Cash, Thomas F. 1986, el cual ofrece una perspectiva más integral de la imagen corporal, encontró que los sujetos con sobrepeso, tenían puntuaciones menores en la evaluación de su apariencia en comparación con los sujetos con peso normal o peso bajo, los cuales no difirieron significativamente entre sí. En nuestro estudio, la evaluación de la apariencia fue más alta en el grupo con peso normal, lo que significa que este grupo evaluó su aspecto físico de mejor forma y se sentían más satisfechos con su apariencia que aquellos del grupo con obesidad lo cual coincide con lo documentado por Cash desde 1986. También se encontró que los sujetos del grupo control le dan mayor importancia a su apariencia y llevaban a cabo conductas o esfuerzos mayores para verse bien a diferencia de los sujetos del grupo con obesidad.

De acuerdo a lo esperado, en el grupo control las personas se sentían físicamente más competentes, participaban en más actividades para mejorar o mantener su estado físico, evaluaron de mejor forma su estado de salud y trataban de llevar una vida más sana que en el grupo obesidad. Sin embargo, contrario a lo esperado, las personas con obesidad y peso normal no reaccionan de forma distinta ante la posibilidad de presentar alguna enfermedad y actuar en consecuencia, lo cual no es necesariamente contradictorio con el hecho de que las personas con peso normal traten de llevar una vida más sana, pues la búsqueda de atención ante la enfermedad y la percepción de esta depende también de otros factores socioculturales.

También, es interesante observar que aunque los sujetos con obesidad, sabían y se auto-clasificaban con mayor peso que los controles, no se encontraron diferencias sustanciales en los niveles de ansiedad por poder llegar estar “gordos”, o estar al pendiente del peso, la dieta, y la restricción de alimentos entre los grupos, lo cual aunado a los datos anteriores nos podría sugerir que las personas con obesidad tienen una percepción adecuada de su imagen corporal, se encuentran insatisfechos por lo anterior, pero no actúan en consecuencia. En este punto, es importante recordar que la imagen corporal es un constructo hipotético, multifacético que abarca las propias percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones respecto al cuerpo, pero también es una experiencia humana consciente e inconsciente influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos. Este constructo de “imagen corporal” ha demostrado ser útil a través de múltiples estudios empíricos, tanto por su relevancia por lo que respecta a su relación con diversos problemas de ámbito clínico como de múltiples fenómenos psicosociales no necesariamente patológicos. En el caso de México, los altos índices de obesidad, nos llevan a explorar más aspectos caracterológicos, etológicos, relacionales, etiológicos y de tratamiento en esta población. Es por ello que es importante continuar con las investigaciones que no solo describan, sino que busquen factores de causalidad y/o tratamiento en la población con obesidad.

Cabe mencionar que tanto en el caso del grupo con obesidad como en el caso del grupo con peso normal, la mayoría de los participantes eran población no clínica, es decir no eran pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría, ya que se entrevistaron predominantemente a familiares o acompañantes de los pacientes, pues estos últimos muchas veces no contaban con el tiempo suficiente para completar las evaluaciones, mientras que los primeros tenían tiempo de contestar a las evaluaciones utilizando el tiempo en que su paciente recibía la atención médica, llámese pre-consulta, consulta subsecuente, historia clínica, entrevista de trabajo social para el estudio socioeconómico, proceso de hospitalización, estudios de laboratorio, entre otros).

CONCLUSIONES

- 1.- En el presente estudio se encontraron mayores niveles de depresión y ansiedad en los sujetos con obesidad que en aquellos con peso normal.
- 2.- Los sujetos con obesidad presentaron mayor insatisfacción corporal que aquellos con peso normal.
- 3.- Los sujetos con peso normal subestimaron ligeramente su percepción corporal, mientras que los sujetos con obesidad sobrestimaron ligeramente su percepción corporal.
- 4.- En el aspecto actitudinal, los sujetos con peso normal realizaban más actividades para mantener o mejorar su aspecto físico.
- 5.- En ambos grupos, no se encontraron diferencias en su orientación ante la enfermedad.
- 6.- En ambos grupos, no se encontraron diferencias en la preocupación por el sobrepeso.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”

Proyecto: “Diferencias en las características actitudinales, emocionales y perceptuales de la imagen corporal en personas con obesidad y peso normal”

Lea atentamente este documento

Esta carta de consentimiento puede contener palabras que no entienda, en cuyo caso por favor pida al investigador del estudio que se le expliquen cualquier palabra o procedimiento que no entienda claramente.

Esta carta describe el objetivo, procedimientos, beneficios, riesgos, malestares y precauciones del estudio. Usted sólo debe participar en el estudio si desea hacerlo, si firma este consentimiento da su autorización para ser incluido en el estudio.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El estudio pretende conocer y describir algunas posibles características de las personas con obesidad. La obesidad constituye un problema de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. Al ser un padecimiento tan frecuente, en los últimos años han crecido las investigaciones en torno a dicho padecimiento, en áreas como las causas que la originan, la frecuencia con la que se presenta, así como otras enfermedades que puedan acompañarla, etcétera. El objetivo de este estudio es evaluar la imagen corporal en personas que cursan con obesidad. La imagen corporal es la forma en como nos percibimos, como nos sentimos y como actuamos respecto a nuestro propio cuerpo. Existe poca información en relación a la imagen corporal y sus características en personas con obesidad, así como de las diferencias que puedan existir cuando se comparan con personas con peso sano, de ahí en la importancia de contribuir a la descripción de estas características.

¿Qué procedimientos involucra su participación en el estudio?

Su participación no tendrá ningún costo, tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Su participación consistirá en una entrevista y contestar una serie de cuestionarios escritos para la evaluación psiquiátrica. Al finalizar su participación, usted continuará su atención médica especializada de acuerdo a los estándares de atención del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRFM).

La descripción de su participación este estudio se explica a continuación:

Una vez que usted acepte participar y firme la hoja de consentimiento informado se le solicitarán algunos datos sociodemográficos (nombre, edad, sexo, estado civil, etc.). Posteriormente se le pesará y medirá. Se le realizará una entrevista psiquiátrica M.I.N.I.,

para descartar padecimientos psiquiátricos no identificados previamente, dos cuestionarios que evalúan síntomas de ansiedad y depresión (Hamilton de Ansiedad y Hamilton de Depresión) y se finalmente se aplicarán 3 cuestionarios que evalúan la imagen corporal (MBSRQ, Escala de Imagen corporal de Gardner, Subescala de imagen corporal del EDI).

¿Cuáles son los posibles riesgos y molestias por participar en el estudio?

Durante la aplicación de los cuestionarios es posible que se toquen temas sensibles para usted, en caso de requerirlo recibirá contención por parte de los investigadores involucrados en el estudio y de ser necesario será enviado al servicio de Atención Psiquiátrica Continua de esta institución.

¿Cuáles son los beneficios que obtiene por participar?

Su participación no le proporcionarán ningún beneficio directo; sin embargo, su participación es valiosa para ampliar el conocimiento sobre como las personas con obesidad se perciben así mismas, como se sienten y cómo actúan con respecto a su propio cuerpo. La evaluación psiquiátrica y médica (estado nutricional) aportan información que darán una visión global de su estado de salud.

Qué tiene que hacer durante su participación

Mientras participe en el estudio debe:

- Contestar las preguntas realizadas por el investigador
- Informar al investigador del estudio sobre todos los problemas y malestares que tenga durante el estudio

Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos numéricos que hacen imposible su identificación. La información que incluya su nombre, dirección u otros datos personales solo será registrada en el expediente de investigación de este estudio, el cual solo será consultado por los investigadores involucrados en el estudio, esta información no será incluida en su expediente clínico. Si los resultados de esta investigación son presentados, su identidad no será revelada.

¿Qué pasa si cambia de opinión?

Su participación en este estudio de investigación es voluntaria. Es libre de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin que se vea afectada la atención médica que recibe en esta institución.

Costos

Su participación no tendrá ningún costo para usted.

¿A quién puede solicitar información?

Al aceptar participar en este proyecto se le garantiza la respuesta de cualquier duda, ya que durante la realización de todo el estudio estará presente un investigador para aclarar cualquier duda o inquietud.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor comuníquese con el Investigador principal, médico residente Yoshimar Abel García López al teléfono 4160-5285 o con a la Dra. Griselda Iris Flores Flores al teléfono 4160-5241

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como sujeto de investigación, por favor comuníquese con la Presidenta del Comité de Ética en Investigación, Lic. María Teresa López Jiménez.

Declaración de Consentimiento del Sujeto de Estudio

- + He tenido el tiempo suficiente para considerar si deseo participar o no en este estudio.
- + Mi participación es voluntaria y puedo decidir no participar o retirarme del estudio de investigación en cualquier momento, sin penalidad o pérdida de los beneficios a los que de otra manera tenía derecho.
- + He tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver las dudas sobre este estudio de investigación.
- + Se me ha informado cuánto tiempo participaré en el estudio de investigación.
- + Se me ha informado sobre los procedimientos que se llevarán a cabo durante el estudio de investigación.
- + Se me han informado sobre los posibles riesgos y beneficios por mi participación.
- + No tendré beneficios directos por mi participación en este estudio.
- + Se me ha informado que recibiré una copia firmada y fechada de esta carta de consentimiento informado.

Después de haber leído, entendido y aclarado mis dudas sobre lo que implica la participación en este estudio, acepto de manera voluntaria participar en este estudio.

Nombre y firma del participante _____ Fecha _____

Nombre y firma del testigo 1 _____

Fecha _____

Nombre y firma del testigo 2 _____

Fecha _____

Nombre y firma del investigador _____

Fecha _____

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2014). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado el 01 de diciembre de 2012, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>
- 2.- Braguinsky J. Prevalencia de obesidad en América Latina. ANALES Sis San Navarra 2002; 25: 108-115.
- 3.- INEGI. Mujeres y Hombres en México 2009. Décimo tercera edición.
- 4.- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública 2006.
- 5.- Kuri-Morales P, Emberson J, Alegre-Díaz J, Tapia-Conyer R et al. The prevalence of chronic diseases and major disease risk factors at different ages among 150 000 men and women living in Mexico City: cross-sectional analyses of a prospective study. BMC Public Health 2009; 9: 9.
- 6.- Gleeson K, Frith H. (De) constructing body image. J Health Psych 2006; 11: 79–90.
- 7.- Hebebrand J, Hinney A. Environmental and Genetic Risk Factors in Obesity. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009; 18: 83–94.
- 8.- Fortuna JL. The Obesity Epidemic and Food Addiction: Clinical Similarities to Drug Dependence. J Psychoactive Drugs 2012; 44: 56–63.
- 9.- Van Vlierberghe L, Braet C, Goossens L. Dysfunctional Schemas and Eating Pathology in Overweight Youth: A Case Control Study. Int J Eating Disord 2009; 42: 437–442.
- 10.- Marcus MD, Wildes JE. Obesity: Is it a Mental Disorder? Int J Eat Disord 2009; 42: 739–753.
- 11.- Kasen S, Cohen P, Chen H, Must A. Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. Int J Obesity 2008; 32: 558–566.
- 12.- Dong C, Sánchez LE, Price RA. Relationship of Obesity to Depression: a family-based study. Int J Obesity 2004; 28: 790–795.
- 13.- Kark M, Neovius M, Rasmussen F. Obesity status and risk of disability pension due to psychiatric disorders. Int J Obesity 2010; 34: 726–732.
- 14.- Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP et al. Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. Am J Psychiatry 2007; 164: 328–334.
- 15.- Cash F. Body image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. Nueva York: The Guilford Press; 2002; pp. 135-140.
- 16.- Cash FT, Szymanski ML. The developmental and validation of the Body–Image ideals questionnaire. J Personality Assess 1995; 64: 466-477.

- 17.- Veale D. Body dysmorphic disorders, a treatment manual. Singapore: Wiley-Blackwell; 2010; pp. 55-57.
- 18.- Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, Zwaan M et al. Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *J Psychosom Resear* 2012; 62: 321–327.
- 19.- Delgado C, Morales MJ, Maruri I, Rodríguez C et al. Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30: 376-381.
- 20.- López AP. Conductas alimentarias de riesgo asociadas a los trastornos de la alimentación y su relación con la imagen corporal percibida en adolescentes. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes* 2009; 18: 2.
- 21.- Williamson DA, Womble LG, Zucker NL, Reas DL et al. Body image assessment for obesity (BIA-O): Development of a new procedure. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2000; 24: 1326-1332.
- 22.- Killen JD, Taylor CB. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescents girls: a three years prospective analysis. *Int J. Eat Disor* 1996; 16: 227-381.
- 23.- Presley W, Cash T, Brown T. Body Image or Body Images?: Comparative, Multidimensional Assessment Among College Students. *J Personal Assess* 1990; 54: 213-230.
- 24.- Pull CB, Aguayo GA. Assessment of body-image perception and attitudes in obesity. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24: 41–48.
- 25.- Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004; 1: 43–56.
- 26.- Cash TF. *MBSRQ USERS MANUAL*. 2000.
- 27.- Rodríguez MA, Beato L, Rodríguez T, Martínez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31(2): 59-64.
- 28.- Túry F, Gullec H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *J Psychos Resear* 2010; 69: 601–611.
- 29.- Lara MC, Ontiveros MP, Berlanga CH, De La Fuente JR. Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. *Salud mental* 1988; 11: 7-10.
- 30.- Ramos-Brieva JC. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso – Esp Neurol Psiquiatr* 1986; 14: 324-334.
- 31.- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorin P et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.

- 32.- Smith L, First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad de Eje II del DSM-IV. Hospital del Mar. Barcelona: Masson; 1999.
- 33.- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. Nueva Jersey; 1988; pp. 310-311.
- 34.- Rivero O, Paredes R. Ética en el ejercicio de la medicina. México: Editorial Médica Panamericana; 2006; pp. 66-68.
- 35.- Toro J. El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Editorial Ariel; 1996; pp. 162-165.
- 36.- Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N, Vocks S. Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. Eur Eat Disorders Rev 2011; 19: 375-381.
- 37.- Allen G, Safranek S. Secondary Causes of Obesity. Am Fam Physician 2011; 83: 973-972.
- 38.- Grabe HJ, Volzke H, Ludemann J, Wolff B et al. Mental and physical complaints in thyroid disorders in the general population. Acta Psychiatr Scand 2005; 112: 286–293.