



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“DISTORSIÓN EN LA PERCEPCIÓN DE
LA IMAGEN CORPORAL
EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

NATALIA CARVAJAL NAVARRETE

**DIRECTORA DE TESIS:
DRA. EVA MARÍA ESPARZA MEZA**

**REVISOR DE PROYECTO:
DR. ALBERTO JAVIER CÓRDOVA ALCARAZ**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres, Xavier y Natalia

A Celia, mi abuela

(In Memoriam)

Nunca he sabido si el cuerpo es nuestra posesión;
si en verdad lo tenemos
o más bien lo llevamos como algo ajeno al ser:
una carga

Eloy, *La mano del amo.*

Agradecimientos

A mi papá, el Dr. Xavier Carvajal, por las atenciones y el amor sin límites. Por la incansable lucha que ha realizado para estar siempre al lado de mis hermanos y mío.

A mi mamá, Dra. Natalia Navarrete, por mostrarme siempre aquello a lo que mis ojos son ciegos, por los consejos, los regaños, por su amor incondicional y por enseñarme a ser fuerte.

Quiero agradecer a ambos los infinitos cuidados y el eterno apoyo; por no permitir que tropezara cuando el camino era borrascoso. Porque todos los proyectos que he emprendido han sido posibles gracias a ellos y porque son mi ejemplo a seguir. Mi deuda es sempiterna.

A mi abuela, Celia Mena, por el cobijo constante de mujer protectora, por ser amiga y confidente, por todo el cariño. Porque aunque ya no esté, permanece.

A mis hermanos, Javier, Mariana y Diego, por las peripecias y regaños compartidos, por ser mis primeros amigos.

A mis tíos, José, Abril y Germán, por dar color a mi vida y por ser siempre parte de ésta.

A mis amigos, compañeros fieles de aventuras, por su compañía constante.

Quiero expresar mi reconocimiento y admiración a la Dra. Eva María Esparza Meza, por su sabiduría, por guiarme en este proceso y por el invaluable apoyo académico; así como al Dr. Alberto Córdova, por su buen humor y paciencia, pero sobre todo por sus valiosas observaciones.

Agradezco también al Ing. Higinio Barrón Rodríguez, por hacer posible el trabajo con los jóvenes de la Escuela Secundaria Técnica No. 9 “Ingeniero Walter Cross Buchanan”.

De igual manera, agradezco al Dr. Samuel Jurado, a la Lic. Lidia Díaz San Juan, y a la Mtra. Wendy Lara Olguín; por el tiempo que dedicaron a leer este trabajo. Gracias Wendy, también por la amistad.

Por último, gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi hogar durante una de las etapas más satisfactorias de mi vida.

Índice

1. Resumen	1
2. Introducción	1
3. Adolescencia	5
3.1. ¿Qué es la adolescencia?	5
3.2. Cambios físicos durante la adolescencia	6
3.3. Cambios psicológicos durante la adolescencia	11
4. Obesidad	22
4.1. ¿Qué es la obesidad?	22
4.2. La obesidad en diferentes épocas.....	22
4.3. Clasificación de la obesidad	23
4.4. Métodos para medir la grasa corporal	25
4.5. IMC como método principal para determinar obesidad en niños y adultos.	27
4.6. Causas de la obesidad.....	28
4.6.1. Desequilibrio de nutrientes (ingesta y gasto energético).	30
4.6.2. Factores hormonales.	34
4.6.3. Factores socioculturales.	35
4.6.4. Factores genéticos.	37
4.7. Factores psicológicos asociados a la obesidad.....	39
4.8. Obesidad en la infancia y la adolescencia	43
4.9. Prospectiva.....	45
4.9.1. Padecimientos asociados al sobrepeso y obesidad en la edad adulta	47
4.10. Implicaciones de la obesidad en el gasto público	53
4.11. La obesidad en México y en el mundo.....	54
5. Imagen corporal.....	59
5.1. ¿Qué es la imagen corporal?	59
5.2. Megarexia.....	63
5.3. El cuerpo como construcción social	65
5.4. Satisfacción e insatisfacción corporal.....	70

5.5.	Estudios sobre imagen corporal	71
5.6.	¿Cómo se evalúa la imagen corporal?	74
5.7.	Estructuración de la Imagen Corporal	75
5.8.	La imagen: síntesis de la experiencia emocional	81
5.9.	El Estadio del espejo	85
5.10.	Negación	90
6.	Método	96
6.1.	Planteamiento	96
6.2.	Pregunta de investigación	96
6.3.	Objetivo General	96
6.4.	Objetivos Particulares	96
6.5.	VARIABLES	97
6.6.	Tipo de estudio	99
6.7.	Participantes	99
6.8.	Criterio de inclusión	99
6.9.	Escenario	99
6.10.	Instrumento	100
6.11.	Procedimiento	100
8.	Resultados	102
9.	Discusión y conclusiones	110
10.	Limitaciones y sugerencias	115
11.	Bibliografía	116

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Clasificación de IMC en adultos</i>	28
Tabla 2 <i>Porcentaje de sobrepeso (incluyendo obesidad) infantil, por región, género y edad</i>	55
Tabla 3 <i>Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en América, por género y edad</i>	56
Tabla 4 <i>Países con mayor porcentaje (%) de sobrepeso (incluyendo obesidad) en niños de 5-17 años, según la OEDC</i>	56
Tabla 5 <i>Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años</i>	57
Tabla 6 <i>Clasificación de grados de distorsión de imagen corporal</i>	98
Tabla 7 <i>Cruces de variables tras realizar X^2</i>	104
Tabla 8 <i>Relación entre peso real y distorsión de la imagen</i>	105
Tabla 9 <i>Relación entre el peso y la negación de la distorsión</i>	106
Tabla 10 <i>Relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con obesidad</i>	107
Tabla 11 <i>Relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con sobrepeso</i>	108
Tabla 12 <i>Relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con peso normal</i>	109

Índice de figuras

<i>Figura 1</i> Total de participantes, distribución por sexo	102
<i>Figura 2</i> Distribución de los participantes por grado escolar	103
<i>Figura 3</i> Distribución de los participantes por edades	103
<i>Figura 4</i> Estado nutricional.....	104

1. Resumen

El presente estudio ha analizado la distorsión en la percepción de la imagen corporal, en una población de adolescentes de entre 11 y 16 años de edad. Para ello se utilizó como instrumento la figura humana y un cuestionario breve, así como los datos antropomórficos de cada participante (peso y estatura). Los resultados obtenidos muestran que existe una mayor subestimación de la imagen corporal a medida que el peso aumenta; lo mismo ocurrió con la negación de dicha subestimación, ya que se encuentra en mayores porcentajes en aquellos individuos con mayor peso.

2. Introducción

La obesidad en la infancia y adolescencia tiene importantes impactos negativos para la salud que se extienden hasta la edad adulta. El que los niños con sobrepeso u obesidad mantengan su peso corporal por arriba del ideal durante la infancia y adolescencia, incrementa la probabilidad de que sean adultos obesos (Álvarez, Esparza, Candia, & Quizán, 2008). Los niños obesos y con sobrepeso tienden a ser adultos obesos, tienen también mayor probabilidad de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas. Además, debido a que tanto la obesidad como las enfermedades asociadas son prevenibles, hay que otorgar un lugar prioritario a la prevención de la obesidad infantil (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014a).

La obesidad infantil se ha duplicado o triplicado en las últimas décadas, encontrando mayor vulnerabilidad en poblaciones de afroamericanos, hispanos y asiáticos son más vulnerables debido a que nacen con una carga genética y epigenética a la que se le agrega un medio ambiente en el que abunda la comida y el sedentarismo (Monereo, Iglesias, & Guijarro, 2012).

La obesidad representa una seria discapacidad tanto en el niño como en el adolescente debido a que merma su desarrollo físico, social y psicológico. Niños y

adolescentes con sobrepeso son blanco de burlas de parte de sus compañeros, quienes les ponen apodosos o los insultan, lo que ocasiona angustia y aislamiento (Korbman, 2007). Los niños obesos, al igual que los adultos, están expuestos a discriminación debido a su imagen corporal y al hecho de que usualmente son torpes para realizar juegos y deportes; esto último además favorece el sedentarismo (Monereo et al., 2012). Debido a que en nuestra sociedad hay una preocupación sobre la delgadez, los niños con obesidad usualmente son rechazados y son blancos fáciles de discriminación. Existen estudios (Richardson et al., 1961, citados en Korbman, 2007), en donde se ha visto que los niños de entre 10 y 11 años prefieren ser amigos de niños discapacitados antes que de niños con sobrepeso; y que en niños de seis y diez años, la obesidad se asocia con características negativas como pereza y desaliño.

En la actualidad, predominan los estándares de belleza basados en la delgadez que los medios de comunicación difunden, atribuyéndole atractivo, felicidad, popularidad y éxito. La internalización de dichos estándares, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal, debido a que cuando un individuo ha interiorizado este tipo de cuerpo ideal, pero su cuerpo discrepa de ello, surge la insatisfacción corporal (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor, & López-Miñarro, 2013).

Los cambios hormonales que tienen lugar durante la adolescencia producen un efecto claro en la modificación de la forma del cuerpo: el pecho y los hombros quedan más amplios en los jóvenes; mientras que, en las muchachas las caderas y la pelvis se ensanchan; este desarrollo pélvico se inicia antes que otros rasgos morfológicos adolescentes (Prado, 1996). Antes del “estirón”, existe un incremento en la grasa corporal, este incremento de grasa ocurre de forma permanente en las mujeres y pasajera en los hombres debido a que conforme ocurre el estirón, los jóvenes pierden la mayor parte de esta grasa adicional, mientras que las muchachas suelen conservarla (Craig, 2001). Así, los varones se tornan más delgados y su masa muscular aumenta de forma notoria, mientras que en las mujeres aumenta el tejido adiposo subcutáneo de manera general, pero de forma

más notoria en caderas, muslos, nalgas, pechos y antebrazos; en las mujeres, el aumento de fuerza muscular es mucho menor. Durante la adolescencia es cuando la diferencia entre el cúmulo de grasa es mayor, porque si bien una adolescente de 17 años puede tener hasta 25% de su peso total en grasa subcutánea, en un adolescente varón de la misma edad, este porcentaje es de 10-12% (Prado, 1996).

La autopercepción errada de la imagen corporal en adolescentes, puede ser una de las barreras principales para la pérdida o cambio de peso exitosos, ya que los adolescentes realizan dietas para adelgazar, no por su peso real, sino por la percepción que tienen de su cuerpo y si están satisfechos o no con él (Sámano et al., 2015).

A las personas con distorsión de la imagen corporal con subestimación, también denominada “megarexia” (Brugos, 2005), les ocurre lo contrario que a aquellas que padecen anorexia; ya que estas últimas, cuando se miran al espejo se ven obesas aunque sufran una delgadez extrema; por el contrario quienes padecen megarexia no son capaces de percibir su exceso de peso, perciben su estado físico como delgado, no les preocupa su figura, consideran que su talla es correcta y que no tienen un problema de salud. Se trata, por lo tanto, de una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal, que corresponde a un problema de origen psicológico que conduce a un incremento de peso, malnutrición y falta de medidas dietéticas para llevar una vida saludable (Esquivel, Martínez, S. M., & Martínez, J. L., 2014)

Dada la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad que prevalecen a nivel mundial, así como el incremento que han tenido tales padecimientos, es probable que muchos de estos individuos con sobrepeso u obesidad sean megaréxicos no diagnosticados, que terminarán con grados de obesidad y daños en la salud mayores si no toman conciencia de su problema y rectifican su estilo de vida (Esquivel et al., 2014).

“Desde el punto de vista de salud pública, es mucho más relevante la subestimación [de la imagen corporal] que la sobreestimación, dado los altos niveles de sobrepeso y obesidad existentes en la actualidad” (Pino, López, Moreno, & Faúndez, 2010, p. 327).

Es por ello que el objetivo de este estudio es investigar si existe relación entre el grado de distorsión de la percepción de la imagen corporal y el peso. Es posible que el tratamiento de la obesidad deba tomar un enfoque diferente, en el que se le dé mayor importancia a la propia percepción de la imagen corporal en los individuos con sobrepeso y obesidad, ya que ésta puede ser la clave del mantenimiento de dichos padecimientos.

3. Adolescencia

3.1. ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es el periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Es un período de diversos cambios: biológicos, sociales y psicológicos en los que interactúan sentimientos ambivalentes, de placer y dolor, de sorpresa y vergüenza (Craig, 2001).

Usualmente, se considera que comienza con la pubertad, la parte inicial y biológica de la adolescencia, un proceso de transformaciones desencadenado por las hormonas producidas por el hipotálamo, que aceleran la velocidad del crecimiento e inician el desarrollo de los genitales y aparato reproductor, que a su vez producirán nuevas hormonas (Orozco, 2011). “Se caracteriza por maduración sexual, crecimiento somático, cambios funcionales y capacidad de reproducción. La pubertad se acompaña de modificaciones físicas y hormonales” (Jubiz, 1981, p. 331).

El final de la adolescencia, en cambio, está determinado más bien por factores sociales. Se llega a la edad adulta cuando los jóvenes cumplen ciertas tareas que tienen que ver con sostenerse económicamente a sí mismos, lograr una independencia de los padres y elaborar una identidad y un sistema de valores propios (Lara, A. J. M., 1996). Existen definiciones legales referentes a cuándo se alcanza la mayoría de edad, pero también se encuentran definiciones sociológicas, según las cuales un individuo adquiere el estatuto de adulto cuando puede mantenerse económicamente, ha elegido una carrera, y/o se ha casado o iniciado una familia. Por otra parte, concepciones psicológicas, hacen referencia a cuando una persona alcanza la madurez cognoscitiva y emocional, que puede depender del descubrimiento de la identidad, de la independencia, de formar sistemas de valores, etc. (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010).

Según A. J. M. Lara (1996), la adolescencia es una construcción social con marcadas diferencias interculturales. En las culturas no industrializadas, el paso de la niñez a la vida adulta era más condensado e incluía los ritos de iniciación. En

contraste, las culturas no industrializadas de la sociedad actual, no cuentan con un indicador que marque el paso de la niñez a la adolescencia, si bien ésta tiende a ser una etapa con más libertad para la construcción de la identidad. La adolescencia como la conocemos hoy en día, está determinada por cambios sociales ocurridos a finales del siglo XIX: la edad de enseñanza obligatoria aumentó, al igual que la edad permitida para trabajar, además de que cambiaron las leyes para los delincuentes juveniles.

En las sociedades como la occidental, los adolescentes dependen económicamente de sus padres, mientras obtienen una formación profesional, para obtener empleos que exigen mayores habilidades. A diferencia de esto, en las sociedades menos complejas, la adultez se alcanza a una edad menor porque las habilidades necesarias para la vida adulta se obtienen sin una instrucción prolongada (Craig, 2001).

Se argumenta que la adolescencia es una construcción social porque antes del siglo XX los jóvenes entraban al mundo adulto mucho antes, cuando maduraban físicamente o cuando eran capaces de ejercer un oficio; en la actualidad, en cambio, la entrada al mundo adulto lleva más tiempo debido a la educación o entrenamiento requeridos para poder asumir responsabilidades adultas, por lo que también se prolonga la adolescencia (Papalia et al., 2010).

3.2. Cambios físicos durante la adolescencia

Schonfeld (1973) divide la adolescencia como concepto biológico en tres fases: 1) prepubescencia, la cual inicia con los primeros signos de maduración sexual, y finaliza con el brote del vello púbico; 2) pubescencia, que comienza con la aparición del vello púbico, termina cuando éste ya se ha desarrollado por completo, se da un rápido aumento de la estatura y la menarca en las mujeres, o la primera eyaculación en los varones, así como un desarrollo gradual en los órganos sexuales primarios; y 3) post-pubescencia, que comienza cuando ya se completó el crecimiento de vello púbico y se caracteriza por un crecimiento menos

acelerado, la maduración completa de las características sexuales primarias y secundarias y la sexualidad.

Existe una gran variación sobre la edad a la que comienza la adolescencia, sin embargo, habitualmente ocurre entre los 10 y los 18 años en las mujeres y entre los 12 y 20 en los hombres. A las edades que colindan con la adolescencia se les llama pre y post-adolescencia (Schonfeld, 1973).

En las niñas se pueden comenzar a observar cambios físicos alrededor de los 10 u 11 años, pero también pueden iniciar de forma temprana a los 8 o de forma tardía a los 13. En el caso de los niños, los cambios físicos suelen empezar alrededor de los 11 o 12 años, aunque también pueden aparecer de manera temprana a los 9 o de forma tardía a los 14 (Raising Children Network, with the Centre for adolescent Health, 2010).

Durante la adolescencia se dan cambios tanto en las características sexuales primarias, que son aquellas relacionadas directamente con la reproducción (vagina, útero, ovarios, trompas de Falopio, pene, testículos, vesícula seminal y conductos deferentes), como en las características sexuales secundarias, que no intervienen directamente en la reproducción: aparición de vello púbico, axilar, facial, corporal, cambios en la voz y en la piel (Lara, A. J. M., 1996). Los cambios físicos en el hombre son: el estirón de la adolescencia, un aumento de la masa muscular, así como en el tamaño de los testículos y el pene, aparición de vello facial, axilar, púbico y corporal; mientras que en las mujeres, tiene lugar el estirón, el desarrollo del tejido mamario, menarca, aparición de vello axilar y púbico, así como cambios en el útero, endometrio y vagina (Jubiz, 1981).

Alrededor de los 10 años en adelante, las niñas experimentan un crecimiento repentino que dura más o menos hasta los 12 años. Después, siguen creciendo hasta cerca de los 17 o 18 años. Los niños en cambio, suelen comenzar ese periodo de crecimiento repentino entre 12 y 18 meses después que la mayoría de las niñas, pero siguen creciendo de 3 a 4 años posteriores a que ellas han terminado de crecer, a menudo hasta los 20 o 21 años (Greder, 2008). Este

periodo de “estirón”, se presenta primero en las mujeres, debido a que en ellas usualmente también comienza antes la adolescencia, además, en las chicas la fase de crecimiento acelerado es más corta, dura 4 o 5 años; mientras que en los chicos dura más o menos 6 años. Una vez que este crecimiento se interrumpe, ya se ha alcanzado la estatura adulta (Lara, A. J. M., 1996).

En los hombres aumenta el volumen de los testículos aproximadamente a los 12 años, después el pene también aumenta de tamaño, mientras que los testículos siguen creciendo. A los 13 años el vello púbico aparece y sigue creciendo, en los años siguientes sigue creciendo, se oscurece y engruesa. En las mujeres, el crecimiento de las mamas comienza alrededor de los 11 años, seguido por la aparición del pelo púbico largo y pigmentado aproximadamente a los 12 años. Tanto mamas como pelo púbico continúan creciendo, este último se oscurece y disemina a los 13 años aproximadamente (Jubiz, 1981).

En ambos sexos las glándulas sudoríparas en axilas e ingles son activadas por primera vez durante la pubertad, por lo que el olor corporal se incrementa; las glándulas en la piel de la cara, hombros y espalda empiezan a tener más actividad durante la pubertad, produciendo más grasa, lo que puede generar acné y espinillas, el cabello también se puede volver más oleoso. Además, en los varones cambia la voz, tanto por el crecimiento de la laringe, como por la producción de hormonas masculinas (Raising Children Network, with the Centre for adolescent Health, 2010). Llegada la última etapa de la adolescencia, entre el 75 y 80% de los jóvenes padecen algún grado de acné (Schonfeld, 1973).

Las hormonas son las responsables de que ocurran estos cambios físicos durante la adolescencia. Las glándulas endócrinas segregan hormonas, las cuales controlan las alteraciones físicas que ocurren en la adolescencia; estas hormonas han existido desde el periodo fetal en cantidades muy pequeñas, sin embargo, su producción aumenta considerablemente a los 10 años y medio en las mujeres y 12-13 en los varones (Craig, 2001).

En los hombres, la primera emisión de semen (espermarquia) puede darse entre los 11 y 16 años aproximadamente; en las mujeres, la primera menstruación (menarquia) puede ocurrir entre los 9 y 16 años, muchas veces, los primeros ciclos son irregulares y anovulatorios. La menstruación produce cólicos en casi la mitad de las adolescentes, es frecuente observar tensión premenstrual, caracterizada por irritabilidad, depresión, llanto, inflamación e hipersensibilidad de los senos (Craig, 2001).

Cuando una niña nace, sus ovarios tienen entre 50 y 350 mil folículos primordiales. Durante la adolescencia, la hipófisis comienza a producir la hormona folículo estimulante, que estimula dichos folículos (de Graaf) junto con la hormona luteinizante; así, se produce la ruptura del folículo, dándose lugar a la ovulación. Después de que el folículo colapsa, se transforma en cuerpo lúteo y empieza a producir progesterona. Si no hay fecundación, el cuerpo lúteo se atrofia en un periodo de entre ocho y diez días y no produce estrógenos ni progesterona, lo que provoca la descamación del endometrio y la menstruación. Por otro lado, si se implanta un óvulo fecundado, el cuerpo lúteo persiste, se produce progesterona y continúa el embarazo. La hormona folículo estimulante y la luteinizante segregan cantidades crecientes de estrógenos durante la primera fase del ciclo, esto estimula el crecimiento en el grosor del endometrio. Después de la ovulación, estrógenos y progesterona hacen que el endometrio se desarrolle, ahora hacia los lados. Si la progesterona desciende al día 21 del ciclo, se produce la menstruación (Prado, 1996).

Todos estos cambios hormonales influyen en que, durante esta etapa, la forma del cuerpo se modifique: el pecho y los hombros quedan más amplios en los jóvenes; mientras que, en las muchachas, las caderas y la pelvis se ensanchan; este desarrollo pélvico se inicia antes que otros rasgos morfológicos adolescentes (Prado, 1996). Antes del estirón, existe un incremento en la grasa corporal, este incremento de grasa ocurre de forma permanente en las mujeres y pasajera en los hombres debido a que conforme ocurre el estirón, los jóvenes pierden la mayor parte de esta grasa adicional, mientras que las muchachas suelen conservarla

(Craig, 2001). Así, los varones se vuelven más delgados y su masa muscular aumenta de forma notoria, mientras que en las mujeres aumenta el tejido adiposo subcutáneo de manera general, pero de forma más notoria en caderas, muslos, nalgas, pechos y antebrazos; en las mujeres, el aumento de fuerza muscular es mucho menor. Durante la adolescencia es cuando la diferencia entre el cúmulo de grasa es mayor, porque si bien una adolescente de 17 años puede tener hasta 25% de su peso total en grasa subcutánea, en un adolescente varón de la misma edad, este porcentaje es de 10-12%. Esta mayor cantidad de grasa en las mujeres, sirve para hacer frente a los gastos energéticos que suponen el embarazo y la lactancia, y además para que se dé lugar a la menarquía, las adolescentes deben llegar a una cantidad perceptual de grasa mínima, mientras que las mujeres adultas deben mantener de igual manera, cierto cúmulo de grasa para tener ciclos regulares y poder reproducirse. Esto se debe a que el déficit de peso en la adolescente altera los patrones de secreción de gonadotropinas, “impidiendo la estimulación de la hipófisis y la secreción de las hormonas folículo estimulante y luteinizante, que, como ya se ha dicho, controlan periódicamente la liberación del óvulo y la maduración del folículo ovárico” (Prado, 1996, p. 60).

Por otro lado, también es necesaria la grasa corporal, debido a que los tejidos grasos secretan una hormona llamada leptina, que dispara el inicio de la pubertad. La leptina funciona de la siguiente manera: se acumula en el torrente sanguíneo, lo cual estimula al hipotálamo, que a su vez envía señales a la glándula pituitaria, que incide en las glándulas sexuales para que secreten hormonas (Papalia et al., 2010).

Además, la leptina tiene un papel importante en la obesidad y parece haber una relación entre el sobrepeso y la entrada temprana a la pubertad (Papalia et al., 2010); de igual forma, debido a que la grasa corporal convierte a los andrógenos (hormonas sexuales masculinas) en estrógenos (hormonas sexuales femeninas), se pueden explicar ciertos caracteres feminoides en varones obesos (Prado, 1996).

Tanto las hormonas femeninas como las masculinas están presentes en ambos sexos; sin embargo, en la adolescencia, los varones empiezan a producir mayor cantidad de andrógenos, sobre todo de testosterona, mientras que las mujeres producen mayor cantidad de estrógenos y progesterona (Craig, 2001). El estrógeno es el encargado de hacer que crezcan los genitales femeninos y los senos, mientras que los andrógenos, sobre todo la testosterona es la que provoca el crecimiento de los genitales, masa muscular y vello corporal (Papalia et al., 2010).

3.3. Cambios psicológicos durante la adolescencia

Todos los cambios físicos que ocurren en la adolescencia modifican la imagen que el adolescente tiene de sí mismo y de los demás, pero también cambia la imagen que los demás tienen de él. A su vez, cambia la forma en la que actúa y la posición en la que se coloca frente a los otros, y cómo los otros se posicionan frente a él (Osterriet, 1973).

Los adolescentes tienden a compararse con sus compañeros y/o amigos, aquellos que empiezan a desarrollarse más tarde o más temprano pueden llegar a sentir ansiedad o vergüenza. En las chicas, los cambios asociados a un desarrollo físico precoz pueden no ser tan bien recibidos al entrar en conflicto con el estereotipo social de belleza asociada a delgadez y al cuerpo andrógino (Orozco, 2011). También puede ocurrir que sean más populares entre los chicos y por lo tanto se sientan más atractivas, o que los padres y maestros sean más estrictos y restrictivos; sin embargo, esto se ve influido por la clase social, pues en la clase media se muestra mayor autoconfianza que en la clase baja (Lara, A. J. M., 1996). En contraste, los chicos que tienen un desarrollo físico pronto tendrán también un crecimiento acelerado, y tal vez sean más fuertes y grandes por un tiempo, como la fuerza y la capacidad para realizar deportes tienen gran valor entre los chicos, estos cambios físicos precoces pueden ser bien recibidos (Raising Children Network, with the Centre for adolescent Health, 2010).

El joven adolescente visto por los demás ya está creciendo, y eso implica tanto nuevas facilidades y derechos, como también otro tipo de responsabilidades y demandas de las personas que lo rodean y la sociedad en general (Osterriet, 1973). Deben ajustarse a las expectativas de un comportamiento adulto pero con las restricciones que tendría un niño menor; por lo tanto, se ejerce una presión grande sobre ellos, que puede dar lugar a gran incertidumbre (Philipp & Small, 1997). Así, “podemos resumir la adolescencia como una etapa de cambios en la que una persona deja de ser niño/a, pero todavía no ha adquirido el estatus de adulto” (Orozco, 2011, p. 4).

Por otra parte, como mencionamos antes, los cambios que el adolescente sufre, también inciden en la forma en que las demás personas los perciben y cómo se comportan con ellos. Todos los cambios sufridos por el adolescente, lo desorientan, no termina de comprenderlos, él mismo no se comprende y se siente incomprendido; es por esto que no debe sorprender que la seguridad de los niños de edades previas se vea sustituida por vacilación, torpeza e inquietud (Osterriet, 1973). Así mismo, las hormonas que desencadenan estos cambios físicos que provocan confusión, también afectan en el estado de ánimo, las respuestas emocionales y la conciencia de la sexualidad. Es importante entender que el aumento de la emocionalidad adolescente a menudo se relaciona con los cambios biológicos, cognitivos y sociales que están experimentando (Philipp & Small, 1997).

El adolescente pasa de una etapa de relativa estabilidad lograda en la latencia, a todo un proceso de cambio, en el que tiene que enfrentar circunstancias en las que anteriormente no tenía que adaptarse. Así, se ve entre dos sentimientos contradictorios: por un lado, la emoción ante la novedad, pero por el otro, la nostalgia de lo que era antes (Osterriet, 1973).

“La tarea fundamental de la adolescencia coincidencia de todos los psicólogos, independientemente del modelo epistemológico en el que se coloquen, es el de la identidad, <<self>>, concepto de sí mismo o yo” (García, 1996, p. 133). Así, si bien la infancia es el periodo clave para la formación de la personalidad, es durante la

adolescencia que esta personalidad se consolida: el adolescente busca definirse, afirmarse y revisar su propia identidad (Orozco, 2011).

Durante esta etapa, el adolescente busca diferenciarse de los adultos, y confundirse con sus contemporáneos. Usualmente se desarrolla un apego fuerte hacia un contemporáneo del mismo sexo; siendo posteriormente un amigo del sexo opuesto quien busque el adolescente, con el fin de realizar actividades de seducción y búsqueda. Mediante la amistad, el joven puede alejarse del aislamiento y soledad, así, el joven se refugia en el grupo de pares (Osterriet, 1973).

Si se compara al adolescente con el niño de 9 a 12 años (etapa que algunos autores han llamado “madurez infantil”), es más fácil apreciar los cambios sufridos. El niño de 9 a 12 años es más objetivo, autónomo (con limitaciones que acepta), menos egocéntrico y estructura lógicamente su experiencia; aunque aún lo hace en términos concretos, sus padres son su marco de referencia preferencial, pero también se mueve en un mundo social amplio. En la adolescencia ocurren una serie de cambios orgánicos, intelectuales, sociales, afectivos e incluso de la propia imagen. La economía psíquica sufre un trastorno, que ocasiona una problematización del yo, y, por lo tanto, una concentración también en el yo. El adolescente retorna al egocentrismo, vive ensimismado, es él ahora lo que más le preocupa e interesa y trata de encontrarse a través de los demás (Osterriet, 1973).

Los cambios físicos que tienen lugar, propician que el adolescente tome mayor conciencia de su cuerpo, dirigiendo su atención hacia él: “el hecho de tener un cuerpo que cambia, de ser un cuerpo en proceso de cambio, atraerá inevitablemente la atención del sujeto hacia ese cuerpo que cambia y por lo tanto hacia el yo” (Osterriet, 1973, p. 16).

Debido a la capacidad de analizar los procesos del pensamiento propios, muchas veces los adolescentes se quedan analizando sólo esos pensamientos y no distinguen sus preocupaciones de las de otros; además, creen que las demás personas están tan fascinadas con ellos como ellos mismos. El adolescente se

encuentra ensimismado en sus propios pensamientos, como parte de este egocentrismo, desarrollan una fábula personal omnipotente, que se refiere a la creencia de que como son tan especiales pueden pasar encima de las leyes de la naturaleza sin que les pase algo, lo que origina muchas veces la manifestación de conductas de riesgo (Craig, 2001). Además de esta fábula personal, los adolescentes están convencidos de que todo el mundo los mira y habla de ellos, se sienten incomprendidos porque son personas tan especiales, seguramente nadie ha tenido los mismos sentimientos que ellos antes (Philipp & Small, 1997).

El adolescente debe hacerse una imagen de sí mismo que pueda integrar las diferentes zonas erógenas y subordinarlas a la genitalidad, así, su cuerpo pasa a poseer un significado sexual. Esto puede ser un poco conflictivo, porque supone reelaborar una imagen que antes estaba dada en términos de inocencia. Así, se debe estructurar un nuevo yo corporal y conformar en torno a él una nueva identidad. Existe un temor de que las fuerzas pulsionales se manifiesten a través de este cuerpo erotizado, ese temor implica diversos duelos: 1) el duelo por el cuerpo infantil, en el que el joven, ante la nueva identidad genital, debe renunciar a las fantasías de bisexualidad y dar paso a la masculinidad o feminidad; 2) el duelo por la dependencia infantil, en el que se debe asumir el cuerpo adulto, genital, y se revive el abandono y pérdida de la relación simbiótica con la madre con quien el niño se encontraba en un estado de bienestar y placer; y 3) el duelo de los objetos edípicos, en el que los jóvenes, al ser conscientes del cuerpo sexuado de estos, y la posible intromisión en su relación, remueven su libido de estos y los orientan a nuevos objetos, una forma de desvincularse de los padres ocurre a través de la rebeldía (De Llanos, 1996).

Algunos teóricos han analizado la adolescencia desde diferentes perspectivas, a continuación, se mencionan algunos de los más importantes y sus propuestas.

Lawrence Kohlberg (citado en Papalia 2010), estudió el desarrollo moral de las personas, planteó que la forma en la que la gente considera los temas morales refleja su nivel de desarrollo cognoscitivo. Describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno dividido en dos etapas:

En el nivel 1, de moralidad pre-convencional (4-10 años), se evita el castigo durante la primera etapa, concentrándose más en las consecuencias de los actos que en sus motivos; en la segunda etapa hay adhesión a las reglas por interés propio, tomando en cuenta lo que otros pueden hacer por ellos.

En el nivel 2, de moralidad convencional (10-13 años o más), se mantienen relaciones mutuas, de aprobación de parte de los demás, durante la primera etapa, de esta forma, se acatan las normas para agradar y ayudar a los demás. En la segunda etapa de este nivel, comienza a haber preocupación y conciencia social, se trata de respetar la autoridad y mantener el orden social; sin embargo, aún hay inflexibilidad, porque sólo se sabe si un acto es erróneo o no, pero no se reflexiona si daña a alguien más o si hay otras consideraciones a tomar en cuenta.

En el nivel 3, de moralidad post-convencional (adolescencia temprana, edad adulta o nunca), se valora la voluntad de la mayoría y el bienestar social en la primera etapa; pero cuando la necesidad humana y la ley entran en conflicto, se considera más apropiado acatar la ley; mientras que en la segunda etapa se hace lo que se cree correcto como individuo, se actúa acorde a las normas interiorizadas, independientemente de las restricciones legales.

A estos niveles inicialmente propuestos, se le agregó uno de transición entre los niveles dos y tres, que es cuando las personas ya no están atadas a estándares morales, pero aún no han razonado sus propios principios de justicia, y en cambio, basan sus decisiones morales en sentimientos personales. Con respecto al razonamiento moral y a la conducta moral, la investigación ha advertido que puede no haber relación entre ellas, pues personas con niveles post-convencionales de razonamiento, no necesariamente tienen una conducta más moral que los que se encuentran en niveles inferiores (Papalia et al., 2010).

Erikson (citado en Craig, 2001) por su parte, consideró que la adolescencia, es un periodo en el que al adolescente se le permite explorar y ensayar diversos roles, antes de asumir responsabilidades en el mundo adulto. Asimismo, desarrolló una teoría del yo, de acuerdo con la cual, los adolescentes no conforman su identidad

tomando como modelos a otras personas, sino que sintetizan identificaciones previas que dan lugar a una nueva estructura.

La identidad se forma en la medida en que los jóvenes resuelven tres problemas principales: la elección de una ocupación, la adopción de valores en qué creer y por qué vivir, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. (Erikson citado en Papalia et al., 2010, p. 470).

Erikson (citado en Aguirre, 1996), pone a la identidad en el núcleo de la personalidad adolescente, él describe el desarrollo del hombre en ocho etapas, cada una asentada en los logros de la anterior, integrándolos. Las fases que describen la adolescencia son la 5 y la 6. La etapa 5, de “identidad contra difusión de la identidad”, correspondería a la fase genital de la teoría freudiana, en la que se busca una nueva identidad, y una nueva realidad corporal. La etapa 6 “intimidad contra aislamiento” es en la que se buscan relaciones de intimidad.

Piaget (citado en Orozco, 2001), denominó “el estadio de las operaciones formales” a la etapa que inicia entre 11 y 12 años, y en la cual aparece el pensamiento abstracto (razonar sobre suposiciones y no sobre realidades), y en donde se distingue lo real de lo posible, se sale de lo concreto y se puede realizar un análisis causal. Las capacidades intelectuales y cognitivas en el proceso del pensamiento adolescente, son el resultado de un proceso evolutivo que comienza desde el nacimiento. El pensamiento adolescente se caracteriza por la desvinculación de la lógica con lo concreto, de manera que ya no se opera solamente con lo palpable, sino con proposiciones verbales o simbólicas, es decir, con ideas en lugar de objetos; esto permite al adolescente elaborar y comprender teorías y conceptos, se realizan operaciones sobre operaciones, clasificaciones sobre clasificaciones y serializaciones sobre serializaciones. Aparece también la capacidad de razonar a partir de hipótesis, es decir, de formular ideas sin afirmarlas o negarlas, sino de forma experimental para poder extraer sus consecuencias y compararlas con los hechos. Estas características de pensamiento empiezan a manifestarse alrededor de los 11 o 12 años, pero llegan a un equilibrio a los 14 o 15. Este tipo de pensamiento pertenece a la lógica de las

preposiciones, que es la combinación de proposiciones e hipótesis mediante combinaciones lógicas, independientes de su contenido. Estas operaciones también se pueden llamar hipotético-deductivas (Piaget, 1973).

El niño no va más allá del nivel de las agrupaciones lógicas elementales, o de los grupos numéricos aditivos y multiplicativos. Por el contrario, el adolescente superpone la lógica de las proposiciones a la de las clases y relaciones, así, se va dominando, poco a poco, el razonamiento hipotético-deductivo y la prueba experimental variando un factor a la vez. El niño no construye sistemas, su pensamiento puede ser más o menos sistemático, pero si es que es sistemático, no se da cuenta porque el niño no toma conciencia de su pensamiento, no reflexiona sobre sí mismo; al contrario, el adolescente reflexiona sobre su propio pensamiento y construye ideas (Piaget & Inhelder, 1955).

Ahora bien, al pensamiento formal no lo poseen ni todos los adolescentes ni todos los adultos, pues intervienen factores como diferencias individuales (CI o estilos cognitivos de dependencia-independencia que pueden influir en la resolución de las tareas), también puede depender de la profesión y quehacer personal, y del nivel social y cultural. Además, no todas las tareas formales se necesitan al mismo tiempo (Lara, O. F., 1996)

A. Freud (1973) propuso que en la adolescencia existen cambios en la totalidad del sujeto; no sólo físicos, sino también de carácter y personalidad. Algunos de estos cambios significativos son:

- a) Alteraciones de los impulsos. Existe un aumento indiscriminado de la actividad sexual, que afecta las facetas características a la sexualidad infantil, es decir, a las respuestas sexuales agresivas pregenitales. Poco después, sucede un cambio cualitativo del impulso, es decir, de pregenitales a genitales.
- b) Alteraciones de la organización del yo. Entran en acción mecanismos represivos y de formaciones reactivas, identificaciones y proyecciones, y a veces también de intelectualización y sublimación. Todo el sistema

defensivo del yo se somete a una alta tensión, con el intento de contener los impulsos, pero que se alterna con estallidos de actividad impulsiva.

- c) Alteraciones de las relaciones objetales. Alejamiento de los principales objetos amorosos de la infancia, es decir los padres.
- d) Alteraciones en los ideales y las relaciones sociales.

De esta forma, la presión pulsional rompe el equilibrio de la latencia postedípica, y las transformaciones pulsionales buscan nuevos lazos objetales. El nuevo adolescente experimenta tres pérdidas: la del cuerpo infantil, la de la identidad infantil y la de los padres de la infancia (Aguirre, 1996).

G. Stanley Hall (citado en Aguirre, 1996) elaboró una teoría psicológica retomando el concepto darwiniano de evolución biológica, es decir, hizo una analogía entre la evolución de la humanidad y el desarrollo del individuo. Las fases de desarrollo que propuso son: infancia (0-4 años), que es la etapa animal e implica el desarrollo sensorial y la autoprotección intuitiva; niñez (4-8 años), relativa al hombre cazador-recolector, en la que el niño juega a cosas como los vaqueros, juega al escondite, etc.; juventud (8-12 años), que representa la transición de la humanidad, corresponde a la latencia y es donde se desarrolla la vida educativa; y por último, adolescencia (12-22/25 años), que supone la fase avanzada del desarrollo, previa a la madurez, es la etapa tormentosa en donde la sexualidad será el motor para pasar del amor a sí mismo, al amor a la humanidad y hasta a Dios.

S. Freud, al igual que Hall (citados en Aguirre, 1996), también parte de que tanto la niñez como la adolescencia son periodos filogenéticos, defiende que cada etapa es necesaria y universal, y al ser universales son independientes del medio cultural o ambiental. Las etapas del desarrollo libidinal que propuso, son las siguientes:

- a) Fase oral o canibalística (0-1 años), que se organiza en torno a la boca, en donde la actividad sexual al principio no está separada de la absorción de los alimentos, y puede ser tanto una oralidad pasiva (succión placentera

preambivalente), tanto como una oralidad sádica (morder: ambivalencia pulsional).

- b) Fase sádico anal (1-3 años), se organiza en torno a la retención/evacuación anal, la actividad puede ser pasiva erótica, o activa sádica.
- c) Fase fálica (4-5 años), que se organiza en torno a los órganos genitales, predecesora de la forma final que adoptará la vida sexual, hay manipulación de genitales, se da el Complejo de Edipo, y a partir de la organización de dicho complejo, es que comienza a haber distinción de lo femenino y lo masculino.
- d) Entre los 6 y 10 años tiene lugar el periodo de latencia, pero como no se da una reorganización específica de la personalidad recibe el nombre de periodo y no de fase; este periodo constituye una barrera contra el incesto.
- e) La adolescencia supone la primacía genital y la consumación de búsqueda no incestuosa del objeto; así, mientras la sexualidad infantil es autoerótica y no genital, la sexualidad adolescente será genital y objetal; de esta forma, las nuevas relaciones objetales, hacen que el yo se reconstruya (Aguirre, 1996).

Ahora bien, tanto el término pubertad, como el de adolescencia, no son términos propiamente psicoanalíticos, pues si bien S. Freud y Lacan (citados en Ruiz, L. A. L., 2013) hacen referencia al término adolescencia, lo hacen para referirse a un momento cronológico. El psicoanálisis se ocupó de la niñez y situó en ella los procesos fundamentales de la constitución del sujeto. Para S. Freud, en la niñez se constituye una imagen narcisista, mientras que Lacan sitúa en la niñez la incidencia estructurante de lo simbólico y de fundación de lo imaginario, lo que posibilita la relación con el propio cuerpo y con los otros.

En Tres ensayos de la teoría sexual, S. Freud (citado en Ruiz, L. A. L., 2013) se refiere a la adolescencia como la pubertad, plantea que en la infancia hay algo que no se ha establecido de forma definitiva y se reactualiza en la adolescencia: las elecciones de objeto, hetero u homosexuales, y las elecciones de posición, principalmente en cuanto a la sexualización. En la niñez había zonas erógenas

singulares independientes unas de otras, que ahora en la adolescencia tienen una nueva meta sexual. La maduración sexual posibilita al sujeto un nuevo tipo de goce, que sólo se puede dar si se asume subjetivamente, lo que requiere de la renuncia a los objetos incestuosos.

Antes de la adolescencia, se sitúa el período de latencia, que pareciera una fase en la que el niño está dormido y que con el advenimiento de la pubertad se despierta. Durante esta etapa (pubertad), hay cambios corporales de gran impacto, sin embargo, lo importante es entender que estos cambios, propician que se produzca vacilación, que se pueda fracturar la imagen unificada que fue posible construir en el estadio del espejo, esa unificación a la fragmentación dada en la anticipación que el otro me ofrece, así, la pubertad rompe ese espejo y logra fragmentar esa imagen parcialmente lograda. Se reubica en lo real de un cuerpo, las implicaciones de una nueva forma de placer genital, y de capacidad de reproducirse (Ruiz, L. A. L., 2013).

Peter Bloss (citado en Aguirre, 1996), resume las aportaciones psicoanalíticas, planteando un estudio de la adolescencia y sus fases, distingue los siguientes cinco estadios relativos a la adolescencia:

- a) Preadolescencia, que está ligada al despertar puberal, existe un aumento de la cantidad de la pulsión sexual, pero no hay un nuevo objeto de afecto, se reafirma la barrera contra el incesto.
- b) Primera adolescencia en la que se realiza un duelo de las figuras parentales, y se instala en un mundo “homosexual” debido a que se separa de los padres, apoyándose en los pares.
- c) La adolescencia propiamente dicha, en la que se descubre el objeto heterosexual con una marcada ambivalencia, por un lado anhela los padres protectores de la infancia; y por el otro necesita alejarse de ellos para alcanzar la ansiada autonomía.
- d) Final de la adolescencia, en la que se “hereda” el yo, la identidad de esta fase permite al joven acceder al objeto heterosexual.

- e) Postadolescencia, caracterizada por el ingreso a la vida adulta, el objeto amoroso es externo a sí mismo y se logra una internalización parental al asumirse responsabilidades parentales.

4. Obesidad

4.1. ¿Qué es la obesidad?

“La palabra obeso viene del latín *obedere*, formado de las raíces *ob* (sobre, o que abarca todo) y *edere* (comer), es decir, <<alguien que se lo come todo>>” (Monereo et al., 2012, p. 20). “Obesidad” deriva del latín *obesus*, que significa “corpulento, gordo o regordete”. *Esus* es el participio pasado de *edere* (comer), con *ob* (enfrentamiento u oposición), agregado a éste con lo que se podría interpretar a *obesus* como “que en su comer se añade una oposición o lucha”. La referencia a *obesus* aparece sólo en el latín clásico en la forma de participio pasado, esto lleva a plantear que *obesus* refiere al acto de haber comido (Meza & Moral, 2011).

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, que se caracteriza por un exceso de almacenamiento de energía en forma de tejido graso (Campollo, 1995), que da lugar a un incremento del peso corporal con efectos adversos para la salud; cuando otros tejidos como músculos, agua o hueso, son los responsables del aumento de peso no se considera como obesidad (Monereo et al., 2012). En el desarrollo de la obesidad intervienen diversos factores como los genéticos, hormonales, metabólicos y ambientales, por lo tanto es muy difícil separar los aspectos implicados: los factores genéticos no originarían obesidad si no hubiera influencia de ciertos factores ambientales (Álvarez-Estrada, 2002).

La explicación más simple de la obesidad es que resulta del desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético (Álvarez et al., 2008); es decir, que existe un balance energético positivo (Baillet, 2008).

4.2. La obesidad en diferentes épocas

En el siglo XX, el patrón de vida basado en la actividad física cambió y se sustituyó por un patrón sedentario, ocasionado por el desarrollo industrial y la nueva sociedad mecanizada. La disminución de la actividad física y el mayor acceso a la comida provoca una ingesta mayor, en contraposición a una menor

movilidad, lo que a su vez da como resultado que la ecuación de la termogénesis (la energía almacenada=energía ingerida-energía gastada) comience a ser positiva (Monereo et al., 2012).

Gracias a los avances en la investigación médica, posterior a la Segunda Guerra Mundial, se comenzaron a conocer los mecanismos metabólicos y moleculares involucrados en la obesidad; sin embargo, no es hasta 1999 que en la Declaración de Milán, los países pertenecientes a la Unión Europea, definen a la obesidad como un trastorno metabólico a partir del cual se desarrollan numerosas comorbilidades (Monereo et al., 2012).

La visión social de la obesidad ha ido modificándose con el paso del tiempo. Durante la prehistoria, el exceso de tejido adiposo en la mujer se relacionaba con salud, longevidad y fecundidad. En la Edad Media la glotonería era común entre los nobles, pero no hay descripciones de obesos, probablemente debido a la actividad física continua que los mantenía en un peso razonable. Durante los siglos XVI y XVII el sobrepeso y la obesidad eran símbolo de fecundidad, atractivo sexual, salud y bienestar; también tenía una connotación de riqueza y estatus social. Durante la segunda mitad del siglo XVIII y el XIX el ideal de belleza femenina continuó vinculado a siluetas de formas redondeadas (Monereo et al., 2012).

4.3. Clasificación de la obesidad

La obesidad se puede clasificar de diversas maneras:

1. En función de su distribución, se clasifica en:

- a) Distribución homogénea, en donde la grasa corporal se encuentra distribuida de forma homogénea en todo el cuerpo
- b) Obesidad gluteofemoral, periférica o ginecoide, en donde la distribución de grasa se centra principalmente en cadera, glúteos y muslos, y la grasa acumulada es principalmente subcutánea

c) Obesidad abdominal, central o androide, en donde la acumulación de grasa tiende a localizarse en el abdomen (Chinchilla, 2003, 2005). Este tipo de obesidad se relaciona en mayor grado con riesgo cardiovascular, especialmente aquella que es visceral, es decir, aquella en la que la grasa se acumula alrededor de las vísceras abdominales (Álvarez-Estrada, 2002).

2. En función a la distribución celular de la grasa:

a) Hipertrófica. El aumento de grasa es ocasionado por un aumento en el tamaño de los adipocitos, este aumento de tamaño ocurre con mayor frecuencia en los adultos.

b) Hiperplásica. El aumento de grasa está provocado por un incremento en el número de adipocitos y es más común en la infancia, ya que es cuando se está en constante crecimiento (Álvarez-Estrada, 2002).

3. En función a la causa:

a) Endógena, que se relaciona con algún problema metabólico, o forma parte de la sintomatología de una enfermedad conocida, representa entre un 5 y 10% de los casos.

b) Exógena o idiopática, que tiene relación directa con el exceso de calorías consumidas y el gasto energético, representa entre un 90-95% de los casos (Korbman, 2007; Paredes, 2007).

Existen casos de obesidad de etiología endócrina, como son:

-Síndrome de ovario poliquístico. Que se caracteriza por hiperandrogenismo, acné, hirsutismo, obesidad, oligoanovulación crónica, y alteraciones menstruales (Chinchilla, 2003). Así mismo se asocia con obesidad (de predominio abdominal) en el 50% de las mujeres que lo padecen, lo que puede llevar a desarrollar síndrome metabólico, así como resistencia a la insulina e hiperinsulinemia (Chinchilla, 2005)

-Hipotiroidismo, que usualmente se produce por una alteración hipotalámica que puede estar relacionada a factores genéticos. Normalmente se manifiesta por intolerancia al frío, sequedad de la piel, estreñimiento y ganancia de peso (Chinchilla, 2003, 2005).

-Insulinoma, que es un tumor en los islotes pancreáticos y puede producir hipoglucemia y aumento de peso (Chinchilla, 2003, 2005).

-Síndrome de Cushing, que es una alteración endócrina producida por un hipercortisonismo (Chinchilla, 2005). Usualmente se acompaña de cara de luna llena, cuello de búfalo, estrías de color violáceo en la piel, así como obesidad de predominio central (Chinchilla, 2003, 2005).

También puede presentarse obesidad por lesiones en el hipotálamo debido a que el centro de saciedad se encuentra en el hipotálamo ventromedial y el centro que controla la conducta alimentaria se encuentra en el hipotálamo lateral, una lesión en estas zonas podría provocar obesidad. Así mismo, existen síndromes específicos que derivan de alteraciones genéticas, que vienen acompañados por obesidad y otras alteraciones, tal es el caso del Síndrome de Albright, el Síndrome de Prader –Labhart-Willi y el Síndrome de Laurence-Moon-Bield (Chinchilla, 2003, 2005).

4.4. Métodos para medir la grasa corporal

Existen muchos métodos para medir la grasa corporal, como son la densitometría, la impedancia, la ecografía, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), la impedancia bioeléctrica, la conductividad eléctrica total, el ultrasonido, los radioisótopos, así como la medición de peso y talla, de las circunferencias y pliegues; sin embargo algunos de estos métodos resultan costosos y son difíciles de utilizar en la práctica clínica (Álvarez-Estrada, 2002).

A continuación se hace una reseña breve de algunos de estos métodos:

-Índice Nutricional. Es la comparación de la relación entre el peso y la estatura del sujeto en relación con el peso y estatura correspondientes para el percentil 50, dependiendo del sexo y la edad.

-Índice de Masa Corporal, Índice de Quetelet o Body Mass Index. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre la talla al cuadrado, en metros (Kg/m^2) (Korbman, 2007).

-Circunferencias. Se miden diferentes circunferencias, como son la de la cintura, la cadera y el muslo.

-Medición de pliegues cutáneos. Se utiliza el caliper y se realiza la medición de varios pliegues corporales (Chinchilla, 2003, 2005).

A través de los años, los métodos para definir el grado de obesidad han ido cambiando, anteriormente se utilizaba el concepto de peso ideal, sin embargo, en 1985 la Conferencia Internacional sobre Control del peso celebrada en Montreaux (Suiza) adoptó como parámetro medidor del sobrepeso u obesidad el IMC o Índice de Quetelet (Álvarez-Estrada, 2002), que toma su nombre de Adolphe Quetelet, quien era estadístico, matemático y sociólogo belga; propuso que el peso corporal debía ser corregido en función de la estatura; dicho índice fue olvidado tras su descripción, es fue hasta avanzado el siglo XX que se retomó, siendo ahora una de las medidas antropométricas más utilizadas debido a su reproductibilidad, facilidad de uso y a que en la mayoría de los casos refleja en buena medida la adiposidad (Monereo et al., 2012).

Ya que varias definiciones de obesidad implican un exceso de tejido adiposo, éste tendría que medirse basándose sólo en la cantidad de tejido adiposo; sin embargo, debido a lo impráctico y costoso que puede resultar medir únicamente la masa grasa, se ha optado por cuantificar la masa corporal por medio del Índice de Masa Corporal (IMC), que es el resultado de dividir el peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado. El IMC es un indicador de peso o masa, y no de adiposidad como tal, debido a que toma en cuenta tanto la masa grasa como la libre de grasa (agua, músculos, huesos); tampoco toma en cuenta las variaciones

de agua corporal, de masa ósea y de masa muscular, por lo que se corre el riesgo de clasificar con sobrepeso a individuos con un desarrollo muscular mayor. Sin embargo, tiene varias ventajas, como la independencia a la estatura, es decir que minimiza el efecto de la altura del sujeto, lo que permite que se comparen pesos corporales de individuos con distintas estaturas, además de ser el método más práctico, ya que se obtiene fácilmente, presenta una fuerte correlación con el porcentaje de grasa corporal e identifica correctamente a los individuos con mayor adiposidad en el extremo superior de la distribución. Además, cuando el IMC se relaciona con otros indicadores antropométricos, su sensibilidad y especificidad aumenta, como por ejemplo, cuando se toman en cuenta dos indicadores como el IMC y la relación cintura/estatura para hacer un diagnóstico (Kaufer-Horwitz & Toussaint, 2008). La circunferencia de la cintura (CC) se mide de pie, sin ropa, con los brazos hacia abajo, en el punto medio entre la cresta ilíaca y la última costilla, o a la altura del ombligo, más o menos (Monereo et al., 2012).

Mientras que el IMC es una medida simple que es muy útil, la distribución y la cantidad de grasa corporal también son determinantes cruciales de algunos riesgos de salud asociados con la obesidad. La grasa visceral, en particular en la región abdominal, tiene una fuerte asociación con la diabetes tipo 2 y la enfermedad cardiovascular (World Obesity Federation, 2012).

4.5. IMC como método principal para determinar obesidad en niños y adultos.

Mientras que en los adultos hay puntos de corte fijos de IMC para determinar cuándo se tiene sobrepeso u obesidad (Tabla 1), en la edad pediátrica se deben establecer cortes correspondientes a la edad y al sexo, debido al importante incremento de masa durante los primeros años de vida, ya que el crecimiento no sigue un patrón lineal y existen diferencias fisiológicas entre niños y niñas. En este caso, se utilizan los puntos de corte internacionales para bajo peso, sobrepeso y obesidad en niños (World Obesity Federation, s/f), ubicando la edad de cada participante en la columna izquierda y el IMC obtenido a lo largo de la fila, que son

muy útiles al ser más exactas, incluso que las de peso para la edad y peso para la estatura. Para utilizar estas gráficas es necesario realizar una medición exacta y precisa del peso y estatura de los niños, así como conocer su fecha de nacimiento para establecer la edad y poder localizar los valores dentro de las tablas (Kaufer-Horwitz & Toussaint, 2008).

Tabla 1 Clasificación de IMC en adultos

Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Bajo peso	<18.50
Delgadez severa	<16
Delgadez moderada	16.00-16.99
Delgadez media	17.00-18.49
Peso normal	18.50-24.99
Sobrepeso	25.00-29.99
Obesidad	≥30.00
Obesidad clase 1	30.00-34.99
Obesidad clase 2	35.00-39.99
Obesidad clase 3	≥40.00

Nota: Elaborado a partir de (OMS, 2014b).

4.6. Causas de la obesidad

No se conoce con exactitud qué mecanismos generan la obesidad debido a que están implicados factores genéticos, endócrinos, neurológicos, psicológicos y ambientales. Sin embargo, una constante común es el desajuste en el balance energético, ya sea por un aumento en la ingesta, un decremento en el gasto energético o ambas al mismo tiempo (Monereo et al., 2012).

Algunos factores que favorecen la aparición de la obesidad son: el aumento del consumo de alimentos con excesivas calorías, el destete temprano en los niños sustituido por alimentos industrializados, la disminución del tiempo dedicado al deporte reemplazado por un mayor uso de la televisión, videojuegos y

computadoras, así como el incremento en la utilización del transporte urbano debido a las largas distancias que se recorren, acortando así el tiempo empleado en caminar (Korbman, 2007). La vida sedentaria propicia la disminución del trabajo físico, así como la tendencia hacia el consumo de alimentos con densidad energética elevada (Campollo, 1995). Existen también algunos medicamentos que pueden contribuir a la obesidad, como son los corticosteroides sistémicos, el litio, los antidepresivos, las benzodiacepinas y los fármacos antipsicóticos (Hernández, 2012). De esta forma, a disminución de los niveles de trabajo físico, los niveles más altos de consumo de alimentos, o consumo de alimentos de gran densidad de energía, los factores sociales, económicos, educativos y culturales, son importantes causas subyacentes de la obesidad, aunque la forma en la que se relacionan entre sí para promover o proteger contra el desarrollo de la obesidad es compleja y varía considerablemente según el país (World Obesity Federation, 2012).

Sólo el 5% de los casos de obesidad son endógenas y pueden atribuirse a causas físicas específicas; el resto de los casos se debe un exceso de grasa en un organismo que por lo demás es sano, pero en el que existe un desequilibrio energético positivo. Si bien este desequilibrio puede ser consecuencia tanto de una ingesta excesiva, como de un gasto disminuido de energía, en las mediciones realizadas entre sujetos obesos, no se han encontrado pruebas que demuestren un gasto energético disminuido, sino más bien lo contrario. Por otra parte, también existen diferencias genéticas, que interfieren en la eficacia del procesamiento metabólico de los nutrientes, pero de igual forma, tampoco justifican las enormes desigualdades en el peso de la población (Naenen, 2002).

En el cuerpo hay poca capacidad para almacenar proteínas o carbohidratos, mientras que la capacidad de almacenamiento de grasa es ilimitada. El gasto energético también es diferente dependiendo de si hay exceso de carbohidratos o grasas. Con hidratos de carbono, la hiperalimentación provoca un aumento progresivo de la oxidación de los hidratos de carbono. Sin embargo, la hiperalimentación con exceso de grasa tiene pocos efectos sobre la oxidación de

grasa, por lo que el exceso de energía en grasa se almacena de forma más eficaz sin efectos sobre la oxidación del sustrato o del gasto energético (Hernández, 2012).

Se podría pensar que para tratar la obesidad solamente se requiere comer menos; sin embargo, no es tan simple debido a que como mencionamos con anterioridad, la obesidad es multifactorial, y por este motivo, su tratamiento debe de ser integral, es decir que debe existir un apoyo interdisciplinario en el que intervenga tanto el médico, como el nutriólogo, fisioterapeuta o entrenador físico y psicólogo (Campollo, 1995); el papel de este último es importante, ya que, si la ayuda sólo va dirigida a paliar la obesidad y no los factores emocionales subyacentes, el malestar psíquico no mejorará al normalizarse el peso (Naenen, 2002).

4.6.1. Desequilibrio de nutrientes (ingesta y gasto energético).

El desequilibrio calórico tiene lugar cuando la cantidad de energía que se incorpora al organismo no es la misma que la que se consume, dicho desequilibrio puede ser tanto positivo como negativo. El desequilibrio energético negativo es aquel que ocurre cuando el ingreso de calorías (ingesta alimenticia), es menor al consumo (gasto energético); mientras que el desequilibrio positivo es aquel que ocurre cuando la ingesta calórica, supera el gasto energético y puede deberse a una ingesta excesiva o a un gasto energético deficiente y mínimo (Lebow, 1986); este exceso de energía que va más allá de la requerida para satisfacer las necesidades energéticas y metabólicas del individuo se almacena como grasa corporal. Esta grasa corporal se almacena en los adipocitos, que pueden aumentar de tamaño número. El número de adipocitos de una persona queda establecido al final de la adolescencia, por lo que después de esta, el adipocito sólo aumenta de tamaño (Alvarado, 2012).

La ingesta energética depende de la densidad de energía en la comida, es decir, de las kilocalorías por peso. Los seres humanos consumen un volumen más o

menos constante de alimentos, pero si consumen alimentos con alta densidad energética, el efecto final es un consumo mayor de calorías (Hernández, 2012).

La ingesta de alimentos se regula por una interacción de mecanismos, desde señales visuales hasta factores sociales y educacionales. También intervienen sustancias llamadas hormonas del hambre u orexigénicas, que estimulan la ingesta a nivel cerebral. Cuando los niveles de grasa o glucosa disminuyen, también lo hacen hormonas como la leptina o la insulina, lo que provoca que el cerebro ponga en marcha la sensación de hambre debido a que en el cerebro aumentan los neuropéptidos hipotalámicos. En el estómago también se encuentra una hormona, la ghrelina, que informa si está lleno o vacío; así, niveles altos de esta hormona inducen a comer, mientras que los niveles bajos inducen a dejar de hacerlo. En el intestino, por otra parte, también hay hormonas que influyen en la saciedad; de esta forma, existen una serie de mecanismos reguladores del hambre y la saciedad en todo el cuerpo (Monereo et al., 2012).

Los mecanismos fisiológicos que modulan nuestra ingesta son sistemas que se ven afectados por factores cognitivo-conductuales, que incluso pueden llegar a anular dichos mecanismos fisiológicos, como son por ejemplo el tipo de alimentos preferidos, la ingesta entre horas, el consumo de tabaco, los pensamientos distorsionados relacionados a la comida y el peso, el pobre control de impulsos, la utilización de la comida para solucionar alteraciones emocionales, la proyección de la problemática personal en la obesidad, etc. (Naenen, 2002).

Si bien la ingesta alimenticia está regulada, hasta cierto punto, por factores fisiológicos, las preferencias alimenticias de los niños también están ligadas a un proceso de aprendizaje y condicionamiento; cuando un alimento produce consecuencias positivas, es posible que dicho alimento sea deseado; además, usualmente los niños tienden a preferir los alimentos que los padres prefieren porque los padres alimentarán a los niños con lo que les gusta a ellos, de esta forma, el niño aprende a comer lo que usualmente se le da a comer y se familiariza con los sabores de comidas que le son familiares y tiene a su alcance, de forma que el tipo de alimentos a los que se ve expuesto un niño y a los que

tiene acceso, determinará en gran medida la preferencia de éste. Los padres también pueden propiciar la aversión o consumo de algunos alimentos, al ejercer presión hacia sus hijos, para que consuman alguna clase de alimento específico usualmente incrementan la aversión del niño hacia dicho alimento; mientras que la prohibición de algunos alimentos usualmente incrementa el gusto y el consumo por dicho alimento, además de que usualmente se propicia que el niño consuma los alimentos en lugares donde no exista tal restricción, como en la escuela, fiestas u otros lugares. Además, es importante que los niños desde pequeños aprendan a identificar las sensaciones de hambre y saciedad, para, de esta forma autorregular su consumo de comida, por lo que debe respetarse cuando ya estén “llenos” y no obligarlos a dejar los platos limpios, al hacerlo se les enseña a no hacer casos de sus propios impulsos; se promueve, por lo tanto, que no le presten atención a las señales de saciedad o hambre. Por otra parte, si una madre proporciona comida ante cualquier tipo de insatisfacción del niño, éste aprenderá que la comida soluciona cualquier tipo de insatisfacción, no sabrá diferenciar entre hambre y otros tipos de insatisfacción psicológica. Por lo tanto, la responsabilidad en el control de la comida es compartida entre el niño y los padres, de manera que estos últimos tengan la responsabilidad de proveer alimentos nutritivos a su hijo, y este, por su parte, tenga la responsabilidad de decidir cuándo y cuánto comer (Korbman, 2007).

Las dificultades de la madre para diferenciar entre el hambre y estrés emocional suponen antecedentes para el establecimiento de la ingesta emocional. La diferencia entre los comedores emocionales y los comedores restringidos radica en que, mientras los comedores emocionales comen cuando se encuentran en situaciones estresantes para reducir las emociones negativas; los comedores restrictivos, por su parte, comen más en situaciones de estrés emocional porque sus emociones socavan su control cognitivo de restringir ciertos patrones de alimentación (Kökönyei, Baldacchino, Urbán, & Demetrovics, 2013).

El niño también puede introyectar las enseñanzas que la madre le da sobre la comida, como que se la tiene que terminar toda, o que la tiene que aprovechar

bajo el argumento de que los niños pobres no tienen comida (Korbman, 2007). Por otra parte, la obesidad debe contextualizarse en un ambiente que alienta signos sensoriales gratificantes, relacionados con la ingesta de comida en lugar de alentar a ser consciente sobre la importancia de la saciedad; aunado, por supuesto, a una sociedad predominantemente sedentaria (Kököneyi et al., 2013).

Durante la primera infancia los padres son los proveedores y modelos significativos para los niños, por lo que tienen gran influencia en éstos; además, los hábitos alimenticios que se estructuran en la infancia tienen una probabilidad alta de permanecer el resto de la vida, por lo que se debe prestar más atención a ellos (Zuleta & Morales, 2012). Sin embargo, no sólo los padres moldean la forma de comer de los hijos, el ambiente social en el que el niño se desarrolla también sirve de modelo a éste, de forma que aprende qué es habitual comer y cómo (Korbman, 2007).

Existen diversos mecanismos por medio de los cuales se produce el gasto energético: a) por el gasto energético basal, que es la energía que se necesita para mantener las estructuras y funciones del organismo y representa entre el 60 y 70%, b) el gasto de producción de calor, que es la energía utilizada en los procesos de aprovechamiento de los nutrientes, además de la producción de calor inmediata a la ingesta de alimentos y representa entre un 10 y 15%, y c) el gasto energético por actividad física, que puede ser casi nulo en personas sedentarias, o de hasta un 40 a 50% en personas que se ejercitan (Álvarez-Estrada, 2002). Por lo tanto, la cantidad de energía que gasta una persona va a depender de su tamaño corporal, de la actividad física que realice, del tipo de alimentos que consuma y de la temperatura del medio ambiente (Monereo et al., 2012).

Las causas de la obesidad son complejas y multifactoriales, pero un incremento en la cantidad de alimentos de alto contenido calórico, y la disminución de la actividad física son algunas de las razones que incrementan la actual epidemia de la obesidad (Busby & Seif, 2013). Se come fuera de casa, a cualquier hora o en cualquier sitio; las raciones son más grandes y la calidad de la comida también se ha modificado, ya que los alimentos contienen más azúcares y grasas (Monereo et

al., 2012). Además, pasar mucho tiempo frente a la televisión constituye por sí misma una actividad sedentaria, ya que no requiere actividad física, a lo cual se le suma que el tiempo invertido en ello no se invierte en otro tipo de actividades como correr, andar en bicicleta, caminar; por otro lado, cuando se ve la televisión también suele perderse la noción de cuánto se ha comido, por lo que las cantidades tienden a ser mayores (Korbman, 2007). Esto implica por un lado, un incremento en la ingesta calórica, y por el otro una disminución de gasto energético, y al consecuente almacenamiento de grasa corporal, ya que como mencionamos antes, se gana peso cuando la ingesta calórica supera a las necesidades de energía. Además, la sobrealimentación ejerce menos cambios compensatorios en el gasto de energía que la restricción alimentaria, porque nuestra biología está orientada a proteger más la pérdida de peso que el aumento de peso; es decir, que es más fácil ganar peso que perderlo (Hernández, 2012)

4.6.2. Factores hormonales.

El tejido graso juega el papel de un órgano más del cuerpo con funciones endócrinas y autócrinas. En el hombre existe la capacidad de desarrollarse nuevas células adiposas a partir de células unipotenciales, que cuando son adipocitos maduros adquieren características y funciones específicas, como la metabolización y secreción de lipoproteínas, ácidos grasos, monobutirina, andrógenos, estrógenos y prostaglandinas. Además, los primates son los únicos animales en los que los andrógenos y estrógenos se sintetizan en tejidos periféricos, que incluyen el tejido graso (Campollo, 1995).

El tamaño del adipocito, definido por su contenido graso, es el resultado del balance lipogénico-lipolítico (lipogénico=que genera grasa, lipolítico=que transforma grasa en energía), que se regula por varias hormonas. La insulina tiene un efecto lipogénico y antilipolítico, por lo tanto aumenta la masa corporal. En las personas que padecen obesidad, debido a la resistencia a la insulina, se induce a una hiperglucemia que estimula el páncreas para que produzca más insulina, lo que aumenta la lipogénesis y disminuye la lipólisis; por su parte, las hormonas

tiroideas tienen una acción lipolítica y también aumentan la termogénesis (Álvarez-Estrada, 2002).

Las hormonas sexuales también tienen efectos específicos: los gestágenos y estrógenos aumentan el tamaño y tal vez también el número de adipocitos en la región gluteofemoral en mujeres jóvenes, mientras que la testosterona tiene una acción lipolítica sobre la grasa intraabdominal (Álvarez-Estrada, 2002).

Se ha encontrado que dormir menos de 7 u 8 horas diarias se asocia con un mayor porcentaje de grasa corporal y ganancia de peso. La privación de sueño produce cambios hormonales: se reducen los niveles de leptina, la cual tiende a suprimir el apetito; también se reduce la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad a la insulina. Por otra parte, aumenta la ghrelina (que provoca la sensación de hambre), de forma que se hay más sensación de hambre y se promueve una mayor ingesta (Monereo et al., 2012).

4.6.3. Factores socioculturales.

Las condiciones socioculturales de la población también inciden en la aparición de la obesidad: en países desarrollados y en vía de desarrollo se ha sometido a la población a una cultura de consumo por un lado y por el otro a la imposición de la estética de la delgadez (Álvarez-Estrada, 2002).

En México se han modificado algunos hábitos que propician un ambiente obesigénico, como son la disminución de la lactancia materna hasta los 6 meses de vida, la urbanización, con la acarreada disminución de actividades físicas, tanto en el entorno laboral como en el recreativo, la masificación de la producción de alimentos, el abaratamiento de los alimentos procesados, la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo, entre otros (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, (citada en Álvarez et al., 2008), proporcionó una lista de factores de riesgo para padecer sobrepeso y obesidad, que son: disminución de actividad física, consumo de alimentos en la

escuela, horarios irregulares para comer, hábitos alimenticios inadecuados, bajo consumo de frutas, verduras y fibra, así como antecedentes familiares de obesidad en primer grado, ser hijo de madre obesa y/o diabética y retraso en el crecimiento intrauterino.

La pobreza es un factor que influye en la ingesta de comida, la paradoja nutricional que se ha observado, es que entre personas con menor nivel socioeconómico la inseguridad social se puede asociar con obesidad, especialmente en las mujeres. Una posible razón es que con un ingreso menor se consume una mayor cantidad de alimentos baratos altos en calorías, pero pobres en valor nutricional. El nivel socioeconómico modera la asociación entre la obesidad y la calidad de vida, se ha observado que en personas obesas con menor nivel socioeconómico, se encuentra un nivel de calidad de vida menor a una persona con el mismo sobrepeso, pero con mayor nivel socioeconómico (Kökönyei et al., 2013).

El incremento de personas con obesidad y sobrepeso se da sobre todo en países con economías en desarrollo, si bien al principio afectaba más a personas con buena posición socioeconómica, ahora es mayor en los estratos pobres de la población, lo cual puede explicarse por los siguientes factores: rápida y poco ordenada urbanización, globalización en producción y comercialización de alimentos con elevado número de carbohidratos refinados (Álvarez et al., 2008). Así, en países desarrollados, a menor nivel socioeconómico mayor índice de obesidad; en países pobres, subdesarrollados o en vías de desarrollo, la obesidad está presente entre las personas de mayor poder económico que han emigrado del campo a las ciudades (Monereo et al., 2012), quienes son los más afectados, debido a que hay un cambio en la dieta tradicional, una disminución del ejercicio al aire libre y un incremento de sedentarismo (Paredes, 2007).

Así mismo, en los países occidentales, la obesidad es más frecuente en las clases bajas, especialmente en mujeres con bajo nivel educativo, varios hijos y bajo nivel económico. En los hombres, parece estar más asociado al consumo de alcohol y sedentarismo (Chinchilla, 2003). Las mujeres pobres son dos veces más propensas a desarrollar obesidad que los hombres pobres, al contrario que las

mujeres con buen nivel socioeconómico, que tienen menos riesgo de volverse obesas que los hombres (Paredes, 2007).

Los estilos de vida pueden no ser conductas de responsabilidad individual, ya que se tienen dos componentes que influyen en dichos estilos de vida: la elección, que es un proceso individual, y la oportunidad, que tienen que ver más con las probabilidades que tiene un individuo para satisfacer sus necesidades. Así, las elecciones individuales de salud, se limitan a las oportunidades de vida de esa persona. Las elecciones individuales se definen a su vez por dos limitadores: lo que está disponible, y las reglas sociales. Por lo tanto, si bien existe responsabilidad individual para cuidar la salud, eso no elimina el hecho de que el daño no dependa exclusivamente del individuo, es por tal motivo que no hay que ignorar los efectos contextuales. Los ambientes construidos, como son las estructuras físicas, pueden motivar o desalentar la actividad física y esto verse reflejado en el peso corporal de los sujetos (Álvarez et al., 2008).

4.6.4. Factores genéticos.

Además, se habla de una predisposición genética relacionada con el genotipo ahorrador, la población indígena tendía a ahorrar energía para no morir de hambre en tiempos de escasez, lo cual suponía una ventaja en tiempos de hambruna (Paredes, 2007); sin embargo, en la actualidad ello supone una desventaja ya que bajo las condiciones de urbanización, sedentarismo, y un mayor acceso a comidas hipercalóricas, se puede desarrollar obesidad (Hernández, 2012).

Existen factores hereditarios en la obesidad, estudios realizados en familias cuyos dos progenitores eran obesos, el 80% de los hijos también lo eran, versus el 14% de aquellos cuyos dos progenitores tenían peso normal (Campollo, 1995). En algunos estudios con gemelos idénticos se ha observado que hay correspondencia en el grado de obesidad; en familias con niños adoptados, se ha encontrado que hay más relación entre el peso del niño con sus padres biológicos que entre el niño y los padres adoptivos (Korbman, 2007). En los seres humanos

adultos, entre el 30 y 40% de la base genética explica la aparición de la obesidad. El riesgo de obesidad de un niño es cuatro veces mayor si uno de sus padres es obeso y 8 veces mayor si ambos lo son. Entre el 40% y 80% de los casos de obesidad está implicada una base genética poligénica (Monereo et al., 2012).

En 1991, Friedman y cols. Descubrieron el gen de la obesidad (*ob*) en el ratón, y en 1994, Zhang y cols. Consiguieron aislar y secuenciar dicho gen y la proteína que lo codifica, que es conocida como leptina; pocos meses después Green confirmó la ubicación definitiva del gen *ob* en el brazo largo del cromosoma 7 humano, posición 7q31,3". Estos descubrimientos hicieron pensar que la causa de la obesidad había sido descubierta, y que la administración de leptina podría "curar" la obesidad; sin embargo, se ha demostrado que en los obesos al existir más tejido adiposo, también aumenta la producción de leptina, que, sin embargo, no resulta efectiva, lo que puede explicarse por algún tipo de resistencia a la leptina (Álvarez-Estrada, 2002).

Los casos donde la obesidad es monogénica son especiales, en estas expresiones poco frecuentes y graves en las que hay sólo un gen alterado, éste se encuentra usualmente implicado en la regulación de la ingesta, y menos frecuentemente en alteraciones del gasto energético. Las mutaciones de los genes usualmente provocan un cuadro de obesidad generalmente grave, de inicio precoz y en el que se incrementa rápidamente de peso. Cuando son pequeñas modificaciones de muchos genes los que favorecen la aparición de la obesidad, se habla de obesidad poligénica. En estos casos, cada mutación hace sólo más susceptible a las personas de padecer obesidad, sin embargo, se requiere la presencia de otras variables o de un medio ambiente que ponga en marcha y perpetúe la obesidad (Monereo et al., 2012), ya que la combinación entre predisposición genética y desequilibrio constante entre la ingesta energética, y la utilización de esta energía en los procesos metabólicos y la actividad física es lo que determina finalmente el peso. El genotipo humano es susceptible a factores ambientales que afectan tanto la ingesta energética como el gasto de energía (Hernández, 2012).

Es por ello que a pesar de que la genética incide de forma considerable en la aparición y mantenimiento de la obesidad, deja lugar a que otros factores influyan de tal forma que dos individuos con la misma dotación genética, puedan presentar expresiones de la obesidad diferentes, debido a la intervención de factores ambientales, entre los que se encuentra el ambiente familiar (costumbres dietéticas, estilo de alimentación), y también el ambiente extra-familiar (acontecimientos estresantes, bajo nivel socioeconómico, consumo de alcohol, falta de ejercicio) (Peña, 2012).

4.7. Factores psicológicos asociados a la obesidad

Si bien los pacientes con obesidad leve o moderada no presentan una mayor enfermedad psiquiátrica, aquellos cuya obesidad es grave o mórbida, sí tienen una asociación clara de síntomas psiquiátricos (Naenen, 2002). Los problemas psicológicos asociados con la obesidad son comunes, de amplio alcance y potencialmente graves. La depresión y la baja autoestima pueden afectar la calidad de vida de una persona, así como la salud mental, el rendimiento escolar y las perspectivas de empleo (World Obesity Federation, 2012).

Las alteraciones psiquiátricas más frecuentemente observadas en pacientes obesos son las alteraciones de la imagen corporal, los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y de la personalidad, así como la bulimia y el trastorno por atracón (Naenen, 2002); de igual forma, también existe incidencia de obesidad en algunos trastornos psiquiátricos, como la psicosis maniaco depresiva, el trastorno límite de la personalidad, el retraso mental y algunos trastornos mentales orgánicos (Chinchilla, 2003, 2005). Parece ser que la obesidad está ligada tanto a los tratamientos farmacológicos como a los hábitos de vida y alimentación y a la impulsividad que presentan muchos de los pacientes con los trastornos antes mencionados (Chinchilla, 2003).

Aquellas personas que desde edad temprana son obesos presentan más problemas de imagen corporal en comparación con aquellos que se convierten en

obesos en una edad posterior (Korbman, 2007). Los niños y adolescentes obesos suelen tener más baja autoestima, más depresión y ansiedad, más trastornos de personalidad y problemas socio-familiares (Chinchilla, 2005).

Tanto el trastorno por atracones, como el trastorno afectivo estacional y el síndrome premenstrual, pueden favorecer la aparición de la obesidad. En el primero existen características de personalidad como impulsividad, compulsividad, inestabilidad y labilidad emocional, que favorecen la pérdida de control sobre la comida; en el trastorno afectivo existe la tendencia a tener mayor apetencia por alimentos ricos en carbohidratos, al igual que en el síndrome premenstrual. (Chinchilla, 2003).

Valores elevados de IMC están asociados a puntajes elevados de neuroticismo y puntajes bajos de consciencia (Kököneyi et al., 2013), así como puntajes más altos en cuestionarios de rasgos de impulsividad; también suelen observarse pocos límites claros y falta de autonomía entre los miembros de la familia, sin embargo, hablar de un tipo de personalidad en los obesos puede ser muy difícil, debido al gran número de factores que intervienen (Meza & Moral, 2011).

En adolescentes mujeres, aquellas con sobrepeso obtienen mayores puntajes en escalas subjetivas de depresión, que las que tienen obesidad. En adultos, la relación es inversa entre depresión e IMC (Kököneyi et al., 2013).

Cuando una persona come para hacer frente al estrés emocional, sin sentir hambre se dice que presenta “emotional eating” y puede ocurrir tanto para reducir la emoción negativa como para escapar del estímulo displacentero y distraer la atención de éste. Al final se debe lidiar con el sentimiento de culpa, que a su vez produce más estrés emocional resultando en una conducta de sobreingesta. La ansiedad puede encontrar alivio mediante la comida, un número elevado de personas obesas come para lidiar con las emociones negativas (Kököneyi et al., 2013).

De acuerdo con Bruch (citada en Kököneyi et al. , 2013), la sobreingesta es una pseudo solución para conflicto y problemas profundamente arraigados. Según esta

hipótesis, los comedores emocionales no tienen la capacidad de identificar las señales de hambre en una forma adecuada o de distinguirlos de otros estados emocionales negativos.

Es importante comprender las manifestaciones de la obesidad exógena, siendo ubicada ésta como una dolencia psíquica o una alternativa de la adaptación de la realidad en la que se desenvuelven las personas, imprimiéndose en el cuerpo del sujeto un mensaje con significado, expresándose como un síntoma de malestar psíquico y como un esfuerzo adaptativo del sujeto, con significados inconscientes; sin embargo, el lenguaje inconsciente no es claro, de tal modo que un mismo síntoma puede expresar dolencias diferentes en distintas personas, cuyo significado sólo puede ser abstraído a través de la historia personal del individuo. La obesidad es un síntoma, una parte manifiesta de un problema o conflicto psíquico que no pudo ser resuelto debido a fallas en los mecanismos de defensa; también puede pensarse como un apuntalamiento de la boca como zona erógena, que rebasa la función de lo nutricional durante el amamantamiento del infante; así, los adultos con fijaciones orales, se vuelcan hacia la comida como una figura de confort y seguridad. La comida puede ser una representación simbólica de dar amor, de completar una falta, de comunión con la madre, de afirmación del yo y de poder (Meza & Moral, 2011).

La persona obesa se encuentra atravesada por construcciones culturales de la comida, el cuerpo, el deseo y de sí misma, buscando expresar, por medio del cuerpo su propia definición de sí misma, la que se construye dentro de un complejo multifactorial (Meza & Moral, 2011).

Para Brunch (citada en Meza & Moral, 2011) la obesidad puede representar una ganancia secundaria positiva, como forma de mecanismo compensatorio ante las frustraciones y como mecanismo de adaptación a las situaciones externas; esta autora dividió a los obesos en grupos, en función del grado de adaptación psicológica: a) personas competentes, b) personas en las que la obesidad se presenta junto al desarrollo y cuyos aspectos de su personalidad presentan problemas, y c) aquellas personas que desarrollan obesidad como reacción a un

evento traumático. También reporta haber encontrado entre las mujeres obesas un rechazo al embarazo y al rol maternal maduro, así como un deseo de querer seguir siendo niñas; debido a que culturalmente existen ambos dilemas: el de la maternidad y el de la atracción sexual, su forma de renuncia y huida del conflicto, es a través de un cuerpo no atractivo o maternal.

Chiozza (citado en Meza & Moral, 2011), propone que siendo la grasa una reserva de energía utilizable para el crecimiento físico, la obesidad puede tener el significado simbólico de que el sujeto se prepara para el crecimiento autoemocional; además, esta reserva de energía materializa la fantasía de autoabastecimiento. Para Chiozza, un exceso de grasa corporal también puede ser visto como una manifestación de un profundo deseo de obtener afecto, cuidado y protección.

Los teóricos del psicoanálisis plantean que la obesidad se puede derivar de una fijación o regresión a la etapa oral, ya sea debido a un exceso de satisfacción o de frustraciones, o bien debido a que las siguientes etapas resulten demasiado frustrantes para el niño, y éste prefiera regresar a la etapa oral en donde sí encontró satisfacciones (Korbman, 2007). Volcarse hacia la comida en forma de fijación oral, equivale a asumir un intento por recuperar el confort y seguridad de la infancia, lo cual lleva a la cuestión de si ésta necesidad tiene que ver con una forma de narcisismo primario, en donde no cabe el mundo externo (Meza & Moral, 2011).

Para S. Freud (citado en Meza & Moral, 2011), el síntoma es la expresión de lo reprimido, constituye el retorno de lo reprimido, una forma de expresión de un conflicto psíquico de forma desfigurada e irreconocible, además, para él, la base del síntoma se encuentra en las vivencias de la infancia.

El obeso tiene un hambre insaciable, parece que quiere saciar más bien un deseo insatisfecho que ahora se encuentra corporizado. La obesidad puede ser un signo de un deseo no satisfecho nunca, ya que es el deseo incestuoso; el castigo por desear es esa constante insatisfacción que luego trata de llenar. Su hambre es

carnal, es sexual, es incestuosa. Su deseo no se logra reprimir y se corporiza. Le falta asumirse castrado o asumir la angustia de castración (Meza & Moral, 2011).

4.8. Obesidad en la infancia y la adolescencia

La obesidad en la infancia y la adolescencia tiene importantes impactos negativos para la salud que se extienden hasta la edad adulta. El que los niños con sobrepeso u obesidad mantengan su peso corporal por arriba del ideal durante la infancia y adolescencia incrementa la probabilidad de que sean adultos obesos (Álvarez Hernández et al., 2008). Los niños obesos y con sobrepeso tienden a ser adultos obesos y tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares a edades más tempranas. Además, debido a que tanto la obesidad como las enfermedades asociadas son prevenibles, hay que otorgar un lugar prioritario a la prevención de la obesidad infantil (OMS, 2014a).

En la infancia y juventud, la obesidad también puede acarrear problemas de salud, sin embargo, la mayoría de las veces las enfermedades asociadas son asintomáticas, y sólo se identifican mediante la vigilancia y las pruebas de laboratorio (Busby & Seif, 2013). En los niños, al igual que en los adultos, la distribución de la grasa en el cuerpo influye en el desarrollo de enfermedad metabólica, siendo cinco veces más riesgoso en aquellos que tienen distribución central. Algunos niños con obesidad presentan problemas ortopédicos, como la tibia vara y la enfermedad de Blount, en la que el cartílago interno crece de manera diferente y se arquean las piernas, teniendo como consecuencia la dificultad para caminar; también se puede desplazar la cabeza del fémur, dificultando el movimiento y ocasionando dolor (Monereo et al., 2012).

En niños y adolescentes obesos se da un incremento de los lípidos, usualmente ocurre una sobreproducción de niveles de colesterol con lipoproteínas de baja densidad (colesterol LDL) y triglicéridos, además de una disminución de los

niveles de colesterol con lipoproteínas de alta densidad (colesterol HDL) (Korbman, 2007).

En menores de edad, la hipertensión ocurre poco frecuentemente, sin embargo, cuando se presenta, tiene una alta relación con el sobrepeso u obesidad. Dicha hipertensión parece ser consecuencia de la hiperinsulinemia (Korbman, 2007). Por otro lado, la adiposidad en la niñez es un factor predictor del síndrome metabólico en la adultez, y por lo tanto, un gran riesgo de enfermedad cardiovascular (Busby & Seif, 2013).

La apnea del sueño es la supresión momentánea de la respiración durante el sueño, y aunque la prevalencia de dicha enfermedad es muy baja, pues es menos del 7% entre los niños obesos, aproximadamente una tercera parte de aquellos niños con 150% de sobrepeso o más, la padecen (Korbman, 2007). La apnea obstructiva de sueño es de cuatro a seis veces más común en niños obesos. Convertirse en obeso, además, implica el aumento de probabilidad de riesgo de desarrollar asma (Busby & Seif, 2013).

La obesidad infantil se ha duplicado o triplicado en las últimas décadas, poblaciones de afroamericanos, hispanos y asiáticos son más vulnerables, debido a que nacen con una carga genética y epigenética, a la que se le agrega un medio ambiente en el que abunda la comida y el sedentarismo (Monereo et al., 2012).

La obesidad representa una seria discapacidad tanto en el niño como en el adolescente debido a que merma su desarrollo físico, social y psicológico. Niños y adolescentes son blanco de burlas de parte de sus compañeros, quienes les ponen apodosos o los insultan, lo que ocasiona angustia y aislamiento (Korbman, 2007). Los niños obesos, al igual que los adultos, están expuestos a discriminación debido a su imagen corporal y al hecho de que usualmente son torpes para realizar juegos y deportes; esto último además favorece el sedentarismo (Monereo et al., 2012). Debido a que en nuestra sociedad hay una preocupación sobre la delgadez, los niños con obesidad usualmente son rechazados y son blancos fáciles de discriminación. Existen estudios (Richardson

et al., 1961, citados en Korbman, 2007), en donde se ha visto que los niños de entre 10 y 11 años prefieren ser amigos de niños discapacitados antes que de niños con sobrepeso; y que en niños de seis y diez años, la obesidad se asocia con características negativas como pereza y desaliño.

Los niños con sobrepeso son más susceptibles para presentar problemas psicológicos y a que éstos persistan durante la adolescencia y la adultez. A los seis años aproximadamente, ya se ha captado el mensaje de que ser gordo es malo, por lo que se puede desarrollar una imagen corporal distorsionada (Zuleta & Morales, 2012); es por ello que la obesidad infantil, puede ser uno de los factores favorecedores del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia, tanto de tipo restrictivo como purgativo; así como daños psicológicos ocasionados por las burlas y mofas que sufren los niños con este tipo de padecimientos (Chinchilla, 2003).

Algunas de las perturbaciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil incluyen una autoestima negativa, pobre interacción con los pares, ansiedad, depresión y suicidio, las niñas tienen más riesgo de padecer problemas de autoestima (Busby & Seif, 2013); por su parte, los adolescentes con obesidad pueden presentar autocondena, que conduce a los jóvenes a prácticas extremas para bajar de peso. También pueden aparecer problemas psicosexuales y de imagen corporal, así como la sensación de no ser aceptados en un mundo dominado por delgados (Lebow, 1986).

4.9. Prospectiva

Existen factores que influyen para determinar si un niño obeso también será un adulto obeso, como son la gravedad del exceso de peso y la obesidad en su entorno familiar. Si un niño obeso no modifica sus hábitos, tanto de alimentación como de actividad, existe una probabilidad muy grande de que sea un adulto obeso (Monereo et al., 2012).

Es poco probable que los adolescentes hagan cambios importantes, como modificar su dieta o realizar más ejercicio, debido a la falta de determinación y a la percepción de bajo riesgo de su comportamiento; así mismo, el bajo control del impulso y la pobre capacidad para evaluar las consecuencias negativas de sus comportamientos, hacen menos probable lograr el objetivo de tener una mejor condición física. A muchos adolescentes, les cuesta trabajo demorar la gratificación y predecir las consecuencias negativas de sus actos, lo que dificulta que puedan abstenerse de comer cierto tipo de alimentos con muchas grasas, azúcares o calorías (Zuleta & Morales, 2012); es por ello que la actitud de apoyo positivo proporcionada por los padres, hacia ellos, es fundamental para poder cambiar sus hábitos alimenticios; por otra parte, en niños los resultados son más prometedores debido a que es más fácil hacer cambios en los hábitos de este grupo de pacientes (Naenen, 2002).

La obesidad tiende a persistir de la adolescencia a la edad adulta; aquellos niños que crecen siendo obesos son quienes sufren de obesidad severa y tienen al menos un padre obeso. Actualmente, el 60% de los niños obesos y el 70-80% de los adolescentes obesos se convierten en adultos obesos (Baillet, 2008); así, aproximadamente el 80% de los adolescentes obesos lo serán el resto de su vida, menos de 5% de los adultos que bajan de peso se mantienen en su peso ideal en los siguientes cinco años posteriores al tratamiento y 6% recupera el peso perdido en los siguientes 6 a 12 meses. (Paredes, 2007). En un cohorte de 8834 adolescentes Americanos seguidos hasta la edad adulta, se encontró que entre los que eran obesos en la adolescencia, 37.1% de los hombres, y 51.3% de las mujeres tuvieron obesidad severa en la adultez. Varios estudios han mostrado que la obesidad y el sobrepeso en la niñez y adolescencia están asociados a una mortalidad prematura en la edad adulta (Busby & Seif, 2013).

4.9.1. Padecimientos asociados al sobrepeso y obesidad en la edad adulta.

Gran parte de la importancia del estudio y prevención de la obesidad reside en que es un factor de riesgo para otras enfermedades y trastornos, tales como la cardiopatía coronaria, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; además, se relaciona con la artritis, las hiperlipidemias, los padecimientos respiratorios (Campollo, 1995), la enfermedad vascular cerebral y los cánceres de mama, esófago, colon, endometrio y riñón, entre otras (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010). El riesgo para la salud crece a medida que el IMC aumenta por encima de un rango óptimo de 21 a 23 kg/m² (World Obesity Federation, 2012), pero sus consecuencias no dependerán sólo de la cantidad absoluta, sino también de la distribución de la grasa (Hernández, 2012). Es por ello que la obesidad aumenta la mortalidad y reduce la esperanza de vida, especialmente cuando comienza en la juventud (Monereo et al., 2012).

El aumento de la obesidad va de la mano de una mayor prevalencia de Diabetes Mellitus tipo dos, o DM-2. El trastorno metabólico más característico de la obesidad es la resistencia a la insulina, que se da cuando el páncreas produce mucha insulina como respuesta a la ingesta y tamaño corporal, pero justo el exceso de grasa impide que dicha insulina realice su trabajo principal, que es disminuir la glucosa en sangre. Ante esto, el páncreas incrementa su producción de insulina hasta que se produce una falla, apareciendo así la hiperglucemia y la diabetes. La resistencia a la insulina y los niveles altos en sangre de ésta tienen efectos tóxicos en los órganos, principalmente en el hígado y páncreas (Monereo et al., 2012).

Estudios han demostrado que existe una asociación entre obesidad y diabetes; si bien la última tiene factores de susceptibilidad genética, la obesidad es el factor de causa predominante (Monereo et al., 2012). Se estima que el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010). El riesgo de padecer diabetes mellitus tiene una relación directa con el grado y duración de la obesidad, por lo que alguien que padece

obesidad desde la infancia tiene más probabilidad de padecer diabetes mellitus en la edad adulta. En población femenina, el riesgo es muy elevado: es cinco veces mayor a partir del IMC 25, y conforme el IMC aumenta, también lo hace de manera exponencial el riesgo de que se conviertan en diabéticas (Monereo et al., 2012). Además, así como la grasa abdominal se relaciona con la resistencia a la insulina, la pérdida de peso a su vez disminuye la resistencia a la insulina (Alvarado, 2012).

El principal riesgo de mortalidad por obesidad proviene del Síndrome Metabólico, también conocido como síndrome X, que incluye: intolerancia a la glucosa, obesidad abdominal, colesterol alto, hipertrigliceridemia (triglicéridos altos) e hipertensión arterial; el Síndrome Metabólico puede conducir a síndrome coronario, las personas con este padecimiento tienen más probabilidad de tener un infarto al miocardio o un evento cerebrovascular, así como de morir (Alvarado, 2012)

La obesidad es un factor de riesgo al aumentar la mortalidad por cardiopatía en ambos sexos; la cardiopatía y el accidente cerebrovascular fueron la principal causa de defunción en 2012 (OMS, 2015); esto ocurre debido a que las lipoproteínas de alta densidad (HDL) aumentan, así como también lo hace la tensión arterial. La pérdida de peso revierte hacia límites normales los factores que intervienen en la aparición de la cardiopatía (Alvarado, 2012). La circunferencia de la cintura es un buen indicador de enfermedad cardíaca: la circunferencia de cintura mayor a 88 cm en mujeres y 102 en hombre es un factor de riesgo por sí mismo para tener un infarto agudo al miocardio. Este aumento de riesgo de enfermedad coronaria obedece en parte al aumento de los factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, diabetes mellitus y alteraciones en colesterol y lípidos. Además, la obesidad también se asocia con cambios en la geometría cardíaca (Monereo et al., 2012)

Existe una asociación entre el aumento de peso corporal y la hipertensión arterial (Campollo, 1995). En el estudio Framingham se observa que entre el 65 y 75% de riesgo de padecer hipertensión es atribuible al exceso de peso (Chinchilla, 2005). Esto se debe a que el IMC se correlaciona con la masa y densidad de la pared del

ventrículo izquierdo, así como con el diámetro diastólico de su cavidad. Existe una clara relación entre la obesidad y la hipertrofia del ventrículo izquierdo, así como miocardiopatía por sobrecarga de volumen (Chinchilla, 2003, 2005). Hay estimaciones que sugieren que controlando la obesidad se eliminaría aproximadamente la mitad de los casos de hipertensión arterial en personas de raza blanca, y aproximadamente una cuarta parte en los de raza negra (Monereo et al., 2012).

También se presentan anomalías en los niveles de los lípidos relacionadas con el sobrepeso, frecuentemente aumentan los triglicéridos y disminuye el colesterol HDL (colesterol bueno) (Chinchilla, 2003, 2005). Estas alteraciones son mayores y más graves en la obesidad de predominio central y están relacionadas con el aumento de riesgo cardiovascular (Monereo et al., 2012).

Estudios transversales y longitudinales han demostrado que la obesidad se asocia con hiperuricemia y gota. Hay una correlación positiva entre los niveles de ácido úrico y el IMC e Índice Cintura–Cadera (ICC) (Chinchilla, 2003, 2005). Cuando el ácido úrico se encuentra en niveles altos que se mantienen en el tiempo, se asocia a una mayor incidencia en enfermedad cardíaca y un aumento en la mortalidad por cardiopatía isquémica (Monereo et al., 2012).

El exceso de grasa, especialmente cuando es central, produce alteraciones respiratorias debido a una alteración de los músculos respiratorios, ocasionada por la presión que la grasa ejerce sobre el diafragma (Chinchilla, 2003, 2005), así como por una mayor presión a la pared torácica, lo que ocasiona que el pulmón se distienda con dificultad y se produzca mayor dificultad al respirar. (Monereo et al., 2012). La obesidad se asocia a ciertas alteraciones como el síndrome de hipoventilación-obesidad (caracterizado por hipoventilación, somnolencia y un aumento de la presión parcial del dióxido de carbono), y el síndrome de apnea obstructiva del sueño, que es el trastorno respiratorio más grave que se asocia a la obesidad. En este síndrome se presentan episodios sucesivos de ausencia de respiración, ocasionados por obstrucción total o parcial de las vías respiratorias. Usualmente ocurre durante la noche, y se caracteriza por cinco o más pausas

respiratorias de al menos diez segundos de duración en cada hora de sueño (Chinchilla, 2003, 2005); al impedir que el paciente entre en sueño profundo ocasiona que éste no sea reparador y exista falta de atención y somnolencia durante el día (Monereo et al., 2012).

La obesidad incrementa el riesgo de padecer artrosis degenerativa en rodillas, pies, columna cervical y dorso lumbar, esto produce una gran limitación de movilidad (lo que a su vez favorece la obesidad) y una peor calidad de vida (Chinchilla, 2003, 2005). Las articulaciones se desgastan debido a la presión ejercida en ellas, y esto hace que se degeneren y se produzca artrosis. Las rodillas son las articulaciones más afectadas pues soportan una gran cantidad de peso corporal (Monereo et al., 2012).

El sobrepeso está asociado también a la esteatosis hepática no alcohólica, que si bien tiene un pronóstico favorable puede evolucionar en fibrosis, cirrosis, e incluso carcinoma (Chinchilla, 2003, 2005). La esteatosis hepática no alcohólica o hígado graso, afecta aproximadamente al 75% de los pacientes obesos, es más frecuente en hombres que en mujeres y aumenta con la obesidad (Monereo et al., 2012).

El exceso de peso puede favorecer la aparición de cáncer debido a mecanismos que aún no están bien definidos. Se asocia el IMC con una mayor tasa de muerte por cáncer de esófago, recto, colon, hígado, vesícula biliar, páncreas, riñón, linfoma y mieloma múltiple. Existe una relación especialmente directa entre el IMC y el cáncer colorrectal (Monereo et al., 2012). En hombres se ha observado un aumento en la incidencia de cáncer de colon, recto y próstata, mientras que en las mujeres, de vesícula, vías biliares, mama, cérvix, endometrio y ovarios. En el caso de las mujeres, se ha propuesto que esto tiene relación con la elevación de estrógenos que resulta de la conversión de andrógenos a estrógenos en el tejido adiposo (Campollo, 1995). La asociación existente entre el sobrepeso y el cáncer se debe tanto a la distribución de la grasa como a los niveles hormonales, ya que la obesidad central suele asociarse a niveles elevados de estrógenos circulantes (Chinchilla, 2003, 2005).

El aumento de triglicéridos y colesterol secundarios a la obesidad, ocasiona un aumento en la excreción biliar, por lo que también incrementa la incidencia de colelitiasis. La obesidad junto con el tabaquismo y el alcoholismo actúan como factor de riesgo para el reflujo gastroesofágico; además, el estreñimiento es común en las personas con sobrepeso y puede ocasionar hemorroides y fisuras anales (Chinchilla, 2003, 2005).

Las mujeres tienen de manera natural más grasa corporal que los hombres por lo que son más vulnerables a padecer obesidad. A lo largo de la vida, una mujer pasa por periodos en los que existe más riesgo de ganar peso, como son la adolescencia, los embarazos y la menopausia. La grasa aumenta de un 10-15% de la niñez a un 23-25% en la adolescencia; esta grasa es principalmente subcutánea y se localiza en caderas, muslos y mamas. Durante el embarazo la grasa vuelve a aumentar, pues supone una reserva energética para las necesidades del embarazo y de la lactancia; y tras la menopausia vuelve a haber un aumento de grasa pero ahora a nivel de tronco y de manera intraabdominal, lo que supone mayor riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad (Monereo et al., 2012).

El aumento en la producción de andrógenos que se observa en las mujeres obesas produce acné, hirsutismo, alopecia, así como oligomenorrea y alteraciones en la fertilidad. También es frecuente la aparición del síndrome de ovario poliquístico (Chinchilla, 2003, 2005). Dicho síndrome puede presentar algunas de las siguientes características: obesidad, anormalidades en la menstruación, hirsutismo, acantosis nigricans, acné, pérdida de cabello o una prematura producción de hormonas sexuales como andrógenos y estrógenos; aunque la mayoría de las adolescentes y adultas con ovario poliquístico son obesas, sólo un 20 % de las mujeres obesas tienen ovario poliquístico (Busby & Seif, 2013).

Las mujeres obesas tienen más dificultad de quedar embarazadas, y la presencia de obesidad en el embarazo favorece la aparición de hipertensión y diabetes gestacional, así como hiperinsulinemia, alteraciones lipídicas, elevación de los

niveles de leptina, etc., además de incrementar la probabilidad de que se les realice cesárea y de que sus hijos tengan puntuaciones Apgar más bajas. En los varones hay mayor prevalencia de oligospermia, impotencia, disminución de la libido y disminución de la testosterona (Chinchilla, 2003, 2005).

La obesidad también se relaciona con ciertas alteraciones dermatológicas como la acantosis nigricans, estrías, intertrigo, linfedema, y dermatitis por estasis venosa en las piernas (Chinchilla, 2003, 2005).

Se acaban de mencionar los principales problemas físicos o enfermedades asociadas a la obesidad, sin embargo, ésta también tiene repercusiones psicológicas. Las complicaciones psiquiátricas de la obesidad mórbida usualmente son fruto de la disconformidad con la propia imagen, ya que aumenta la tendencia a la depresión, a la baja autoestima e incluso a la tendencia al suicidio, junto con comportamientos neurotizantes que giran en torno a la dieta. Así mismo, pueden padecerse dificultades sociales como son la discriminación o la marginación, dificultad para encontrar ropa e incluso dificultades en sus relaciones personales o sexuales (Álvarez-Estrada, 2002). Las personas obesas sufren más presión social y discriminación que cualquier persona con alguna minusvalía física. Es común que entre las personas que sufren obesidad también existan alteraciones de la conducta alimentaria como atracones, pica, consumo compulsivo de alimentos, e incluso algunos rasgos bulímicos. Estos trastornos afectan en mayor proporción a las mujeres y deben tratarse porque pueden ser motivo de fracaso a la hora de perder peso (Monereo et al., 2012).

En las sociedades en las que se tiene una actitud negativa hacia la obesidad, se contribuye a que aquellos que la padecen presenten baja autoestima y problemas psicológicos, como incidencia de hipocondriasis, depresión, histeria, desviaciones psicopáticas e introversión social. En pacientes con obesidad mórbida se ha detectado una mayor frecuencia de personalidad pasivo-dependiente o pasivo-agresiva, así como inmadurez y poco control de impulsos (Campollo, 1995).

4.10. Implicaciones de la obesidad en el gasto público

Si bien el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud mundial, ya que derivan en diversas enfermedades, también representan un problema presupuestario debido al gasto destinado al tratamiento en dichas enfermedades, como son la diabetes, hipertensión y cáncer, las cuales representan el 70% de las muertes prematuras y se pone en peligro la viabilidad de los sistemas sanitarios debido a que ocasionan pesados costos económicos. Además, a nivel organizacional también representan un problema, ya que salud representa productividad, sin embargo, cuando el estado de salud no es adecuado, no se pueden conseguir los objetivos y metas trazados a nivel organizacional (Peña, 2012). El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provocan gastos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por ejemplo, actualmente el 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y el 90% de esos casos se pueden atribuir al sobrepeso y obesidad. (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), (citada en Peña, 2012), insiste en que la obesidad es uno de los factores más importantes, que pone en riesgo la salud y que tendrá mayores repercusiones en el futuro sobre el crecimiento del gasto sanitario. En EE.UU. para las personas obesas, los costos son mayores en un 36% para la asistencia sanitaria y en un 77% para la medicación.

En el periodo 2000-2008, el costo directo representativo de atención médica de las enfermedades, que pueden atribuirse al sobrepeso y la obesidad, incrementó en un 61%, al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42, 246 millones de pesos¹. Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones (en pesos de 2008). El costo para 2008 representó el 33.2% del gasto público federal en servicios de salud a la persona (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010).

¹Algunas estimaciones colocan la segunda cifra en 54,920 millones de pesos, dependiendo del escenario.

El costo indirecto por la pérdida de productividad debido a muerte prematura atribuible al sobrepeso y la obesidad, ha aumentado de 9,146 millones de pesos en el 2000 a 25,099 millones de pesos en el 2008. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (en pesos de 2008) (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010).

El costo total del sobrepeso y la obesidad (suma del costo indirecto y directo) ha aumentado (en pesos de 2008) de 35,429 millones de pesos en 2000 al estimado de 67,345 millones de pesos en 2008. Se calcula que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010).

4.11. La obesidad en México y en el mundo

El sobrepeso (incluyendo obesidad) representa cerca del 23% para niños y 21% para niñas en promedio de los países de la OECD (por sus siglas en inglés). Los niños tienden a padecer sobrepeso con más frecuencia que las niñas, con las mayores diferencias de género observadas en Eslovenia, China e Islandia (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2013).

América es la región con mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad infantil en el mundo (Tabla 2) en la población infantil en América que comprende del periodo de edad 10 a los 17 años, existe una disminución en el porcentaje de sobrepeso tanto en adolescentes varones como en mujeres; sin embargo, también se puede observar un incremento de obesidad, dicho incremento es mayor en adolescentes varones (Tabla 3).

Tabla 2 Porcentaje de sobrepeso (incluyendo obesidad) infantil, por región, género y edad

América		
Sexo	10-13 años	14-17 años
Masculino	29.4	31.9
Femenino	28.7	28.6
África		
Masculino	4.5	2.8
Femenino	5.5	6.9
Mediterráneo Oriental		
Masculino	15.8	17.8
Femenino	16.1	17.7
Europa		
Masculino	21.5	18.1
Femenino	19.0	14.8
Sudeste Asiático		
Masculino	21.9	9.6
Femenino	11.3	7.1
Pacífico Occidental		
Masculino	7.2	6.3
Femenino	5.4	5.7
Pacífico occidental (excluyendo China)		
Masculino	17.8	16.9
Femenino	15.5	12.6

Nota: Elaborado a partir de World Obesity Federation (2014).

Tabla 3 Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en América, por género y edad

Sobrepeso			Obesidad	
Sexo	10-13 años	14-17 años	10-13 años	14-17 años
Masculino	20.4	18.6	9.0	13.3
Femenino	18.6	17.7	10.1	10.9

Nota: Elaborado a partir de World Obesity Federation (2014).

Además, México ocupa uno de los primeros lugares en sobrepeso (incluyendo obesidad) en niños de 5-17 años entre los 34 países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Tabla 4).

Tabla 4 Países con mayor porcentaje (%) de sobrepeso (incluyendo obesidad) en niños de 5-17 años, según la OEDC

País	Niños	Niñas
Grecia	44	38
Italia	36	34
Nueva Zelanda	34	34
Eslovenia	32	23
Estados Unidos	30	30
México	28	29
Hungría	28	23
Portugal	27	29
Chile	26	27
España	26	24

Nota: Elaborado a partir de OECD (2014)

En México, 34.1% de adolescentes varones y 35.8% de adolescentes mujeres tienen un peso por encima de lo normal; el porcentaje de sobrepeso en adolescentes mujeres es mayor que el de los adolescentes varones, sin embargo, el porcentaje de obesidad entre estos últimos es mayor que el de las adolescentes mujeres (Tabla 5).

Tabla 5 Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en adolescentes de 12 a 19 años

	Hombres	Mujeres
(Sobrepeso+obesidad)	34.1%	35.8%
Sobrepeso	19.6%	23.7%
Obesidad	14.5%	12.1%

Nota: Elaborado a partir de ENSANUT (2013).

Recientemente se ha publicado un estudio en la revista The Lancet (citado en Monereo et al., 2012) realizado entre 1980 y 2008, y en el que han participado más de 9 millones de personas mayores de 20 años de todo el mundo. En él se concluye que la prevalencia de la obesidad en el mundo se ha duplicado. En la actualidad, una o más de cada 10 personas la padecen: 502 millones de ciudadanos en el planeta son obesos, de los que 205 millones son hombres y 297 millones mujeres.

En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos; de la población adulta mundial alrededor del 13% (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos, y el 39% (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso (OMS, 2015).

México ocupa el segundo lugar en obesidad adulta femenina en América, y el quinto lugar en obesidad adulta masculina; así mismo, se encuentra en el segundo

lugar con mayor prevalencia de obesidad en adultos entre los países que conforman la OCDE. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, en particular entre la población adulta: 39.5% de los hombres y mujeres tienen sobrepeso y 31.7% obesidad. Es decir que aproximadamente 70% de la población adulta (69.4% de los hombres, y 73% de las mujeres) tiene una masa corporal inadecuada (Acuerdo de Salud Alimentaria, 2010).

En México el porcentaje de personas que están arriba del peso normal ha incrementado .28% por año; este incremento es mayor entre mujeres que entre hombres, especialmente en sobrepeso, ya que curiosamente, el incremento de obesidad por año ha sido mayor en hombres. Este incremento en el porcentaje de personas que se encuentran por arriba del peso normal, es mayor en el D. F. que a nivel Nacional.

5. Imagen corporal

5.1. ¿Qué es la imagen corporal?

Para Schilder (1977), la imagen del cuerpo humano es “aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece” (p. 15)

Por su parte, Ascencio (2005), considera que la imagen corporal es la interpretación que cada quién tiene de su propio cuerpo, esto incluye factores mentales, emocionales, históricos y físicos de sí mismo.

Desde el punto de vista neurológico, la imagen corporal es una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona, sus alteraciones pueden ser resultado de una perturbación cortical; sin embargo, una definición más dinámica expone a la imagen corporal en términos de los sentimientos y actitudes que se pueden tener hacia el propio cuerpo (Raich, 2000).

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. (Raich, 2000, p. 25).

“Llamaremos <<imagen del cuerpo>> a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias” (Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 162).

Para Nasio (2008), la Imagen del cuerpo es la sustancia misma de nuestro yo, no somos nuestro cuerpo de carne y hueso sino lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo. Nuestro yo es la representación de nuestras experiencias corporales, que se ven mediadas por la imagen especular de nuestro cuerpo, de tal forma que el

yo es siempre resultado de una interpretación completamente personal y afectiva de lo que sentimos y vemos de nuestro cuerpo, por lo que las inconstantes y cambiantes imágenes que tenemos sobre él influyen en que se genere una imagen distorsionada de nuestro yo corporal.

En cierta medida, la imagen que tenemos de nuestro cuerpo siempre está distorsionada, ya que la imagen de un objeto percibido es falsa debido al fantasma inconsciente que lo rodea, el cual está compuesto de los siguientes elementos: a) los sentimientos conscientes o inconscientes –lo/la amo-, b) la experiencia infantil –encuentro hoy el mismo objeto de ayer-, c) la presencia del Otro –es feo/es bello-, y d) la imagen que cubre y deforma el objeto presente –percibo el objeto a través de la imagen que conservo de él en mi memoria afectiva e inconsciente-. El cuerpo nunca es percibido como es, sino como se le fantasea, la percepción se encuentra atada a nuestros sentimientos, al juicio del otro, a la imagen que ya tenemos de él, por lo tanto, nuestro cuerpo sólo se puede sentir, juzgar y ver de manera deformada.

La evaluación que se hace sobre el propio cuerpo, se constituye por tres componentes: a) el aspecto perceptivo, hace referencia a la imagen mental que tenemos del tamaño, tipo y forma de nuestro cuerpo, implica la precisión que se percibe de su tamaño, alteraciones en este aspecto pueden dar lugar a sobreestimación o subestimación del tamaño corporal; b) el aspecto actitudinal se refiere a los sentimientos que generan dichas características del cuerpo; y por último, c) la parte conductual que se refiere a las conductas que se llevan a cabo como resultado de las percepciones y actitudes del propio cuerpo (Bell & Rushforth, 2010).

En tanto la imagen corporal incluye tanto un componente perceptivo (estimación de tamaño y apariencia) y otro actitudinal (sentimientos y actitudes hacia el cuerpo), también las alteraciones de la imagen corporal incluyen estos dos aspectos relacionados: la distorsión perceptiva, que implica percibirse con un tamaño diferente al real, así como las alteraciones cognitivo-afectivas, asociadas a la insatisfacción o preocupación por la figura (Espina, Ortego, Ochoa de Alda,

Yenes, & Alemán, 2001). Como mencioné antes, la imagen corporal no necesariamente está relacionada con la apariencia física real (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

De este modo, la representación consciente e inconsciente del cuerpo se da en tres registros diferentes:

- a) Forma o figura (F) que comprende las percepciones conscientes de la dimensión, postura, movimientos, etc.
- b) Contenido (C), que incluye las sensaciones propioceptivas, cenestésicas, sensaciones como hambre, saciedad, dolor, etc.
- c) Significado (S) que incluye las representaciones inconscientes que constituyen la singularidad del deseo, adquieren expresión simbólica y son parte de vínculos intersubjetivos.

En los trastornos alimenticios parece haber un vínculo entre la forma y el significado, de manera que el contenido queda excluido o confuso. Las carencias narcisistas, así como la insatisfacción en las relaciones objetales que pueden apreciarse en los trastornos alimenticios, hacen que el sujeto apueste su autoestima e identidad al cumplimiento de un ideal que la cultura ofrece, de tal forma que la fluidez libidinal entre F, C y S se pierde en una obsesión por la delgadez (F), que se transforma en el ideal que le da sentido (S), implicando la eliminación de la necesidad corporal (C) (Zukerfeld, 1996).

Zukerfeld (1996) refiere la distorsión de tipo emocional es independiente del factor perceptual e incluye el grado de satisfacción con la propia imagen y el grado de registro de la interioridad corporal, de sensaciones como hambre y saciedad. El trastorno de la imagen corporal de tipo social, se trata de los modos de subjetivación de los ideales del cuerpo que la cultura ordena, cuando las expectativas de adelgazamiento son irreales cualitativa o cuantitativamente.

El tipo de trastorno perceptual se localiza predominantemente en el sentido de la vista relacionado con el sentido de la forma, tratándose de distorsiones de la estimación de la superficie corporal así como de sus dimensiones. Hasta hace

cierto tiempo era clásico hablar de sobreestimación en la anorexia nerviosa y subestimación de las medidas corporales en la obesidad (Zuckerfeld, 1996).

El proceso por el que se mira el propio cuerpo es complejo, dado que el observador es también el observado, es el único objeto que se percibe y forma parte de uno mismo a la vez, es una mirada en primera persona, intensa y diferente, ya que en la visión del propio cuerpo están involucrados los sentimientos del sujeto hacia sí mismo (Raich, 2000). La imagen del propio cuerpo se adquiere de manera progresiva, sobre adquisiciones visuales y cinestésicas, pero también cognoscitivas, afectivas y sociales; la síntesis final del desarrollo de la imagen corporal hace que el cuerpo se perciba como único, diferente a los otros, como propio, un cuerpo aprehendido como sujeto. Es por ello, que el término de imagen corporal si bien describe aspectos perceptivos sobre las propiedades físicas del sujeto, también involucra afectos más o menos conscientes de naturaleza autoevaluativa (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Si bien la mayoría de las personas manifiestan algún tipo de malestar en relación a su cuerpo, este descontento no afecta sus actividades cotidianas y es por lo tanto un malestar normativo y general; sin embargo, hay otro grupo de personas cuya inconformidad desencadena conductas nocivas (Amaya et al., 2013). Así, vemos que en las personas que presentan trastornos alimenticios, la percepción que tienen sobre su cuerpo y la realidad no concuerdan (Espina et al., 2001)

La imagen corporal tiene gran impacto en la personalidad, “los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta tu autoimagen” (Raich, 2004, p. 57).

Hay que distinguir entre las representaciones internas del cuerpo y los sentimientos y actitudes que se tienen hacia él. Puede haber representaciones corporales internas más o menos verídicas, pero cargadas con sentimientos negativos o positivos, lo que influye en gran medida en el autoconcepto (Raich, 2004).

La imagen corporal abarca tanto la imagen física, como la fisiológica, sociológica y psicológica que tenemos de nosotros mismos. Durante la adolescencia, la conciencia que se tiene sobre sí mismo, se intensifica debido a los cambios físicos radicales, además de un incremento en la introspección y el énfasis que los pares ponen en las características físicas y la comparación con las normas culturales. Los cambios rápidos y abruptos que se llevan a cabo en la adolescencia imponen una revisión de la imagen corporal, en donde a menudo, los adolescentes llegan a sentir su cuerpo como algo extraño (Schonfeld, 1973).

El ritmo de crecimiento acelerado que tiene lugar en la adolescencia, promueve que los cambios de peso y apariencia sean más difíciles de asimilar, es además en esta etapa, cuando los componentes de la personalidad quedan plenamente establecidos, previo reordenamiento de dichos componentes y modificación de actitudes sobre su propio cuerpo, aquellos adolescentes que no lograron una cierta estabilidad emocional durante la infancia, suelen no elaborar de manera sana un concepto del yo, y preservan dificultades para afrontar las exigencias sociales, escolares o vocacionales que impone la adolescencia. El adolescente reacciona con mayor intensidad ante la mirada del otro, la aprobación juega un papel importante para ellos, y si se toma en cuenta que el adolescente además, se compara e identifica con otras personas y se forma una imagen corporal ideal, tiende a compararse con dicha imagen, que puede ser la de sus pares o la imagen que los medios de comunicación glorifica, descalificando a quien se aparta de él (Schonfeld, 1973).

5.2. Megarexia

Brugos (2005), denominó como megarexia a la subestimación de la imagen corporal; definida como opuesta a la anorexia, describe a personas obesas que se miran al espejo y se ven delgadas debido a la distorsión de la percepción que caracteriza a los trastornos alimentarios; posteriormente, Sara Bird, en su libro *“Fatorexia, what do you see when you look in the mirror”* (citada en Carámbula, 2010) acuñó el término “fatorexia” para referirse a este fenómeno. Si bien tanto

megarexia como fatorexia son términos que describen el mismo tipo de distorsión de la percepción de la imagen corporal, no son términos oficiales incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] (5ª edición, American Psychiatric Association, 2014), ni en la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10] (10ª edición, OMS, 1992).

A las personas con megarexia les ocurre lo contrario que a aquellas que padecen anorexia ya que estas últimas, cuando se miran al espejo se ven obesas aunque sufran una delgadez extrema; por el contrario, quienes padecen megarexia no son capaces de percibir su exceso de peso, perciben su estado físico como agradable, no les preocupa su figura, consideran que su talla es correcta y que no tienen un problema de salud. Se trata, por lo tanto, de una distorsión de la percepción de la propia imagen corporal, corresponde a un problema de origen psicológico que conduce a un aumento de peso, malnutrición y falta de medidas dietéticas para llevar una vida saludable (Esquivel et al., 2014).

La autopercepción errada de la imagen corporal en adolescentes, puede ser una de las barreras principales para la pérdida o cambio de peso exitosos, ya que los adolescentes realizan dietas para adelgazar no por su peso real, sino por la percepción que tienen de su cuerpo y si están satisfechos o no con él (Sámano et al., 2015).

Los megarécicos son personas que al no ser conscientes de su peso, no llevan una dieta adecuada, consumen grandes cantidades de comida, especialmente frituras y dulces, es decir, de comida basura que representa calorías vacías, lo que ocasiona que aunque sean obesas, su organismo no se encuentre bien nutrido (Canal, Rodríguez, & Romero, 2011).

Se ven a ellos mismos como personas sanas y delgadas y no logran evaluar el alcance de su problema, es por ello que no hacen modificaciones a sus hábitos de vida poco saludables; aunado a lo anterior, muchas veces son personas que consideran el exceso de peso como sinónimo de salud y vitalidad, lo que se suma a la resistencia al cambio de hábitos (Sánchez, 2013).

Generalmente, los megaréxicos no son conscientes de su enfermedad y tienen conductas de evitación cuando se les confronta con su realidad, como cuando se fotografían a sí mismos, o van de compras, aspecto que refleja el hecho de encontrarse envueltos en una dinámica de autonegación (Sánchez, 2013).

Dada la cantidad de personas con sobrepeso y obesidad que hay en el mundo, así como el incremento que han tenido tales padecimientos, es probable que muchos de estos individuos con sobrepeso u obesidad sean megaréxicos no diagnosticados, que terminarán con grados de obesidad y daños en la salud mayores si no toman conciencia de su problema y rectifican su estilo de vida (Esquivel et al., 2014).

“Desde el punto de vista de salud pública, es mucho más relevante la subestimación que la sobreestimación [de la imagen corporal], dado los altos niveles de sobrepeso y obesidad existentes en la actualidad” (Pino et al., 2010, p. 327).

Para poder hacer frente a la megarexia, es necesario que la persona reconozca que tiene un problema; pero dado que ellos perciben una imagen distinta a la que refleja el espejo, no coincide con la percepción que tienen de su propio cuerpo, lo que hace difícil y poco probable que cambien de opinión (Sánchez, 2013). Por lo tanto, se requiere de ayuda profesional para orientarlos a ellos y a su familia sobre el trastorno que padecen; también es necesaria la intervención de un especialista en nutrición, que pueda asesorar y determinar las pautas de una alimentación sana, que los ayude a perder peso (Esquivel et al., 2014).

5.3. El cuerpo como construcción social

Walder (2004), sugiere que en la sociedad de consumo masivo, el sujeto pierde su aparente libertad, quedando a merced de las oscilaciones de la moda, el mercado y las tecnologías, de esta forma, el sujeto se ve reemplazado por el cuerpo, de forma tal que la relación con la biología queda en segundo plano. La publicidad se encarga de recordarnos las carencias o anomalías del cuerpo, mismas que a

través del consumo, pueden ser reparadas mediante las múltiples tecnologías que modelan nuestros cuerpos, bajo normas estéticas y que a su vez también configuran el imaginario social, siendo esto solamente la expresión de un abismo entre la persona y su cuerpo. Cuerpo que es receptáculo de símbolos externos, cuerpo significado que reproduce un discurso de poder.

Somos nuestro cuerpo, pero aquel cuerpo del mercado, es por eso que se da el temor a su deterioro, a la vejez, su condición de objeto de culto, es porque el cuerpo significa el vehículo privilegiado de representación y movilidad social. Sobre nuestro cuerpo ahora recae nuestra identidad como seres sociales, esta obsesión con el cuerpo obedece a imperativos sociales y económicos, las fuerzas corporativas son las que esculpen nuestros cuerpos, determinando que el deterioro del cuerpo se haya convertido en el horror a la exclusión social (Walder, 2004).

El cuerpo ideal e inalcanzable de las modelos publicitarias genera ambiciones de mimesis, acción que deviene en frustración y desprecio por sí mismo, pues no hay algo peor que lo inalcanzable, patrón que emerge como autoridad social, como obligación. Este odio surge con la reflexión hacia el propio cuerpo, con la verificación de sus carencias, con esta certeza del abismo existente entre el deseo, entre este cuerpo del mercado y la materialidad, el cuerpo que se posee realmente (Walder, 2004).

Estamos, además, frente a una cultura en la que el alimento está cargado de significado. El hombre obeso puede expresar con su peso y volumen el poder masculino, no siendo así con la mujer, quien queda fuera del mercado estético y carece de la posibilidad de canalizar el poder a través de su volumen. Cultura en la que se ha perdido el sentido y los objetivos, el medio supera al fin, la salud ha sido superada por el cuerpo mismo.

El cuerpo, dice Huertas (2003), no impone su ley a la conciencia, sino más bien, la sociedad por medio del lenguaje rige la conciencia e imprime su ley al cuerpo. Las prescripciones sociales no sólo imponen el lenguaje, sino también las

manifestaciones corporales de carácter no verbal. En las últimas décadas, apareció el mecanismo de dominación ideológica que es la cultura del cuerpo, en donde una buena imagen es equiparable con la belleza, la salud y el triunfo individual. Una buena imagen significa tener el peso adecuado, un dolor agradable, la piel suave, el cabello arreglado, ser elegante al vestir. Todo ello contribuye a un narcisismo post-industrial y post-moderno.

El cuerpo ideal es principalmente el cuerpo social impuesto como modelo de belleza, es el cuerpo que encaja en el estándar de belleza, el cual será interiorizado por las personas a lo largo de la vida, debido a la constante información que recibimos a través de los medios de comunicación; mismos que no sólo fomentan un estereotipo de belleza regido por la delgadez, sino que también promueven la idea de que las personas pueden controlar su aspecto físico a voluntad con el simple hecho de realizar el esfuerzo necesario; el problema radica en lo inalcanzables que resultan los estándares de belleza para la mayoría de las personas. También es importante reconocer que los mensajes culturales que se articulan en relación al cuerpo presentan diferencias entre ambos sexos, generando expectativas basadas en el género que relacionan la feminidad y la masculinidad con ciertos atributos físicos. Parece ser, además, que en las mujeres, la autoestima está condicionada en mayor medida, al grado de atracción percibida, siendo que la preocupación por el aspecto físico tiene el doble de incidencia en las mujeres que en los hombres (Bell & Rushforth, 2010).

Las expectativas en cuanto al cuerpo, se transmiten no sólo a través de los medios de comunicación, sino también a través de las interacciones con la familia, amigos, compañeros, hermanos, etc. Los padres tienen un papel formador, a través de sus comentarios y críticas expresan el grado en que se valora el aspecto físico dentro de la familia, estableciendo, de esta forma, un estándar frente al cual el niño también se compara (Bell & Rushforth, 2010).

Los patrones estéticos corporales, son un reflejo de los valores culturales que dependen del momento histórico. Los ideales de belleza establecidos y compartidos socialmente, suponen una presión sobre los miembros de la

población. En la actualidad, los medios de comunicación han creado un esquema de belleza ante el cual las personas se comparan e intentan adecuarse a él (Maganto & Cruz, 2000).

Hoy en día, predominan los estándares de belleza basados en la delgadez que los medios de comunicación difunden, atribuyéndole atractivo, felicidad, popularidad y éxito. La internalización de dichos estándares, puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la imagen corporal, debido a que cuando un individuo ha interiorizado este tipo de cuerpo ideal, pero su cuerpo discrepa de ello, surge la insatisfacción corporal (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Ascencio (2005) expresa que “la publicidad, la cultura y los medios de comunicación instalan valores en la sociedad, y la belleza se define de manera muy limitada. Es decir, se proponen modelos a seguir con características específicas de color de piel y cabello, estatura, forma de cuerpo y delgadez poco realistas” (p. 46). Los adolescentes son especialmente vulnerables a los ideales de belleza, debido a su interés por sentirse aceptados por sus compañeros y a que justamente, la adolescencia implica cambios en el desarrollo y el crecimiento físico, los cuerpos cambian rápidamente durante este periodo; además, la forma y el tamaño del cuerpo de cada persona se determinan de manera genética, es imposible que todos los cuerpos se asemejen al cuerpo ideal, la gente común es de todas las formas: alta, bajita, delgada, llenita, musculosa, flácida, atractiva, poco atractiva, etc.; sin embargo, esta realidad se contradice con los medios de comunicación y la publicidad, que bombardean con numerosas imágenes de personas guapas que constituyen un modelo al que se debe aspirar, ser diferente a lo propuesto como ideal, es rechazado y hace sentir mal a muchos adolescentes.

El peso tiene diferente significado según el sexo. Los hombres suelen desear pesar más, no porque deseen estar gordos sino porque quieren tener más masa muscular (Bell & Rushforth, 2010; Raich, 2004). El cuerpo ideal en hombres corresponde a un tipo de cuerpo mesomorfo moderado, por lo que un sujeto masculino se sentirá más satisfecho con una región del cuerpo en tanto esté más

desarrollada; en contraste, en las mujeres, el cuerpo ideal es el ectomorfo y la satisfacción corporal aumenta a medida que la región del cuerpo sea más delgada y pequeña (excepto el pecho) (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Los varones raramente buscan ser delgados; entre los adolescentes y adultos jóvenes de nuestros días también se observan medidas drásticas hacia sus cuerpos; sin embargo, los hombres tienden a desear adquirir la forma muscular mesomórfica como su ideal: así como las mujeres quieren ser más delgadas, los varones quieren ser más musculosos, es por este motivo que muchas veces los adolescentes varones buscan ganar peso (Amaya et al., 2013; Facchini, 2006).

La deseabilidad social es un aspecto importante que impacta en la personalidad, y se subdivide en dos procesos: el primero consiste en evitar decepcionar a otros siendo básicamente un proceso consciente; mientras que el segundo consiste en evitar decepcionarse a uno mismo y es básicamente inconsciente. “Los sujetos mejor adaptados socialmente serían unos sujetos <<rechazadores>> que integrarían las informaciones favorables con respecto a sí mismos, y negarían las informaciones desagradables. La satisfacción corporal podría pues tomar parte de estos procesos defensivos que permiten al sujeto <<evitar sentirse decepcionado>> de sí mismo” (Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 191).

La consciencia del ideal corporal se refiere al reconocimiento de las normas sociales sobre el ideal de belleza y no implica la realización de conductas para alcanzar dicho ideal; sin embargo, la interiorización del ideal implica adoptar el ideal corporal como propio y la mayoría de las veces requiere realizar determinadas conductas para alcanzarlo. De esta forma la interiorización de dicho ideal es mejor predictor de problemas con la imagen corporal. El efecto de la consciencia sobre la insatisfacción corporal se ve mediado por la interiorización del ideal corporal, que sólo explica un alto porcentaje en la varianza de la insatisfacción corporal, pero no en las conductas alimentarias anómalas. Esto se debe a que la consciencia del ideal corporal precede a la interiorización del ideal, este último es mejor predictor de insatisfacción corporal (Amaya et al., 2013).

5.4. Satisfacción e insatisfacción corporal

Ahora bien, parece ser que más que el cuerpo real, lo que predice la satisfacción con respecto al cuerpo es el cuerpo percibido; de forma que mientras mayor sea la distancia entre la forma de cuerpo percibida y la forma de cuerpo ideal, mayor será también la insatisfacción con respecto al cuerpo. Esto permite incluir el aspecto perceptivo como elemento de mayor importancia en la satisfacción respecto del cuerpo, de tal forma que los sujetos que se consideran atractivos son también quienes están más satisfechos, incluso si este atractivo autoevaluado no es realista. De igual manera, si alguien se siente mal con respecto a su atractivo físico, incluso siendo alguien atractivo, es probable que no se encuentre satisfecho. La satisfacción corporal es una variable intermedia que tiene un papel amortiguador entre las realidades objetivas y subjetivas del sujeto (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La satisfacción o insatisfacción que genere el propio cuerpo, también está dada en función de la importancia que las personas le otorguen a su aspecto. Si alguien otorga mucha importancia a su aspecto, la insatisfacción que se genere ante la discrepancia de la imagen real y la imagen ideal del cuerpo será mayor que para una persona que le dé menos relevancia a su aspecto físico.

Bajo el nombre de satisfacción corporal se agrupan aquellas percepciones evaluativas favorables respecto al propio cuerpo, mientras que para insatisfacción corporal corresponden las percepciones evaluativas desfavorables (Bruchon-Schweitzer, 1992).

La satisfacción corporal parece depender de qué tan cercana sean la realidad y la idealidad; es decir, a las diferencias que tiene su cuerpo en relación al cuerpo ideal, el cual generalmente está dado por los cánones de belleza sociales. Si hablamos de dichos cánones, las actitudes sociales son discriminatorias hacia los obesos, quienes son penalizados por serlo desde la infancia. La satisfacción corporal predice bastante bien la satisfacción con respecto a sí mismo, aunque

esto no es unidireccional, ya que también la satisfacción con respecto a sí mismo puede afectar los sentimientos dirigidos al cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992).

5.5. Estudios sobre imagen corporal

En una investigación realizada por Espina et al. (2001), se encontraron diferencias en la insatisfacción de la imagen corporal, entre mujeres con algún trastorno alimenticio, comparadas con un grupo control; observaron que aquellas mujeres con sobrepeso, mostraban mayor insatisfacción en comparación con el grupo con peso normal, lo cual puede estar asociado al rechazo social que existe ante la obesidad.

Por su parte, Maganto y Cruz (2000) reportan que existe una mayor distorsión de la imagen corporal en mujeres. En su estudio, los hombres presentaron mayores porcentajes de adecuación, es decir, falta de distorsión (40%) frente a las mujeres (7.6%). La distorsión que se reporta es del tipo de sobreestimación, el porcentaje que presentó subestimación fue mucho menor, siendo la mayoría hombres. Denominaron distorsión a la diferencia entre el peso real y el peso percibido, e insatisfacción a la diferencia entre el peso ideal y el peso percibido.

En el estudio de Amaya et al. (2013) se indagó si la edad, la consciencia y la interiorización del ideal corporal predicen la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias anómalas en muestras de hombres y mujeres divididas en dos grupos de edades: de 9 a 12 y de 13 a 15. Identificaron que en las mujeres, a mayor edad, mayor consciencia del ideal corporal; mientras que en los hombres a menor edad mayor insatisfacción corporal y conductas alimentarias anómalas. La interiorización del ideal corporal, fue el principal predictor de insatisfacción corporal, pero no necesariamente de las conductas alimentarias anómalas, las cuales sólo fueron predichas por la insatisfacción corporal.

Sámano et al. (2015), realizaron un estudio transversal para evaluar la auto percepción y la satisfacción de la imagen corporal, en población de adultos y adolescentes mexicanos. En el caso de las mujeres adolescentes, un 51% tuvo

concordancia con su IMC real, mientras que el 19% se subestimó y el 30% se sobreestimó. En el caso de los adolescentes varones, un 60% obtuvo certeza de su verdadero IMC, mientras que el 22% se subestimó y el 18% se sobreestimó; así, en el caso de los adolescentes varones hubo una ligera mayor tendencia a la subestimación que a la sobreestimación. La satisfacción del peso corporal fue más común entre los individuos con IMC autopercebido y real de bajo peso y peso normal, así como entre quienes tenían IMC real de sobrepeso y quienes subestimaron su IMC. Entre los adolescentes con sobrepeso u obesidad, el 80% se mostraron satisfechos con su imagen corporal; la mayoría de aquellos que subestimaron su peso están satisfechos con su imagen corporal. Esto puede explicarse debido a que es probable que los adolescentes estén utilizando mecanismos de defensa, al referir satisfacción de la imagen corporal cuando en realidad es todo lo contrario, siendo un caso de negación. También puede explicarse esta subestimación de la imagen corporal, entre los adolescentes varones, ya que son justo ellos quienes se preocupan por incrementar su masa muscular, lo que puede ser traducido erróneamente en “mayor peso corporal es más musculatura”.

Los resultados de un estudio cualitativo realizado por Martínez-Aguilar et al. (2010) con adolescentes obesos entre 11 y 15 años, a través de entrevistas semiestructuradas analizadas mediante la técnica del análisis temático, mostraron una tendencia a subestimar su sobrepeso u obesidad, así como atribuir la causa de la misma a cuestiones genéticas y hereditarias. Es posible que por estos motivos no se responsabilicen ante su estado. Se pudo constatar el uso de una gran cantidad de mecanismos psicológicos de defensa, frente a la carga emocional implícita a la experiencia de la obesidad, lo que puede constituir un obstáculo para la aceptación del problema y por lo tanto buscar una solución.

Gómez-Marmol, Sánchez-Alcaraz & Mahedero-Navarrete (2013) realizaron un estudio en adolescente de entre 12 y 17 años, en quienes se analizó el grado de distorsión de la imagen corporal, se observó una mayor distorsión en hombres que

en mujeres; así mismo, se observó que a medida que aumentaba la edad de los participantes, disminuía también su nivel de distorsión.

Mujica et al. (2009), llevaron a cabo un estudio con sujetos de Talca de entre 18 y 74 años de edad, estimando la autopercepción del peso mediante imágenes que representaban cuatro estatus nutricionales: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Cada sujeto seleccionó la imagen con la cual identificara su propio estado nutricional, el cual posteriormente se comparó con su estadio nutricional real, que se obtuvo calculando su IMC. Se consideró que alguien subestimaba su peso si se clasificaba en una categoría de estado nutricional inferior, a la correspondiente al criterio clínico para su IMC real; se clasificó como sobreestimación cuando la clasificación de la categoría era mayor a la correspondiente para su IMC. La mayor subestimación la presentaron los sujetos obesos y con sobrepeso. Casi la mitad de los sujetos tienen una errónea percepción de su peso, la mayoría tendiendo a la subestimación.

El 48.2% de hombres y 31.9% de mujeres con sobrepeso consideró equivocadamente su peso como normal y dentro de los obesos más de 70% del total se consideró con sobrepeso, por lo que en este grupo existe una alta subestimación del estado nutricional. En los grupos con sobrepeso y obesidad el nivel de subestimación del estado nutricional alcanzó 39% y 76.5%, respectivamente (Mujica et al., 2009, p. 78).

Se puede observar una tendencia significativa a la subestimación, pues el 44% de la población estudiada subestimó su peso, 50% de los hombres y 41% de las mujeres.

Pino et al. (2010) encontraron, a partir de un estudio con estudiantes de la carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad del Mar, que de éstos, el 49% sobreestimó su estado nutricional, 18% lo subestimó y sólo el 33% tuvo una adecuada percepción de su imagen corporal. Del total de estudiantes con sobrepeso y obesidad, el 27.3% subestimó su peso y el 54.5% lo sobreestimó.

En el estudio realizado por Trejo, Castro, Facio, Mollinedo, & Valdez (2010), realizado en adolescentes de Zacatecas, los resultados mostraron que el 81.8% de los adolescentes no estuvo insatisfecho con su imagen corporal, sólo el 17.7% presentó insatisfacción leve, y el 4% moderada. Se observó que a medida que aumenta el IMC, también se incrementa la insatisfacción con la imagen corporal. Además, se observó que las mujeres presentaron mayores niveles de insatisfacción que los hombres.

5.6. ¿Cómo se evalúa la imagen corporal?

Dado que el concepto de imagen corporal incluye aspectos multidimensionales, evaluarlo debe incluir desde la dimensión perceptiva (precisión con que se percibe el tamaño del cuerpo), hasta la dimensión cognitivo-actitudinal (creencias y actitudes que el individuo tiene sobre su cuerpo). Existen diferentes métodos de evaluación del componente perceptivo de la imagen corporal, que pueden ir desde la estimación de partes del cuerpo, hasta la estimación del cuerpo en su totalidad; entre los procedimientos de estimación global se encuentran el de distorsión de imagen y el de siluetas. Los métodos de trazado de imagen, que estiman las partes corporales, utilizan dos piezas de madera que el sujeto aproxima o aleja para estimar un segmento corporal, de forma que después con un calibrador corporal se toman las medidas reales del sujeto y se calcula el índice de precisión perceptiva, que es igual a la estimación en centímetros, entre la medida real en centímetros, todo esto por cien: $(\text{estimación}/\text{medida real}) \times 100$. Un índice de precisión perceptiva igual a 100 indica que la estimación corresponde a la medida real, mientras que un IPP mayor a 120 indica sobreestimación significativa y un IPP menor a 80 indica subestimación significativa. IPPS dentro del intervalo de 80 y 120 se consideran de precisión perceptiva (Raich, 2004).

Los procedimientos de estimación global presentan a la persona una imagen que puede modificar a voluntad para adecuar a sus propias dimensiones corporales, estos procedimientos pueden ser: distorsión por vídeo, distorsión a través de espejos, o distorsión de fotografías a través de lentes anamórficas (Raich, 2004).

Para Sepúlveda, Botella, & León (2001), la imagen corporal se integra por componentes perceptivos, cognitivo-afectivos y conductuales. Existen dos formas fundamentales con las que se ha intentado evaluar dichos componentes, estas dos formas son: a) precisión de estimación del tamaño corporal –estimación de diferentes partes del cuerpo, o estimación de cuerpo entero- para ello se obtiene un índice de imagen corporal que es igual al (tamaño percibido/tamaño real) x100; b) a través de la evaluación de actitudes y sentimientos del individuo hacia su propio cuerpo.

5.7. Estructuración de la Imagen Corporal

En el cuerpo, desde la teoría psicodinámica, es el objeto con el que se relacionan la libido y el narcisismo, en tanto no puede haber libido ni energía de los deseos del yo, a menos que haya un objeto con el que se vinculen, y éste es precisamente, nuestro propio cuerpo. La imagen corporal no se da por sí sola, sino que se desarrolla; así, la libido narcisista se adhiere a las diferentes partes de la imagen del cuerpo dependiendo de las etapas del desarrollo libidinal (Schilder, 1977).

La conciencia de la propia identidad se adquiere paulatinamente durante los primeros años de vida, porque el cuerpo del niño va madurando, pero también porque va aprendiendo muchas cosas que le permiten diferenciarse de los demás como individuo e identificarse consigo mismo y con la familia o el grupo humano al que pertenezca. (Huertas, 2003, p. 120).

Durante el periodo intrauterino, el feto está sujeto a la simbiosis fisiológica con el cuerpo materno, sin embargo, esta simbiosis se prolonga más allá del nacimiento, debido a la satisfacción de las necesidades orgánicas del recién nacido, como son la alimentación, los cambios de posición, etc. Así, el niño al principio solamente reconoce su cuerpo en relación al cuerpo de otra persona (usualmente la madre) a

través de la proyección del propio cuerpo en el cuerpo del otro, y consecuentemente, se identifica (Bernard, 1985).

La génesis de la conciencia del propio cuerpo y la personalidad del niño, es un proceso en el que hay un constante vaivén de uno mismo a los demás, y de la imagen percibida en los demás a uno mismo (Bernard, 1985).

En un inicio, el niño se confunde con el objeto y con la causa de sus reacciones, posteriormente, sin embargo, delimita poco a poco rompiendo así la unidad primitiva en la que se encontraba. El origen de la conciencia del propio cuerpo, es decir, el proceso en el que el niño reconoce su cuerpo como suyo, diferente al de los demás, aunque también semejante al de los demás, se rige por el fenómeno del espejo, que implica que el niño pueda identificar su imagen visual con lo que vive kinestésicamente, es decir, su cuerpo visual con su cuerpo kinestésico. Para ello, debe reconocer, que su imagen especular sólo tiene la apariencia de la realidad percibida en su propio cuerpo, y que esa apariencia tiene una realidad que él mismo no puede percibir con sus propios sentidos (Bernard, 1985).

Es hasta el sexto mes cuando el niño establece una relación con su imagen especular, cuando el niño se sorprende al darse cuenta que el padre que se encuentra a sus espaldas y habla, es el mismo que se refleja en el espejo. Se confronta así la imagen reflejada y la presencia real del padre, esta sorpresa de parte del niño, indica que se ha integrado en una unidad algo que hasta el momento no tenía relación. Ante el bebé se presenta una posibilidad de percepción precoz de su forma humana, de experimentar su propia unidad corporal a partir del reconocimiento de su imagen en el espejo, reconocimiento con signos de júbilo, que constituye un estadio capital para su evolución psíquica, que se llama "estadio del espejo". Lacan (citado en Bernard, 1985), percibe en este estadio el inicio de un proceso de identificación que gobernará las relaciones del niño con los demás y consigo mismo; al aceptar su imagen, el niño la tratará como un yo ideal, y será esta el origen de todas las identificaciones secundarias.

Lacan (citado en Guimón, 1999), hizo hincapié en la importancia de la relación del niño con la madre a través de la nutrición, ya que a través de la succión y aprehensión del pecho materno, se satisface por medio de la imagen materna las necesidades propioceptivas del niño; además, gracias al precoz desarrollo de la visión, ésta desempeña un papel importante en la estructuración del esquema corporal mediante la identificación a través de la que el niño se diluye en la imagen del otro, al mismo tiempo que se encuentra en ella. “En lo que Lacan llama <<el estadio del espejo>>, el niño se contempla ante el espejo, y evalúa la imagen que ve como si fuera de <<otro>> aunque luego la identifica consigo mismo” (Guimón, 1999, p. 51).

Este dilema frente a las imágenes sensibles y reales, se resuelve librándose de las impresiones sensibles inmediatas y actuales, para subordinarlas a un sistema de representación, de tal suerte que una vez vaciada de su existencia, la imagen queda puramente simbólica, y esto ocurre porque el espacio corporal y el espacio de la imagen se integraron y ordenaron en la representación de un espacio abstracto (Bernard, 1985).

El cuerpo como mosaico de zonas erógenas, propuesto por S. Freud, no es una copia de la realidad objetiva, biológica o anatómica, sino que da predominio a cada zona a través del deseo, desarticulándose el cuerpo objetivo, y entregándose de esta forma, a las fantasías de lo imaginario. El niño, de esta forma, aprehende su cuerpo a través de las proyecciones de sus deseos, en las relaciones imaginarias con aquel que debe satisfacerlos; así, los órganos objetivos, están cargados de valores simbólicos que no guardan proporción con la estructura ni con la función de los órganos definidos por la ciencia (Bernard, 1985).

En el desarrollo infantil, la libido atraviesa por una serie de vicisitudes, y se invierte en distintas zonas corporales dependiendo de la etapa de desarrollo libidinal por la que se atraviese (boca, ano, genitales externos). Para S. Freud (citado en Guimón, 1999), la región genital es la que adquiere la primacía en el individuo maduro; sin embargo, en circunstancias adversas se puede regresar a etapas anteriores a las que había quedado fijado por exceso o falta de gratificación en su

momento. Estos procesos de fijación y regresión condicionan de forma importante las regresiones de la imagen corporal. Además, hizo notar que las aberturas del cuerpo tienden a igualarse, de forma que deseos relacionados con una pueden ser desplazados a otra.

En la estructura total del esquema del cuerpo, las zonas erógenas desempeñan un papel muy importante, de tal forma que la imagen del cuerpo se va centrando en la parte predominante, dependiendo de la etapa de desarrollo libidinal, de forma que en la etapa oral, la imagen del cuerpo se centraría en torno a la boca, y durante la anal alrededor del ano (Schilder, 1977).

Experimentar el cuerpo como algo unido, algo total, solamente se puede pensar una vez que se ha alcanzado armoniosamente el nivel genital de desarrollo psicosexual. La sexualidad genital plenamente desarrollada, es, pues, indispensable para la apreciación cabal de nuestra propia imagen corporal (Schilder, 1977).

En el desarrollo libidinal, existe una intensificación de cierto deseo parcial, la zona erógena determinada correspondiente a ese deseo, será el centro de su imagen corporal, y cada vez que una parte obtenga una supremacía abrumadora en la imagen del cuerpo, dejará de haber equilibrio en la imagen corporal, lo cual también ocurre en casos en los que se sufre un dolor orgánico, las energías fluyen hacia el órgano enfermo y esta área se sobrecarga de libido narcisística (Schilder, 1977).

La formación de la imagen del cuerpo es aparentemente la conquista progresiva de esa unidad (anatómica, fisiológica, orgánica), la cual permite dominar la totalidad de nuestro cuerpo, éste conserva así y todo una estructura libidinal imaginaria que está diseñada no sólo por los fantasmas de nuestra primera infancia sino también por los fantasmas de todos los conflictos afectivos que agitaron y tejieron la historia de nuestra vida. (Bernard, 1985, p. 107).

El cuerpo en su totalidad es erógeno, todos los órganos pueden estar catectizados por la pulsión sexual, y por lo tanto, significar algo más allá de su forma y su función, refiriéndose a algo que los trasciende, a otro cuerpo, que es objeto y fin del deseo (Bernard, 1985).

El reconocimiento de la forma unificada del propio cuerpo así como la constitución de la imagen del cuerpo siguen estrechamente el desarrollo del lenguaje del niño. El lenguaje acoge las pulsiones del niño, así como sus fantasmas, captados en una red de significantes que obedecen leyes estructurales del lenguaje. Así, el cuerpo se puede interpretar atendiendo al lenguaje que lo designa: “El cuerpo no es nada más allá de ese lenguaje, en la medida en que se nos da y se nos muestra real a través de las representaciones que significan los fantasmas de nuestros deseos inconscientes” (Bernard, 1985, pp. 136-137)

El cuerpo como conjunto de zonas erógenas en las que se inscriben y fijan las letras del lenguaje que lo significan, como fuente y órgano de placer es inscripción de nuestro lenguaje, y nuestro lenguaje a su vez significa la experiencia erógena de este cuerpo (Bernard, 1985).

Nuestro cuerpo es un constante llamamiento al cuerpo de otro y una constante referencia a él, pues la mirada de ese otro me valora como objeto digno de ser amado, en suma, me juzga. De este modo, la mirada y el juicio de los demás nos arrebatan nuestro cuerpo y nos lo modelan a su antojo: primero se trata, según vimos, de la mirada y juicio de nuestra madre, pero también de nuestro padre, modelo de potencia fálica y encarnación de la ley; y luego la mirada y el juicio de toda la sociedad en la que vivimos y que, al mantener y desarrollar nuestra vida, domeña, somete a nuestro cuerpo a sus propias exigencias, a sus propios fantasmas, es decir, a sus mitos (Bernard, 1985, pág. 145).

Nuestro cuerpo no tiene una realidad plena y completa para nosotros hasta que la mirada y juicio de los demás sean aceptados por nosotros y nos permitan construir

una imagen de nuestro cuerpo, en conformidad con la configuración fantasmática diseñada por nuestros deseos (Bernard, 1985).

La primera evidencia sobre la cual se organizan los demás procesos de desarrollo y socialización es la identidad, es decir, el “yo soy”, que se estructura por medio y a partir del cuerpo humano, tanto en su funcionalidad orgánica, su sensibilidad y su significado. La identidad es un proceso de reconocimiento, de identificación (Aguado, 2004).

La imagen corporal es el conjunto de evidencias que se refieren al cuerpo humano y posibilitan tres procesos de identidad: distinción, semejanza absoluta e igualdad. El cuerpo es un cuerpo significado, una estructura dinámica en la que se tejen de forma compleja procesos fisiológicos y simbólicos; desde esta perspectiva, la imagen corporal es la configuración específica de un sujeto que da a las evidencias sobre él sí mismo. El cuerpo también es una estructura simbólica, producto cultural e histórico (Aguado, 2004).

La imagen corporal involucra registros perceptuales, sentimientos e integración yoica, es la cultura quien designa significación al cuerpo, quien le asigna un significado. Es por tanto, la estructura simbólica en la que la cultura recrea los mensajes centrales, para que un sujeto pertenezca a determinada cultura (Aguado, 2004).

La imagen corporal se estructura de manera definitiva a través de la relación entre el dolor, las zonas erógenas, las acciones que uno lleva a cabo sobre su cuerpo, y las acciones de los demás sobre éste, el interés sobre el propio cuerpo y el interés de los demás sobre éste, de tal forma que un pensamiento acerca del cuerpo incide sobre éste y sobre su imagen (Schilder, 1977).

La imagen corporal se adquiere, se construye y recibe su estructura merced a un continuo contacto con el mundo. No es una estructura sino una estructuración en la cual tienen lugar permanentes cambios, y todas estas modificaciones guardan relación con la motilidad y con las acciones en el mundo externo (Schilder, 1977, p. 152).

La actitud hacia las distintas partes del cuerpo, se ve influenciada por el interés que los demás depositan en nuestro cuerpo, así, la imagen corporal se elabora a través de nuestras experiencias y de los actos y actitudes que los demás nos devuelven. Las personas pueden influir en nosotros a través de sensaciones cuando nos tocan o manipulan, pero también pueden hacerlo a través de palabras y acciones dirigidas a determinadas partes de su cuerpo y del nuestro. El interés que los demás muestren por su cuerpo y las acciones que depositen en él, inciden en el interés del sujeto por las partes respectivas de su propio cuerpo (Schilder, 1977).

5.8. La imagen: síntesis de la experiencia emocional

Para Dolto (1986), la imagen del cuerpo y esquema corporal no son lo mismo; mientras el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, independientemente del lugar, época o condiciones en que vive, refiere al cuerpo en el espacio, a la experiencia inmediata, puede ser independiente al lenguaje y es evolutivo en el tiempo y el espacio; la imagen del cuerpo es propia de cada quién, se liga al sujeto y a su historia, “es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales (...), se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (p. 21), refiere el sujeto del deseo a su gozar. El esquema corporal es tanto consciente, como preconscious e inconsciente; mientras que la imagen corporal, es eminentemente inconsciente, pero puede tornarse preconscious si se asocia al lenguaje consciente que se sirve de metáforas y metonimias referidas al cuerpo; de esta forma, es mediatizada por el lenguaje ya que se edifica en el orden lingüístico con el otro.

Si bien ambas imágenes pueden ser independientes, se articulan a través del narcisismo. La imagen corporal, se constituye por una imagen de base, que permite al niño expresar su continuidad narcisista, una imagen funcional que tiende al cumplimiento de un deseo, así como una imagen de las zonas erógenas, donde se expresaría la tensión de las pulsiones (Guimón, 1999).

Previo al Edipo, la imagen del cuerpo puede proyectarse en toda representación, de tal forma que un dibujo o modelado puede ser simultáneamente la imagen de aquel que dibuja o modela y la imagen de aquellos a los que dibuja o modela. Es por ello que la imagen del cuerpo sólo puede ser estudiada en el niño, ya que queda reprimida posteriormente, sobre todo por el descubrimiento de la imagen escópica del cuerpo, así como por la castración edípica. Dolto, (1986) escribe que “para un ser humano, la imagen del cuerpo es a cada instante la representación inmanente inconsciente donde se origina su deseo” (pág. 30). El esquema corporal es fuente de las pulsiones, mientras que la imagen del cuerpo es su lugar de representación.

La autora señala que la imagen del cuerpo, no es una imagen anatómica, como puede serlo el esquema corporal, sino que se elabora en la historia del sujeto, se articula de manera dinámica por la imagen de base, la imagen funcional y la imagen de las zonas erógenas. La imagen de base permite al niño experimentarse en una mismidad de ser, es decir, una continuidad narcisista, está fundamentalmente referida o constituida de narcisismo primordial, cada estadio del desarrollo psicosexual del niño modifica las representaciones que constituye sobre su imagen de base, por lo que hay una imagen base propia de cada estadio: imagen de base oral, imagen de base anal, etc.

La imagen funcional es una imagen de fuerza, que tiende al cumplimiento del deseo del sujeto, gracias a esa imagen las pulsiones de vida pueden apuntar a manifestarse para obtener placer. La otra imagen, es decir, la imagen erógena, se asocia a determinada imagen funcional del cuerpo, al lugar donde se localizan el placer o displacer erótico en relación con el otro (Dolto, 1986).

Estos tres componentes, nos dice Dolto (1986), se enlazan entre sí por las pulsiones de vida, que se actualizan en la imagen dinámica, la cual corresponde al deseo de ser y perseverar en un advenir; la imagen dinámica no tiene representación propia, es tensión de intención, la imagen dinámica es una intensidad en espera del alcance del objeto, es un deseo en busca de un nuevo objeto y es inaccesible a cualquier castración.

Estos componentes se transforman y reorganizan bajo la forma de las castraciones simbolígenas, que son los obstáculos para la realización del deseo. El deseo, obrando en la imagen dinámica, intenta cumplirse gracias a la imagen funcional y erógena, en donde se focaliza para alcanzar un placer, los obstáculos para la realización del deseo pueden darse ya sea por un deseo insuficiente o porque el objeto está ausente o prohibido.

Es la madre quien por medio de la palabra mediatiza con el niño la no satisfacción de una demanda. La zona erógena es introducida al lenguaje tras haber sido privada del objeto específico, lo cual es posible si la madre vocaliza los fonemas realizadores de la prohibición de la zona erógena: “se acabó, basta de mamar”, “ahora ya está prohibido el pecho de tu madre”, etc. La verbalización de la prohibición debe ser dada bajo la condición de que el niño sepa que el adulto está tan marcado como él por esta prohibición, pues esto lo ayuda a soportar la prueba, teniendo confianza en el sujeto:

En psicoanálisis, la palabra castración da cuenta del proceso que se cumple en un ser humano cuando otro ser humano le significa el cumplimiento de su deseo con la forma que él querría darle, está prohibido por la Ley. Esta significación pasa por el lenguaje, bien sea gestual mítico o verbal. (Dolto, 1986, p. 65).

El narcisismo se reorganiza en función de las castraciones, a las pruebas con que tropieza el deseo del niño, lo cual posibilita la simbolización y contribuye a modelar la imagen del cuerpo en sus reelaboraciones sucesivas:

La castración es la prohibición radical opuesta a una satisfacción buscada y anteriormente conocida, de ello se desprende que la imagen del cuerpo se estructura gracias a las emociones dolorosas articuladas al deseo erótico, deseo prohibido después de que el goce y el placer de éste han sido conocidos y repetitivamente gustados. (Dolto, 1986, p. 60)

El resultado de esta imposibilidad de satisfacción directa del deseo se conoce como frutos de la castración.

La castración umbilical hace referencia a la prohibición de la alimentación a través de la placenta, por medio de dicha castración se accede a la alimentación oral y a una nueva sensorialidad y contacto corporal. Instauro el narcisismo fundamental, que es el deseo de vivir, preexistente a la concepción del niño (Ruiz, I. Y. M., 2010).

La castración oral significa la privación de la alimentación del seno materno, es decir, el destete, que implica la aceptación de la madre ante la ruptura del cuerpo a cuerpo en que el niño se hallaba. Esta castración da lugar a la capacidad de comunicarse a partir del lenguaje, incluso para la madre es una posibilidad de comunicarse con su hijo de manera diferente. El efecto simbólico de la castración oral es la introducción del niño a la relación con el otro (Dolto, 1986).

La castración anal le permite al niño asumirse en el espacio tutelar, realizar sus propias experiencias, adquirir autonomía motriz, es la condición de la humanización y la socialización, el comienzo de la autonomía para el niño, que permite colocarse en el lugar del otro. La castración anal permite portar la ley de la prohibición del crimen, la prohibición del daño vandálico, tanto a sí mismo como a los demás (Dolto, 1986).

La castración edípica (verbalización de la prohibición del incesto) da como resultado la adaptación a todas las situaciones sociales (Dolto, 1986).

Las pulsiones reprimidas encuentran su realización a través de las sublimaciones; sin embargo, no todas las castraciones implican una sublimación, aunque si hay una sublimación es porque sí ha habido una castración. Para que las castraciones puedan ser simbolizantes, el esquema corporal del niño debe estar en condiciones de soportarlas. Para que una castración sea simbolígena, la persona que prohíbe los deseos del niño debe ser una persona amada, una persona que a su vez ame y respete al niño a quien impone limitaciones momentáneas o prohibiciones ante determinado goce parcial, es decir, que para que una castración sea exitosa debe

darse a tiempo por parte de un adulto a quien el niño estime y respete, las prohibiciones de dicha persona deben concordar con su conducta (Dolto, 1986).

La Imagen Inconsciente del cuerpo es el conjunto de las primeras y numerosas impresiones grabadas en el psiquismo infantil por las sensaciones corporales que un bebé, o incluso un feto, experimenta en el contacto con su madre, con el contacto carnal, afectivo y simbólico con su madre. Son las sensaciones experimentadas y las imágenes impresas ya desde la gestación y a lo largo de los tres primeros años de vida hasta que el niño descubre su imagen en el espejo (Nasio, 2008, pp. 20-21).

5.9. El Estadio del espejo

Nasio (2008), señala que sobre la imagen del espejo, hay dos teorizaciones entrelazadas: a) la conceptualizada por Lacan, que pone énfasis en la reacción de júbilo y alegría que manifiesta el lactante al ver reflejada su silueta en el espejo, cuyo momento lleva el nombre de “Estadio del espejo”, y b) la propuesta por Françoise Dolto, que ocurre más tarde, entre los dos años y medio o tres y en la que se pone acento en la pena que invade al niño, causada porque se da cuenta que la imagen que ofrece a los demás es su imagen del espejo, por lo que los demás sólo acceden a su apariencia, a lo que ven de él; es a partir de este momento que el niño se ocupará de lo exterior, olvidando lo interior, en donde las imágenes del cuerpo vivido serán reprimidas en el inconsciente

Para entender el cuerpo, Nasio (2008) utilizó las dimensiones lacanianas de lo real, lo imaginario y lo simbólico; así, el cuerpo real es el cuerpo que se siente, el cuerpo de las sensaciones, del goce y del deseo; el cuerpo imaginario es el que se ve en el espejo, la imagen especular que se encuentra incompleta ya que no se puede ver lo que se siente; y por último, el cuerpo simbólico que es a la vez el cuerpo simbolizado, símbolo de sí mismo y significante.

Lacan puso fin al dualismo psique-soma, introduciendo el anudamiento borromeano, con los registros Real, Simbólico e Imaginario. En relación al estadio del espejo el hombre nace en un estado de prematuración. El yo (Je) es resultado del estadio del espejo en tanto símbolo de una unidad irreductible, inédita antes de él, que no es ya la de la imagen sino la de un reflejo de la imagen en el cuerpo. Imaginario significa efecto de una imagen, el cuerpo es imaginario en tanto la imagen es asumida por el sujeto a través de una serie de identificaciones (Garrido, s/f).

Spurling (1995), considera que el estadio del espejo de Lacan marca un punto fundamental en el desarrollo del niño, pues cuando se vislumbra en el espejo se ve por primera vez como una persona por derecho propio, separado de su madre, ve una imagen total de su cuerpo y es así que logra imaginar en lo que devendrá su pequeño cuerpo. Viendo esa imagen que es suya reflejada en el espejo es que puede identificarse con ella.

Cuando el niño vuelve su rostro hacia la mirada de la madre, quien lo mira mirarse al espejo, el intercambio de las miradas es significado y significante, que da cuenta de la experiencia con el otro y el Otro. En la captura especular, se unifica un yo primordial, el espejo es una metáfora en donde cuenta la imagen del otro visto como semejante, con la mirada de reconocimiento que emerge desde su deseo inconsciente. Lacan otorga un lugar importante a ese imaginario engrosado en donde acontece la especularidad sostenida por el investimento libidinal del Otro, que lo asiste en su mirar (Casas de Pereda, 2002).

En el estadio del espejo propuesto por Lacan (1971), que se lleva a cabo entre los 6 y 18 meses de edad, el bebé reconoce su imagen en el espejo, reconocimiento que provoca en el niño una serie de gestos, experimentados de manera lúdica en relación a los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado; la imagen especular se asume de manera jubilosa, lo que manifiesta:

La matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto. (Lacan, 1971, p. 87).

El estadio del espejo se comprende como una identificación, que transforma al sujeto al asumir su imagen. Esta imagen del cuerpo que le es dada al sujeto como Gestalt, simboliza la permanencia mental del yo (je) al mismo tiempo que prefigura su destino alienante, por lo tanto, esta Gestalt tiene efectos formativos sobre el organismo (Lacan, 1971).

La imagen especular del cuerpo cumple la función organizadora del yo, la imagen que el bebé ve en el espejo en el estadio del espejo lacaniano, es aquella que le sirve para sentar las bases de su futura identidad afectiva y social. La relación que el niño tenga con su imagen especular está mediada por el Otro, debido a esto, la relación es triangular: el niño, su imagen y el adulto que lo carga o lo sostiene al momento de posarlo frente al espejo. El papel del Otro, es confirmarle que la imagen que se encuentra en el espejo es realmente la imagen del niño (Dolto, 1986; Nasio, 2008).

El estadio del espejo significa un momento narcisista que permite al sujeto la integración motriz de su propio cuerpo. Se trata, nos dice Dolto (1986), de la asunción del sujeto en su narcisismo, recubre el campo de la castración anal y deja sentir sus efectos en la realización de la diferencia de los sexos.

En el estadio del espejo, no basta con que haya un espejo plano, es necesaria la presencia de la madre o de otro ser vivo que se refleje con el niño. El estadio del espejo puede ser simbólico para el niño, en tanto el otro reconozca la imagen del espejo como propia del niño.

La imagen escópica cobra sentido de experiencia viva tan sólo por la presencia, al lado del niño, de una persona con la cual su imagen del cuerpo y su esquema corporal se reconocen, al mismo tiempo que él reconoce a esta persona en la superficie plana de la imagen escópica: ve el niño desdoblado en el espejo lo que él percibe de ella a su lado, y puede entonces avalar la imagen escópica como la suya propia, pues esta imagen le muestra, al lado de la suya, la de otro. (Dolto, 1986, p. 122).

El niño, al ver su imagen por primera vez experimenta una sorpresa al ver un bebé, no reconoce que él es ese bebé, hasta que se ve reflejado con su madre y la reconoce, así como la madre lo reconoce a él que entonces ya puede reconocerse como sí mismo.

El descubrimiento de las diferencias de sexo, influye en la formación del esquema corporal porque el niño se cuestiona estas diferencias, y las interpreta como si se tratara de una anomalía o una mutilación de su cuerpo.

El periodo posterior al descubrimiento de su pertenencia a un sexo se denomina complejo de Edipo. La imagen de su cuerpo ya no es inconsciente, sino que debe, de forma consciente estar en concordancia con un cuerpo que será posteriormente el de una mujer o el de un hombre (Dolto, 1986).

Más adelante, advendrá la prohibición común a todos los hombres, es decir, la prohibición del incesto, con la cual tiene lugar la castración edípica (Dolto, 1986). Es hasta después de la castración edípica que se configuran el yo y el superyó (Ruiz, I. Y. M., 2010).

Para Dolto (1986), una vez aceptada la castración genital edípica, se da el narcisismo secundario, que es el momento en que el sujeto alcanza la última etapa estructurante de las castraciones, la prohibición de su deseo genital encamina al niño hacia amistades con otros niños de su sexo, que han sido marcados por la misma dura prueba en relación con sus padres. El narcisismo primario resulta de la experiencia del espejo que revela al niño su propio rostro,

reconocimiento que a su vez va de la mano con el reconocimiento de su cuerpo como sexuado, masculino o femenino.

En este sentido, Nasio (2008) sugiere que, mientras que la Imagen Inconsciente del cuerpo de Dolto es una imagen interior, una representación psíquica de las sensaciones del cuerpo, que sienta las bases del sentimiento de uno mismo, imagen polimorfa que comienza a formarse en el periodo intrauterino y termina de madurarse aproximadamente a los tres años de edad; para Lacan la Imagen Especular es una imagen exterior, del reflejo de la silueta de nuestro cuerpo reflejada en el espejo, que le muestra al niño que tiene una forma humana y unitaria y contribuye a la formación del yo (Je) simbólico y del yo (moi) imaginario, descubierta entre los 6 y 18 meses y redescubierta a los 3 años, fuente de júbilo en los niños.

Por su parte, Winnicott (1971) piensa en términos diferentes a Lacan el uso del espejo, al incluir la mirada de la madre como precursor del espejo. En las primeras etapas del desarrollo emocional, el ambiente aún no ha sido separado del niño, tampoco hay una separación del yo/no-yo; los principales cambios en este sentido se llevan a cabo a través de la separación de la madre, que es entonces un rasgo ambiental percibido de manera objetiva. Cuando la madre amamanta al bebé, es probable que se encuentre ante el pecho pero no lo mire, lo más probable es que mire la cara de la madre, pero ¿qué pasa cuando el bebé mira el rostro de la madre? Lo que Winnicott (1971) propone, es que el bebé se ve a sí mismo, “en otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece ser relaciona con lo que ve en él” (p. 147). Lo que el niño mira en el rostro materno es a sí mismo, es decir que la madre es su espejo, la madre le refleja lo que él es y le devuelve lo que él le da, el rostro le hace sentir al niño que éste existe, que existe como él mismo, que es real (Garmilla, s/f).

Este verse en el rostro de la madre es un intercambio significativo con el mundo, un proceso bilateral en el que se enriquece y descubre el significado de lo que se ve en el mundo: “cuando miro se me ve, y por lo tanto existo. Ahora puedo

permitirme mirar y ver. Ahora miro en forma creadora, y lo que apercibo también lo percibo” (Winnicott, 1971, p. 151).

“Mientras que el estadio del espejo es para Lacan la puesta en escena de un ‘conocerme’, Winnicott nos plantea que el niño es ‘reconocido’ por su madre, y así pasa a reconocerse” (Spurling, 1995, p. 668). Para Lacan, el elemento mediador es un trozo de vidrio mientras que para Winnicott es un rostro (Spurling, 1995).

Contraria a la identidad fija que le es devuelta al infante desde el espejo en la versión lacaniana, según Winnicott lo que le devuelve la cara de la madre es a él mismo como imagen abierta, en constante movimiento (Spurling, 1995).

La diferencia entre Winnicott y Lacan (citados por Spurling, 1995) se torna más evidente en torno al concepto de yo, que para Lacan no es más que una suma de identificaciones y para Winnicott, en cambio, el yo representa al organismo como una figura fija, con límites propios, mientras que el self representa un espacio abierto en ambos extremos. La espacialidad del self es diferente a la del yo, pues se trata de un espacio que uno habita, de juego y de imaginación, tal como lo es el espacio del rostro de la madre.

5.10. Negación

A. Freud (1961) menciona que los impulsos instintivos intentan vencer al yo mediante hostiles irrupciones; el yo por su parte inicia contraataques y avances en su propio territorio, con el propósito de paralizar estos instintos mediante el uso de recursos defensivos. Así, mientras el ello tiende a aflorar a la conciencia y a satisfacerse, el yo tiene el cometido de dominar la vida instintiva.

El yo no sólo combate los impulsos instintivos, sino también a los afectos asociados a dichos instintos. De este modo, el yo recurre a uno u otro método defensivo para combatir el instinto y la liberación de afectos asociados a éstos: represión, desplazamiento, transformación en lo contrario, etc.

La represión como forma aislada de defensa es menos frecuente que su combinación con otros mecanismos defensivos. Además, la represión es capaz de

dominar fuertes impulsos instintivos frente a los cuales otros métodos defensivos resultan poco eficaces. Sin embargo, la represión demanda un gasto constante de energía debido a que opera a través de la contracarga o contracatexia; es además, el mecanismo más peligroso porque cuando se sustraen porciones totales de la vida afectiva e instintiva, se puede presentar la disociación del yo, que destruye la integridad personal (Freud, A., 1961).

Los motivos por los cuales el yo elige un cierto mecanismo de defensa no son muy conocidos. Probablemente la represión combate sobre todo los deseos sexuales, mientras que los demás métodos defensivos, hacen frente con mayor eficacia a otras fuerzas instintivas, sobre todo a los impulsos agresivos. Tal vez los demás métodos defensivos solamente completan lo que la represión deja inconcluso (Freud, A., 1961).

Para esta autora, los mecanismos de defensa en el niño evitan el castigo o el choque con el mundo exterior, el motivo por el que obedece a la defensa de sus instintos no depende de él mismo, sino de que considera peligroso satisfacer el instinto, pues su satisfacción le está vedado por su educación, porque teme al mundo exterior y al castigo que este pueda significarle. En los adultos, por otra parte, los mecanismos de defensa sirven para no entrar en conflicto con el superyó. Así, la angustia del yo ante la fuerza instintiva opera de estas dos formas: angustia ante el superyó y angustia objetiva. Cuando se desbaratan las defensas neuróticas establecidas bajo la presión del superyó, el sujeto experimenta culpa, mientras que cuando se anula la defensa establecida por el mundo externo, surge la angustia objetiva. Fenichel (2008), añade que cuando la angustia se reemplaza por sentimientos de culpa, ésta representa una angustia del yo frente al superyó; cuando por otro lado se teme el castigo real, se habla de temor al mundo externo

De esta manera, las estrategias que el yo emplea para resolver la ansiedad dependen de si se trata de ansiedad moral ante el superyó o ansiedad de la realidad ante el mundo externo; todos los mecanismos de defensa empiezan con la represión de los impulsos inaceptables, pero al consumir mucha energía, el yo

se vale de los otros mecanismos de defensa que disfrazan un impulso inaceptable (Cloninger, 2003).

A. Freud (1961) expresa que si bien el yo tiende a defenderse contra los afectos asociados a impulsos que pudieran resultar penosos, esta defensa contra los afectos dolorosos también se da contra estímulos primariamente dolorosos que afluyen al yo desde el mundo externo, ya que las medidas de defensa siempre dan seguridad al yo y evitan el displacer, pero el yo no solamente protege ante el displacer de origen interno, sino también del displacer originado en el mundo exterior. “Cuanto mayor importancia tenga este mundo {exterior} como fuente de placer y campo de interés, tanto mayores serán las posibilidades de experimentar displacer” (p. 80).

Para la autora antes citada, el método para evitar la angustia y el displacer objetivo consiste en que el yo se niega a aceptar una parte desagradable de la realidad. Se aleja de ella, la rechaza y sustituye aquel aspecto indeseado por la fantasía de la situación inversa. Lograda esta transformación, el yo se aleja de la angustia. Este mecanismo de defensa es normal en el funcionamiento del yo infantil, si se encuentra en la vida ulterior puede ser indicio de enfermedad psíquica, ya que la capacidad del yo de negar la realidad se halla en contradicción con la función de reconocer la realidad y valorarla críticamente, es por ello que con un yo maduro que tiene una mayor conexión con la realidad, la fantasía disminuye su valor. La negación se emplea en situaciones en las que resulta imposible huir de una situación.

El yo infantil puede durante algunos años negar aquello que le produce displacer en la realidad, conservando al mismo tiempo intacto su juicio acerca de la misma, el niño también actúa sus ideas y fantasías, pero se espera que mediante la educación se induzca al niño a asimilar hasta dónde sea permisible, huir de la realidad, ya que se espera que el niño conserve la representación de su mundo de fantasía dentro de ciertos límites; es por ello que la actitud del adulto frente al mecanismo de negación del niño cesa en el momento en que la fantasía deja de ser un juego (Freud, A., 1961).

En tanto las fantasías del niño no necesitan indispensablemente ser comunicadas, el niño puede ser dueño de ellas; sin embargo, cuando la negación implica una dramatización en el mundo externo, éste tiene sólo cierta tolerancia para con estas dramatizaciones, es decir, debe haber compatibilidad con el examen de la realidad (Freud, A., 1961).

Todos los mecanismos de defensa sirven para proteger al individuo de la ansiedad, así como proteger al self y la autoestima. El uso de los mecanismos de defensa es parte del funcionamiento normal de todas las personas, dentro de ciertos límites nos ayudan a manejar el estrés, la decepción y las emociones negativas; es cuando se utilizan de manera excesiva que pueden relacionarse con cuestiones psicopatológicas (Cramer, 2013).

La represión es una defensa contra los impulsos o sus representaciones ideacionales, mientras que la negación actúa básicamente contra la realidad externa, así, la negación desconoce el mundo externo como la represión desconoce los instintos. La negación es un mecanismo más arcaico que la represión, se origina en los intentos del niño de evitar las percepciones displacenteras del mundo exterior, se utiliza para evitar la ansiedad (Jacobson , 1967). La negación es un mecanismo de defensa primitivo mediante el cual un individuo no se da cuenta de algunos aspectos de la realidad o de sí mismo dolorosos o provocadores de ansiedad (Cloninger, 2003).

Para Jacobson (1967), cuando las representaciones instintivas se hacen conscientes, esta realidad interna puede ser tratada como externa y por lo tanto aparecer la negación. El yo, mediante la negación desconoce la señal de peligro, expulsa de su dominio a los impulsos enemigos, es decir, niega su presencia.

Mientras que la represión vuelve inconscientes las ideas e inhibe los actos que corresponden a éstas, la negación impide que las ideas que llegan al preconscious se vuelvan conscientes, así, la negación crea una censura entre el preconscious y el consciente. En la negación se tiende a distorsionar la realidad, a veces se distorsiona la percepción de la realidad externa y mediante una idea

placentera se niega la noción penosa o atemorizante. “La negación tiende a afectar los procesos del pensamiento, a entorpecer el pensamiento lógico, el reconocimiento de la ‘verdad’ y la prueba de la realidad en una medida incomparablemente mayor que la represión” (Jacobson , 1967, p. 563).

Pero la negación no sólo lucha contra el reconocimiento intelectual de un hecho interno, sino que también puede oponerse a la influencia afectiva de dicho hecho; a veces, la negación no puede impedir que ideas inaceptables lleguen a la consciencia, pero sí puede evitar la ansiedad disfrazando la naturaleza de tales ideas, evitando de esta forma que se tome conciencia de la naturaleza displacentera de tales afectos. La negación, a diferencia de la represión, no trabaja de manera selectiva y especializada, sino más bien de una forma global, lo cual produce una generalización indiscriminada de los procesos defensivos, lo cual se extiende a todos los objetos, áreas o actividades del sujeto (Jacobson, 1967).

En palabras de Fenichel (2008), encontramos respuesta de este mecanismo: “Siempre que un estímulo hace surgir sensaciones dolorosas, se produce una tendencia no sólo a rechazar las sensaciones, sino también el estímulo” (p. 156). El mundo externo se rechaza como fuente de tentación de impulsos inconscientes censurables; sin embargo, la función del examen de la realidad hace que el yo se oponga a la falsificación demasiado evidente de la realidad; con la capacidad que gradualmente adquiere el yo de juicio de realidad, se hace imposible falsificarla de manera global. Sólo en casos de perturbaciones de la función del juicio de la realidad, como es el caso de las psicosis, siguen imperando negaciones serias.

Para S. Freud (1925), la negación es una forma de tomar noticia de lo reprimido, una cancelación de la represión, aunque no sea una aceptación franca de lo reprimido. Con ayuda de la negación el contenido de la representación llega a la consciencia, se da un tipo de aceptación intelectual de lo reprimido. “Negar algo en el juicio quiere decir, en el fondo, <<Eso es algo que yo preferiría reprimir>>. El juicio adverso {*Verurteilung*} es el sustituto intelectual de la represión” (p. 254). Por

ejemplo: “<<Usted pregunta quién puede ser la persona del sueño. Mi madre *no es*>>. Nosotros rectificamos: Entonces es su madre” (p. 253).

Es probable que la negación juegue un papel importante en el mantenimiento del sobrepeso y la obesidad; Sámano et al. (2015) realizaron un estudio transversal para evaluar la autopercepción y la satisfacción de la imagen corporal en población de adultos y adolescentes mexicanos. En el caso de las mujeres adolescentes, el 19% se subestimó y el 30% se sobreestimó. En el caso de los adolescentes varones, el 22% se subestimó y el 18% se sobreestimó; así, en el caso de los adolescentes varones hubo una ligera mayor tendencia a la subestimación que a la sobreestimación. La satisfacción del peso corporal fue más común entre los individuos con IMC autopercebido y real de bajo peso y peso normal, así como entre quienes tenían IMC real de sobrepeso y quienes subestimaron su IMC. Entre los adolescentes con sobrepeso u obesidad, el 80% se mostraron satisfechos con su imagen corporal; la mayoría de aquellos que subestimaron su peso están satisfechos con su imagen corporal. Esto puede explicarse debido a que es probable que los adolescentes estén utilizando mecanismos de defensa al referir satisfacción de la imagen corporal cuando en realidad es todo lo contrario, siendo un caso de negación.

6. Método

6.1. Planteamiento

El presente estudio tuvo por objetivo investigar si existe distorsión en la percepción de la imagen corporal, ya sea de sobrestimación o subestimación, tanto en adolescentes con sobrepeso como en aquellos cuyo peso es normal. De esta forma se pretende hacer una comparación para establecer si existen diferencias significativas en el grado de distorsión que presentan los adolescentes en función del peso, el sexo y la edad.

6.2. Pregunta de investigación

¿Existe una mayor distorsión de la imagen corporal –subestimación- conforme aumenta el peso, en un grupo de adolescentes de entre 11 y 16 años

6.3. Objetivo General

Indagar la relación existente entre el grado y tipo de distorsión de la imagen corporal en adolescentes de 11 a 16 años de edad en función del peso, sexo y edad.

6.4. Objetivos Particulares

Indagar la relación entre el grado y tipo de distorsión de la imagen corporal y el peso.

Indagar la relación entre el grado y tipo de distorsión de la imagen corporal y el sexo.

Indagar la relación entre el grado y tipo de distorsión de la imagen corporal y la edad.

6.5. Variables

- **Sexo:** Femenino y Masculino
- **Peso:** Obesidad, sobrepeso, normo-peso (o peso normal) y bajo peso. Para hacer esta clasificación, se midió y pesó a todos los jóvenes, calculando su IMC (Kg/m^2). Posteriormente, se determinó el estatus nutricional de cada joven utilizando los puntos de corte internacionales para bajo peso, sobrepeso y obesidad en niños (World Obesity Federation, s/f), ubicando la edad de cada participante en la columna izquierda y el IMC obtenido a lo largo de la fila.
- **Imagen corporal:** “Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece” (Schilder, 1977, p. 15).

Corresponde al tipo de dibujo que los participantes realizaron, si la silueta de la figura que hicieron es una silueta con bajo peso (o que dé la ilusión óptica de ser una figura con bajo peso) le corresponde “figura con bajo peso”, si es una figura con peso normal “figura con peso normal”, y si es una figura con sobrepeso u obesidad, le corresponde “figura con peso arriba de lo normal”.

- **Distorsión:** Se refiere a la deformación de imágenes, sonidos, señales, etc. (Real Academia Española [RAE], 2001).

Distorsión de la imagen corporal: Para esta investigación, se consideró la deformación correspondiente a la comparación entre el peso del sujeto y el dibujo que realizó de sí mismo. Así, se buscó determinar si los sujetos se dibujaron de manera acorde a su peso, o si tendían a dibujarse más esbeltos o más robustos (subestimación o sobreestimación). Si un sujeto realiza un dibujo acorde a su peso, entonces no existe distorsión. Si se

dibuja más delgado de lo que es, se dice que presenta subestimación. Si un sujeto se dibuja más robusto de lo que es, entonces se considera que presenta sobreestimación. La forma de clasificar a cada individuo, se basó en la comparación entre su peso (asignado en la clasificación anterior PESO) y la silueta de la figura realizada. La forma en que se clasificaron las figuras fue mediante la apreciación gráfica de los dibujos (Tabla 6).

Tabla 6 Clasificación de grados de distorsión de imagen corporal

Peso	Imagen	Grado de distorsión
Obeso	Sobrepeso	Subestimación -1
Sobrepeso	Peso normal	Subestimación -1
Peso normal	Bajo peso	Subestimación -1
Obeso	Peso normal	Subestimación -2
Sobrepeso	Bajo peso	Subestimación -2
Obeso	Bajo peso	Subestimación -3
Obeso	Obeso	Sin distorsión
Sobrepeso	Sobrepeso	Sin distorsión
Peso normal	Peso normal	Sin distorsión
Bajo peso	Bajo peso	Sin distorsión
Sobrepeso	Obeso	Sobreestimación +1
Peso normal	Sobrepeso	Sobreestimación +1
Bajo peso	Peso normal	Sobreestimación +1

- **Respuesta a la pregunta ¿te dibujaste más llenito, más delgado o con el peso que tienes?** Dependiendo de la respuesta a esta pregunta, se clasificó en “cree que se dibujó más delgado”, “cree que se dibujó como es”, o “cree que se dibujó más llenito”.

- **Reconocimiento del tipo de distorsión.** Se hizo una comparación entre la “distorsión de imagen” (subestimación, sobreestimación, o sin distorsión), y “la respuesta a la pregunta ¿te dibujaste más llenito, más delgado o con el peso que tienes?”. Y de esta forma se determinó si los sujetos pueden reconocer si tienen distorsión o no. Así, si alguien se dibujó más llenito (Sobreestimación +1), y respondió que se dibujó más llenito, entonces se podría decir que posee reconocimiento de su sobreestimación, es decir que el sujeto sabe cómo se dibujó. Si por el contrario, alguien se dibujó más llenito o más delgado –es decir, no se dibujó como en realidad es- (Distorsión= subestimación/sobreestimación), pero respondió que se dibujó como es, entonces no existe un reconocimiento de su distorsión.

6.6. Tipo de estudio

El tipo de estudio fue no experimental ya que no se tiene control de las variables, descriptivo, comparativo, ex post facto ya que se trata de hechos consumados, transversal ya que se efectuó en un solo momento temporal.

6.7. Participantes

La muestra se conformó por 269 jóvenes, 127 mujeres y 142 hombres, de entre 11 y 16 años de edad.

6.8. Criterio de inclusión

Ser adolescente de entre 11 y 16 años, y pertenecer a la Escuela Secundaria Técnica No. 9 “Ingeniero Walter Cross Buchanan”.

6.9. Escenario

Se trabajó con los jóvenes en las aulas de la secundaria.

6.10. Instrumento

El instrumento que se utilizó fue el dibujo de la figura humana. La consigna empleada fue: “dibújate a ti mismo”. Y posteriormente se les realizaron las siguientes preguntas:

1. ¿Crees que te dibujaste como eres?
2. ¿Te dibujaste más llenito, más delgado, o como eres?

6.11. Procedimiento

Para la aplicación de los dibujos y cuestionarios, se necesitó un consentimiento previo de los directivos de la Escuela Secundaria Técnica No. 9 “Ingeniero Walter Cross Buchanan”. Una vez otorgado el permiso para ingresar al plantel, se aplicó el instrumento en tres grupos diferentes, de cada grado, aplicándose a un total de 9 grupos.

La selección de los participantes fue aleatoria. Se asistió a los salones de clase en donde se encontraban los jóvenes y se procedió a aplicar tanto la figura humana como el cuestionario. A cada adolescente se le proporcionó un lápiz 2 ½, una goma de migajón blanca y una hoja de papel tamaño carta. Después se les pidió que se dibujaran a sí mismos. Una vez realizado el dibujo, se procedió a pedirles que respondieran las siguientes preguntas:

¿Crees que te dibujaste como eres?

¿Te dibujaste más llenito, más delgado, o como eres?

Posteriormente, a cada joven se le pesó y midió con ayuda de una báscula y un estadiómetro.

Con el peso y masa de cada joven, se calculó su IMC y se procedió a determinar si cada joven pertenecía a cada una de las siguientes clasificaciones: obesidad, sobrepeso, peso normal, o bajo peso. Lo primero que se tuvo que hacer fue situar la tabla correspondiente al sexo. Una vez hecho esto, se procedió a ubicar la edad de cada participante en la columna izquierda y el IMC obtenido a lo largo de la fila.

Se calcularon las demás variables mencionadas anteriormente (distorsión de la imagen, tipo de imagen –dibujo-, negación de la distorsión y en una hoja Excel se vaciaron los datos correspondientes a cada sujeto (sexo, edad, peso) y los resultados de los cálculos de las variables. Estos datos se copiaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), y con dicho programa se realizó el análisis estadístico. Se aplicó X^2 (chi-cuadrada), para establecer si había relación entre las siguientes variables:

Sexo-Distorsión de la imagen

Peso-Distorsión de la imagen

Peso-Negación de la distorsión

Edad-Distorsión de la imagen

Distorsión de la imagen-Negación del tipo de distorsión en sujetos con obesidad

Distorsión de la imagen-Negación del tipo de distorsión en sujetos con sobrepeso

Distorsión de la imagen-Negación del tipo de distorsión en sujetos con peso normal

7. Resultados

En este estudio participaron 318 jóvenes de entre 11 y 16 años, provenientes de la Escuela Secundaria Técnica No. 9 “Ingeniero Walter Cross Buchanan”. Del total de los participantes, 47 sujetos no respondieron las preguntas, omitieron su edad, o entregaron los dibujos antes de que se les pudiera tomar la talla y el peso, por lo que esos casos no se tomaron en cuenta para el análisis estadístico posterior. De los 271 sujetos que sí contestaron las preguntas, su edad y se les tomó talla y peso, finalmente dos tuvieron bajo peso, pero al ser un número tan pequeño, y no requerirse para las comparaciones que buscábamos en este proyecto, fueron eliminados. El total de los participantes se muestra en la Figura 1, mientras que la distribución por año escolar en la Figura 2.

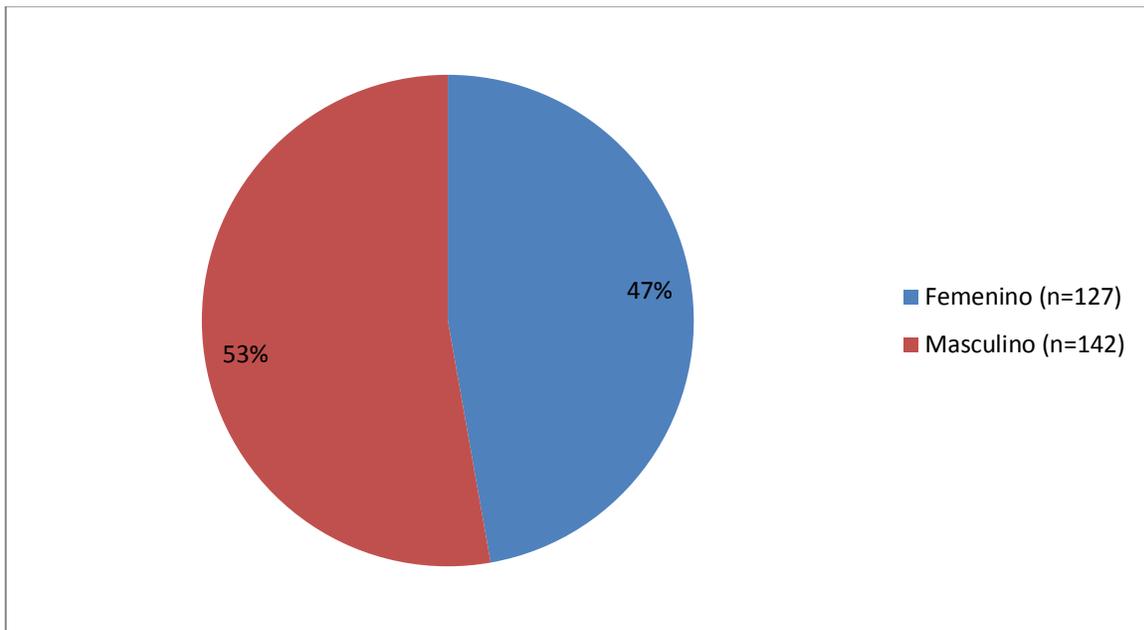


Figura 1 Total de participantes, distribución por sexo

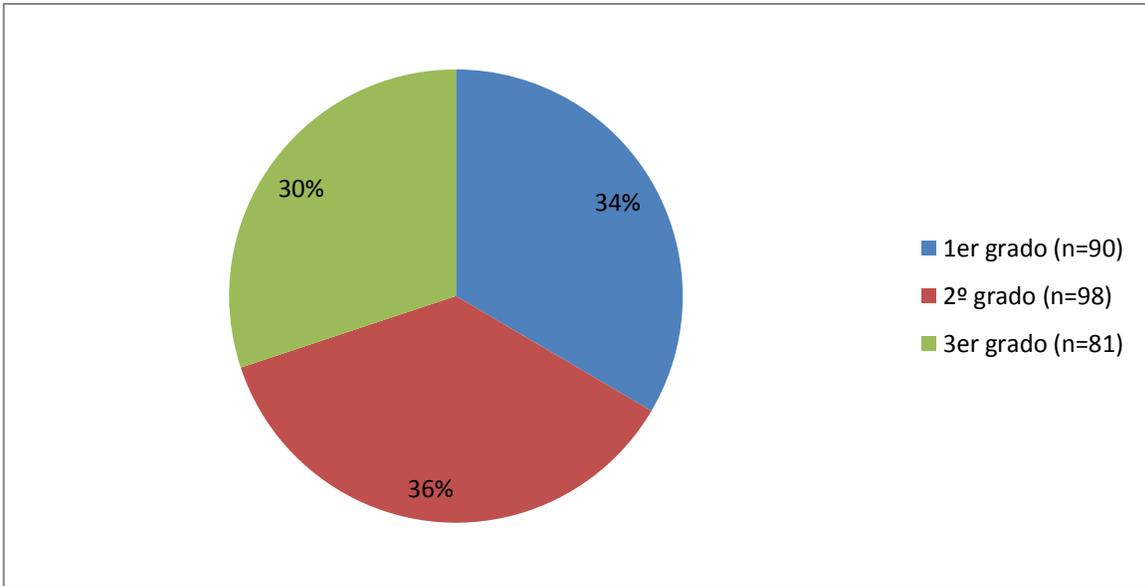


Figura 2 Distribución de los participantes por grado escolar

En la Figura 3 se puede observar que los mayores porcentajes se ubicaron en el rango de 12 a 14 años; mientras que en la Figura 4, se muestra la distribución de sujetos con obesidad, sobrepeso y peso normal.

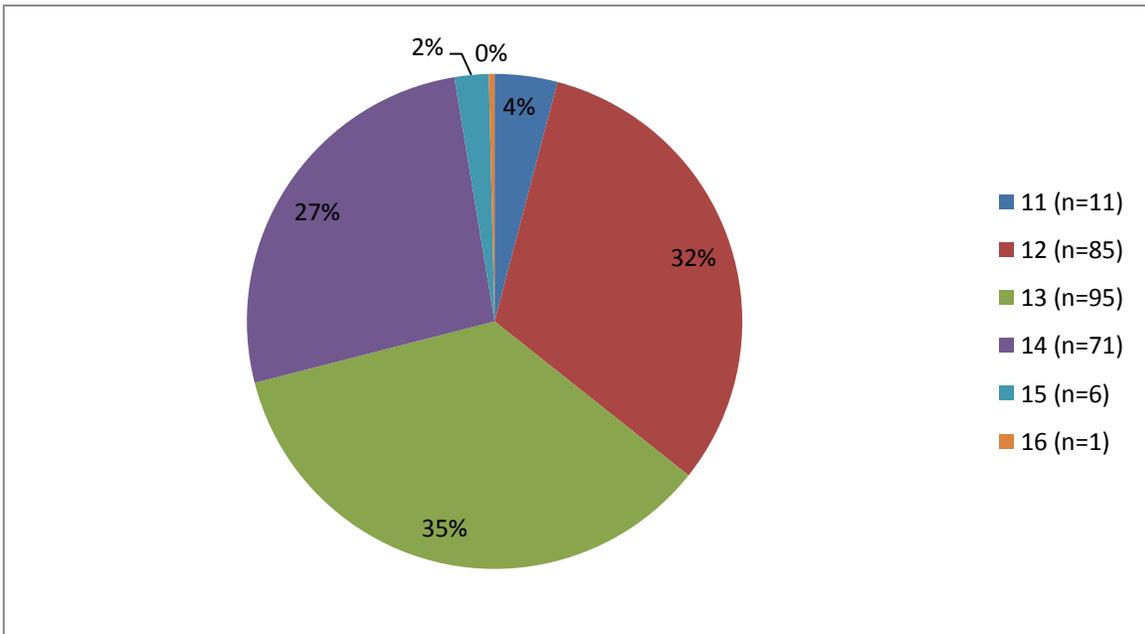


Figura 3 Distribución de los participantes por edades

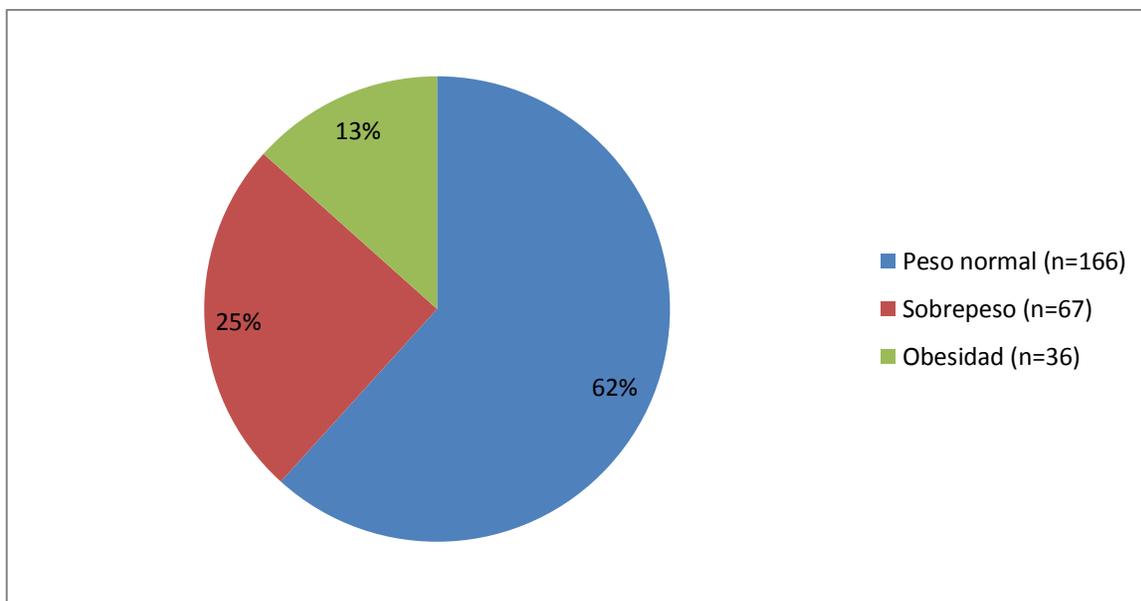


Figura 4 Estado nutricional

En la Tabla 7 se muestran los resultados de todos los cruces de variables, el valor de Chi-cuadrado, grados de libertad, y si son significativos al 0.05.

Tabla 7 Cruces de variables tras realizar χ^2

Variable	χ^2	Grados de libertad (<i>df</i>)
Sexo-Distorsión de la imagen	4.567	4
Peso-Distorsión de la imagen	174.783	8*
Peso-Negación de la distorsión	12.297	2*
Edad-Distorsión de la imagen	17.503	20
Distorsión de la imagen-Negación del tipo de distorsión (sujetos con obesidad)	11.037	3*
Distorsión de la imagen-Negación del tipo de distorsión (sujetos con sobrepeso)	10.938	3*
Distorsión de la imagen-Negación del tipo de distorsión (sujetos con peso normal)	3.327	3

Nota: * $p < .05$

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las variables peso real y distorsión de la imagen (Tabla 8). Se observa que el 94.4% de los sujetos con obesidad, presentaron diferentes grados de subestimación; la mayoría (50.0%) tuvieron una subestimación de segundo grado (-2). En los sujetos con sobrepeso, el 83.6% presentaron subestimación, principalmente de primer grado (-1). De aquellos con peso normal, la mayoría (70.5%) no mostró distorsión de la imagen. Sólo en este grupo se presentó sobreestimación en un 15.1% de los sujetos.

Si se comparan los porcentajes de subestimación dependiendo del peso (94.4% en sujetos con obesidad, 83.6% en sujetos con sobrepeso, y 14.5% en sujetos con peso normal), se puede apreciar que a mayor peso, mayor porcentaje de personas con subestimación. Si además, se toma en cuenta el grado de distorsión, se puede apreciar que a mayor peso, es mayor el grado de subestimación observado.

Tabla 8 Relación entre peso real y distorsión de la imagen

			Distorsión					Total
			Subestimación			Sin distorsión	Sobre-estimación	
			-3	-2	-1	0	+1	
Peso	Obesidad	N	2	18	14	2	0	36
		%	5.6	50.0	38.8	5.6	0	100
				0				13.4
	Sobrepeso	N	1	11	44	11	0	67
		%	1.5	16.4	65.7	16.4	0	100
				4				24.9
	Normal	N	0	5	19	117	25	166
		%	0.0	3.0	11.4	70.5	15.1	100
								7
Total		N	3	34	77	130	25	269
		%	1.1	12.6	28.6	48.3	9.3	100

Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el peso y la negación de la distorsión (véase Tabla 9). El 61.8 % de los jóvenes con obesidad niegan haber presentado algún tipo de distorsión en el dibujo realizado de ellos mismos, a pesar de sí presentarlo. Un poco más de la mitad las personas con sobrepeso (55.6%), fue consciente de haber distorsionado su imagen, pero el porcentaje de personas que lo niegan sigue siendo alto, pues es casi la mitad (44.4%). Esto no ocurre con las personas de peso normal, en las que la mayoría (68.7%) son conscientes del tipo de dibujo que realizaron, es decir, saben si lo dibujaron más llenito o más delgado de lo que en verdad son (Tabla 9). Se puede concluir, que a mayor peso, mayor negación de la distorsión.

Tabla 9 Relación entre el peso y la negación de la distorsión

			Negación		Total
			Sí	No	
Peso	Obesidad	N %	21 61.8	13 38.2	34 100 13.1
	Sobrepeso	N %	28 44.4	35 55.6	63 100 24.2
	Normal	N %	51 31.3	112 68.7	163 100 62.7
Total		N %	100 38.5	160 61.5	260 100

Nota: Existen nueve casos perdidos, debido a que los sujetos no respondieron la pregunta "¿te dibujaste más llenito, más delgado o con el peso que tienes?", y por lo tanto, no se puede saber si existe o no negación de la distorsión de la imagen. De los casos perdidos, 2 tienen obesidad, 4 sobrepeso y 3 peso normal.

En cuanto a la relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con obesidad, existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 10). Sólo en aquellos jóvenes con obesidad que presentaron una subestimación de tercer grado (-3) hubo consciencia de la existencia de dicha

subestimación, sin embargo la frecuencia es muy baja (sólo dos personas, que representan el 100% de aquellas con subestimación de tercer grado); mientras que en aquellos con subestimación de segundo y primer grado, se observó una negación de la subestimación en un 58.8% y 84.6% respectivamente, lo que sugiere una tendencia a la negación en los participantes con menor grado de subestimación.

Hay 21 sujetos con obesidad y subestimación que la niegan, versus 11 personas con obesidad y subestimación que son conscientes de su subestimación, lo que nos permite afirmar que las personas con obesidad tienden a negar la distorsión que presentan.

Tabla 10 Relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con obesidad

				Negación		Total
				Sí	No	
Distorsión	Subestimación	-3	N %	0 0.0	2 100	2 100 5.9
		-2	N %	10 58.8	7 41.2	17 100 50
		-1	N %	11 84.6	2 15.4	13 100 38.2
	Sin distorsión	0	N %	0 0.0	2 100	2 100 5.9
Total			N %	21 61.8	13 38.2	34 100.0

Nota: Dentro del grupo de personas con obesidad hubo dos valores perdidos, uno que presentaba subestimación de -2, y otro de -1, por lo cual se trabajó sólo con N=34, intentado indagar si existe relación estadísticamente significativa entre la distorsión y negación de la distorsión presentada.

Otra de las relaciones donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con sobrepeso (Tabla 11). Solamente un sujeto manifestó subestimación de tercer grado (-3), negando su subestimación; en tanto que, respecto a la subestimación de segundo grado (-2), el 10% negaron dicha subestimación; del mismo modo ocurrió en el 56.1% de los participantes con un grado de subestimación (-1), quienes negaron la subestimación. Por lo que se puede apreciar la misma tendencia que en el caso de los sujetos con obesidad.

Si se juntan todos los sujetos que presentan subestimación, (independientemente del grado), se puede apreciar que 25 (un poco menos de la mitad) niegan su subestimación, mientras que 27 (un poco más de la mitad) sí es consciente de ella. Aquellos que no presentaron distorsión, en su mayoría (72.7%) están conscientes de no haberla presentado.

Tabla 11 Relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con sobrepeso

				Negación		Total
				Sí	No	
Distorsión	Subestimación	-3	N %	1 100	0 0	1 100 1.6
		-2	N %	1 10	9 90	10 100 15.9
		-1	N %	23 56.1	18 43.9	41 100 65.1
	Sin distorsión	0	N %	3 27.3	8 72.7	11 100 17.4
Total			N %	28 44.4	35 55.6	63 100

Nota: Dentro del grupo de personas con sobrepeso, hubo 4 valores perdidos, 1 con subestimación de -1, y 3 con subestimación de -1, por lo que N=63. Se pretendió indagar si existían relaciones estadísticamente significativas entre distorsión y negación de la distorsión, en sujetos con sobrepeso.

A diferencia de las comparaciones previas (distorsión vs negación de distorsión) realizadas entre los sujetos con obesidad y sobrepeso en las que sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas; en esta ocasión, trabajando sólo en la población cuyo peso es normal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de distorsión y la negación de la distorsión, como puede apreciarse en la Tabla 12. Todos tendieron a ser conscientes, independiente de la subestimación, sobreestimación o de la no distorsión.

Se puede afirmar, por lo tanto, que a mayor peso, mayor tendencia a negar la distorsión.

Tabla 12 Relación entre distorsión de la imagen y negación del tipo de distorsión en sujetos con peso normal

				Negación		Total
				Sí	No	
DISTORSIÓN	Subestimación	-2	N %	2 40	3 60	5 100 3.1
		-1	N %	8 42.1	11 57.9	19 100 11.7
	Sin distorsión	0	N %	31 27	84 73	115 100 70.5
	Sobreestimación	+1	N %	10 41.7	14 58.3	24 100 14.7
Total			N %	51 31.3	112 68.7	163 100

Nota: Dentro del grupo de personas con peso normal, existen tres valores perdidos, 2 sujetos de peso normal sin distorsión y 1 con sobreestimación, por lo cual N=163. Se pretendió indagar si existían relaciones estadísticamente significativas entre la distorsión y negación de dicha distorsión, en sujetos con peso normal.

8. Discusión y conclusiones

Los resultados indican que en el grupo de adolescentes que compone el estudio, se puede apreciar una mayor subestimación de la imagen corporal a medida que aumenta el peso, lo cual concuerda con el estudio de Martínez-Aguilar et al. (2010) y el de Mujica et al. (2009). Martínez-Aguilar et al. (2010), realizaron un estudio cualitativo con adolescentes obesos entre 11 y 15 años, a través de entrevistas semiestructuradas analizadas mediante la técnica del análisis temático, mostraron una tendencia a subestimar su sobrepeso u obesidad. Por su parte, Mujica et al. (2009), llevaron a cabo un estudio con sujetos de entre 18 y 74 años de edad, estimando la autopercepción del peso mediante imágenes que representaban cuatro estatus nutricionales. La mayor subestimación la presentaron los sujetos obesos y con sobrepeso. En los grupos con sobrepeso y obesidad el nivel de subestimación del estado nutricional alcanzó 39% y 76.5%, respectivamente.

La mirada y el juicio de la sociedad en que vivimos somete nuestro cuerpo a sus exigencias (Bernard, 1985). Es la cultura quien designa significación al cuerpo, quien le asigna un significado (Aguado, 2004). La publicidad presenta una imagen del cuerpo que configura el imaginario social. El patrón estético que presenta como autoridad, como obligación, hace que se reflexione en torno al propio cuerpo, verificando sus carencias, haciendo evidente el abismo existente entre el deseo de este cuerpo del mercado y el cuerpo que se posee realmente (Walder, 2004).

Los medios de comunicación crean un esquema de belleza ante el cual las personas se comparan e intentan adecuarse a él (Maganto & Cruz, 2000). El cuerpo social que se impone como estereotipo de belleza, es el cuerpo delgado, cuerpo que es interiorizado por las personas a lo largo de la vida (Bell & Rushforth, 2010) y al que se le atribuye atractivo, felicidad, popularidad y éxito; es por ello que, cuando un individuo ha interiorizado este cuerpo ideal, y su cuerpo real discrepa de éste, surge insatisfacción hacia su cuerpo (Vaquero-Cristóbal et al., 2013). Los cambios físicos que tienen lugar durante la adolescencia, propician que

el adolescente tome una mayor conciencia de su cuerpo, dirigiendo su atención hacia éste (Osterriet, 1973); pero el adolescente no sólo le otorga un papel primordial a su propia mirada, sino que reacciona con mayor intensidad ante la mirada del otro, la aprobación juega un papel importante para él (Schonfeld, 1973).

Es por ello que la mayor subestimación presente en adolescentes con sobrepeso y obesidad puede obedecer, a la lejanía que existe entre su cuerpo real y el cuerpo propuesto como ideal. Mientras mayor es la distancia entre ambos cuerpos, el sentimiento de insatisfacción o incomodidad hacia su cuerpo también puede aumentar, por lo que pueden no dibujarse a ellos mismos con su peso real, pues ello implicaría una confrontación directa con su sobrepeso u obesidad, que como se menciona antes, son características físicas penalizadas en la sociedad.

Los resultados indican una mayor tendencia a negar la presencia de distorsión de la imagen corporal conforme aumentaba el peso, es decir, a mayor peso, mayor negación, ya que esta puede funcionar como mecanismo de defensa para reducir la ansiedad que pueda provocar padecer sobrepeso u obesidad, pues estas son características que el adolescente traduce como indeseables y no gratas; recordemos que, como indican Monereo et al. (2012), las personas obesas sufren más presión social y discriminación que cualquier persona con alguna minusvalía física. El cuerpo ideal, representado por un estereotipo de belleza regido por la delgadez, es principalmente el cuerpo que encaja en el estándar de belleza, el cual será interiorizado por las personas a lo largo de la vida, debido a la constante información que recibimos a través de los medios de comunicación (Bell & Rushforth, 2010). Los cánones de belleza enaltecen la delgadez como un atributo deseable y mantienen actitudes sociales discriminatorias hacia los obesos, por lo que estos últimos son penalizados desde la infancia; ello implica un factor para generar insatisfacción corporal en quienes padecen obesidad, ya que hay una gran distancia entre su cuerpo real y su cuerpo ideal (Bruchon-Schweitzer, 1992).

De este modo, la negación funciona como defensa contra los efectos dolorosos que afluyen al yo desde el mundo externo y se encarga de evitar la angustia y el

displacer objetivo, es decir, que el yo se niega a aceptar una parte desagradable de la realidad (padecer sobrepeso u obesidad). Se aleja de ella, la rechaza y sustituye ese aspecto indeseado por la fantasía de la situación inversa (en este caso, tener un peso normal). Además, “cuando mayor importancia tenga este mundo {exterior} como fuente de placer y campo de interés, tanto mayores serán las posibilidades de experimentar displacer” (Freud, A., 1961, p. 80). Al respecto, cabe destacar que en las últimas décadas, la cultura del cuerpo, equipara una buena imagen con características positivas y deseables como salud, belleza y triunfo (Huertas, 2003) otorgándosele de esta forma al cuerpo un lugar privilegiado, frente al cual los adolescentes, son especialmente vulnerables debido a su interés por sentirse aceptados por sus compañeros; ser diferente a lo propuesto como ideal es rechazado y puede hacerlos sentir mal (Ascencio, 2005).

Para Jacobson (1967), el Yo, mediante la negación desconoce la señal de peligro, fuente de ansiedad, expulsa de su dominio a los impulsos enemigos, es decir, niega su presencia. En la negación se tiende a distorsionar la realidad, a veces, mediante una idea placentera se niega la noción penosa o atemorizante. “La negación tiende a afectar los procesos del pensamiento, a entorpecer el pensamiento lógico, el reconocimiento de la ‘verdad’ y la prueba de la realidad en una medida incomparablemente mayor que la represión” (Jacobson, 1967, p. 563).

En palabras de Fenichel (2008), la negación funciona de la siguiente manera: “siempre que un estímulo hace surgir sensaciones dolorosas, se produce una tendencia no sólo a rechazar las sensaciones, sino también el estímulo” (p. 156).

Algunos ejemplos del uso de la negación se pueden apreciar en Sámano et al. (2015), quienes encontraron que la mayoría de aquellos que subestimaron su peso en su estudio están satisfechos con su imagen corporal, y explicaron dicho fenómeno al posible uso de mecanismos de defensa al referir satisfacción de la imagen corporal cuando en realidad era todo lo contrario, siendo un caso de negación. Martínez-Aguilar y et al. (2010) encontraron que los sujetos de su estudio tendían a atribuir la causa de su sobrepeso u obesidad a cuestiones genéticas y hereditarias. Es posible que por estos motivos no se responsabilicen

ante su estado. Se constató el uso de una gran cantidad de mecanismos psicológicos de defensa frente a la carga emocional implícita a la experiencia de la obesidad, lo que puede constituir un obstáculo para la aceptación del problema y por lo tanto buscar una solución.

Por otra parte, los resultados mostraron que a medida que aumenta el grado de distorsión de la imagen corporal, disminuye el porcentaje de negación, es decir, los adolescentes que presentaron un mayor grado de distorsión, también estuvieron más conscientes de dicha distorsión.

No se encontraron diferencias entre el sexo y los niveles de distorsión de la imagen corporal, lo cual difiere de los estudios de Sámano et al. (2015), Maganto y Cruz (2000) y Gómez-Marmol et al. (2013). En el estudio de Sámano et al. (2015), en el caso de los adolescentes varones hubo una ligera mayor tendencia a la subestimación que a la sobreestimación, lo cual concuerda con los datos arrojados por Maganto y Cruz (2000), quienes reportaron una tendencia mayor a presentar subestimación entre los hombres; así como con los de Gómez-Marmol et al. (2013), quienes observaron una mayor distorsión en hombres que en mujeres.

Tampoco se encontraron diferencias significativas entre edad y distorsión de la imagen corporal, lo cual difiere a los resultados obtenidos por Gómez-Marmol et al. (2013), quienes observaron que a medida que aumentaba la edad de sus participantes, disminuía también su nivel de distorsión y aumentaba el nivel de satisfacción con su imagen corporal.

Por lo tanto, se cumplió el objetivo del estudio (investigar si existe distorsión en la percepción de la imagen corporal, ya sea de sobrestimación o subestimación, tanto en adolescentes con sobrepeso como en aquellos cuyo peso era normal).

En la población de estudio, constituida por adolescentes de entre 11 y 16 años, se mostró un mayor grado de distorsión de la imagen corporal en función del peso, a mayor peso mayor subestimación.

El grado de distorsión de la imagen corporal no varió en función al sexo ni a la edad.

Además, se observó también que los adolescentes con sobrepeso y obesidad tienden a negar la subestimación de su imagen corporal, parece haber una relación entre el peso y la negación. A mayor peso, mayor negación.

9. Limitaciones y sugerencias

El estudio se llevó a cabo en un grupo de 269 adolescentes de entre 11 y 16 años, alumnos de una Escuela Secundaria Técnica del norte de la Ciudad de México, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otros sectores poblacionales ni a otros rangos de edad; además, por el tipo de instrumento que se utilizó, no es posible hacer mediciones exactas. Es por ello que, se sugiere para futuras investigaciones, utilizar muestras representativas de la Ciudad de México o de la República Mexicana, lo que puede implicar aumentar el tamaño de la muestra y extender el estudio a otras edades y grupos socioeconómicos. Además, se sugiere la realización de un instrumento de medición más fino en el que se incorpore el cuestionario utilizado en el presente estudio.

10. Bibliografía

- Acuerdo de Salud Alimentaria. (2010). *Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado de http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/635/1/images/programadeaccion_sept.pdf
- Aguado, V. J. C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas.
- Aguirre, B. Á. (1996). Psicología de la adolescencia. En B. Á. Aguirre (Ed.), *Psicología de la adolescencia* (pp. 5-42). México: Alfaomega.
- Alvarado, S. R. (2012). Epidemiología de la obesidad en el mundo y en Colombia. En F. M. Hurtado, & D. R. Riveros (Eds.), *La obesidad. Un nuevo horizonte para su manejo* (1ª ed., pp. 3-16). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Álvarez, H. G., Esparza, R. J., Candia, P. M. C., & Quizán, P. T. (agosto, 2008). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: ¿decisión individual o efecto contextual? El papel de los factores sociales. *Epistemos*, 4, 32-38. Recuperado de <http://www.epistemus.uson.mx/revista.php?id=4>
- Álvarez-Estrada, A. (2002). Nuevos trastornos emergentes. Obesidad mórbida. Conceptos y tratamiento médico. En E. García-Camba de la Muela (Ed.), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad* (1ª ed., pp. 321-346). Barcelona, España: Masson.
- Amaya, H. A., Mancilla-Díaz, J. M., Álvarez, R. G. L., Ortega, L. M., Larios, L. M., & Martínez, G. J. I. (enero-junio de 2013). Edad, consciencia e interiorización del ideal corporal como predictores de insatisfacción y conductas alimentarias anómalas. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 121-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80428081009>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5])*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ascencio, G. M. (2005). *Nutrición para el adolescente. Donde se toma en cuenta tu manera de sentir, pensar y actuar*. México, D. F. : Editores de Texto Mexicanos, S. A. de C. V.
- Baillet, E. L. E. (enero-febrero de 2008). Obesidad. *Atención familiar*, 15(1), 20-22. Recuperado de [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/15\(1\).pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/15(1).pdf)
- Bell, L., & Rushforth, J. (2010). *Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimenticios*. Madrid: Alianza.
- Bernard, M. (1985). *El cuerpo*. España: Paidós.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.

- Busby, G., & Seif, M. (2013). Obesity in adolescence. En T. Mahmood & S. Arulkumaran (Eds.), *Obesity. A ticking time bomb for reproductive health* (pp. 53-65). London NW: Elsevier.
- Brugos, J. (2005). *Adelgazar sin matarse*. Madrid: Martínez Roca
- Campollo, R. O. (1995). *Obesidad: Bases fisiopatológicas y tratamiento* (1ª ed.). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Canal, C. F., Rodríguez, M. R., & Romero, Í. M. (2011). *Educación a los jóvenes para la salud*. Recuperado de <http://publicaciones.dipucr.es/tripaseducarjovenessalud.pdf>
- Carámbula, P. (2010). *Fatorexia: ¿Qué ves cuando te ves?* Recuperado de <http://www.sanar.org/nutricion/fatorexia>
- Casas de Pereda, M. (mayo, 2002). Entorno al rol del "espejo". Winnicott, Lacan, dos perspectivas. *Querencia. Revista de psicoanálisis*, 4. Recuperado de http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro4/myrta_casas.htm
- Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones* (1ª ed.). Barcelona: Masson.
- Chinchilla, M. A. (2005). *Obesidad y psiquiatría. Nuevas generaciones en neurociencias*. Barcelona: 2005.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Craig, G. J. (2001). *Desarrollo Psicológico* (8ª Octava ed.). México: Pearson Educación.
- Cramer, P. (2013). Estudios empíricos sobre mecanismos de defensa. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17(1), 97-117. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630261004>
- De Llanos, S. E. (1996). La corporalidad adolescente. En B. Á. Aguirre (Ed.), *Psicología de la adolescencia* (pp. 65-75). México: Alfaomega.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [ENSANUT 2012] (2013). *Resultados Nacionales* (2ª ed.). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>
- Espina, A., Ortego, M. A., Ochoa de Alda, Í., Yenes, F., & Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/475.pdf>
- Esquivel, H. R. I., Martínez, C. S. M., & Martínez, C. J. L. (2014). *Nutrición y salud* (3ª ed.). México: Manual Moderno.

- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia: ¿es un tema de varones? *Archivos argentinos de pediatría*, 104(2), 117-184. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000200014&lng=es&tlng=es.
- Fenichel, O. (2008). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México, D. F. : Paidós.
- Freud, A. (1961). *El yo y los mecanismos de defensa*. Madrid: Paidós.
- Freud, A. (1973). La adolescencia en cuanto perturbación del desarrollo. En G. Caplan, & S. Levovici (Eds.), *Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales* (pp. 11-14). Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1925). *La negación*. Obras completas. Vol. XIX. (2ª ed., 11ª reimp, 2007) Buenos Aires: Amorrortu.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. México: Siglo veintiuno.
- García, C. M. (1996). Desarrollo afectivo de la adolescencia. En B. Á. Aguirre (Ed.), *Psicología de la adolescencia* (pp. 129-141). México: Alfaomega.
- Garmilla, M. (s/f). *Por qué el espejo*. Recuperado de <http://www.grupopsicodrama.com/POR-QU%C3%89-EL-ESPEJO.php>
- Garrido, E. P. (octubre, 2007). El cuerpo. Un recorrido por los textos de Jacques Lacan. *Carta psicoanalítica*, 11. Recuperado de http://www.psykeba.com.ar/articulos/PG_el_cuerpo_un_recorrido_por_textos_Lacan.htm
- Gómez-Marmol, A., Sánchez-Alcaraz, B. J., & Mahedero-Navarrete, M. P. (enero-abril, 2013). Insatisfacción y distorsión de la imagen corporal en adolescentes de doce a diecisiete años de edad. *Ágora para la educación física y el deporte*, 1(15), 54-63. Recuperado de 2016, de http://agora-revista.blogs.uva.es/files/2013/07/agora_15_1d_gomez_et_al.pdf
- Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo. Neurobiología y psicología de la corporalidad*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, T. E. (2012). Fisiopatología de la obesidad. En F. M. Hurtado, & D. R. Riveros (Eds.), *La obesidad. Un nuevo horizonte para su manejo* (1ª ed., pp. 17-37). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Huertas, R. (diciembre, 2003). Cuerpo visto y cuerpo y cuerpo sentido. De la anatomía a la clínica psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 88, 111-126. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019662008>

- Jacobson , E. (1967). Negation and repression. *Revista de psicoanálisis*, 24(3), 545-578. Recuperado de <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19672403p0545.dir/REVAPA19672403p0545Jacobson.pdf>
- Jubiz, W. (1981). *Endocrinología clínica*. México: Manual Moderno.
- Kaufer-Horwitz, M., & Toussaint, G. (noviembre-diciembre, 2008). Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 502-518. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086i.pdf>
- Kökönyei, G., Baldacchino, A., Urbán, R., & Demetrovics, Z. (2013). The psychological basis of obesity. En T. Mahmood, & S. Arulkumaran (Eds.), *Obesity. A ticking time bomb for reproductive health* (pp. 39-51). London NW: Elsevier.
- Korbman de Shein, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes: guía práctica para psicólogos, nutriólogos, padres y maestros*. México: Trillas.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, *Escritos I* (pp. 86-93). México: Siglo XXI Ed, 1971.
- Lara, A. J. M. (1996). Adolescencia: Cambios físicos y cognitivos. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 11, 121-128. Recuperado de <http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/revista11.asp>
- Lara, O. F. (1996). Desarrollo cognitivo en la adolescencia. En B. Á. Aguirre (Ed.), *Psicología de la adolescencia* (pp. 143-172). México: Alfaomega.
- Lebow, M. (1986). *Obesidad infantil. Una nueva frontera de la terapia conductual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mantango, C., & Cruz, S. (octubre, 2000). La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 30, 45-58. Recuperado de <http://www.sepyrna.com/revista-autores/revista-sepyrna/>
- Martínez-Aguilar, M. L., Flores-Peña, Y., Rizo-Baeza, M. M., Aguilar-Hernández, R. M., Vázquez-Galindo, L., & Gutiérrez-Sánchez, G. (enero-febrero, 2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7° al 9° grado residentes en Tamaulipas, México. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18(1), Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_08.pdf
- Meza, P. C., & Moral de la Rubia, J. (marzo, 2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas psicoanalíticas, revista internacional de psicoanálisis*, 37. Recuperado de <http://www.aperturas.org/revistas.php>

- Monereo, M. S., Iglesias, B. P., & Guijarro de Armas, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad. Tratamientos y calidad de vida*. (1ª ed.). Bilbao: Fundación BBVA.
- Mujica E, V., Leiva M, E., Rojas M, E., Díaz, N., Icaza, G., & Palomo G, I. (enero, 2009). Discordancia en autopercepción de peso en población adulta de Talca. *Revista médica de Chile*, 137(1), 76-82. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100011>
- Naenen, H. K. (2002). Aspectos psiquiátricos de la obesidad. En E. García-Camba de la Muela, *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesida*. (pp. 347-364). Barcelona, España: Masson.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (Noviembre, 2013). *Health at a Glance 2013*. Recuperado de <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113161e.pdf?expires=1432011551&id=id&accname=guest&checksum=8A0321CB4538D5B20812824BC8EFD146>
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (Junio, 2014). *Obesity Update*. Recuperado de <http://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2014.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Décima Revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Marzo, 2013). *10 datos sobre la obesidad*. Recuperado de www.who.int/features/factfiles/obesity/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014a). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Sobrepeso y obesidad infantiles*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014b). *Global Database on body mass Index. BMI classification*. Recuperado de http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (Enero, 2015). *OMS Nota descriptiva No. 311*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Orozco, L. M. (2011). *Etapas del desarrollo evolutivo. (Etapa de 11 a 14 años)*. Recuperado de <http://www.educacion.navarra.es/web/dpto/escuelas-de-familia>
- Osterriet, P. A. (1973). Algunos aspectos psicológicos de la adolescencia. En G. Caplan, & S. Levovici (Eds.), *Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales* (pp. 15-21). Buenos Aires: Paidós.

- Papalia, D. E., Wendkos, O. S., & Duskin, F. R. (2010). *Desarrollo Humano* (11ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Paredes, S. D. (agosto, 2007). *Sobrepeso y obesidad en el niño y el adolescente*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/libro_pdf.html
- Peña, C. M. (2012). *El impacto de la obesidad infantil en el presupuesto público* (1ª ed.). México, D. F.: Ciecás.
- Philipp, M. C., & Small, S. A. (1997). *Living with your teenager: Understanding emotional changes*. Recuperado de <http://learningstore.uwex.edu/assets/pdfs/NCR120.pdf>
- Piaget, J. (1973). El desarrollo intelectual del adolescente. En G. Caplan, & S. Lebovici (Eds.), *Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mentales* (pp. 23-25). Buenos Aires: Paidós.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1955). *De la lógica del niño a la lógica del adolescente*. Buenos Aires: Paidós.
- Pino, J. L., López, M. Á., Moreno, A. A., & Faúndez, P. T. P. (septiembre, 2010). Percepción de la imagen corporal, del estado nutricional y de la composición corporal de estudiantes de nutrición y dietética de la Universidad del Mar, Talca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(3), 321-328. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182010000300007>
- Prado, M. C. (1996). El desarrollo físico en la adolescencia. En B. Á. Aguirre (Ed.), *Psicología de la adolescencia* (pp. 43-64). México: Alfaomega.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902204>
- Raising Children Network, with the Centre for adolescent Health. (2010). *Your child's changing body*. Recuperado de http://raisingchildren.net.au/articles/physical_changes_teenagers.html
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed., Vol. 4, p. 567). Madrid, España: Espasa.
- Ruiz, I. Y. M. (2010). F. Dolto principales aportaciones. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 3,(7). Recuperado de <http://psi.usal.es/rppsm/>
- Ruiz, L. A. L. (Febrero, 2013). *Adolescencia y pubertad*. Recuperado de nel-medellin.org/blog/adolescencia-y-pubertad/

- Sámano, R., Rodríguez-Ventura, A. L., Sánchez-Jiménez, B., Godínez, M. E. Y., Noriega, A., Zelonka, R., ... Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1082-1088. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309235369011>
- Sánchez, J. B. I. (2013). *Trastornos de la conducta alimentaria, de 18 a 22 años en las alumnas de la carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Intercontinental del año 2013*. (Tesis de licenciatura, Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica Intercontinental). Recuperada de <http://www.utic.edu.py/investigacion/attachments/article/78/Tesis%20Completa.pdf>
- Schilder, P. (1977). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: estudios sobre las energías constructivas de la psique*. Buenos Aires: Paidós.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., & León, J. A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713102>
- Spurling, L. (1995). Winnicott y el rostro de la madre. *Revista Psicoanálisis Digital*, XVII(3), 665-673. Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Spurling.pdf>
- Trejo, O. P. M., Castro, V. D., Facio, S. A., Mollinedo, M. F. E., & Valdez, E. G. (septiembre-diciembre, 2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144-154. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006&lng=es&tlng=es
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. Á. (enero-febrero, 2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226055004>
- Walder, P. (2004). El cuerpo fragmentado. *Polis, Revista Latinoamericana*, 2(7). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500712>
- Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.
- World Obesity Federation. (septiembre, 2012). *About Obesity*. Recuperado de <http://www.worldobesity.org/aboutobesity/>
- World Obesity Federation. (marzo, 2014). *% Childhood overweight and obesity by region. Prevalence % Overweight and obesity by WHO region by gender and age*. Recuperado de http://www.worldobesity.org/site_media/library/resource_images/Childhood__Overweight__Obesity_by_Region_and_age_WO.pdf

World Obesity Federation. (s.f.). *Extended International (IOTF) Body Mass Index Cut-Offs for Thinness, Overweight and Obesity in Children*. Recuperado de <http://www.worldobesity.org/resources/child-obesity/newchildcutoffs/>

Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica* (2ª ed.). Argentina: Paidós.

Zuleta, G. C., & Morales, S. J. (2012). Obesidad y sobrepeso: aspectos psicológicos en niños y adolescentes. En F. M. Hurtado, & D. R. Riveros (Eds.), *La obesidad. Un nuevo horizonte para su manejo* (1ª ed., pp. 81-99). Bogotá: Universidad del Rosario.