



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**“CONSTRUCTOS PERSONALES EN
PERSONAS CON OBESIDAD”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ERIKA SALINAS MATIAS

No. De Cta. **0925885**

ASESOR

DRA. PATRICIA BALCÁZAR NAVA

TOLUCA, MÉXICO, OCTUBRE DE 2015

ÍNDICE

I. RESUMEN	8
II. PRESENTACION.....	9
III. INTRODUCCION.....	11
IV. MARCO TEÓRICO.....	19
CAPÍTULO 1. OBESIDAD	
1.1 Concepto y Criterios Diagnósticos.....	19
1.2 Epidemiología de la Obesidad.....	22
1.3 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria	25
CAPÍTULO 2. OBESIDAD Y PSICOLOGIA	
2.1 Antecedentes de la Psicología y Obesidad	29
2.2 Teorías que Explican la Obesidad.....	31
2.3 Obesidad e ingesta Alimentaria.....	38
2.4 Repercusiones Orgánicas de la Obesidad en la Salud.....	39
2.5 Repercusiones psicosociales de la Obesidad.....	41
2.6 Características psicológicas asociadas con la Obesidad.....	44
2.7 Trastornos de la Conducta Alimentaria y Conductas alimentarias de Riesgo	48
2.8 Estudios Relacionados con el tema.....	63
2.9 Tratamiento de la Obesidad.....	67
CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES	
3.1 Fundamento Epistemológico e Historia de la Teoría de los Constructos Personales.....	74
3.2 Postulados Teóricos de la Psicología de los Constructos Personales.....	78
3.3 Campo de acción de la Psicología de los Constructos Personales.....	85
3.4 Sistema de Evaluación en la Psicología de los Constructos Personales.....	87
3.5 Estudios relacionados con el Tema.....	91
V. MÉTODO	
1. Objetivo General	98
1.1 Objetivos específicos.....	98
2 Tipo de estudio o investigación.....	99
3 Planteamiento del problema y pregunta investigación	99
4 Definición de variables.....	103

5 Planteamiento de Hipótesis	111
6 Definición del Universo de estudio	114
7 Selección de la técnica de Investigación	115
.8 Diseño de la Investigación	115
9 Captura de la información	117
10 Procesamiento de la información.....	118
VI. RESULTADOS.....	120
VII. DISCUSIÓN.....	129
VIII. CONCLUSIONES.....	150
IX. SUGERENCIAS.....	151
X. REFERENCIAS.....	152
XI.ANEXOS.....	163

I. RESUMEN

La obesidad constituye un problema de gran alcance en la sociedad actual, al ser una enfermedad crónico-degenerativa, que se detecta a partir de la comorbilidad con otras enfermedades, sin embargo por si sola genera un sentimiento de inadecuación reflejada en aislamiento social de las personas que la padecen. El presente estudio es un acercamiento con el propósito de describir el sistema de constructos personales en personas con obesidad. Se trabajó con 60 personas, de dos grupos; uno con obesidad y otro sin esta, todos ellos habitantes de la ciudad de Toluca y zona conurbada, Se utilizó la Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP). Los resultados obtenidos muestran que las personas con obesidad en comparación con las personas sin este rasgo, muestran mayor puntaje en autoestima baja y aislamiento social autopercebido, al mismo tiempo ambos grupos no presentaron diferencias significativas en el apartado correspondiente a adecuación percibida en los otros. Así mismo, respecto a la categorización que se deriva de la autoestima se obtuvo que las personas del grupo control se ubicaron en el perfil de positividad en contraste con el grupo de personas con obesidad quienes se ubicaron en el perfil de aislamiento, repercutiendo así de manera significativa sus relaciones interpersonales. Por otra parte, se encontró que en cuanto a los conflictos cognitivos las personas del grupo control presentaron en mayor número más dilemas implicativos. Por otra parte al categorizar los constructos de ambos grupos se encontró que las personas con obesidad presentaron mayor número de constructos catalogados en el área relacional en contraste con las personas pertenecientes al grupo control, en donde sus constructos se ubicaron en el área emocional. Finalmente se obtiene que sí existen diferencias en torno a la construcción personal que presentan ambos grupos; en donde la persona con obesidad ve afectada significativamente sus relaciones sociales, llevándola a presenta una conducta enfocada al aislamiento, mientras que la persona sin obesidad, tiene una percepción más positiva de sí mismo, presentando de esta manera mayor funcionalidad social.

II. PRESENTACIÓN

La presente investigación tiene como finalidad describir el sistema de constructos personales en dos grupos de personas uno con obesidad y otro sin esta característica.

El trabajo está conformado por tres capítulos de Marco Teórico, un apartado que hace referencia al Método de Investigación, los Resultados, así como los apartados de Discusión, Conclusiones, Sugerencias, Referencias y por último, Anexos.

Primeramente se encuentra la introducción, la cual empieza por desarrollar y dar un panorama de la temática describiendo en que consiste la obesidad, su clasificación, diagnóstico así como sus implicaciones psicológicas en las personas con obesidad, del mismo modo muestra una visión general de la Teoría de los Constructos Personales, además de señalar el propósito de la presente investigación.

En el caso del Marco Teórico que sustenta la investigación, en el Capítulo Uno denominado obesidad; se hace referencia a las características de la Obesidad partiendo con la definición de enfermedad y describiendo la epidemiología en una dimensión internacional, nacional y estado, mostrando así una panorámica general de este problema social que es la obesidad, para finalizar este capítulo se hace referencia a las políticas de salud enfocadas a la atención de la obesidad y sobrepeso en el contexto nacional.

El Capítulo Dos presenta una panorámica de la obesidad y su relación con la Psicología, abordando los antecedentes existentes entre la Psicología y la obesidad como enfermedad, posteriormente las Teorías desde el enfoque biológico y psicológico brindan una explicación a la problemática de la obesidad, a continuación se hace alusión a las repercusiones de tipo orgánico y psicosociales que puede generar la obesidad, seguida a esta temática se presentan algunas características psicológicas así como los factores sociales relacionados con la obesidad, para finalizar se hace alusión a los trastornos de la conducta

alimentaria y las opciones de tratamientos enfocados a los pacientes con obesidad.

En el Capítulo Tres “Psicología de los Constructos Personales”, donde se describe la Teoría de los Constructos Personales que es la base que sustenta el trabajo de investigación y que incluye los aspectos históricos de la teoría, los postulados, la técnica para evaluar desde la postura constructivista y los índices y estudios respecto al tema.

Posteriormente se presenta el Método de Investigación, que expone el objetivo general de la investigación y los objetivos específicos, el tipo y diseño de investigación, así como la descripción de las variables, participantes y el instrumento utilizado, para finalizar esta sección con lo referente a la descripción de captura y procesamiento de información.

El apartado de Resultados, presenta de manera redacta los resultados sociodemográficos, para posteriormente presentar a manera de tablas los principales datos obtenidos de la TRCP.

Finalmente se presenta la Discusión, en la que se contrastaron los resultados obtenidos con la teoría, a partir de dicho contraste se establecieron las Conclusiones de la investigación y se dan las Sugerencias, las Referencias y Anexos del estudio.

III. INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica que actualmente constituye una dificultad mundial de creciente gravedad, ya que es un importante problema de salud pública en varios países, incluyendo México. Kauffe Horwitz, Tavano Colaizzi y Ávila Rosas (2008) definen a la obesidad como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso corporal que tiene una persona. Por su parte, Bersh (2006) señala que la obesidad “es el resultado de un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física, siendo el aporte calórico mayor al gasto energético” (p. 539).

Así, una manera práctica de calcular el índice de masa corporal es utilizar el IMC (Índice de Masa Corporal), que se calcula con la ecuación: $\text{peso (kg)}/\text{talla}^2$ (m) (Bersh, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) hace una distinción entre sobrepeso y obesidad, definiéndolos de la siguiente manera:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad

Por otra, parte en función a la distribución de la grasa corporal, la obesidad puede clasificarse de la siguiente manera (Sociedad Española para el Estudio de la obesidad, 2000):

- Sobrepeso: corresponde a un $\text{IMC} = 27-29.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
- Obesidad Grado I: $\text{IMC} = 30-34.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
- Obesidad Grado II: $\text{IMC} = 35-39.9 \text{ kg}/\text{m}^2$
- Obesidad Grado III: (mórbida) $\text{IMC} \geq 40$

Rubio (2007) sostiene que la obesidad se torna mórbida cuando el sujeto posee un índice de masa corporal mayor o igual a 35 y presenta otro tipo de enfermedades crónico-degenerativas asociadas a la misma (diabetes,

hipertensión, etc.) o cuando el sujeto posee un índice de masa corporal mayor o igual a 40, sin la necesidad de existencia de otro tipo de enfermedad asociada.

Respecto a la población infantil se señala que la valoración de la obesidad es más difícil en niños y adolescentes que en el adulto debido a los cambios que se producen durante el crecimiento en el acumulo de grasa y en las relaciones de los diferentes parámetros antropométricos (Hernández Martínez, 2010).

Al respecto la OMS en 1995, propuso a través de un comité de expertos, un sistema de clasificación para el sobrepeso en menores de edad (niños y adolescentes). Es así, como la OMS (2015) recomienda el empleo de las tablas de referencia de índice de masa corporal sobre la edad. En donde se señala para la obesidad, la ubicación a partir del percentil por arriba de 95 (y un pliegue tricópitico igual o mayor al percentil 90). De la misma manera, para los niños menores de 10 años, propuso emplear el peso para la estatura a partir del resultado del puntaje Z mayor a 2*.

Por otra parte, con relación a la obesidad en adolescentes se define como un aumento en el peso corporal, debido a un exceso de grasa en el organismo. El uso actual del concepto varía considerablemente, específicamente para adolescentes por lo que en la mayoría de reportes se utilizan las palabras de sobrepeso y obesidad, sin embargo, desde 2006 se introdujeron los términos de “en riesgo de sobrepeso” (equivalente al de sobrepeso) y “sobrepeso” (equivalente al de obesidad), (Guzmán Saldaña, 2012).

Por otra parte, actualmente se presenta un rápido incremento en las tasas de obesidad, ante lo cual la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2015) publicó el reporte Obesity: Update, en el que se contemplan datos relevantes de sobrepeso y Obesidad recogidos por la International Association for Study of Obesity (IASO). En dicho reporte se encuentra que al menos una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la OCDE. El promedio de obesidad de las naciones de la OCDE se ubica en un 22%, mientras que la prevalencia de sobrepeso varía casi diez veces entre los países estudiados (Japón y Corea con

un 4%, y Estados Unidos y México con un 36%). De esta manera se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años.

En el contexto nacional, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 (ENSANUT, 2012), la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en población adulta (20 años y más), por sexo es la siguiente: del 73% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres, el 37.5% corresponde a obesidad, mientras que del 69.4% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres, el 26.8% corresponde a Obesidad.

Así, México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial (Bersh, 2006).

No obstante el desarrollo de la obesidad está vinculado a causas multifactoriales como son: Genética, neuroquímica, metabólica, celular, hormonal, psicológica, social y cultural (Cárdenas-Cibrián, Villaseñor-Bayardo y Ontiveros-Esqueda, 2006).

Al interactuar los factores genéticos, metabólicos, sociales y psicológicos se genera la propensión al desarrollo de obesidad, que es actualmente considerado un problema de salud pública, ya que trae consigo el desarrollo de secuelas médicas como son: Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad cardiovascular, aparición de várices en los extremos inferiores, trombosis venosa profunda, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, hígado graso y cálculos en vesícula biliar (Tapia, 2006).

Hoy en día la obesidad constituye uno de los mayores estigmas sociales con el consiguiente costo psicológico: disminución de autoestima, del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, así como aumento de ansiedad y de los estados disforicos (Seijas y Feuchman, 2007; citados en Cruz-Sánchez y Hernández-Lira, 2007).

Asimismo, la obesidad conduce al desarrollo de nuevas afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de que la persona con obesidad, está sometido a múltiples problemas psicológicos, como la discriminación social que conlleva consecuencias graves de la conducta; limitaciones personales, laborales y sexuales que conducen a la disminución de autoestima y al aislamiento (Cárdenas Cibrián et al., 2006).

En los casos de obesidad mórbida, la persona que la padece puede sentirse objeto especial de actitudes hostiles y de desagrado por parte de los demás, de modo se generan numerosas emociones negativas y frecuentes episodios depresivos (Naenen; citado en Cruz Sánchez y Hernández Lira, 2007). Además de que hay mayor propensión a sufrir elevados niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima (Iruarrizaga, Romero, Camuñas, Rubio y Cabrerizo, 2001; citados en Bravo del Toro, Espinoza Rodríguez, Mancilla Arroyo y Tello Recillas, 2011).

Así, durante muchos años se ha mantenido la teoría de que las personas con algún grado de obesidad pudieran manifestar problemas de personalidad, los cuales aliviaban mediante la conducta de comer. Al respecto Gold (citado en Morín Zaragoza, 2008), propone que la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración, por ello el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Por su parte, Cordella (2008) propone que la obesidad surge cuando los sistemas de regulación emocional no están funcionando de manera óptima, de tal manera que la persona tiende a recurrir más veces al comer que a mecanismos psíquicos de autorregulación o regulación emocional; por consiguiente el placer de comer, sustituye o enmascara dificultades y por ello, la ingesta podría ser utilizada como un símil materno (consuelo, apoyo, protección, sostén) o como prótesis en los derrumbes emocionales.

Por otra parte Odgen (2005; citado en Meza, 2011) postula que las personas con obesidad tienen una representación simbólica en relación a la

comida; esto es, que atribuyen significados simbólicos profundos a la comida, por ende ubican a ésta como una forma de dar amor, de completar una falta, de estar en comunión con la madre, asimismo como una forma de afirmación del Yo, una cuestión de poder (en el sentido fálico), una vía para manifestar negación, una forma de interacción social o una forma de identidad social y/o religiosa, entre otras.

La persona con obesidad es vista como una persona con un hambre insaciable, que no llena. Al tratar de saciar el hambre fisiológica, pareciera que lo que quiere saciar es ese deseo insatisfecho ahora corporizado, ya que el obeso mediante la actividad del comer no satisface el deseo, por ello lo equivoca, lo confunde, lo retaca; de esta forma, la obesidad puede ser un signo de un deseo no satisfecho nunca, que nunca da la talla, ya que es un deseo incestuoso (Meza y Moral, 2011; citados en Meza, 2011).

En este mismo orden de ideas autores como Moreno Esteba, Monereo Mejía y Álvarez Hernández (2000), consideran importante conocer las características de la personalidad del paciente con obesidad, aunque aún no se ha logrado definir un perfil específico que determine la personalidad del paciente obeso.

En contraste, Campos (1993; citado en Riebeling y Del Socorro, 2014) identificó las siguientes características psicológicas de personas con obesidad en edad adulta: pasividad sumisión, preocupación excesiva por la comida, ingestión compulsiva de comidas y drogas, dependencia e infantilismo, insatisfacción de la imagen corporal, miedo de no aceptarse o quererse, dificultades de adaptación social, agresión bloqueada, sentimientos de abandono, inseguridad e intolerancia.

Respecto a la manera en la que se perciben las personas con obesidad Bravo del Toro et al. (2011), realizaron una investigación en donde obtuvieron que los pacientes con obesidad tiene una pobre autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica del propio cuerpo) observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo y por consiguiente, una baja expectativa respecto de la autoeficacia y el logro.

Es así, como la persona con obesidad estructura una forma particular de percibirse a sí mismo, generando de igual manera una percepción de los otros; al respecto Ocampo Barrio y Pérez Mejía (2010) realizaron una investigación en donde identificaron que la persona con obesidad percibe un reproche social por parte de las otras personas en relación a su imagen corporal, por ello sus relaciones sociales son desplazadas a un plano menos importante.

Como se observa, la obesidad hoy en día es un problema en el cual intervienen factores biopsicosociales, no obstante, en años anteriores la obesidad era catalogada como una enfermedad de abordaje médico; sin embargo, en la actualidad se señala la importancia de un abordaje interdisciplinar (Del Castillo Arreola, García Meraz y Guzmán Saldaña, 2010), de este modo se sugiere la intervención de la Psicología en conjunto con otras ciencias.

Es así como la Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud a la previsión y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. (Rodríguez Marín, 2002).

Un enfoque que se desprende de la Psicología es el enfoque cognitivo, que da origen a la Teoría de los Constructos Personales propuesto por Kelly (1955; citado en Puhakka, 2013) quien postula que cada individuo construye y estructura el mundo que le rodea de una forma única participando la experiencia, lo que hace que las personas se diferencien en la forma de construir y estructurar su mundo perceptivo; a partir de este proceso se generan los constructos, que son dimensiones de significado que conforman la unidad básica de la experiencia y que por medio de esto la persona construye su concepción idiosincrática del mundo, de manera que los constructos; cumplen dos funciones: permiten procesar acontecimientos por una parte y por otra, permiten a la persona anticipar su experiencia en función de su sistema de constructos, este sistema permite anticipar el significado de los acontecimientos haciendo el mundo más previsible.

De este modo los constructos se organizan en un sistema jerárquico, en el cual hay constructos supraordenados que juegan un papel central en la construcción del self y en la organización de todo sistema. Estos constructos nucleares definen la identidad del individuo y dan sentido a sus acciones y sentimientos (Montesano, Feixas y Varlotta, 2009).

En cuanto a la manera de evaluar los constructos personales Kelly (1955; citado por Montesano et al., 2009) propone realizarlo mediante la Técnica de la Rejilla, para captar la forma cómo la persona da sentido a su experiencia en sus propios términos.

Es así, a través del tiempo se han desarrollado una serie de estudios que enfocan a los constructos personales y distintas psicopatologías, de esta manera Sanz Fernández (1992), mediante su estudio “Constructos Personales y Sintomatología Depresiva: Un Estudio Longitudinal, validó algunas hipótesis derivadas de la Teoría de los Constructos Personales en relación al modelo de Depresión de Neimeyer; para ello reunió una muestra de 198 universitarios, como resultados se comprobaron algunas de las características del sistema de constructos que se supone distinguen a las personas deprimidas en relación a la población con estado de animo estable, en donde resaltaron índices como: 1) Construcción Polarizada; 2) Construcción del Yo como aislado interpersonalmente; 3) Construcción sesgada negativamente.

Por otro lado, Feixas et al. (2011), realizaron una investigación llamada Conflictos Cognitivos (Dilemas) en Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad, en donde se tuvo por objetivo identificar un tipo de conflicto cognitivo, los dilemas implicativos (DI), en pacientes con Trastorno de Ansiedad (TA); para ello se comparó la presencia y numero de dilemas en una muestra de 45 pacientes y un grupo de 39 controles, los resultados obtenidos mostraron una diferencia significativa entre la presencia de dilemas en los pacientes ansiosos (40%) y el grupo control (25%). Concluyeron que si los DI implican conflicto psicológico y sufrimiento, la ansiedad podría ser una expresión sintomática del conflicto y de su intensidad.

Respecto a lo mencionado anteriormente resulta importante señalar que en años recientes se han realizado estudios enfocados a los sistemas de Constructos Personales en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, tal como lo presenta la investigación realizada por Balcázar-Nava, et al. (2013), en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, de esta manera el conocer la forma en la que las personas con alguna enfermedad crónica degenerativa estructuran su mundo permite un mayor conocimiento interpersonal que puede ayudar para el desarrollo de estrategias de acción en el tratamiento de dichas enfermedades.

Es así como la presente investigación tiene por objetivo explorar el Sistema de Constructos de un grupo de personas con obesidad y de un grupo sin enfermedad, identificando particularidades en cada uno de estos grupos indagando si hay diferencias entre ellos, desde el enfoque de la Teoría de los Constructos Personales.

CAPÍTULO 1

OBESIDAD

En el presente capítulo se ahonda sobre la obesidad y se definen conceptos relacionados, además se contextualiza la problemática desde una perspectiva epidemiológica.

1.1 Concepto

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) considera a la obesidad como una enfermedad crónica degenerativa que constituye un importante problema de salud pública, no solo en nuestro país sino a nivel mundial.

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2015).

Por su parte la Fundación Mexicana para la Salud A.C. (2015) define a la Obesidad como una “entidad patológica crónica y recidivante caracterizada por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud; así mismo es considerada como una alteración metabólica condicionante de otros trastornos metabólicos (pág. 37).

Según la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la obesidad (NOM-043-SSA2-2012) la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m². Por su parte, en menores de 19 años la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud.

1.1 Criterios Diagnósticos

Al respecto del diagnóstico de obesidad, Serra Majem y Aranceta Batrina (2001) señalan que el criterio más exacto consiste en la determinación del porcentaje de grasa (masa grasa) que contiene el organismo y la cuantificación del exceso en relación con el valor esperado según el sexo, la talla y la edad; aunque refieren el inconveniente relacionado con la carencia de un estándar universalmente aceptado sobre el contenido graso “correcto” en las diferentes etapas de la vida de las personas, ya que es “difícil” en la práctica medir el tejido graso, tales como el antropométrico (peso, talla), perímetros, (pliegues), que combina costos bajos y facilidad de uso, aunque su precisión es variable.

Por su correlación significativa con otros métodos indirectos de valoración del tejido adiposo y su factibilidad, el IMC relacionado con la edad y el sexo es la medida más aceptada y utilizada en América y Europa para la estimación del sobrepeso y de la obesidad (OMS, 2015).

En este mismo orden de ideas, la clasificación dependiente del IMC, equivale al cociente peso en kg/m^2 , expresando una relación entre peso corporal y altura que no se corresponde exactamente con el contenido de grasa (OMS, 2015).

Cuadro 1. Clasificación del IMC de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 2015

Clasificación	IMC
Insuficiencia ponderal	<18.5
Intervalo Normal	18.5 a 24.9
Sobrepeso	>25.0
Preobesidad	25.0 a 29.9
Obesidad	>30
Obesidad de clase I	30.0 a 34.9
Obesidad clase II	35.0 A 39-9
Obesidad de clase III	>40.0

Tomado de Organización Mundial de la Salud (2015)

1.2 Epidemiología

Ámbito Internacional

En los últimos decenios se ha observado un incremento de la obesidad en el mundo, que afecta tanto a niños como adultos, presentándose en conjunto con la transición alimentaria en los países en vías de desarrollo. Tanto el acceso a los alimentos como el medio ambiente en el que las familias se desarrollan, ha evolucionado de manera muy notoria durante este periodo, contribuyendo a favorecer un ambiente obesogénico (Ontiveros Esqueda, Segura Ortega y Villaseñor Bayardo, 2006).

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2015, (OMS, 2015):

- En 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos.
- En 2014, el 39.0% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.
- En 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones (OMS, 2015).

Actualmente se presenta un rápido incremento en las tasas de obesidad; ante ello OCDE publicó el reporte titulado “Obesity and the economics of prevention: Fit not fat key facts-México, Update” (2014) en el que se encuentra que

la obesidad y el sobrepeso han crecido modestamente, en Canadá, Inglaterra, Italia, Corea, España y Estados Unidos, pero se han incrementado en un 3.2% más en Australia, Francia, México y Suiza.

En este mismo orden de ideas, a continuación se revisan los principales resultados de los estudios mexicanos publicados recientemente.

Ámbito nacional

En el contexto nacional, de acuerdo a lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 (ENSANUT, 2012), referente a la población infantil en edad escolar, (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8 y 14.6%, respectivamente). Para las niñas esta cifra es de 32% (20.2 y 11.8%, respectivamente) y para los niños es 36.9% (19.5 y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5 664 870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional.

Con base a los resultados de la ENSANUT (2012), 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3 175 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3 148 146 adolescentes varones).

En cuanto a la población adulta (20 años y más), la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad, por sexo es la siguiente: del 73% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres, el 37.5%, corresponde a obesidad, mientras que del 69.4% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres, el 26.8% corresponde a obesidad.

La prevalencia más alta en cuanto a obesidad se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres (ENSANUT, 2012).

En torno al tipo de localidad, el estudio reportado en la ENSANUT (2012) señala que no hubo diferencias en las prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad (urbana 38.8% vs. rural 39.1%); sin embargo, la prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas.

Referente a la región, la ENSANUT (2012) realizó una categorización de México en base a regiones, en donde se obtuvieron los siguientes datos: el Norte tuvo una prevalencia de sobrepeso $\approx 10\%$ menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el Centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y Sur (14.9%); así, se señala que la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, mientras que el índice de obesidad aumentó 2.9%.

Al mismo tiempo la OCDE (2014), señala que, más del 70% de adultos padecen sobrepeso en México, una proporción mayor que en cualquier otro país de la OCDE. Alrededor del 32 por ciento de los adultos son obesos, la segunda tasa más alta de la OCDE, por detrás de Estados Unidos (36.5%). Desde el año 2000, las tasas de sobrepeso y obesidad aumentaron de forma constante, tanto en hombres como en mujeres.

Así México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones (ENSANUT, 2012).

En México, el sobrepeso y la obesidad tienen distintos patrones sociales en hombres y mujeres. Los hombres con bajos niveles educativos son menos propensos a ser obesos comparados con aquellos más educados. En cambio, las mujeres con menor nivel educativo son más propensas a ser obesas comparadas con aquellas con un mayor nivel educativo. Sin embargo, este gradiente se observa en las mujeres que viven en zonas urbanas, pero no en aquellas que viven en zonas rurales (OCDE, 2014).

Ámbito estatal

Así mismo, la evaluación realizada por la ENSANUT 2012, en el Estado de México, en cuanto a la población de niños en edad escolar (5-11 años) arroja que en 2012 las prevalencias de sobrepeso y obesidad fueron 21.8 y 14.8%, respectivamente, así mismo, la prevalencia de sobrepeso en localidades urbanas disminuyó de 2006 a 2012 de 24.1 a 23.4% y para las rurales paso de 22.8 a 12.9%, respectivamente.

En lo referente a la población adolescente, se observa que en 2006, 35.6% de los adolescentes hombres y mujeres del Estado de México presentó sobrepeso más obesidad, cifra que se observó menor en 2012 (31.9%). Por lo que la distribución en torno a la obesidad por sexo en 2012 mostró una prevalencia mayor para las mujeres (32.4%) en comparación con los hombres (31.5%). Para los adolescentes del Estado de México que habitaban en localidades urbanas, la cifra de sobrepeso más obesidad pasó de 36.8% en 2006 a 33.7% en 2012. Para los habitantes de localidades rurales esta cifra representa actualmente 23.3%.

Mientras tanto, en la población adulta, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres fue de 72.9% y en hombres de 66.9%, no obstante, la prevalencia de obesidad fue 80% más alta en mujeres (35.3%) que en hombres (19.7%), lo cual implica una diferencia estadísticamente significativa, mientras que la prevalencia de sobrepeso fue mayor en hombres (47.3%) que en mujeres (37.7%).

Al contrastar la información obtenida entre ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012, se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los últimos seis años representa un decremento de 24.0% en la prevalencia de Obesidad en el caso de los hombres ($p<.05$), y un incremento de 12.1% en el caso de las mujeres ($p<.05$).

1.3 Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

Al mismo tiempo, como ya se ha señalado, el exceso de peso corporal es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dado la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que lo padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la OMS promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas (Bingen, 2004), a la cual México se adhirió.

La estrategia implementada en México, se titula “Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria contra el Sobrepeso y la obesidad” (Secretaría de Salud, 2010), en donde se describen acciones dirigidas de forma individual, comunitaria y nacional.

Es así como este acuerdo estipula diez objetivos, a continuación se describen:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.

7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

De igual manera, algunas acciones presentadas en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria contra el sobrepeso y la obesidad (2010), que presenta la Secretaría de Salud, hace recomendaciones específicas a las líneas de acción que deben implementar las diferentes dependencias, a continuación se mencionan:

Sector Salud:

- Impulsar los programas sectoriales
- Actualizar normas y regulaciones sobre alimentos y publicidad
- Apoyar la lactancia materna y el alfabetismo nutricional
- Promover la incorporación de agua simple potable en desayunos escolares y despensas
- Capacitar a los DIF estatales y municipales sobre opciones saludables de alimentos escolares
- Impulsar la actividad física en todos los ámbitos
- Capacitar a profesionales de la salud en consejería sobre una alimentación correcta

Secretaría de Educación Pública (SEP):

- Impulsar la realización de actividad física al menos 30 minutos diarios en los escolares
- Incentivar la igualdad de género en la práctica del deporte
- Impulsar, a través del currículo escolar, el consumo de agua potable y el alfabetismo nutricional
- Garantizar la instalación de bebederos en escuelas públicas
- Promover y facilitar la disponibilidad de agua y bebidas no alcohólicas con bajo contenido calórico en colaboración con la industria alimentaria
- Generar lineamientos para proveedores de alimentos escolares encaminados a disminuir el consumo de azúcares
- Impulsar un Acuerdo Secretarial para el expendio de alimentos y bebidas en las tiendas o cooperativas escolares de los planteles de educación básica para una sana alimentación escolar

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS):

- Promover la actividad física y la alimentación correcta en los centros de trabajo
- Vigilar el cumplimiento de la normatividad relativa a la disponibilidad de agua potable gratuita
- Abogar por la lactancia materna y revisar la legislación para favorecerla en las madres trabajadoras

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL):

- Rescatar los parques y espacios públicos para la realización de actividad física
- Promover en los jóvenes en el Programa Oportunidades la participación en actividad física
- Impulsar la disponibilidad de leche semidescremada
- Desarrollar actividades educativas sobre orientación alimentaria

Secretaría de Economía (SE):

- Crear andamiajes de apoyo a las cadenas de distribución y acceso a frutas, verduras, leguminosas y cereales enteros
- Actualizar la normatividad y apoyar a la SS para emitir una NMX sobre “etiquetado educativo”
- Difundir información sobre mercados de productos saludables a la industria.

Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA):

- Promover usos alternativos de la caña de azúcar
- Mejorar la oferta de productos lácteos descremados
- Atender problemas estructurales de soporte para alimentos agrícolas, pecuarios y pesqueros
- Reforzar el programa 5 al Día para apoyar el consumo de frutas y verduras

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP):

- Analizar instrumentos hacendarios encaminados a promover el consumo de alimentos saludables

Comisión Nacional del Agua (CONAGUA):

- Incentivar la provisión de agua simple potable en zonas vulnerables

Una vez que se ha contextualizado la problemática de la Obesidad, en donde se observó la trayectoria en el mundo, en México y en el Estado de México, que proyecta la Obesidad como una pandemia, que generan, el diseño de políticas de salud, es así, que en México dichas políticas van enfocadas a dos ejes fundamentales: promoción de hábitos de alimentación saludable y actividad física constante, a continuación se muestra una descripción general de las variantes psicológicas que se relacionan a la obesidad.

CAPÍTULO 2

OBESIDAD Y PSICOLOGÍA

2.1 Antecedentes de la Psicología y Obesidad

Desde sus orígenes como disciplina, puede encontrarse en la Psicología un interés siempre latente por la salud y la enfermedad (Gil Roales- Nieto, 2004).

La historia de la Psicología data de la antigüedad, de cuando filósofos y líderes religiosos se preguntaban sobre la naturaleza humana e intentaban explicar el comportamiento humano. Partiendo de lo mencionado anteriormente es que la Psicología, se deriva tanto de la filosofía (la búsqueda de la sabiduría a través del razonamiento lógico) como de la fisiología (el estudio de los procesos vitales de un organismo, tales como la respiración, la digestión y la reproducción) (Papalia, 2008).

Es así como William Wundt, (1838-1920), ha sido denominado tradicionalmente “el Padre de la Psicología” ya que Wundt fue quien estableció formalmente la Psicología como una disciplina independiente y organizada. Fundó el primer laboratorio de Psicología experimental en Leipzig, Alemania y atrajo allí como alumnos suyos a muchos líderes iniciales en este campo (Hearst, 1979; citado en Papalia, 2008).

Desde el surgimiento de la Psicología se han generado varias vertientes, que buscan explicar la naturaleza humana es así como una rama de la Psicología denominada: Psicología de la Salud, resulta ser un área que enfoca su interés a los aspectos psicológicos y conductuales de la salud física y mental. De esta manera el psicólogo de la salud presenta un interés profesional en la biología, el medio ambiente y el impacto en el comportamiento de la salud y la enfermedad (American Psychological Association, 2015).

Así, la Psicología de la Salud busca realizar contribuciones al bienestar de los pacientes mediante la incorporación de la teoría psicológica y la investigación para el desarrollo de métodos que ayuden a los pacientes a mantener estilos de

vida saludables. En este mismo orden de ideas, la Psicología de la Salud, busca ayudar a los pacientes a controlar las enfermedades crónicas y evitar enfermedades prevenibles, y proporcionar servicios de rehabilitación las personas con lesiones agudas y las enfermedades crónicas (Cabello Garza y Zuñiga Zárate, 2007).

Aunado a lo anterior, la obesidad hoy en día es catalogada como una enfermedad (OMS, 2015). Llama la atención que en un inicio la enfermedad era vista desde un enfoque médico; sin embargo, Labrador, Muñoz y Cruzado (1990; citados en Gil Roales-Nieto, 2004) señalan que surgió la necesidad de tener una aproximación biopsicosocial a la salud y la enfermedad; dicha aproximación tendría que incorporar conceptualmente las evidencias relativas a que el comportamiento es un factor implicado en uno u otro grado virtualmente en todos los procesos de enfermedad, bien sea a nivel de génesis, desarrollo y/o mantenimiento de la alteración.

Fue así como surgió el modelo biopsicosocial el cual señala que la exposición al agente patógeno, por ejemplo, un virus o bacteria no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que presente; y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará relacionada con los hábitos de salud (dieta, tabaco, alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (por ejemplo, los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo (Del Castillo Arreola et al., 2010).

El surgimiento de esta “nueva forma” de conceptualizar a la salud, llevó a la Psicología, también a reconceptualizar y replantearse las tareas que venía desarrollando en el campo de la salud, específicamente respecto a la “Psicología de la Salud” (Del Castillo Arreola et al., 2010). De esta manera las teorías psicológicas en torno a la obesidad surgen desde la distinción de una obesidad de tipo exógeno, en donde no hay alteraciones biológicas que son responsables del exceso de peso corporal, por lo que se busca dar una explicación del problema

desde diversos enfoques psicológicos (Meza, 2011); derivado de esta idea a continuación se hace una descripción de los diversos enfoques y su postura referente a la obesidad.

2.2 Teorías que explican la Obesidad

En los últimos veinte años ha habido un creciente reconocimiento de la importancia de los aspectos psicológicos desde otras ciencias de la salud. Esto es debido a la naturaleza compleja y multifactorial de la salud, de la enfermedad y de los procesos de sanar y el enfermar; es en estos procesos de salud y enfermedad donde intervienen estados multifactoriales y multideterminantes, así como la importancia de aspectos afectivos emocionales, motivacionales, psicofisiológicos, psicosociales y biológicos que deben ser tomados en cuenta para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, sobre todo con aquéllas de carácter crónico, como lo es la obesidad (Godoy 1990; citado en Pompa-Guajardo, 2007).

De esta manera los factores que contribuyen con la presencia de obesidad en el individuo son múltiples, algunos bien caracterizados y otros menos conocidos. Factores genéticos y ambientales, trastornos de la homeostasis, nutricionales u hormonales, o ambos, y anomalías metabólicas en el propio cuerpo configuran el amplio espectro de determinantes relacionados con su presencia (Maysonet Guzmán y Toro Alfonso, 2007) Estos factores de manera individual o en conjunto, modifican el equilibrio nutricional (conjunto de mecanismos fisiológicos implicados en la ingestión, digestión, absorción, almacenamiento y utilización de los nutrimentos con la finalidad de permitir un crecimiento óptimo y equilibrado en altura y peso). Es así como a continuación se abordan algunos enfoques que explican la obesidad.

Enfoque biológico

Existen diversos planteamientos que explican la presencia de obesidad en una persona, desde la perspectiva biológica se encuentran las teorías: energética, metabólica, genética, endocrina, a continuación se describen de forma general estos aspectos.

a) Teoría Energética: esta teoría plantea un desequilibrio entre el consumo y el gasto de energía, que da como resultado la acumulación progresiva de la energía sobrante en forma de triglicéridos en el tejido adiposo, ocasionando tanto un aumento en el número de adipositos como en su volumen, produciendo modificaciones funcionales en el metabolismo, los cuales son la causa del mantenimiento del tejido adiposo y de la obesidad (Rodríguez, 1995).

Según Moreno Esteban et al. (2000), la ingesta energética, es regulada por una serie de complejos mecanismos del hipotálamo, donde se encuentran el centro del hambre y la saciedad y actúan sustancias como los neurotransmisores (noradrenalina, adrenalina) y las hormonas (la hormona liberadora de corticotropina- CRH-, la leptina). El gasto energético, está en función del metabolismo basal y la termogénesis o energía consumida ante estímulos estresantes, factores hormonales o la ingesta de alimentos.

b) Teoría Metabólica: Ésta considera a un tejido adiposo activo, que tiene células altamente especializadas, que pueden producir una gran cantidad de mediadores neuroendocrinos y de responder cualitativamente y cuantitativamente a estímulos hormonales. La localización del tejido adiposo guarda relación directa con su capacidad funcional; por ejemplo, el situado nivel visceral, se considera como un órgano endocrino, a diferencia del subcutáneo cuya función es predominantemente de almacenamiento de energía. Si bien no se han establecido diferencias categóricas en la capacidad de síntesis de sustancias bioactivas por el tejido adiposo entre los sujetos delgados y los obesos, es evidente que la secreción de esas es directamente proporcional a la masa de tejido adiposo visceral, lo que

explica algunas de las características metabólicas en sujetos obesos (Ballabriga, y Carrascosa, 2001).

c) Teoría Genética: desde el punto de vista filogenético se plantea que el aumento de la masa cerebral que a diferencia del ser humano de los primates superiores, se realizó a expensas en un menor tamaño del intestino, por lo que los individuos nómadas y cazadores cuyo consumo energético era irregular e inconstante y con mucha frecuencia menor al ideal, tenían una mayor expectativa para sobrevivir; sobre todo si eran capaces de ingerir una cantidad muy alta de calorías en un solo periodo alimentario, y de acumular energía de reserva de manera independiente o combinada; además podían modificar su metabolismo para gastar una menor cantidad de energía por ejemplo, de la mujeres durante la gestación, o en ambos sexos por la realización de ejercicio. Al asegurar durante periodos de ayuno prolongados un aporte constante de nutrimento a los tejidos periféricos y al cerebro, se permita a corto y mediano plazo la supervivencia del individuo, y a largo plazo se garantizaba que mediante un proceso de maduración rápido asociado a una capacidad temprana de reproducción, se perpetuara la especie (Bouchard y Perause, 1993).

Al este respecto, Calzada León, Ruíz y Altamirano (1999) plantean que un porcentaje alto de la población proviene de ancestros que de manera obligatoria modificaron sus características metabólicas como parte de un proceso de selección natural que permitió sobrevivir y evolucionar a sujetos “ahorradores de energía” o portadores de un fenotipo “frugal” (permite acumular grasa fácil y rápidamente), el cual asegura el balance entre la cantidad y calidad de la ingestión y demandas térmicas y energéticas de un medio ambiente hostil.

Es así como el desarrollo y rápido avance de la tecnología, han cambiado a un ritmo acelerado el medio ambiente, tanto que parecen haber superado a la capacidad del genoma humano, por lo que los individuos que ahora viven en un medio social, cultural y geográfico menos demandante para la realización de actividades físicas, son capaces de mantener un balance

energéticos positivo pero frecuentemente mayor del necesario; esto facilita una acumulación excesiva de energía dentro del tejido adiposo y condiciona la obesidad. Así mismo la predisposición genética para desarrollar obesidad, se debe al menos en parte a la incapacidad para readaptarse a un medio ambiente “más amable” en el aspecto energético, manteniendo un fenotipo frugal que resulta inadecuado o innecesario en las actuales condiciones de vida (Calzada León et al. 1999).

d) Teoría Endócrina: como parte de esta teoría se describen señales hormonales procedentes del tejido adiposo, de los sistemas nervioso simpático y parasimpático, gastrointestinal y hormonal, integradas a nivel hipotalámico, que desempeñan un papel clave en la regulación del peso corporal y permiten mantenerlo dentro de los límites adecuados para la estatura, impidiendo tanto el sobrepeso como la pérdida ponderal ante situaciones agudas de desequilibrio en el aporte de energía, ya sean como consecuencia de ingestión incrementada o insuficiente. Es decir, el organismo posee sus propios mecanismos de defensa para mantener el peso dentro de los límites adecuados, acoplando la energía ingerida con el gasto energético. Sin embargo, desequilibrios crónicos en el aporte energético o disfunciones en los mecanismos reguladores facilitan el desarrollo de la obesidad o caquexia respectivamente (Harris, 1990).

e) Otros factores: además de los factores antes descritos existen algunas condiciones del ser humano que pueden favorecer o desencadenar el tejido adiposo, como son (Carrillo, Barnany y Foz, 2000):

- Embarazo: durante la gestación se producen una serie de cambios hormonales y psíquicos que en ocasiones se acompañan de un aumento en la ingesta. El resultado final puede ser un excesivo aumento de peso, con un cambio en los hábitos alimentarios. Durante el embarazo las necesidades energéticas aumentan entre 250 y 300 Kcal/día.

- Lactancia: con la llegada de un hijo suele aumentar el estado de ansiedad de la madre que la lleva a ingerir alimentos en grandes cantidades, dando como resultado un aumento progresivo del peso, añadiendo a esto el reposo después del parto. Durante la lactancia las necesidades aumentan aproximadamente en 500Kcal.
- Abandono del tabaquismo: al dejar de fumar puede producirse un aumento de peso que puede oscilar entre tres y diez kilogramos. El tabaco, en concreto la nicotina, tiene poder anorexígeno (disminuye la sensación de hambre) y estimula la secreción de adrenalina. Estos dos mecanismos ayudan a regular el peso, a través de una reducción de la ingesta. Al dejar de fumar, además se produce un estado de ansiedad, causado por la privación de la nicotina y por el cambio de hábito, que muchas personas intentan aliviar comiendo demás, sobre todo alimentos ricos en hidratos de carbono.
- Después de una intervención quirúrgica: en líneas gerenciales, después de una intervención quirúrgica se produce una etapa de reposo y esto, unido al aumento de glucocorticoides, puede dar como resultado en algunos pacientes un aumento de peso.

Como anteriormente se menciona la obesidad tiene una etiología multifactorial. En este sentido no debe ser considerada únicamente como un problema producido entre un desequilibrio entre las necesidades energéticas y la alimentación, sino como un desequilibrio nutricional que coexiste con otras problemáticas; por lo que a continuación se profundizará en el abordaje de los factores de tipo psicológico y social, que se consideran básicos para el entendimiento de la problemática.

Enfoque psicológico

Desde la perspectiva psicológica, teorías como el psicoanálisis, la sistémica, la teoría del aprendizaje, así como desde la perspectiva de la psicopatología han descrito algunos planteamientos respecto al individuo con obesidad, de manera general a continuación se describen los principales planteamientos.

a) Teoría psicoanalítica: según esta teoría, la psicogénesis de la obesidad considera que en ella son determinantes las influencias y perturbaciones durante el desarrollo. Diversos teóricos de este enfoque señalan que la dependencia oral del obeso se intensifica e impide el desarrollo adecuado de los aspectos activos de la etapa sádico-anal, y consecuentemente del desarrollo del instrumento esencial del sadismo, y del sistema muscular; esta falta de avance hace que las tendencias agresivas regresen e intensifiquen la estructura oral porque no encuentran un mecanismo más evolucionado para su desarrollo (Alperovich, 1988).

En este mismo orden de ideas, Bruch (1972) aborda la dificultad que tienen las personas obesas para identificar sus propias sensaciones, ya que no distinguen hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que viven cotidianamente. Como consecuencia comen como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, se repite constantemente como una especie de trauma específico temprano: haber sido alimentados cuándo manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de la situación que los conflictuaba. Este modo particular de respuesta puede situarse en la incapacidad materna para responder empática y diferencialmente a los requerimientos biológicos, afectivos y más tarde sociales del niño. Si las necesidades e impulsos del niño, en un principio poco diferenciados o han sido confirmados o reforzados, o lo han sido de un modo contradictorio e impreciso, aquel se sentirá perplejo cuando trate de distinguir entre las perturbaciones de su campo biológico y las experiencias afectivas e interpersonales.

b) Teoría constructivista: este enfoque plantea que la obesidad está asociada con una organización de significado personal al parecer prevalente en los Trastornos de la conducta alimentaria de carácter psicógeno, cuyo origen puede encontrarse en la ambigüedad de las relaciones vinculares tempranas que se estabilizan solo estableciendo una relación “sobreinvolucrada” y diferenciada con una figura de referencia absoluta; esto genera un significado personal alrededor de un sentido indefinido de ineffectividad personal (Zagmutt y Ferrer Farsi, 2003).

c) Teoría del aprendizaje: las formulaciones basadas en la teoría del aprendizaje, señalan que la obesidad es consecuencia de asociaciones establecidas en el curso de desarrollo con base en los principios del refuerzo. De esta forma, la alteración del peso representa un síntoma derivado de condicionamientos previos, tanto positivos como negativos, adaptativos y desadaptativos. Existe cierta dificultad para discriminar adecuadamente claves externas e internas, lo que llevaría a que el comportamiento alimentario sea controlado por una configuración de estímulos cognitivos y afectivos que se caracterizan por ser inespecíficos o inapropiados (Sanfuentes, Lagarribal, Jara, Lolas y Liberman, 1998).

d) Enfoque sistémico y familia: debido a que se propone que la obesidad no es resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática. La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal manera que la conducta de ellos depende del efecto de interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre si formando un todo. Entonces, la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Minuchin, Rossman y Backer, 1978).

2.3 Obesidad e Ingesta Alimentaria

A partir de la multifactorialidad que origina la obesidad, se plantea la necesidad de abordarla psicológicamente con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en la mantención de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera) (Sandoval Trombert, 2007).

Desde esta perspectiva se menciona que las perturbaciones emocionales en ocasiones precipitan la sobrealimentación, trayendo como consecuencia la obesidad; así mismo a nivel psicológico se presentan una serie de consecuencias que pueden seguir influenciando para desarrollar la enfermedad aún más (Ancona Meza, Atitlán Gil, Islas Granillo y Zamarripa Calderón, 2010).

Por su parte, López Alvarenga y Vázquez Velásquez (2001) clasificaron en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional:

- La actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración;
- el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira;
- la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Los trastornos a nivel de la percepción interoceptiva- contenido-se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos), fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones endosomáticas o psicobiológicas, como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominancia de un modo de funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas (Silvestri y Staville, 2005).

Al respecto Mahoney (1985) indica que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de la ingestión de alimentos. Desde esta perspectiva, la

obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social.

Por su parte, Del Castillo Arreola et al. (2010) señalan que se ha detectado que las personas obesas se enfrentan con una serie de dificultades en el reconocimiento, clasificación y descripción de sus emociones, generando de esta manera un círculo vicioso, ya que se le atribuye a la comida un efecto sedante.

Como se mencionó antes, los factores psicológicos son determinantes en el desarrollo de la obesidad; sin embargo la obesidad es el resultado de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, ambientales etc. (Del Castillo Arreola et al., 2010).

2.4 Repercusiones orgánicas de la obesidad en la Salud

La obesidad constituye un serio problema de salud pública, que provoca graves daños al organismo, con una disminución de la esperanza y de la calidad de vida (Miguel Soca y Niño Peña, 2009).

Al respecto, Quirantes Moreno, López Ramírez, Hernández Meléndez y Pérez Sánchez (2009) señalan que los estilos de vida no saludables que son modificables por la conducta como el sedentarismo y los malos hábitos nutricionales, contribuyen a la aparición de sobrepeso corporal y obesidad, que constituye un factor de riesgo para el inicio de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer.

Por su parte Miguel Soca y Niño Peña, (2009) señalan que las principales complicaciones médicas de la obesidad son: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa. Otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa, además de que las personas con obesidad tienen un mayor riesgo quirúrgico.

Es así como la obesidad en la población adulta, se asocia a un aumento de los índices de mortalidad y constituye un importante factor de riesgo de hipertensión, diabetes, dislipidemias, cardiopatía coronaria, apnea del sueño y otras enfermedades crónicas como reflujo gastroesofágico, esteatohepatitis no alcohólica, algunos tipos de cáncer, enfermedades osteoarticulares, alteraciones psicológicas, infertilidad y complicaciones ginecoobstétricas (Albala et al., 2009).

Cuando la obesidad está relacionada a anomalías metabólicas, se presentan problemas asociados a la resistencia a la insulina, niveles anormales de glucosa, alta concentración de triglicéridos, baja o alta densidad de lipoproteínas, colesterol elevado, hipertensión, artritis, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y arteroesclerosis. En los niños, la obesidad está altamente relacionada a padecer diversos padecimientos tales como diabetes tipo 2, presión alta, colesterol y problemas en el sueño (Miguel-Soca y Niño-Peña, 2009).

Como se ha mencionado, la obesidad es un potente factor para desencadenar e incrementar las consecuencias en las enfermedades del sistema circulatorio, es decir, ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. Otra causa frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro (Salvador Serrano, 2010).

Por un lado, la obesidad está asociada a enfermedades tales como la diabetes tipo 2 y la hipertensión que afectan directamente la sexualidad humana, y por el otro, la obesidad está relacionada a factores psicológicos y sociales tales como una autoestima más baja y una menor interacción social que las personas con peso normal (García Meraz, Guzmán Saldaña y Martínez Martínez, 2010).

Según la OMS (2015) un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción.

- Diabetes.
- Trastornos del Aparato Locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante).
- Enfermedades Cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción.
- Algunos tipos de cáncer (del endometrio, de mama y de colon).

Comó ya se mencionó, la obesidad trae consigo consecuencias a nivel orgánico sin embargo se resalta que la obesidad también genera consecuencias de tipo psicosocial a continuación se abordan algunas de las principales problemáticas que viven las personas con obesidad, tales como, problemas emocionales y conductuales, problemáticas con la imagen corporal, discriminación y carencia de habilidades sociales, entre otras.

2.5 Repercusiones psicosociales de la Obesidad

- a) Problemas emociónales y conductuales: En las evaluaciones psicológicas que valoran ansiedad y emocionalidad, se reportan puntajes más altos en los individuos obesos (niños, adolescentes y adultos) que en la gente con peso normal, también muestran niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad. Otros estudios han detectado que las personas obesas se enfrentan con una serie de dificultades en el reconocimiento, clasificación y descripción de sus emociones. Derivado de lo anterior, Goldberg (2002; citado en Alvarado Sánchez, González Ramírez y Guzmán Benavides, 2005), menciona que una de las principales secuelas que la obesidad genera es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla.
- b) Imagen corporal: Este aspecto, está íntimamente ligado a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad (Quiles, 2002; citado en

Silvestri y Staville, 2005); es así, como estas tres esferas están íntimamente relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos con obesidad. Es por ello que este factor se ha estudiado por su relevancia con la obesidad, ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos. Zukelfeld (2005) identifica a la imagen corporal como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo que se realiza a través de tres tipos de registros: a) de la forma o figura, clásicamente conocido como esquema corporal, que hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto al aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos; b) del contenido, corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, kinestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades, como son el registro de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, etc.), del significado, que se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares intersubjetivas y sociales. Ahora bien, otro concepto relacionado con la imagen corporal es el de insatisfacción corporal que corresponde a la evaluación negativa que hace una persona de su cuerpo. Hill (2007). Específicamente al respecto de los individuos obesos se ha encontrado que muchos de ellos visualizan su cuerpo como grotesco y horrendo, de ahí que sientan desprecio por él, y eso es más común cuando la obesidad se manifiesta desde la infancia (Aguilera Sosa, 2011). Se tienen datos que señalan que la obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que entre las amas de casa, ya que éstas primeras se preocupan más por su imagen, tienen menos hijos y a edades más tardías, son más activas, cuidan su atractivo físico, y regularmente construyen un sentido a su vida fuera del hogar. A su vez, suelen pertenecer a una clase social más alta.

Entre las amas de casa, hay más obesidad en las clases bajas que entre las altas. Debido a que en las clases altas, se imponen los valores estéticos de delgadez, la mujer no asume totalmente un rol materno desexualizado, al contar con un servicio doméstico para la casa y los hijos (Bustamante, Williams y Vega, 2006). El cambio en la relación de porcentaje de la obesidad entre hombre y mujer en las dos últimas décadas atribuye al mayor peso de los valores de delgadez en las mujeres (que son el grupo en donde más se manifiestan los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia). Con respecto al registro de la forma, según Silvestri y Staville (2005) las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.

- c) Discriminación: la persona con obesidad sufre constantemente la humillación y la discriminación de una sociedad que no está adaptada para ellos, que les teme y los rechaza. Se conceptualiza a la persona con obesidad como carente de voluntad y compromiso; habiendo empleadores que toman estos y otros argumentos para rechazarlos, creen que se trata de una enfermedad que condiciona el desempeño de las tareas laborales. Así también la persona con obesidad se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o concurrir a ciertos lugares públicos. De manera general se refleja una realidad producto de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias, actitudes y sus estilos de vida consecuentes en pro del culto a la delgadez (Rubio, 2007).

- d) Carencia de Habilidades sociales: Las personas con obesidad, se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de algunas habilidades sociales como son: asertividad, problemas para descifrar

algunos mensajes no verbales, dificultades para expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social. Todo ello se refleja en las altas tasas de soledad que exhiben las personas con obesidad. Rubio (2007) señala que las personas que tienen problemas relacionados con la alimentación viven problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de asertividad, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social. A este respecto, dado que las personas con obesidad no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, por lo que se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión (Silvestri y Staville, 2005).

2.6 Características psicológicas asociadas con la Obesidad

Solow (2001; citado en Maysonet Guzmán y Toro Alfonso (2007) afirma que las personas que sufren de obesidad utilizan la comida, para “anestesiarse” el yo interno por medio de la ingesta descontrolada de alimentos, así la ingesta de alimentos se convierte en una estrategia inadecuada para el manejo de afectos, que en muchas ocasiones provocan angustia y ansiedad.

El acto físico de comer es visto como un modo de llenar el vacío que sobrecoge a estas personas. De esta manera el cuerpo que se siente vacío se llena entonces de comida, así el refuerzo del cuerpo lleno instaura la dinámica de que el vacío y la ausencia de afectos se substituyen con atracones (Solow, 2001; citado en Maysonet Guzmán y Toro Alfonso, 2007).

De esta manera es como las perturbaciones emocionales en ocasiones precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad (Pérez González y Saucedo Molina, 2010).

Es así como el componente psicológico tiene importante incidencia entre los factores que generan obesidad, ya que se ha observado que en individuos con obesidad se presentan componentes psicológicos como son la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Sin embargo, no se ha atribuido a la obesidad ninguna personalidad o trastorno psiquiátrico específico (Kaufman Horwitz et al., 2008).

De esta manera es como tanto en los individuos con obesidad como en las personas sin obesidad, que el alimento adquiere una dimensión que va más allá de la meramente nutritiva, que llega a menguar ciertas situaciones de tensión emocional. Se postula, entonces, que la relación de los diferentes tipos de personalidad con la presencia o ausencia de obesidad está en función de la respuesta a los estímulos del medio ambiente relacionados con la comida (aspecto, forma, color, olor de los alimentos, ambiente social, hora del día, etcétera) y se dice que los obesos tienen una mayor capacidad de respuesta a tales estímulos (Ambrosi Eliana, 2009).

De esta manera Silvestri y Staville (2005) señalan que la obesidad puede presentarse: como consecuencia de una grave pérdida como podría ser por fallecimiento de una persona importante. En estos casos para soportar mejor la pérdida, es frecuente que la persona reproduzca actitudes, costumbres y formas de estar y ser típicas de la persona ausente. Esto confiere la sensación de cercanía y presencia. La necesidad de cercanía a esta persona es muy superior a su deseo de adelgazar, o a la presión desde la medicina para mejorar su salud.

Sin embargo factores relativos a la comunicación, demostración de afectos, interés, cuidados y la cercanía interpersonal que se desarrolla en la familia también son indicadores importantes que pueden desencadenar la necesidad de ingesta, ya que el niño o adolescente opta por comer para hacer más soportable su relativa ausencia y así amortiguar la rabia de que no brinde todo lo necesario a nivel afectivo (Silvestri y Staville, 2005).

Figuroa (1997; citado en Ambrosi Eliana, 2009) hace mención de que existen situaciones psicológicas que podrían ser desencadenantes de obesidad y

que esta enfermedad generalmente hace su aparición coincidiendo con alguna época de crisis de la persona, que tienen que ver con situaciones vividas intensamente en cuanto a lo emocional.

De esta manera Ambrosi Eliana (2009) menciona que una persona que sufre ciertos cambios y se encuentra biológicamente predispuesta a padecer sobrepeso u obesidad, va a hacer que estos cambios actúen como disparadores a partir de los cuales la enfermedad probablemente se manifieste. Estos cambios son situaciones denominadas “crisis”. Estas crisis se pueden dividir en:

- Crisis Vitales: nacimiento, infancia, pubertad, adolescencia, menopausia, etc.
- Crisis Accidentales: nacimiento de hermanos, casamientos, intervenciones quirúrgicas, separaciones, etc.

Otro factor por mencionar indica que las personas que sufren malos tratos, psíquicos o físicos, tenderán a desarrollar actos compulsivos en su alimentación ya que necesitan sentirse más cerca del agresor, ser más como él o ella, más de su grupo, para obtener así cierta sensación de seguridad e identidad (Silvestri y Staville, 2005).

Según Lowen (1967) parte de la relación interpersonal es la comida que en etapas tempranas del desarrollo infantil se identifica con el amor, mientras que el no comer o hambre es una expresión de insatisfacción, asociado con emociones negativas; es así como comer en exceso, sirve para reducir el sentimiento de frustración, la expresión de enojo y canalizar la culpa. Comer como acto compulsivo es literalmente eliminar o destruir, la comida, que es símbolo de la madre. La furia reprimida contra la madre encuentra en esta actividad un canal de salida inconsciente, sin embargo, al mismo tiempo se incorpora a la madre dentro de la persona, con lo cual se alivia temporalmente el sentimiento de frustración que inconscientemente se asocia con ella. Por último, la culpa se transfiere, se pasa de la hostilidad reprimida al acto de comer más, maniobra que disfraza los verdaderos sentimientos y vuelve más aceptable a la culpa.

La frustración que subyace al comer compulsivamente se origina en la negativa de satisfacer las exigencias de gratificación del niño. El enojo por ser incapaz de obtener la satisfacción. La mezcla de deseo y enojo hacia el objeto de amor produce un sentimiento de culpa tan intolerable que se le debe proyectar sobre otros o bien se lo desplaza a la comida. Una vez producido el desplazamiento, el individuo queda atrapado en un círculo vicioso. Su culpa aumenta en él la frustración y la furia, lo cual lo lleva a comer compulsivamente, y por ende, a sentir más culpa. Si no se resuelve esa culpa, a menudo el problema de comer de más resulta insuperable (Lowen, 1987).

El comer en exceso es una manera habitual de externar la frustración que produce en la persona al no poder encontrar una satisfacción significativa de una manera adulta. Existen otras maneras de externar las propias frustraciones: la rebelión, el prejuicio o el beber en exceso. La persona que come compulsivamente no puede decirle no a la comida, la cual vive dentro de su mente y cuya principal relación con el propio cuerpo se da a través del aparato digestivo.

Kaplan y Kaplan (1957) refiere que es difícil describir todos los factores psicológicos específicos que se han propuesto como asociados con la obesidad. El único factor psicopatológico es el psicosocial donde se encuentran personas con estilos de vida conflictivos y las personas que presentan ansiedad, tienen obesidad, algún trastorno de la personalidad y un conflicto emocional como inadecuación y vergüenza. Wadden y Stunkard en 1993, señalan que la psicopatología observada en las personas obesas es más bien consecuencia y no causa de la obesidad como consecuencia del prejuicio y la discriminación a la cual han sido sometidos.

En general, la psicopatología que acompaña a la obesidad no es considerada como la causa primaria de la misma, aunque sí es de gran importancia detectarla para poder dar una correcta orientación que apoye al plan de alimentación (Kaufer-Horwitz et al., 2008).

2.7 Trastornos de la conducta alimentaria y conductas alimentarias de riesgo

La conducta alimentaria es un fenómeno complejo en el que se amalgaman factores de naturaleza muy diversa: biológicos (hambre-saciedad, sed, estados fisiológicos como embarazo, lactancia, pubertad, vejez); geográficos (clima, localización geográfica, disponibilidad de alimentos); psicológicos (preferencias, gustos, actitudes y creencias) y socioculturales (tradiciones, costumbres, y ritos) (Rodríguez Oreggia, 2005).

Por ello, la conducta alimentaria se entiende como el conjunto de acciones que lleva a cabo un individuo en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural (Pérez González y Saucedo Molina, 2010). En respuesta a los hábitos de alimentación, la selección de alimentos, las preparaciones culinarias y las cantidades que se ingieren de ellos (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Es una conducta psicosocial resultado de la influencia de la sociedad, que puede llegar a transformarse en una conducta no saludable (Lora, 2003).

Ahora bien, las conductas alimentarias de riesgo (CAR) son alteraciones de la conducta relacionadas con la alimentación, suelen presentarse como síntomas parciales que pueden convertirse en casos de Trastornos de la Conducta alimentaria (TCA), en dónde las personas experimentan manifestaciones conductuales y cognoscitivas que le impiden un funcionamiento adecuado. Las CAR no son indicadores patológicos, sino gradientes de la conducta alimentaria de un individuo que se presenta como un continuo, entre una alimentación ordinal y la presentación de un TCA (Shisslak, Crago y Estes, 1995).

Entre los principales CAR, se encuentran: eliminar tiempos de comida, practicar dietas restringidas y ayunos, el uso de diuréticos y laxantes, vómito autoprovocado, que realizan las personas como prácticas erróneas para controlar el peso corporal (Unikel Santocini, Bojorquez Chapela, Villatoro Velásquez, Fleiz Bautista y Medina Mora, 2006). La percepción de la imagen corporal, que puede ir desde una satisfacción hasta una alteración de la imagen corporal que conlleva regularmente una forma de manifestación a través de las CAR (Gómez Peresmitre, Saucedo Molina y Unikel, 2001).

Neumark Staizner, Butler y Paltl (1995) señalan que las principales CAR puede describirse de acuerdo a tres grandes grupos: a) Alteraciones relacionadas con la alimentación, b) Prácticas erróneas de control de peso y Alteraciones de la percepción de la imagen corporal.

A continuación se describe algunas de las CAR:

1) La dieta crónica es la tendencia repetitiva a la autoprivación de alimentos considerados por el individuo como engordadores, así como la eliminación de tiempos de comida (desayuno, comida o cena) a lo largo del día con la finalidad de tener u control en el peso y mejorar la figura corporal (Cruz, Ávila, De la Cruz, Vázquez y Mancilla, 2008).

2) Los atracones, están caracterizados por episodios de alimentación compulsiva, pero sin el uso de conductas compensatorias como puede ser purgarse. Se definen por dos patrones comunes que son el ir picando entre comidas de manera compulsiva durante intervalos muy largos, y/o un consumo de grandes cantidades de una sola vez, este es significativamente mayor que lo requerido para satisfacer el hambre normal (Sarason y Sarason, 2006). Los episodios de ingestión voraz se asocian con: a) comer más rápido de lo normal, b) comer hasta sentirse incómodamente lleno, c) comer grandes cantidades de comida cuando no se siente hambre físicamente lleno, d) comer sin compañía debido a que siente vergüenza por la cantidad de comida que se ingiere, e) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer (APA, 2015).

3) Comer por compensación psicológica, conducta alimentaria inapropiada, relacionada con la ingestión o controlada de alimentos provocada por estados de ánimo desagradables como tristeza o depresión, cuyo propósito es atenuar las sensaciones displacenteras (Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998).

Por otra parte, se considera complementario definir los TCA, ya que la cronicidad del seguimiento de CAR, puede llevar al individuo a padecer TCA; estos son procesos psicopatológicos caracterizados por alteraciones específicas y severas en el comportamiento de la ingesta de alimentos, que se pueden observar

en personas que representan patrones distorsionados en la forma de comer, diferenciados por el exceso o por no hacerlo; esto en respuesta a un impulso psíquico y no a una necesidad metabólica o biológica (Méndez, Vázquez Velázquez y García García, 2008).

Es decir, se le denomina así a conductas derivadas del miedo-pánico de estar “gordo” y a la necesidad de buscar la delgadez o pérdida de peso a través de la selección, manipulación y restricción alimentarias, vómitos hiperactividad desgaste físico, uso-abuso de laxantes o diuréticos, tirar o evitar las comidas y hacer ayunos; estas conductas se llevan a cabo al inicio con la finalidad de controlar el peso y posteriormente se vuelven obsesivas (Chávez Amavizca, 2013).

Para que exista un TCA se genera una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales (Marín, 2002). En lo biológico se ha encontrado que ciertas sustancias químicas del cerebro, llamadas neurotransmisores que controlan el hambre, el apetito y la digestión pueden estar desbalanceadas, además de que la genética puede tener contribuciones significativas. Lo psicológico refiere a la baja autoestima, distorsión de la imagen corporal generada cuando la preocupación por el cuerpo y la insatisfacción con intensidad y frecuencia, generando malestar e interfiriendo negativamente en la vida cotidiana de las personas (Rivarola, 2003), además sentimientos de insuficiencia o falta de control en la vida, depresión, ansiedad, enojo y soledad, además de ciertos factores interpersonales como relaciones personales y familias problemáticas, dificultad para expresar sentimientos y emociones, historia de haber sido ridiculizado por el peso o talla y abuso físico o sexual (Trujillo, 2006).

En cuanto a la etiología de los TCA Garner (1993) señala que es multifactorial e incluye la combinación de diversos factores que difieren en especificidad y naturaleza. Algunos son generales (se encuentran presentes en otros trastornos mentales), tales como el abuso sexual infantil y/o tener padres con algún trastorno mental, el ser mujer, la adolescencia, entre otros.

Striegel More y Steiner Adair (2000) identifican a un efecto acumulado de diversos factores de riesgo que incluyen factores genéticos (vulnerabilidad genética, psicológicos (imagen corporal, familiares (comentarios negativos sobre el peso y la figura) y socioculturales (idealización de la delgadez).

Álvarez (2006) señala que como factor de riesgo, la influencia de la publicidad conduce a la insatisfacción corporal, la cual es a la vez un factor de riesgo motivación para adelgazar que puede conducir a la restricción en la alimentación o a sentimientos negativos posteriores al atracón; así mismo la restricción alimentaria conduce a la preocupación por la comida y al atracón. Unikel, Aguilar y Gómez (2005) señalan que la insatisfacción corporal es el factor más estrechamente relacionado con la patología alimentaria.

Los TCA, de acuerdo con el DSM-V de la APA (2013) se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y se dividen en trastornos del comportamiento alimentario específicos y trastornos del comportamiento alimentario no específicos (TANEs). Los específicos comprenden a Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, pica, trastorno de rumiación trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y trastorno de atracones, mientras que los TANEs incluyen a los trastornos que no cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de un TCA específico, por lo que pueden ser considerados como síndromes parciales. A continuación se define cada uno de los trastornos de acuerdo al DSM-V de la APA (2013),

- 1) Anorexia Nerviosa (AN): se identifica por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores normales mínimos, en un miedo intenso a engordar y en alteración de la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación y negando los peligros que provoca la disminución de peso, se presenta una pérdida de por lo menos 25% del peso original. Se especifican dos tipos de anorexia: a) Tipo restrictivo: la pérdida de peso se obtiene haciendo dietas, ayunos o ejercicio excesivo. No se recurre a atracones ni a purgas; b) Tipo compulsivo-purgativo: se recurre

regularmente a medidas purgatorias como inducción al vómito, uso de laxantes, diuréticos y enemas.

Dependiendo del estado de salud inicial del individuo, llega un momento en el que la reducción excesiva de peso inhibe el funcionamiento de las glándulas, alterando la producción y actividad de las hormonas del crecimiento y de las hormonas sexuales. Por ello, es común que las chicas con anorexia pierdan su menstruación.

Pero el proceso no se detiene allí y sin un tratamiento adecuado, comienzan a manifestarse otros síntomas de desequilibrio en el organismo como desmayos, deshidratación, e incluso osteoporosis, alteraciones cardíacas e insuficiencia hepática o renal.

- 2) Bulimia, se caracteriza por Episodios recurrentes de atracón, seguidos por conductas compensatorias inapropiadas. Una característica esencial de ambos trastornos es la motivación para adelgazar y el temor mórbido a engordar; existen dos subtipos: a) Purgativa: vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos; b) No purgativa: ayuno, ejercicios físicos extenuantes

La frecuencia de síntomas depresivos en personas con bulimia nerviosa (BN) es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo. En muchas personas la alteración del estado de ánimo se inicia al mismo tiempo que la BN o durante su curso y los sujetos manifiestan a menudo que el trastorno del estado de ánimo es debido a la BN. Así mismo, hay una incidencia elevada de trastornos de ansiedad y el consumo y abuso de ciertas sustancias. Las personas con BN por los vómitos recurrentes que presentan, muestran una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, sus dientes pueden resquebrarse y parecer rotos o carcomidos, las glándulas salivales aumentan de tamaño, pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano; miopías esqueléticas y cardíacas (Marín, 2002).

La AN y BN en cuanto a la sintomatología que puede manifestar, muestran que son síntomas diagnósticos concretos: sin embargo no necesariamente implican una patogénesis simple. Una de las formas para poder comprender la

complejidad de los TCA es adaptando un análisis multidimensional de los trastornos, puesto que estos son considerados como el producto final de la combinación de un conjunto de fuerzas que interactúan como factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes. El interés de este enfoque es que no es válido hablar de la causa, si no que se deben analizar las distintas dimensiones que se combinan para que un TCA se desarrolle (Marco, 2004).

Por otra parte, respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria no especificados, el DSM-V de la APA (2013) señala que en este apartado se incluyen aquellos TCA que no cumplen con los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, éstos son:

- En Mujeres que cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero con menstruaciones regulares.

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos de la anorexia, pero el peso de la persona se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

- Se cumplen los criterios diagnósticos de la bulimia, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

- Empleo irregular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, inducción del vómito después de ingerir dos galletas).

- Masticar y expulsar, sin tragar, cantidades importantes de comida.

Por otro lado, la multicausalidad de los TCA, en la que los factores de riesgo están en constante interacción, ha llevado a diferentes investigadores a que los dividan de acuerdo a supuestos funcionales procesales, en factores: predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garner y Garfikel, 1981; Polivy y Hernab, 1993; Toro y Vilardell, 1987). A continuación se describen éstos:

Factores predisponentes: estos factores son los antecedentes del comportamiento por cambiar y el sustento de su lógica o motivación. Incluye las actitudes, creencias, valores, habilidades y necesidades sentidas que motivan las

acciones del individuo o grupo. En los TCA se consideran como predisponentes a las características de la personalidad, familiares y socioculturales, así como a la predisposición genética (Vargas y Casillas, 1993).

Factores precipitantes: algunos autores señalan como facilitantes, y corresponden a los antecedentes para motivar la realización del comportamiento buscado. Habitualmente son condiciones concretas del ambiente y facilitan su adopción. Están asociados con la facilidad de acceso y la relación costo-beneficio de algo así, como son las condiciones de vida que son afectadas, e incluyen la adopción de nuevos hábitos que serán adquiridos. Toro y Vilardell (1987) señalan que en estos factores se encierra el hecho de que una enfermedad determinada sea esa y no otra. Se incluyen factores relacionados con estrés, modificaciones biológicas y corporales propias de la pubertad, contactos sexuales, pérdidas y separaciones, enfermedades somáticas, incremento de la actividad física, acontecimientos vitales, entre otros.

Factores mantenedores: estos factores también son señalados como perpetuantes (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998), o de refuerzo, y se refieren a acciones que siguen al comportamiento y previene estímulos o incentivos para que persista o se repita: se considera a la influencia social de personas semejantes o pares, sus consecuencias para la vida social: autoestima, recompensas o castigos tangibles (ingresos económicos, premios, castigos), pérdida de peso corporal, entre otros (Vargas y Casillas, 1993).

Entre los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes para la AN, Ortiz (2007), destaca:

- Factores individuales, relacionados con lo genéticos en donde se encuentran la presencia de hermanos enfermos y madres con sobrepeso y en lo biológico la pubertad, un IMC alto o bajo. Los factores psicológicos relacionados con algunos traumas, baja autoestima, perfeccionismo, trastornos afectivos y bajo rendimiento escolar, incluyen también conductas alimentarias de riesgo e satisfacción con la imagen corporal.

- Factores familiares que muestran la historia de TCA e los familiares de primer orden de sexo femenino, trastornos afectivos, abuso de alcohol y otras drogas.

- Factores socioculturales: el papel de estos factores de riesgo se deriva de algunos estudios que han señalado que la exposición a los medios de comunicación que idealizan la delgadez contribuye a que las mujeres principalmente puedan desarrollar una preocupación excesiva por la apariencia física, insatisfacción corporal y restricción en la dieta.

Ahora bien los factores precipitantes son aquéllos que dan origen a los trastornos y tienen que ver con los fracasos que pueden tener al individuo ante las exigencias que se le presenta, situaciones estresantes y aquéllas que pueden provocar restricción dietética.

Los factores perpetuantes o de mantenimiento, como la realización de dietas, conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal negativa.

Como se observa, en la presencia de CAR, la utilización de métodos erróneos de control de peso y alteración de la percepción de la imagen corporal, tienen una serie de consecuencias a mediano y largo plazo y se pueden asociar con el desarrollo de TCA.

En lo referente a la obesidad como factor de riesgo de los TCA, según la teoría del origen multifactorial aceptada en la actualidad, son varios los factores implicados en su etiopatogenia; la obesidad desempeña un importante papel, no solo la del paciente, sino también la de sus familiares cercanos. Así para Garner (1993) el patrón sintomatológico de los TCA representa un criterio de valoración común resultante de la interacción de tres tipos de factores: predisponentes, precipitantes y perpetuadores. El exceso de peso es uno de los factores predisponentes, tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa.

Por otro lado la existencia de atracones en pacientes obesos fue identificada por primera vez por Stunkard (1959; citado en Rubio, 2007) como un patrón distintivo de esta población. Describió consumos episódicos de grandes

cantidades de comida seguidos de sentimientos de culpa, malestar e intentos para hacer dieta, todo ello sin conductas compensatorias (vómitos, laxantes, diuréticos, ejercicio físico).

Previamente, Mahoney (1985; citado en Ortiz, 2007), había descrito un tipo de hiperfagia en obesos caracterizada por un deseo compulsivo por la comida (caramelos helados y otros dulces) que eran con frecuencia incontrolables. En 1970, Kingdef y Manaster describieron el Stuffing Syndrome como una entidad en obesos caracterizado por tres síntomas: hiperfagia, malestar emocional y depresión (Hill, 2007).

El Trastorno por atracón o también llamado Binge Eating Disorder actualmente se considera una entidad autónoma cuyos criterios diagnósticos se especifican en el DSM-V de la APA (2013). De manera general el TA se caracteriza por: a) episodios recurrentes de atracones (ingesta en un corto periodo de tiempo, de una cantidad de comida superior a la que la mayoría de las personas consumen): además de la sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio): b) los episodios de atracón se asocian a tres o más de los siguientes síntomas: ingesta mucho más rápida de lo normal, comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingerir grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, comer a solas para esconder su voracidad, sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón; c) profundo malestar al recordar el atracón: d) los atracones tienen lugar al menos dos días a la semana durante seis meses: e) el atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (por ejemplo ayuno purgas, ejercicio excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una AN o BN. Cabe destacar que no toda ingesta excesiva de alimentos significa descontrol alimentario, ya que para la segunda entidad se necesita estar presentes los criterios antes descritos.

Ahora bien la obesidad y los TCA son dos afecciones que han sido investigadas desde hace varias décadas; sin embargo la investigación epidemiológica ha establecido nexos de unión entre ambas afecciones (Zukerfeld, 2007).

Por otra parte se ha demostrado que la obesidad es claramente un factor de riesgo para el desarrollo de los TCA, y que algunos de estos a su vez pueden favorecer el desarrollo y mantenimiento de la Obesidad (Rubio, 2007).

Stunkard, (1976), informó que hay más desordenes psicológicos en las personas obesas, como inmadurez, suspicacia y rigidez la experiencia demuestra que no existe relación directa entre obesidad y enfermedad mental. Lo que sí se puede afirmar, es que son muy frecuentes los trastornos emocionales, los cuales se intensifican a medida que la obesidad progresa. Se ha observado que la frecuencia de anomalías psíquicas es más elevada en sujetos que empezaron a engordar en la infancia en la adolescencia, que en aquéllos que iniciaron su obesidad en una edad ya adulta, en los adolescentes obesos (cuando la imagen corporal toma la forma definitiva del adulto) es habitual observar una serie de conflictos que con frecuencia los lleve a pobres relaciones interpersonales. Este retraimiento social aunado a un gran temor al rechazo, altera gravemente el desarrollo vital del individuo (Jáuregui, 2006; Lykouras, 2008).

Algunas personas cuya obesidad se inició en edad adulta, se agrupan en los llamados "comedores compulsivos" por los antecedentes de una necesidad imperiosa y compulsiva de comer, aunque reconocen que su actitud es irracional, son incapaces de evitarla, teniendo como consecuencias la emoción de culpa. Esta necesidad, de carácter compulsivo se ha interpretado como mecanismo de defensa contra la ansiedad o frustración particular, dando a la comida significados de calma y tranquilidad, fortaleciendo un círculo vicioso que invariablemente repercute sobre el estado emocional y la subjetividad del individuo (Pérez Carrillo, 1985).

Para Lowen (1967), la persona con obesidad como comedor compulsivo, percibe que se encuentra a merced de fuerzas que actúan sobre sí misma(o) y en contra de su voluntad. Se siente indefensa frente a su conducta alimentaria compulsiva, provocándole desesperación y sentimientos negativos. Al comenzar un régimen alimentario puede mejorar su estado de ánimo al tener el dominio de su conducta y de sí misma (o).

Lamentablemente en la mayoría de los casos el esfuerzo se derrumba luego de que se alcanzó la meta. Cuando se bajó de peso, la persona afloja su programa de austeridad y lentamente vuelve a caer en sus viejos hábitos de comida, lo cual a su vez la llevará a otro esfuerzo y a otra dieta (Jáuregui, 2006).

El comer compulsivo es síntoma de una desesperación interior que se produce cuando la persona no se acepta así misma. Al paso del tiempo, al llevar un patrón alimentario, y no obtener los cambios en su condición de peso esperados a los pocos días de haber comenzado, entra en la impaciencia y desesperación, que a su vez adquiere una nueva forma de relación con la comida: lleva a cabo el régimen compulsivamente y emocionalmente intranquila (Jáuregui, 2006).

El que come compulsivamente abriga la ilusión de que su próxima dieta será la definitiva, la que le permitirá recuperar –u obtener-, una silueta delgada, radiante y juvenil, que siempre habrá de conservar al paso de los años. Mientras que la persona está en contacto con su cuerpo percibe las verdaderas necesidades –hambre, sed, protección-, actúa de manera acorde para satisfacerlas. En oposición, la persona que considera que la comida es un agente sedante, que le apacigua su inquietud y ansiedad, consigue entrar en el círculo vicioso de búsqueda compulsiva (Jáuregui, 2006).

Por último, se puede señalar que no existe un factor psicológico primario en la génesis, sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, entre otros). Las investigaciones no revelan ningún estudio que identifique una personalidad del obeso. Existen obesos con o sin psicopatías, diferentes perfiles psicológicos, mayor frecuencia de algunas características psicológicas, pero no hay un trastorno propio de la persona con Obesidad

Factores sociales

Otros elementos sociales relacionados con los desencadenantes posibles de la obesidad, son un cúmulo de factores que dependen de la trayectoria seguida por cada persona. Ante ello factores propios de la sociedad actual como la familia,

amigos, las relaciones heterosexuales, la moda, la publicidad, la exigencia social profesional, hacen que estos elementos representen una importancia fundamental y de alguna manera influyan en la propia vida, es así como a continuación se hace referencia a los siguientes aspectos.

a) Familia: un polo dentro de los factores predisponentes es la familia y dentro de ella son destacables los rasgos familiares. A veces las familias con poca comunicación son causantes del desarrollo de un trastorno de la alimentación en uno de sus miembros (Guzmán y Lugli, 2009).

Por otra parte, los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan y apoyan la adquisición y mantenimientos de las conductas alimentarias y de ejercicio (Chávez Amavizca, 2013).

Desde el nacimiento, la familia es la encargada de la educación primaria, es la depositaria del afecto y del desarrollo tanto físico como psicológico de la persona, es la esponja de la que absorben los comportamientos, los modelos y patrones de conducta.

Es así como la concesión de una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso, el aspecto. Insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres, el ambiente competitivo y el deseo de agradar, contención de los sentimientos especialmente de los negativos, en las familias donde se desapruaba la transmisión espontánea de los sentimientos de angustia, enfado, cólera, relación excesivamente estrecha con los padres, que hace a las personas obesas muy dependientes de sus familiares directos, falta de reconocimiento de la persona como un individuo con derecho propio, alabable y juzgable por lo que es y no por sus actos. Otros problemas familiares, de tensión, disputas, divorcios, que originan familias desestructuradas y en general poco colaboradoras (Marmo, 2014).

Por último, de acuerdo con Flores Carrillo (1982), la familia es un organismo biopsicosocial, funcional y dinámico, que interactúa como unidad dialéctica o

sistema funciona. Cada uno de sus integrantes tiene forma y fondo de interacción con todos y con cada integrante. Con una forma peculiar de desarrollarse tiene lenguaje sintomatológico donde el comer compulsivamente tiene su órgano de expresión individual. Así, la obesidad es una amenaza al individuo y al grupo familiar para su equilibrio psicobiológico, que es la expresión de la capacidad que tiene la familia de alterar sus funciones como conjunto orgánico y psicosocial, en el que se cumplen necesariamente la integración y su desarrollo.

Del mismo modo, se señala que la dinámica familiar puede intervenir en el desarrollo de la obesidad y es la existencia de una relación afectiva familiar deficiente, que es compensada con la comida que según Ambrosi Eliana (2009) las relaciones que se presentan en la familia de un obeso están caracterizadas por una valoración del auto-sacrificio, donde quien consigue el poder es el que más se sacrifica por los demás; existe una predominancia de altas expectativas de rendimiento a nivel individual, de competencia social, intelectual, académico, etc. de modo que exigen mucho a sus hijos; en cuanto a su comunicación, no favorecen la expresión de las emociones, sobre todo las consideradas inadecuadas; existe una fuerte tendencia a evitar problemas y dificultades personales, ignorándolas cuando suceden y predomina la idea de la importancia a la unión, la lealtad, la cohesión y el sacrificio personal, mientras que las características opuestas, como separación, huida y traición están presentes de una forma sumergida, como algo temido y tentador a la vez.

Dichas relaciones pueden presentarse de la siguiente manera:

- Proximidad excesiva, inmiscuyéndose cada uno en los sentimientos y pensamientos de los demás, falta la privacidad y no se fomenta la autonomía o la autorrealización.
- Familias rígidas que tiene dificultades para aceptar los cambios.
- Sobreprotección: como los padres se preocupan tanto de la conductas de sus hijos, éstos se vuelven demasiado conscientes de sí mismos y de las expectativas de las demás personas (Ambrosi-Eliana, 2009).

b) Amigos y relaciones heterosexuales: En la sociedad existe una confusión grande entre el ideal de belleza masculino y el femenino. Las relaciones con el otro sexo unido al contexto de los amigos, es siempre muy influyente donde los jóvenes se sienten identificados en pandillas, en las cuales adquieren su lugar, la aceptación en la adolescencia de estos amigos supone un punto a favor de su equilibrio y correcto desarrollo psicofísico; de esta manera la desaprobación de sus semejantes, despierta en ocasiones complejos personales y físicos que en algunos caso pueden terminar en un TCA (Guzmán y Lugli, 2009).

Por otra parte, se señala que la obesidad tiende a dañar la autoestima de las personas, afectando así el modo de relacionarse con su entorno. (Ambrosi-Eliana, 2009).

c) Moda: otro aspecto a analizar como factor sociocultural implicado en la epidemiología de la obesidad. La moda generalmente entendida es la que marca la línea en todos los aspectos de la vida, es la que dicta donde hay que reunirse, que beber, como debe ser la estructura de nuestros domicilios, cuales son las zonas más frecuentadas, cómo vestir y qué comer. En este punto es donde la moda ataca directamente al físico y donde empieza a ser peligrosa; desde nuestro punto de vista, aunque para unos, algunas modas sean más peligrosas que las otras, todas las modas son peligrosas desde el momento que se vuelven extremas, como suele suceder actualmente con la demanda extrema de delgadez (Chávez Amavizca, 2013).

d) Exigencia social profesional: la realidad de la presión social, que se ejerce sobre el aspecto corporal a la hora de acceder al mundo laboral o profesional donde la presencia exterior aunque así se niegue es fundamental y también para escalar dentro de esta área. Es así como la obesidad vienen a representar un símbolo de dejadez de hastío y aburrimiento de poco interés luchador, y de despreocupación que sin querer es trasladada a su ámbito laboral, aunque la correlación no es real puesto que no están vinculados la eficiencia profesional y la gordura corporal (Guzmán y Lugli, 2009).

e) Medios de información masivos: la era de la comunicación, los medios permiten en el espectador fungir como cómplices de un bombardeo de informaciones de todo tipo, Los medios de comunicación, son vistos en la actualidad como algo negativo que sólo trae decepción y por tanto muchos anulan su labor social, y su papel positivo dentro de nuestro mundo informado. Generalmente aquéllos que están relacionados con enfermedades complejas como los trastornos de la alimentación, acusan a los medios de informacion de ser generadores y motores socialmente aceptados de insatisfacción personal acusándolos de ser los cómplices de los males sociales (Marmo, 2014).

f) Cultura: El ambiente que incita a la ingesta excesiva de calorías se ve favorecido por la idea “universal” que se tiene en la costumbre de celebrar todo comiendo de forma exagerada: bodas, bautizos, comuniones, cumpleaños, navidad, reyes, fiestas locales, comidas de la empresa, obtención de una plaza, fin de cursos, éxitos deportivos, visitas a las casas de familiares o amigos, etc. Aunque estas conductas son propias de adultos, los padres se las transmiten directa o indirectamente a los hijos, generando así un patrón repetitivo. Cabe señalar que en estas celebraciones sociales se consumen regularmente alimentos de sabores atractivos y con denso contenido en calorías (Guzmán y Lugli, 2009).

Hoy en día, la gente tiene miedo a ser obesa, ya que en las sociedades “modernas” se le relaciona con la fealdad, poco atractivo sexual, pereza e incluso una moralidad insana (Contreras, 2002). Existe una “lipofobia” generalizada en donde se rechaza la grasa y el cuerpo gordo, pero también existen contradicciones ya que cuenta con significados más aceptables como el relacionársele con el bienestar, salud, amabilidad, tranquilidad y simpatía entre otros (Gómez, 2011).

2.8 Estudios relacionados con el tema

En este ámbito de las investigaciones que tienen como variable la ingesta alimentaria y la obesidad, se ubica la teoría psicósomática de la obesidad (Bruch, 1973; Kaplan y Kaplan, 1957).

Esta teoría fue la primera en relacionar emociones e ingesta excesiva a partir de las observaciones clínicas de personas obesas, que informaban de una ingesta excesiva cuando se encontraban ansiosos, deprimidos o solos. De acuerdo a esta teoría, los sujetos obesos se caracterizan por la falta de conocimiento interoceptivo y por ser incapaces de distinguir entre las señales de hambre y saciedad, o entre hambre y ansiedad. Esta teoría señala además, que los estados emocionales negativos o displacenteros, producirían en estas personas un estado de ansiedad, la cual sería experimentada como difusa y no atribuible a una fuente u origen claro lo que les produciría displacer y encontrarían en la ingesta un modo de reducir este efecto, siendo repetidas ingestas emocionales las que producirían la ganancia de peso y la obesidad.

Schachter, Goldman y Gordon (1968; citados en Striegel More y Steiner Adair, 2000), formularon la teoría de la externalidad, esta teoría propone la idea de que las personas con sobrepeso o insensibles a las señales fisiológicas internas como la motilidad gástrica, pero a diferencia de lo anterior, propone que en la ingesta de los sujetos obesos, estaría determinada en gran medida por estímulos o señales ambientales externos relacionados con la comida como el olor o el gusto. La distinción entre las señales internas y externas para explicar las diferencias entre personas obesas y con normopeso, generó una gran cantidad de investigación, si bien, con resultados inconsistentes. Evidencia en contra de los planteamientos de esta teoría, fue aportada por diversos estudios que demostraron que: a) la respuesta a las señales externas aparece e individuos de todas las categorías de peso, no estando la ganancia de peso determinada de manera exclusiva por la responsividad externa. b) la pérdida de peso no produce cambios en el grado de respuesta de los sujetos a las señales externas. c) la sensibilidad a las señales internas no es una característica única de los sujetos de

peso normal. d) las señales internas y externas interactúan en la regulación de la ingesta. Los estímulos externos pueden influir directamente en el estado psicológico interno, produciendo un elevado arousal que lleve a producir en el tiempo un aumento de la ingesta y la ganancia de peso a corto plazo, las señales internas o el arousal a su vez favorecen la importancia de los estímulos externos.

Ganley (1986) tras una revisión de las investigaciones clínicas experimentales que se llevaron a cabo, a partir de la publicación de la teoría psicósomática de Kaplan, para buscar las relaciones entre emociones e ingesta en sujetos adultos obesos, concluye que: en los estudios clínicos realizados con sujetos con obesidad mórbida, severa y moderada que seguían un tratamiento para la reducción de peso, la ingesta emocional era muy común en el 60-90% de los sujetos, estaba relacionada en la mayoría de las veces con emociones negativas como la ira, la depresión, el aburrimiento y la soledad, o con eventos estresantes de la vida diaria, ocurría de forma episódica o intermitente y se daba en todos los niveles socioeconómicos.

Posteriormente, Blair, Lewis y Both (1990; citado en Bastos, González Boto, Molinero González y Salguero Del Valle, 2005) encuentran una relación significativa e inversa entre la ingesta emocional y pérdida de peso. En concreto aportan evidencia sobre: 1) el IMC está positiva y significativamente asociado con la frecuencia informada de ingesta emocional, 2) los sujetos que mostraban una disminución del IMC también informaban de una menor frecuencia de ingesta emocional, 2) los sujetos que mostraron un disminución del IMC también informaban de una menor frecuencia de ingesta emocional (que inicialmente había sido baja). Fueron significativamente menos exitosos en sus intentos de reducción del peso que aquellos sujetos informaron de manera continua de bajos niveles de ingesta emocional.

En 1993 Polivy y Herman formularon la teoría de la restricción para explicar porque los patrones de ingesta de los individuos obesos diferían de los de los sujetos con peso normal. Previamente y basándose en la idea de Nisbett (1972; citado en Polivy y Herman, 1993) de que la idea es el factor clave en la regulación

de ingesta, definen el constructo de “restricción” para referirse a los esfuerzos cognoscitivos que combaten la urgencia de comer y propusieron la existencia de un continuo donde se posicionarían en los extremos opuestos, por un lado los individuos bajos en restricción que comerían libremente cuando surgiera el deseo, y en el otro los sujetos altos en restricción que estarían constantemente preocupados por lo que comen y lucharía por seguir su dieta fallado en su resistencia a comer.

En 2001, Constanzo, Reichmann, Friedman y Musante evaluaron en qué medida la ingesta emocional de los sujetos obesos, esta mediada por los efectos de la activación emocional sobre las conductas de restricción que reflejan un débil autocontrol alimenticio. Para ello administraron a la muestra un cuestionario que evaluaba la frecuencia de hábitos de dieta, patrones de comida y las percepciones de control de ingesta bajo quince condiciones de activación emocional e influencia social. Hallaron que los efectos de la activación emocional positiva y negativa en las tendencias de los sujetos a la sobreingesta, estaban fuerte y significativamente mediados por los efectos a nivel emocional de la ruptura de la restricción, y que las emociones negativas están más fuertemente relacionadas con la sobreingesta y dado que la relación entre afecto negativo y sobreingesta es dependiente de la presencia o no de la consecución de dietas restringidas. Los autores concluyen que entre la población obesa existen dos subgrupos: un grupo en el cual la emoción negativa induce directamente la sobreingesta, y otro grupo en el que la inducción de la emoción a la ingesta estará mediada por tendencias de restricción frágiles.

Van Strein y Ouwens (2003; citados en Bolaños Rios et al., 2010) estudiaron el papel mediador de la ingesta (emocional, externa y restringida) en la relación entre la privación de comida y consumo de comida, y hallaron que la ingesta de comida estaba relacionada con la ingesta emocional y no significativamente relacionada con ingesta restringida ni extrema aunque por otro lado, la ingesta emocional correlacionaba fuertemente con la ingesta determinada por las señales externas.

En esta línea, Stice (2002; citado en Castellano Urdabay et al. 2001), tras la realización de un meta-análisis sobre estudios realizados para explorar los factores de riesgo y mantenimiento de la conducta alimentaria patológica, concluye que el afecto negativo provoca una mayor ingesta calórica si los individuos tienen acceso a comida durante el estado emocional. De estos datos se puede obtener la conclusión, que las relaciones entre conducta alimentaria y emociones han mostrado, que la ingesta puede distraer a los sujetos de sus emociones negativas, ya que el papel que juega la ingesta, es el de provocar una regulación del afecto (incrementando el afecto positivo en situaciones o experiencias negativas e incluso también disminuyendo el negativo), funcionando esta conducta como una estrategia de afrontamiento.

Referente a estudios relacionados a la variable obesidad se encuentra el realizado por Alvarado Sánchez, et al. (2005) quienes realizaron un estudio titulado obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad, en donde el objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención psicológica en pacientes con obesidad. Para ello se utilizó un diseño cuasiexperimental con un grupo de estudio y un grupo control. Como grupo control se consideró a 24 pacientes que pertenecieron al Grupo de Control de Peso en un periodo anterior, cuando no se disponía de intervención psicológica, pero sí de pláticas por parte del equipo multidisciplinario. El Grupo de Estudio es el que estuvo en el programa de control de peso en el periodo en que se utilizó la intervención psicológica. Tres sesiones fueron manejadas exclusivamente por psicólogos, y el resto por nutriólogos y otros profesionales de la salud. Sin embargo, la intervención psicológica no sólo se realizó en las tres sesiones. En cada una de éstas se aplicaron las siguientes técnicas cognitivo-conductuales: Reforzamiento, Relajación, Línea base, Autocontrol y autoestima y Reestructuración cognitiva. En cuanto a los resultados, se encontró una diferencia significativa en la reducción de peso entre los grupos. Asimismo, hubo un incremento significativo en la autoestima del grupo estudiado.

Por su parte Bravo Del Toro, et al. (2011) realizaron el estudio Rasgos de Personalidad en Pacientes con obesidad, que analizó los rasgos de personalidad

con mayor incidencia en una población mexicana con obesidad. Se distinguieron los rasgos que intervienen en el funcionamiento diario de los sujetos. La muestra estuvo conformada por 60 pacientes; 31 hombres y 29 mujeres, con edades de 30 a 40 años, casados, con nivel educativo básico y que acudían a consulta médica en un centro de diagnóstico clínico, con antecedentes de obesidad. Se utilizó un diseño cuasiexperimental en donde se utilizó el P-IPG (Perfil-Inventario de la Personalidad de Gordon. Los datos obtenidos del instrumento se analizaron mediante estadística inferencial por medio de la prueba de chi cuadrada, determinando las diferencias significativas respecto de los rasgos de personalidad.

En cuanto a los resultados encontrados a partir del análisis, se puede encontrar que los principales rasgos que los sujetos manifiestan son: poco interés en las situaciones emocionantes, tienden a actuar pasivamente, carecen de interés para pensar de manera crítica al no tener una mente inquisitiva, tienden a perder rápidamente la paciencia, se sienten ofendidos en mayor medida cuando los demás los critican, la manera en la que trabajan es más lenta, tienen menos energía que la mayoría de la gente, son inseguros al manifestar sus opiniones, carecen de seguridad en sí mismos en diversas situaciones, son nerviosos, se disgustan fácilmente si las cosas van mal, no les interesa participar en actividades de grupo y limitan su medio social y sus conocidos a unos cuantos.

Como ya se mencionó la obesidad implica la atención multidisciplinaria que permita a la persona alcanzar una estabilidad biopsicosocial, es por ello que a continuación se hace una descripción de los distintos tratamientos que pueden aplicarse.

2.9 Tratamientos para la Obesidad

El estudio de la obesidad debe tener como primicia fundamental abordarse en base a las consecuencias que provoca en la salud del paciente, pero también es indispensable establecer los aspectos psicológicos que se encuentran, ya que éstos son causa y efecto al mismo tiempo. Esto debiera traducirse en un abordaje

integral y específico a cada paciente, realizando una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema (Sandoval Trombert, 2007).

Debido a que el manejo del sobrepeso y la obesidad debe ser integral, el equipo de salud encargado de esta tarea también debe tener esa característica, tal y como lo establece la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la obesidad (2012), en la que se señala que el médico es el responsable del manejo integral; el nutriólogo, de la nutrición, y el psicólogo, del aspecto psicológico (Kaufer Horwitz et al., 2008).

Derivado de lo anterior es que el tratamiento debe implicar una intervención multidisciplinaria, por lo que Kaufer Horwitz et al. (2008) proponen diversas estrategias de tratamiento que se indican a continuación:

Aspecto biológico

a) Tratamiento farmacológico

Según Kaufer Horwitz et al. (2008), existen cuatro tipos principales de medicamentos que tratan de estimular la pérdida de peso:

- los que promueven una disminución en la ingestión energética;
- los que reducen la absorción intestinal;
- los que disminuyen el depósito corporal de grasa;
- los que propician el gasto energético

b) Tratamiento quirúrgico: Castellano Urdabay et al. (2001) indican que la reducción quirúrgica, llamada cirugía bariátrica, está indicada en personas con sobrepeso del doble del peso ideal o con obesidad mórbida. En términos generales se indica en pacientes con un índice de masa corporal $> 40 \text{ kg/m}^2$ o de $35\text{-}40 \text{ kg/m}^2$.

Aspecto psicológico

El factor psicológico que se ve implícito en la obesidad determina la intervención necesaria del psicólogo, ya que el individuo obeso tiene una conducta alimentaria

que interviene de manera considerable en el desarrollo y permanencia de este padecimiento. Por ello, es necesario ofrecerle un apoyo psicológico encaminado a la modificación de su conducta alimentaria. De esta manera, las terapias de conducta están diseñadas para ayudar al obeso a cambiar aquellos patrones de alimentación que contribuyen a su exceso de peso. Estas estrategias procuran que el individuo con obesidad, conozca y comprenda el significado que para él tienen los alimentos y aprenda a identificar las conductas perjudiciales, con el fin de tratar de modificarlas.

Existen diversas escuelas psicológicas que proponen técnicas para la modificación de los hábitos alimentarios de los obesos:

- a) técnicas cognitivo-conductuales, son recurrentes para el tratamiento de este padecimiento ya que se han usado como apoyo al cambio de hábitos alimenticios (Casado, 1997; citado en Alvarado Sánchez et al., 2005).

López Alvarenga y Vázquez Velázquez (2001) señalan que la terapia conductual provee métodos que permiten vencer las barreras que evitan cumplir con la dieta e incrementar la actividad física en los pacientes obesos. Los programas de tratamiento conductuales están basados fundamentalmente en las técnicas de autocontrol, las cuales dotan al sujeto de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de antecedentes y consecuencias, con los que la conducta se relaciona funcionalmente.

La importancia de individualizar estas estrategias conductuales a las necesidades de cada paciente, debe ser enfatizada de la misma forma que para las estrategias nutricionales y de ejercicio. Los psicólogos deben investigar la motivación del paciente para ingresar a un programa de reducción de peso y su disposición para implementarlo, además de si cuenta con el apoyo social y familiar para lograr dicha reducción y, sobre todo, el mantenimiento del peso perdido (López Alvarenga y Vázquez Velázquez, 2001)

Kaufer Horwitz et al. (2008) señalan que el objetivo primario de la terapia conductual es mejorar los hábitos de alimentación (qué comer, dónde

comer, cuándo comer y cómo comer) y los niveles de actividad física. Las características principales de dicho apoyo son:

-Automonitoreo. El registro diario y detallado por escrito de la ingestión de alimentos, así como las circunstancias bajo las que ocurrió, proporciona información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención. También forma parte del proceso de cambio de conducta para la identificación de influencias del medio ambiente y personales, que regulan la actividad física y de la alimentación, para la evaluación del progreso en la modificación de los hábitos (Giner Lladós, 2011).

-Control del estímulo. Evita la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso. Por ejemplo, los pacientes son instruidos a separar sus comidas de otras actividades (ver televisión, arreglar asuntos de negocios o de otra índole mientras se ingieren alimentos, etc.), para que estén completamente conscientes del acto de comer sin distractores.

-Flexibilidad en el programa de alimentación. El ofrecer dietas rígidas es actualmente poco recomendable. Se favorecerán opciones de alimentación balanceada y flexible (Cordella, 2008).

-Reestructuración cognoscitiva. Se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al paciente a identificar actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimistas y poco realistas sobre su peso e imagen corporal (Berrocal y Ruiz, 2002).

-Relaciones interpersonales y manejo del estrés. Se utiliza para enfrentarse con éxito a desencadenantes específicos de episodios de alimentación excesiva y desarrollar estrategias para la resolución de problemas tales como la meditación y las terapias de relajación. También incluye el apoyo pactado con familiares y amigos para evitar situaciones de riesgo (Álvarez, 2006).

-Recompensas. Pueden ser usadas para estimular al paciente una vez que ha logrado sus objetivos, especialmente aquellos difíciles de obtener. Una

recompensa efectiva es algún objeto o situación sencilla que el paciente desea y se compagina con la obtención de su objetivo. Algunos ejemplos pueden ser la compra de un disco con su música favorita o recompensas intangibles, como una tarde libre sin trabajo al conseguir una meta específica (Giner Lladós, 2011).

-Cambios de actitud al comer. Estos cambios facilitan comer menos sin sentirse privado de los alimentos. Un cambio importante es comer y masticar lentamente para permitir que las señales de saciedad se produzcan y lleven su mensaje al cerebro, ya que toma poco más de 15 minutos que el cerebro obtenga esta información. Otra medida consiste en comer anticipadamente bastantes vegetales para que exista sensación de saciedad o utilizar platos más pequeños para que las porciones moderadas no luzcan insignificantes (Berrocal y Ruíz, 2002).

-Prevención de recaídas. Es un proceso continuo, diseñado para promover el mantenimiento del peso perdido durante el tratamiento. La incorporación de estas técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad ha contribuido a que problemas tan frecuentes como el abandono de los tratamientos, el no-cumplimiento adecuado de las dietas y ejercicio físico o la ausencia de mantenimiento de las pérdidas de peso obtenidas, hayan mejorado notablemente. Sin embargo, debido a que la terapia no cura la obesidad, el esfuerzo actual va encaminado a la prevención secundaria de la recuperación del peso perdido (Contreras, 2002).

Al respecto Alvarado-Sánchez et al. (2005) realizaron una investigación con pacientes obesos, en donde aplicaron técnicas cognitivo-conductuales, que arrojaron resultados positivos en el tratamiento de la obesidad; dichas técnicas se mencionan a continuación:

-Reestructuración cognitiva, la cual busca cambiar los pensamientos negativos o irracionales por pensamientos positivos o racionales.

-Autocontrol y autoestima, en donde se trata de que la persona adquiera suficiente fuerza de voluntad para poder controlarse ante diferentes estímulos relacionados con el alimento.

-Línea base, mediante la cual se busca que la persona visualice los avances que ha adquirido con la intervención, esto es, los kilos que ha ido disminuyendo.

-Relajación, que tiene la finalidad de que los sujetos aprendan otra forma de reducir los niveles de ansiedad que les ocasiona el consumir alimentos de manera inapropiada para su dieta.

Alvarado Sánchez et al. (2005) mencionan que a partir de los resultados encontrados en su investigación, puede afirmarse que las técnicas cognitivo-conductuales contribuyeron a lograr una reducción mayor de peso que la intervención basada en la mera información; asimismo, se afirma que la autoestima de los sujetos mejoró al término de la intervención psicológica.

Psicoanálisis

Se plantean a continuación algunos conceptos relacionados con la posición psicoanalítica respecto de la cura, las posibles intervenciones, la sensación de abstinencia y las recaídas en los tratamientos.

Respecto a los tratamientos en obesidad, Zukerfeld (2005) asegura que los mismos deben ser lo suficientemente amplios como para:

-Reemplazar la avidez por la comida por otros objetos supletorios más gratificantes.

-Dar condiciones y técnicas de control y autocontrol.

-Confrontar con la realidad, informar comprender e interpretar la omnipotencia, negación, idealización, racionalización e intelectualización de los pacientes.

-Saber diferenciar la imposición de la convicción y el insight del pseudoinsight.

-Valorar permanentemente que la comida para el obeso tiene el mismo valor que el alcohol para el alcohólico, o la morfina para el morfinómano,

con los siguientes agravantes: que no es valorizada como una enfermedad: las conductas impulsivo-compulsivas pueden ser reconocidas y comentadas perfectamente pero difícilmente se las califique de patológicas. Las presiones sociales son muy diferentes a las de otras situaciones parecidas

Como se observa la persona con obesidad puede obtener ayuda psicoterapéutica para modificar su círculo vicioso y mejorar su estado de salud integral. Se pueden considerar las relaciones interpersonales, los propios alcances, limitaciones, estado emocional, las expectativas al cambio y objetivos de a mediano y largo plazos.

Finalmente, lo más importante de todo es que después de varios estudios, medicamentos, terapias y programas de control de peso, el horizonte debe resultar alentador tanto para el paciente como para el personal de salud, buscando no sólo el cambio de conducta al comer, sino también un manejo integral y multidisciplinario (Kaufman Horwitz et al., 2008).

El buscar conocer a una persona en una situación específica, permite saber cómo intervenir, el capítulo muestra una descripción general de la respuesta psicológica de una persona con obesidad. El siguiente capítulo abordará la Teoría de los Constructos Personales como alternativa de exploración en esta misma dirección.

CAPÍTULO 3

PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

3.1 Fundamento Epistemológico e Historia de la Teoría de los Constructos Personales

A partir de los años cincuenta se agudiza la preocupación por los procesos cognitivos y la Psicología vive un fuerte debate en torno a la existencia de factores situacionales, interaccionales-estructurales o innatos en la explicación de la conducta (Mikulic, 2007).

De esta manera la corriente constructivista retoma fuerza ya que según (Polkinghorne, 1992; citado en Botella, Herrero y Pacheco, 1997), el enfoque constructivista hace referencia a la noción de que: el conocimiento humano no es un reflejo especular de la realidad, ya que el conocimiento humano es una construcción erigida a partir de procesos cognitivos (que operan principalmente fuera de la conciencia) y de las interacciones corporalizadas con el mundo de los objetos materiales, de los otros y del self.

Es así como la Psicología de los Constructos Personales es un proyecto de Psicología alternativa de corte fenomenológico asentada sobre bases epistemológicas constructivistas (Feixas y Villegas, 2000; citados en Puhakka, 2013).

Según la epistemología constructivista toda construcción está influida necesariamente por la propia actividad constructiva de la persona que la ha generado (Feixas y Villegas, 1993; citados en Feixas y Cornejo, 1996).

De esta manera, el paradigma constructivista es una postura epistemológica que se ha puesto de manifiesto en las teorías psicológicas a partir de los años 80; si bien existen antecedentes aún más antiguos, algunos de esos referentes son; Sir F. B. Barlett, George A. Kelly y Jean Piaget (Campagnolo, 2010). Se puede considerar que el constructivismo deviene debido a una

confluencia de posturas originadas en ámbitos completamente distintos tales como la física, la biología, la cibernética y la filosofía.

Campagnolo (2010) por su parte, postula que el Constructivismo tiene la concepción del sujeto como observador participante, el cual construye de un modo activo el conocimiento del mundo que lo rodea, por lo tanto la realidad es interpretada de distintos modos.

Del mismo modo Fernandes y Goncalves (1999) señalan que la perspectiva constructivista enfatiza el carácter dinámico, proactivo y autoorganizador de las estructuras cognitivas. “Sobre esta base conjetural se asienta el constructivismo psicológico, puesto que si el conocimiento no es un reflejo especular de la realidad, significa que ésta solamente es percibida a través de transformaciones cognitivas (construcciones) determinadas por la estructura del sujeto cognoscente” (Feixas Viaplana y Villegas Besora, 2000; p.22; citados en Campagnolo, 2010).

Es así como George Kelly es el precursor de la postura epistemológica llamada Alternativismo Constructivo, la cual postula la Teoría de los Constructos Personales; de esta manera Kelly sostiene que la realidad (o la verdad) existe fuera del individuo aunque no podamos acceder a conocerla por nuestras propias limitaciones cognitivas, sensitivas, biológicas, etc. (Alonso Tapia, 2001).

Así, la Teoría de Kelly se consagra en una Psicología de la búsqueda humana; en este postulado, las personas desempeñan un papel activo en la construcción de un mundo así como la construcción de una personalidad propia (Puhakka, 2013)

Por otra parte, respecto a los inicios que permitieron el surgimiento de la Teoría de los Constructos Personales, Kelly postuló un concepto denominado Alternativismo Constructivo, en el que rechazaba la idea de que hay verdades absolutas e irrefutables, respecto de los hechos del mundo. Más bien creía que había diversas interpretaciones, ninguna de las cuales tiene el monopolio de la verdad ya que nadie puede acceder a la verdad o la realidad sin verla o construirla de una u otra forma. (Puhakka, 2013).

Según Moreno Jiménez (1985) Kelly había comenzado a elaborar los elementos de su teoría durante el tiempo de su práctica clínica rural, entre la

década de los años 30's y 40's. Su perspectiva desde un comienzo fue la de elaborar conjuntamente una teoría de la personalidad y una terapia que enfatizara la capacidad del sujeto para construir representaciones mentales personales que la capacitaban para orientarse en su experiencia diaria.

Una de las implicaciones del Alternativismo Constructivo es que todas las interpretaciones están sujetas a revisión. Este aspecto se aplica por igual a los constructos de las personas que intentan imponer algún sentido a su vida y a la de los científicos que intentan descubrir la trabazón última del mundo (Puhakka, 2013).

Otra implicación del Alternativismo Constructivo es que la persona cuenta con opciones prácticamente ilimitadas para construir su vida de forma que permitan el cambio y el crecimiento (Puhakka, 2013).

De esta misma manera el enfoque epistemológico del Alternativismo Constructivo, considera la realidad como algo que no se nos manifiesta directamente sino a través de nuestros Constructos Personales, lo cual prevé el hecho de que una misma situación pueda ser vivida de formas bien distintas, idiosincráticas, por distintas personas. Implica también, y esto tiene importantes repercusiones terapéuticas, que una persona no es una víctima de la realidad, sino de su construcción de esa realidad. El sufrimiento humano sobreviene a menudo a causa de que los constructos del individuo no son adecuados para anticipar la realidad y es necesario sustituirlos por otros más útiles (Ávila Espada, Feixas Viaplana, Sánchez Rodríguez y Saúl Gutiérrez, 2001).

En 1955 G. Kelly desarrolló lo que se conoce como "Teoría de los Constructos Personales". Según esta teoría, cuando las personas observan cadenas de eventos que se replican, etiquetan de forma particular y personal los elementos que se repiten y las relaciones entre los mismos, anticipando acontecimientos diferentes, anticipación que constituye la base de nuestra conducta (Alonso Tapia, 2001).

Según Moreno Jiménez (1985) cuando Kelly alude al término "anticipación de los acontecimientos", está refiriéndose a la existencia en cada sujeto de una estructura cognitiva que constituye el mundo propio del sujeto y crea su propio

espacio de conducta; de esta manera la anticipación de los acontecimientos indica la existencia de una “replica cognitiva” de la realidad que orienta la conducta, la emoción, la motivación y los esquemas cognitivos específicos.

Kelly (1955; citado en Cipriano, Feixas Viaplana y Varlotta Domínguez, 2007), señala que el interés principal de la perspectiva constructivista, y más concretamente de la Teoría de los Constructos Personales para la Psicología clínica y de la salud, yace en la importancia central que concede a los significados subjetivos que los individuos se otorgan a sí mismos, a los demás y a las experiencias con las que se encuentran. Según esta teoría, el individuo interpreta continuamente sus experiencias y las revisa en términos de su sistema cognitivo, que está formado por un conjunto de constructos personales bipolares con múltiples interrelaciones.

En este contexto, la noción de conflicto cognitivo Feixas, Saúl, Ávila Espada y Sánchez (2001; citados en Cipriano et al., 2007), hacen referencia a las implicaciones a la vez positivas y negativas que tiene el síntoma para la persona que lo sufre. En tales casos, la alternativa deseada, es decir, la dirección en la que el cliente quiere ir, tiene implicaciones negativas, por lo cual se resiste al cambio.

Ryle (1979; citado en Cipriano, et al., 2007), denomina a esta estructura cognitiva dilema implicativo. A la hora de elegir entre conservar el síntoma o vivir sin él, la persona se ve en un dilema en tanto que cualquiera de las dos alternativas tiene consecuencias tanto positivas como negativas: concretamente, el síntoma, aunque se ve como problemático, tiene también implicaciones positivas. Por otro lado, abandonarlo puede suponer un cambio no deseado en otros aspectos relacionados con el sentido de identidad.

En conclusión, la Psicología de los Constructos Personales no significa que las construcciones de la verdad o de la realidad sean arbitrarias ni que las personas vivan circunscritas a sus propios mundos subjetivos, desligadas por completo de los demás. Por el contrario, este enfoque considera que nos relacionamos con el mundo y con otras personas precisamente por medio de los constructos personales, algunos de los cuales cumplen mejor con dicho cometido que otros (Puhakka, 2013).

Sin embargo, el énfasis de la Psicología de los Constructos Personales está en los individuos como agentes de sus propios actos, formándose así mismos al unir significados a través de la construcción social; es decir, una construcción más personal que social (Rychlak, 1990; citado en Alonso Tapia, 2001).

3.2 Postulados Teóricos de la Psicología de los Constructos Personales

Desde esta perspectiva constructivista se entiende que el significado que se atribuye a los acontecimientos es la base del funcionamiento de los seres humanos (Feixas y Villegas, 2000; citados en Feixas, Montesano y Varlotta, 2009).

Es por ello que Kelly desarrolló su teoría estableciendo un postulado básico y once corolarios (Alonso Tapia, 2001). A continuación se enuncia el Postulado básico y los corolarios correspondientes a la Teoría de los Constructos Personales

Postulado

El modo de funcionar de las personas está dirigido por el modo en que éstas anticipan acontecimientos.

Del mismo modo, el postulado fundamental de la Teoría de los Constructos Personales formulado por Kelly (1955; citado en Fernandés y Goncalves, 1999; p. 46), sustenta la idea de que “los procesos personales son canalizados psicológicamente por la forma como anticipamos los acontecimientos”.

En cuanto a los Corolarios:

1. El hombre anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas
2. Las personas difieren entre sí en el modo de construir los acontecimientos
3. Cada persona desarrolla un “sistema jerárquico” de constructos (dicotómicos)
4. El sistema de constructos (dicotómicos) de cada persona es finito

5. Cuando la persona categoriza algo o a alguien en un polo de un constructo, lo hace porque anticipa una mayor posibilidad de elaboración de su sistema.
6. Un constructo sólo es adecuado para anticipar un ámbito finito de acontecimientos.
7. El sistema de constructos varía con el uso y los resultados.
8. La variación del sistema de constructos depende de su permeabilidad
9. Una persona puede actuar sucesivamente de modos aparentemente incompatibles
10. Si dos personas piensan de modo semejante, actúan también de modo semejante.
11. Si dos personas piensan de modo semejante, una puede ayudar a la otra.

Por su parte Balcázar Nava, Delgadillo Guzmán, Gurrola Peña, Mercado Maya y Moisés Chimal (2003) realizan una descripción más amplia de los colorarios establecidos por Kelly.

- 1) Colorario de Construcción: La persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas. Según este colorario la persona superpone su interpretación al flujo de la experiencia. Tal interpretación se encuentra conformada por los constructos personales que son de naturaleza abstracta y se originan en la capacidad de la persona para diferenciar similitudes y diferencias entre los acontecimientos. Según Botella y Feixas (1998; citados en Balcázar Nava et al., 2003), el proceso de construcción puede mostrarse mediante la adjudicación de una etiqueta verbal (bueno, malo, atractivo repulsivo, etc.). Pero no necesariamente siempre es así, ya que el establecimiento de una discriminación puede incluso revelarse de manera física (dilatación de pupila ante algo atractivo, contracción de la pupila ante algo amenazante, etcétera).
- 2) Colorarlo de Individualidad: Las personas difieren entre sí respecto a su propia construcción de los acontecimientos. Dos puntos son esenciales, dado que

cada persona posee una red propia de significados personales (constructos), conformada por las experiencias propias, y de que posee un referente principal diferente (él mismo); es imposible que diferentes personas construyan un mismo evento de manera idéntica, es decir, la construcción es idiosincrásica. Lo anterior no significa que las experiencias no tengan bases comunes o que no puedan ser comunicadas, simplemente se ven matizadas por la construcción que de ellas hace cada persona.

- 3) Colorario de la Organización: Cada persona desarrolla características en la anticipación de acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos. En este colorario se enfatiza básicamente que los constructos de una persona no tienen un lugar por sí mismos en la construcción de la experiencia, sino que se insertan en una red semántica amplia y compleja que puede ser de naturaleza jerárquica.
- 4) Colorario De Dicotomía: el sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos. Si se acepta que el sistema de construcción (constructos personales) se basa en considerar las similitudes y diferencias, es de esperarse que se visualicen polos opuestos. Sin embargo para Kelly el constructo dicotómico es solo un eje de referencia, no una categoría de acontecimientos. Como tal eje, los acontecimientos o personas pueden asumir valores intermedios entre ambos polos.
- 5) Colorario de Elección: la persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema. La persona adjudica un valor de deseabilidad o indeseabilidad a cada polo del constructo este valor está en función de lo que le permite mayor predictibilidad ante una situación o persona.
- 6) Colorario del Ámbito: un constructo solo es conveniente para la anticipación de un ámbito finito de acontecimientos. Cada constructo se caracteriza por un ámbito de conveniencia (el conjunto de personas o situaciones a los que puede llegar a aplicarse) y un foco de conveniencia el conjunto de personas o situaciones a los que se aplica con máximo poder predictivo, dado que el

significado de un constructo depende de su uso personal y no necesariamente del que le adjudique el diccionario, dos personas pueden atribuir focos y ámbitos de conveniencia diferentes a una dimensión con la misma etiqueta verbal.

- 7) Colorario de la Experiencia: el sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos. De manera óptima el sistema de constructos personales cambia a medida que se construyen nuevas experiencias.
- 8) Colorario de Modulación: La variación en el sistema de construcción de una persona está limitado por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran variantes.
- 9) Colorario de la Fragmentación: Una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de constructos inferencialmente incompatibles entre sí. Los cambios en un subsistema de constructos pueden ser acomodables en un subsistema supraordenado.
- 10) Colorario de Comunalidad: Los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que una emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra. Este colorario explica las similitudes observables en los procesos de construcción de la experiencia de personas pertenecientes a un mismo grupo (familia, cultura, ideología, etc.).
- 11) Colorario de la Socialidad: Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquellas actitudes observables en los procesos. Los constructos personales suponen una forma de observar los canales a través de los cuales cada persona intenta entender y anticipar su mundo. La anticipación se ha definido como el acto de generalización de lo conocido a lo imaginado pero aún desconocido. Los acontecimientos sucesivos someten al sistema de constructos a un proceso de validación, por lo que va progresando éste. No existe un modelo de constructos perfecto que pueda predecir todo, por lo que se va testando y modificando para que se adapte mejor a la

realidad. Cuanto más rígido es el sistema de constructos, más difícil es la adaptación a las circunstancias (Martin Vázquez, 2012).

Por otra parte Kelly (1955; citado en Fernandés y Goncalves, 1999) menciona que este paradigma sostiene también que la construcción personal siempre parte del propio sistema de construcción personal y es limitado por el sistema más nuclear del self.

El autoconcepto, mejor llamado “Sí Mismo”, surge de las experiencias y el aprendizaje que aparecen durante el desarrollo personal. La construcción social tiene un papel importante sobre la formación del autoconcepto. El self dirige la conducta basándose en motivaciones y anticipaciones que son derivadas de la experiencia emocionalmente significativa, y la conducta luego modifica el self y el autoconcepto, en una causalidad circular (Kubiak, 1999; citado en Martin Vázquez, 2012).

El autoconcepto o esquema del self surge de las categorizaciones repetidas, de las experiencias individuales y de la evaluación de las propias conductas (Niezanski, 2003, citado en Martin Vázquez, 2012).

De esta manera la Teoría de los Constructos Personales entiende a las personas como “científicos” que plantean hipótesis sobre el mundo y alternativas a éstas en un intento de aumentar la predictibilidad de sus planteamientos. En este proceso son críticas las discriminaciones que se plantean, que se denominan constructos y tienen una estructura bipolar. Para la creación de estos constructos personales son fundamentales los procesos incluidos en el ciclo de validación y en el de creatividad (Martin Vázquez, 2012). En otro orden de ideas Kirchner, Torres y Forns (1998; citado en Balcázar Nava et al, 2003) señalan que de acuerdo con sus postulados, los constructos pueden clasificarse de la siguiente forma:

Constructos según su Centralidad

- Nucleares o Centrales: básicos para el funcionamiento de la persona. Solo pueden cambiarse con grandes consecuencias para el resto del sistema de constructo.

- Periféricos o Secundarios: pueden ser alterados sin que quede afectada la estructura nuclear. Son mucho menos básicos y se les puede alterar sin gran modificación de la estructura central.

Constructos según la amplitud o ámbito de conveniencia

- Permeables: Admiten nuevos elementos.
- Impermeables: Rechazan nuevos elementos.

Constructo según su capacidad predictiva

- Rígidos: Determinan predicciones invariables.
- Elásticos: Determinan predicciones variables según el momento y circunstancia.

Por otra parte en cuanto a la personalidad Balcázar Nava et al. (2003) basados en la Teoría de Kelly mencionan que la personalidad de un individuo se forma a partir de su sistema de constructos, de esta manera una persona utiliza los constructos para interpretar el mundo y anticipar los sucesos.

De esta manera según Feixas y Cornejo (1996), en general los seres humanos logran la construcción del sí mismo efectuando las siguientes diferenciaciones:

- La diferenciación entre el Yo y el Ideal. Puede considerarse una medida de autoestima, ya que refleja la distancia que el sujeto percibe entre lo que es y lo que le gustaría ser; la autoestima está muy relacionada con el funcionamiento efectivo y el bienestar objetivo, mientras que en gran número de trastornos psicológicos se relaciona con una autoestima baja.
- La diferenciación entre el Yo y los Otros. La construcción del sí mismo se relaciona intrínsecamente con la construcción de los otros, ya que el procesamiento de la información acerca de los demás implica un cierto grado de autocomparación automática. Por tanto, parece especialmente relevante en

el estudio del sí mismo la diferenciación entre el Yo y los Otros como un indicador de un aspecto central de la construcción interpersonal.

- La diferenciación entre el Ideal y los Otros. Parece ser un indicador de la adecuación percibida de los Otros; una correlación negativa puede indicar insatisfacción del sujeto con las personas que lo rodean, mientras una positiva, la visión de que todos son bueno

La teoría de los Constructos Personales intenta comprender cómo la gente aprecia el mundo. A través de conocer el sistema de constructos que utilizan con mayor frecuencia con respecto a diferentes conductas en distintas situaciones de la vida. La capacidad psíquica para construir una conducta social de un modo multidimensional, es una rasgo indicador de la estructura cognitiva de la personalidad, es decir, de la complejidad cognitiva. La complejidad cognitiva es la proyección del campo psíquico de la persona que hace referencia a dos dimensiones: la diferenciación y la integración. La diferenciación sería la capacidad de relacionar similitudes entre dos o más elementos. La integración, es de carácter jerárquico y viene dado por constructos supraordenados que proporcionan unidad y coherencia al sistema como un todo, articulando las funciones de los distintos subsistemas a un nivel más alto de abstracción (Sánchez, 2005).

Sánchez (2005), señala que el grado de complejidad cognitiva permite disponer de estrategias de afrontamiento y de coparticipación activa de una persona ante un proceso que altere el ritmo habitual de la vida. Los perfiles de complejidad cognitiva son:

- Una integración alta y diferenciación baja. Es una persona con un estructura cognitiva monolítica, con un aumento de prejuicios. Es una persona sensible a crisis, su capacidad predictiva se ve limitada a las pocas dimensiones que posee y sus juicios suelen ser monolíticos todo o nada.

- Una integración baja y diferenciación baja. Se trata de un perfil caótico en el que el sujeto dispone de varias dimensiones pero no están organizadas suficientemente como para proporcionar una unidad. Puede generar confusión y dificultad para dar sentido y predecir los acontecimientos, así como dificultad para que los otros puedan predecirlo (Bannister, 1966; citado en Sánchez, 2005).
- Una integración baja y diferenciación baja. La no integración de las pocas dimensiones que posee una persona para discriminar un perfil de fragmentación en el que el sujeto va alternando entre pocos puntos de vista sin demasiado orden ni concierto. Puede sugerir que lo podemos encontrar en trastornos de personalidad relacionados con casos de escisión de la personalidad.

El grado de complejidad cognitiva, es la base para el desarrollo de un sistema de constructos, que como se ha mencionado anteriormente permiten la predicción y la toma de decisiones en aspectos de la vida de una persona. Desde, una visión constructivista, la construcción del sí mismo es esencialmente un proceso, no es una identidad, una estructura ni un conjunto de estructuras, sino el proceso que da a toda estructura personal una configuración de identidad. Es un proceso evolutivo, es decir, es una capacidad de referirse a sí mismo y a los otros que surge a partir de la evolución a un mundo intersubjetivo.

3.3 Campo de acción de la Psicología de los Constructos Personales

Rivas y Marco (1985; citados en Feixas y Cornejo, 1996) señalan que la Psicología de los Constructos Personales posee como característica la flexibilidad, la cual permite adaptarla a una multiplicidad de contextos y propósitos.

Derivado de la idea antes mencionada es como Kelly centra su idea de la Psicología de los Constructos Personales en el trabajo terapéutico ahondando en

las conductas y cogniciones disfuncionales del cliente en su vida presente (Galilea Cuadra y Jordana Boneta, 2000).

Respecto al trabajo terapéutico, Kelly planteaba que en un primer momento parte de la queja inicial del cliente implicaba pedirle que diera información sobre la circunstancia que rodea la dificultad (a esta tarea le denominaba elaboración); al elaborar la queja el terapeuta confronta el rango de conveniencia de los constructos y pone en juego otros constructos, de esta manera la reconstrucción suele comenzar en la ruptura que alienta tal elaboración (Galilea Cuadra y Jordana Boneta, 2000).

De esta manera varios investigadores que trabajan en el marco de Teoría de los Constructos Personales han centrado su interés en la construcción que hacen los clientes del síntoma (Ávila Espada et al., 2001).

Por su parte Fransella (1970; citado en Ávila Espada et al., 2001) sugiere que los síntomas pueden llegar a ser un modo de vida para el cliente y una parte de su identidad.

Mientras que Winter (1982; citado en Ávila Espada et al., 2001) ha encontrado que las construcciones que hacen los clientes de sus síntomas pueden tener una lógica altamente consistente, puesto que representan creencias que están fuertemente arraigadas.

Moreno Jiménez (1985) señala que las aplicaciones de la Teoría de los Constructos Personales no solo cubren el área clínica (pensamiento esquizofrénico, trastornos alimentarios, depresión, trastornos neuróticos, conflictos familiares, evaluación de tratamientos terapéuticos, etc). sino que trascienden a abarcar áreas como la educación, el asesoramiento de empresas, entre otras.

3.4 Sistema de Evaluación en la Psicología de los Constructos Personales

En la actualidad existen diversas formas de evaluación constructivista: escalamiento, autocaracterización, análisis de textos autobiográficos, etc. además de formatos abiertos de entrevista que pueden adoptar infinidad de formas y estilos. Sin embargo, la técnica de la rejilla es la técnica más utilizada y más desarrollada (Feixas y Cornejo, 1996).

Según Hampson (1982; citado en Feixas y Cornejo, 1996) la técnica de la rejilla es una perspectiva centrada en la persona, caracterizada por el estudio de las teorías implícitas de la persona, que según la Teoría de los Constructos Personales están formadas por sus constructos personales. De esta manera la técnica de la rejilla se interesa por explorar a los procesos idiosincrásicos de construcción de la persona; es decir, se interesa menos por el mundo real que circula al sujeto que por su forma particular de construirlo.

La Técnica de la Rejilla de los Constructos Personales (TRCP) tiene su origen en la Teoría de los Constructos Personales de G. A. Kelly, quien la diseña para el estudio de las relaciones interpersonales. Según Kelly (1955; citado por Padilla Carmona, 2001) las personas construyen su mundo personal mediante su interpretación de los acontecimientos. De esta forma, un sujeto aprehende la realidad de acuerdo con sus sistemas de construcción, que dependen del tipo de supuestos en los que se basa y los valores que le asigna a las cosas. Estos constructos son ejes de referencia o dimensiones de valoración que proporcionan a las personas sendas de acción, entendiéndose que el sujeto es un científico que elabora hipótesis para interpretar y dar sentido al flujo de los acontecimientos en que se encuentra (Padilla Carmona, 2001).

La TRCP es un instrumento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal que se deriva de la teoría de los constructos personales (Feixas y Cornejo, 1996).

Feixas y Cornejo (1996) señalan que la TRCP es una forma de entrevista estructurada orientada a explicitar y analizar los constructos con los que la

persona organiza su mundo. De la entrevista se genera una matriz de datos que se somete a varios análisis para revelar su estructura implícita.

Es decir, como factor primordial la TRCP pretende evaluar los constructos personales que una persona posee; ante lo anterior; Alonso Tapia (2001, p. 3) menciona que un constructo puede definirse como “Un aspecto, reconocido como tal por el sujeto, en el que como mínimo dos acontecimientos son semejantes entre sí –son réplicas- y diferentes de un tercero” o, lo que es igual, “una forma de clasificar de carácter dicotómico a partir de semejanzas y diferencias percibidas como tales”.

Tanto en la versión original de Kelly (1955) como en sus continuas actualizaciones, esta técnica pretende captar la forma en la que una persona da sentido a su experiencia en sus propios términos, no se trata por tanto de un test convencional, sino de una forma de entrevista estructurada orientada a explicitar y analizar los constructos con los que la persona organiza su mundo. De la entrevista se genera una matriz de datos que se somete a varios análisis para revela su estructura implícita (Feixas y Cornejo, 1996).

A diferencia de otros instrumentos psicológicos, la TRCP evalúa los aspectos cognitivos y relacionales desde la propia construcción del sujeto; es decir, no pretende estudiar la personalidad según los constructos teóricos del investigador, sino que se sitúa en una perspectiva centrada en la persona, y más específicamente, en el estudio de sus teorías implícitas, que según este enfoque vienen configuradas por el sistema de constructos personales (Botella y Feixas, 1998; citado en Cipriano, et al. 2007).

Es así como la TRCP permite conocer aspectos tanto de significado como estructurales (de organización cognitiva), de imagen personal, de cercanía con los demás, etc., utilizando los constructos que las propias personas poseen y evitando, en lo posible, la intromisión de los significados del propio terapeuta o investigador (Feixas, 2003; citado en Cipriano, et al., 2007).

Mediante la TRCP es posible acceder a los significados idiosincrásicos de la persona, pero también es posible obtener una serie de índices generales e identificar conflictos cognitivos, entendidos como configuraciones particulares de

constructos que conducen a acciones o disposiciones contradictorias (Feixas y Saúl, 2004; citados en Compañ, Dada, Feixas y Hermosilla, 2009).

El proceso de aplicación de una rejilla conlleva cuatro fases (Feixas y Cornejo, 1996). A continuación se hace referencia a cada una de las fases:

I. Fase de diseño:

El diseño de la rejilla consiste en una planificación general que viene determinada por los objetivos del investigador. De esta manera una rejilla consta de una serie de elementos representativos del áreas de construcción a estudiar, unos constructos personales que sirven para discriminar entre los elementos y un sistema de puntuaciones que valora los elementos en función de la dimensión bipolar que representa cada constructo. Por tanto, los parámetros a determinar en el diseño de una evaluación mediante la Técnica de Rejilla son la elección de elementos, la de constructos, el sistema de puntuaciones a utilizar y el número de rejillas a administrar.

II. Fase de Administración

Existen procedimientos informatizados que administran la rejilla de forma interactiva (por ejemplo los programas: PEGASUS, FLEXIGRID, REPGRID y G-PACK, pero en general se utiliza una forma de entrevista estructurada que implica la interacción entre entrevistador y entrevistado. en este sentido al realizar la entrevista es importante que el investigador tenga presente el enfoque fenomenológico de la técnica de la rejilla, según el cual lo que interesa es captar los procesos de construcción del entrevistado reduciendo al mínimo la influencia del entrevistador.

Este proceso consta de tres fases: Elicitación de elementos, elicitación de constructos y puntuaciones.

III. Fase de Tratamiento Informático

Esta fase permite un análisis matemático cómodo y sistemático de los datos de rejilla de cara a su interpretación psicológica; para realizar dicho análisis se hace uso de diversos programas que buscan dicho fin. en el caso de la presente investigación se hará uso del programa RECORD, el cual realiza el cálculo de los

principales índices de medida cognitivos aparecidos en la literatura psicológica, que evalúan tanto la construcción del sí mismo como aspectos estructurales del sistema de constructos (p. ej., complejidad cognitiva).

Por su parte, Feixas y Cornejo (1996) señala que el programa RECORD se trata del primer programa informático en español para el análisis de la técnica de rejilla. El programa se ha presentado en versiones anteriores para DOS y Windows (actualmente substituidas por la versión 5.0). Realiza los siguientes análisis con los datos de la rejilla: Análisis de Correspondencias (una variante del análisis factorial más apropiada para los datos de rejilla), análisis de conglomerados ("Two-way cluster analysis"), matrices de distancias y de correlaciones tanto para elementos como para constructos, y análisis de conflictos. Calcula los siguientes índices cognitivos globales: Diferenciación (PVEPF: Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor), Intensidad, índice de Bieri, Poder Discriminativo, Extremidad de Puntuaciones (polarización), Indefinición, Sesgo de extremidad, Amplitud de respuesta, índice de conflictos, Dilemas Implicativos y Puntaje FIC (Construcciones Funcionalmente Independientes). Calcula los siguientes índices por cada elemento y cada constructo: Coordenadas y contribuciones, Intensidad, Poder Discriminativo y Extremidad. Proporciona los siguientes gráficos (tanto en pantalla como por impresora/fichero): Diagramas con etiquetas para cada eje, dendrogramas de constructos y de elementos, y una presentación de la rejilla con los datos reconstruidos.

Es importante mencionar que se puede encontrar la nueva versión (RECORD 5.0), la cual se encuentra en línea (<http://www.tecnicaderejilla.net/record>).

IV. Fase de interpretación

A partir de los resultados arrojados por el análisis matemático realizado en la fase anterior se realiza una interpretación de dichos datos.

Feixas y Cornejo (1996) señalan que el sistema de reducción de datos para las rejillas, se trata de una forma de análisis factorial no paramétrico.

3.5 Estudios relacionados con el tema

Un punto de comienzo en el estudio de los conflictos cognitivos fue el trabajo de Hinkle (1965; citado en Puhakka, 2013), quien dirigió su atención al significado clínico de estos conflictos y observó que en algunas situaciones los pacientes construyen su sintomatología con una gran carga de implicación positiva. Así, el síntoma se asocia a aspectos positivos que en muchos casos tienen que ver con características que definen la identidad del propio paciente. El abandono de estos aspectos representaría una amenaza para el “sí mismo”. Se observa como el paciente se enfrenta en estas situaciones a un dilema en el que, por una parte está el deseo de abandonar la sintomatología, con todos los aspectos negativos que ella acarrea, pero por otra parte, se encuentra que esta misma sintomatología está cargada de connotaciones e implicaciones relacionadas con definiciones positivas de sí mismo y que su abandono implicaría pasar a un polo opuesto e indeseable para el propio paciente (Ávila Espada et al., 2001).

Otra investigación en este campo es la realizada por Fernandes y Goncalves (1999), quienes realizaron una investigación llamada “Constructos personales del Self en cambio”; el objetivo principal de dicha investigación fue analizar la relación entre la organización estructural cognitiva y la construcción del self en cambio en pacientes depresivos y agorafóbicos. El desarrollo de esta investigación postula la hipótesis de que “individuos con organizaciones estructurales diferentes construyen de manera diferente el self en cambio. Esta hipótesis se basa en el modelo constructivista de Guidano (1987, citado en Fernandes y Goncalves, 1999) según el cual individuos con distintas estructuras de organización nuclear (fóbicos, depresivos, obsesivo-compulsivos, con trastornos alimentarios) interpretan su realidad personal de manera propia y distinta. Los resultados arrojados por el programa RECORD indican que los participantes del grupo de agorafóbicos compartían una construcción emocionalmente pobre, un índice de baja autoestima y un autoesquema de peligro, mientras que los depresivos compartían una autoconstrucción negativa, baja autoestima, alta distancia self-otros y un autoesquema de negativismo. En

resumen los resultados presentados indican la existencia de diferencias de la construcción del Self en cambio entre sujetos agorafobicos y depresivos.

Por su parte, Carretero, Feixas, Pellungrini y Saúl Gutiérrez (2001) realizaron una investigación llamada Fobia Social desde un enfoque Constructivista, cuyo objetivo era explorar los conflictos cognitivos en la fobia social en donde se compara la presencia y número de conflictos cognitivos en una muestra de sujetos diagnosticados con fobia social y una muestra de sujetos normales. En cuanto a los resultados se encontró que en el sistema cognitivo del fóbico social, el dilema implicativo tiende a estar presente frecuentemente y en un número muy superior al de los sujetos normales. Aunque es frecuente que el dilema haga referencia directa a la naturaleza de la problemática del paciente (esto es constituya un “dilema implicativo relativo a la competencia social”), este tipo de conflictos no se dan en todos los sujetos. Además, la proporción de estos dilemas en los distintos sujetos fóbicos es muy variable.

Otra investigación de relevancia en este ámbito es la desarrollada por Feixas y Saúl (2004), titulado Proyecto Multicéntrico Dilema; es importante mencionar que para la realización de este proyecto se recurre a la colaboración de distintos centros de investigación. Por otra parte el Proyecto Multicentrico tiene el propósito de determinar el papel de los dilemas personales en una amplia gama de problemas de salud. El Proyecto Multicéntrico Dilema (PMD) se inició como un proyecto de investigación en 1999 para investigar el papel de los dilemas en diversos problemas de salud físicos y mentales, y para concebir y aplicar métodos terapéuticos centrados en la resolución de estos dilemas. Dicho proyecto indica que el conceptualizar los problemas humanos en términos de conflictos cognitivos o dilemas personales es una forma de comprenderlos desde una perspectiva constructivista. De esta manera, viviendo desde el polo sintomático, el sujeto está validando otro conjunto de constructos sobre su identidad asociados a este polo. Un cambio al polo contrario, el polo deseado, implicaría abandonar parte de su identidad, lo que conllevaría un cambio central en el sistema de construcción del cliente.

Con base en este proyecto se señala que los dilemas implicativos se pueden identificar empleando la TR, y cada rejilla los mide en términos de su presencia (o ausencia), así como en función de la proporción de dilemas encontrados. Los resultados obtenidos hasta ahora dentro del Proyecto Multicéntrico Dilema indican que un tercio de un grupo no clínico presenta dilemas implicativos, lo cual sugiere que los dilemas (al menos los detectados mediante la TR) son parte del estrés de la vida habitual o “normal”. Sin embargo, son más comunes (y más numerosos) en sujetos que piden ayuda en servicios psicoterapéuticos. Esto fue especialmente evidente para dos condiciones clínicas investigadas: la fobia social y el Síndrome de Intestino Irritable (SII). Los datos con clientes en terapia muestran que la terapia psicológica, incluso cuando no va dirigida específicamente hacia la resolución de dilemas implicativos, produce una reducción estadísticamente significativa en el número de estos conflictos cognitivos. Estos resultados sugieren que se debería prestar más atención hacia los dilemas implicativos, tanto como característica personal como en el proceso de terapia. La presencia de conflictos cognitivos parece ser común a través de muchas condiciones clínicas y categorías diagnósticas.

Otro estudio basado en la Teoría de los Constructos Personales es el realizado por Benasayag, Feixas, Laso, Mearin y Saúl (2004) quienes realizaron un estudio exploratorio titulado “Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII)”. En este estudio se exploraron algunas características cognitivas y sintomáticas de 13 pacientes consultantes con (SII), comparados con una muestra de 63 sujetos no consultantes sin síntomas del SII ni psicopatológicos. Como resultados se obtuvo que los pacientes con SII muestran más conflictos cognitivos que los sujetos normales.

Otra investigación en este ámbito es la realizada por Montesano Del Campo (2007) quien realizó un estudio llamado Identidad y narrativa en la distimia: Análisis de contenido de constructos personales, en donde la muestra del estudio consta de 106 personas, divididas en 2 grupos: grupo control y muestra clínica. La muestra clínica consta de 53 personas que acudieron a psicoterapia en consultas privadas, en dichas consultas se exploró la narrativa, operativizada como

constructos personales, de personas con distimia. Para ello primero se examinó, mediante el sistema de categorías de constructos personales, el contenido general del sistema de construcción de los distímicos (n = 53) y se procedió a comparar con una muestra no clínica (n = 53). En cuanto a los resultados, se encontró que las personas con distimia utilizan significativamente más constructos de tipo emocional, y menos de tipo intelectual. Las dimensiones de significado “fuerte-débil” y “tolerante-autoritaria” resultan de especial relevancia en la narrativa de los distímicos. Por otro lado, el contenido de los constructos congruentes de los dilemas implicativos, que reflejan aspectos relacionados con la identidad y los valores, pertenecen en su mayoría al ámbito de la moralidad y la calidez emocional. Mientras que los constructos discrepantes presentan contenido vinculado al ámbito de la afectividad y especialmente a la dimensión de significado “fuerte débil”.

Por su parte Feixas, Montesano y Varlotta (2009) realizaron un estudio titulado “Análisis de Contenido de Constructos Personales en la Depresión” en el que el propósito fue realizar un análisis de contenido de los constructos personales en pacientes con depresión. Es importante destacar que actualmente no existe ningún estudio que haya explorado de forma sistemática las dimensiones de contenido más significativos para esta población. En dicha investigación se hipotetizó que el contenido de los sistemas de construcción de la muestra depresiva es distinto al de la población normal.

En concreto los autores hipotetizaron que la población clínica presenta mayor frecuencia de constructos de tipo moral y emocional en comparación con la muestra no clínica. Para poner a prueba estas hipótesis los autores analizaron los constructos de 106 sujetos, con edades comprendidas entre 19 y 57 años, divididas en dos grupos (un grupo clínico de personas diagnosticadas con alguna modalidad depresiva unipolar y otro grupo no clínico).

Posteriormente se categorizó el contenido de los constructos elicitados con la TRCP por medio del Sistema de Categorías de Constructos Personales (SCCP). Los resultados indican que existen diferencias significativas entre las distribuciones de frecuencia del contenido de ambas poblaciones.

Por su parte, Compañ, Dada, Del Castillo, Feixas, y Montebruno (2010) realizaron un estudio en el que exploraron las estructuras cognitivas de pacientes afectadas de bulimia nerviosa, y se exploró la presencia de dilemas implicativos. Se comparó un grupo de treinta y dos mujeres con diagnóstico de bulimia nerviosa, con un grupo no clínico de treinta y dos mujeres. Todas las personas fueron evaluadas con la TRCP. Los resultados arrojados muestran que la presencia de dilemas implicativos fue más frecuente en el grupo clínico (71.9%) que en el grupo control (18.8%) y además se encontró mayor polarización y mayor discrepancia Yo-Ideal (especialmente cuanto más larga es la historia de bulimia nerviosa).

Por su parte, Balcázar Nava et al. (2012) realizaron una investigación denominada "Patrones de Construcción de Sí Mismo en Personas con y sin control metabólico con Diabetes Mellitus 2, dicho estudio explora la estructura cognitiva, entendida ésta como el sistema de constructos, en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2). En este estudio se exploró el Sí Mismo, el Ideal y los Otros, como indicadores de este sistema de construcción, usando la Técnica Rejilla de Constructos Personales (TRCP) en dos grupos con DM2, el primero de ellos sin adherencia al tratamiento y el segundo grupo, con adherencia al tratamiento. Por otra parte, los resultados arrojados indican índices de correlación entre el Sí Mismo, Yo Ideal y Otros que son diferentes en cada grupo, los resultados de las correlaciones del grupo de personas con adecuado control metabólico muestran correlaciones Yo-Ideal, Yo-Otros e Ideal-Otros, todas ellas bajas (entre .16 y .49), siendo la correlación Yo-Ideal, que es la indicativa de la autoestima, la más baja dichos resultados podrían ayudar en la explicación de su adherencia o no al tratamiento y se concluye que la TRCP es un sistema de evaluación que arroja información útil para la interpretación del mundo de la persona con un padecimiento crónico. El resultado del análisis de los elementos interpersonales revela que en general, padecer una enfermedad crónico-degenerativa como es la diabetes mellitus 2, impacta de manera negativa a la valoración del sí mismo.

En este mismo orden de ideas, Balcázar Nava et al. (2013) realizaron una investigación titulada: “Variables Personales y Psicosociales en Pacientes Adultos con Diabetes tipo 2”, en donde se buscó determinar las variables involucradas en un modelo que pronostique la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus 2. Se obtuvo que existen deficiencias en el estilo de vida de los participantes, siendo más características las deficiencias en el grupo de pacientes sin control metabólico, así mismo, existen en ambos grupos una alta prevalencia de estrés y de depresión, lo que puede llevar a complicaciones en el control de la enfermedad; en el caso de la depresión, se observan claras diferencias entre los pacientes controlados y los no controlados, siendo más altos los niveles de depresión en los pacientes descontrolados; una tercera parte de los participantes considera ser autoeficaz en el control de su enfermedad, lo cual habla de las dificultades de los pacientes para considerarse con confianza hacia el cuidado de su enfermedad, con consecuencias negativas de la percepción baja de este constructo sobre el logro de la adherencia; en cuanto a las variables sociodemográficas, destaca mayor porcentaje de mujeres con diabetes que de hombres, que es acorde con lo reportado por las estadísticas al respecto, la mayoría se controla con un esquema de tratamiento basado en medicación oral y son afiliados a sistemas de salud públicos. Por otra parte se encuentra que hay marcadas diferencias entre grupos en la forma de construirse a sí mismo y al mundo, es decir en cuanto a los constructos personales, los resultados indican que existe diferencias en la percepción del mundo intrapersonal y el mundo de los demás al contrastar estos constructos por grupos (controlados y no controlados metabólicamente) y se encontró que la diabetes mellitus constituye para las personas con diabetes mellitus de esta investigación, un alto en el camino que les permite identificar y diferenciar un antes de, y un después de, considerando a la enfermedad como esa condición que marca el punto de inicio de una vida diferente.

Hasta el momento se han descrito investigaciones que relacionan tanto a enfermedades crónico degenerativas y psicopatología, sin embargo referente a la obesidad y la utilización de la Técnica de la Rejilla, se ubica hasta el momento la

investigación realizada por Brante, Rojas, Miranda y Pérez-Luco (2011) realizaron un estudio llamado “Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica”, con un muestreo no probabilístico intencionado en 15 mujeres y 5 hombres, con edades entre 28 y 61 años. Todos los participantes, fueron diagnosticados con obesidad mórbida, habían sido categorizados aptos para acceder a cirugía bariátrica, tras evaluación psicológica y psiquiátrica.

Como instrumentos se utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI E-R, el Cuestionario de Autoevaluación OQ-45.2 y la Técnica de la Rejilla (TR). Los resultados obtenidos en relación a los constructos del autoconcepto, (TR) señalaron que poco más de la mitad (7 de 13), se incrementan significativamente a los seis meses después de la cirugía bariátrica. Se evidencia en los pacientes una autopercepción más positiva, con un importante aumento en la autoestima. Además se sienten más atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas. El resto de los constructos no varió significativamente.

Para finalizar hasta el momento se ha hecho alusión a la parte teórica que sustenta la presente investigación, por lo que a continuación se describirá la metodología empleada

V. MÉTODO

1. Objetivo General

Indagar el Sistema de Construcción Personal de dos grupos, uno de personas con obesidad y de un grupo control sin enfermedades, identificando las particularidades en cada uno de los grupos y si existen diferencias entre ellos, desde la teoría de los constructos personales.

1.1 Objetivos Específicos

1. Obtener la Estructura Cognitiva en dos grupos, uno de personas con obesidad y de un grupo control e identificar si existen diferencias en el número total de Constructos, de Constructos Congruentes, de Constructos Discrepantes, en la Diferenciación Cognitiva y en el Índice de Polarización.
2. Identificar cómo es la Construcción del Sí Mismo en dos grupos, uno de personas con obesidad y de un grupo control e identificar si hay diferencias en la Autoestima, en el Aislamiento Social Autopercebido, en la Adecuación Percibida en los Otros y en los Perfiles de Construcción del Sí Mismo.
3. Obtener los Conflictos Cognitivos en dos grupos, uno de personas con obesidad y de un grupo control e identificar si hay diferencias en el número de Constructos Dilemáticos y en el número de Dilemas Implicativos.
4. Clasificar los Constructos en dos grupos, uno de personas con obesidad y de un grupo control e identificar si hay diferencias en el Sistema de Categorías de Contenido de los Constructos Personales (Moral, Emocional, Relacional, Personal, Intelectual y Valores/Intereses).
5. Identificar las áreas involucradas en los Dilemas Implicativos de personas con obesidad y de un grupo control.

2. Tipo de Investigación

Esta investigación está enmarcada en la orientación epistemológica, positivista, ex post facto, de tipo transversal, con un diseño de una sola medición, de dos grupos, con un grupo cuasi control (Montero y León, 2005).

Es de tipo cuantitativo ya que utiliza la recolección de datos y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2003).

3. Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Desde la visión de la Psicología de la Salud se ha estudiado a la enfermedad y su relación con variables como la depresión, la ansiedad, estrés, estilo de vida, personalidad, entre otras, en innumerables estudios con enfoques cuantitativo y cualitativo. Es así como la enfermedad crónico-degenerativa se ha abordado debido a que representa una serie de pérdidas y de cambios en el ámbito individual, familiar y social y a diferencia de la enfermedad aguda, en ella se comprometen cambios en el estilo de vida de forma sostenida como parte del tratamiento.

En este sentido, el concepto de adquirir el papel de persona con enfermedad crónica, que no se curará, sino que sólo se tratará y que requiere una serie de cambios en el estilo de vida y que da a la persona una connotación de “enfermo”, podría suponer un impacto sobre la forma como construye su experiencia vital.

Tomando como inicial la idea de que la patología crónico-degenerativa no solo está determinada por factores netamente biológicos para desencadenar la enfermedad, sino que existe una relación con la estructura de la personalidad y los sistemas psicofisiológicos, las manifestaciones y el tipo de enfermedad están relacionados con la parte psicológica.

Dicha estructura de personalidad es definida o construida interactivamente a través de la interpretación personal de la experiencia vivida, tal y como lo propone la Teoría de los Constructos Personales, misma que plantea el estudio sistemático de la construcción de los significados por parte de las personas y que a su vez ha sido sustento de diversos estudios con diferentes entidades psicológicas (depresión, ansiedad, fobias, anorexia, bulimia, por ejemplo) y médicas (síndrome de colon irritable, fibromialgia, entre otras), en el entendido de que la enfermedad crónico-degenerativa implica una significación que implica un ajuste en el sí mismo y en la construcción de los que le rodean.

En lo que respecta a la presente investigación se abordara lo referente a la relación entre la obesidad y la construcción personal; ya que la obesidad resulta ser un padecimiento multicausal, sin embargo un aspecto a destacar es la forma en la que el individuo obeso se autopercibe.

De esta manera Turner, Hamilton, y Jacobs, (2004), señalan que la imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de algunas de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de este), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o una parte de este y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción).

La percepción del cuerpo, y su comparación social con las normas culturales, es uno de los elementos críticos para la identidad personal. La satisfacción con el cuerpo está relacionada con la personalidad, la autoestima y la ansiedad (Bolaños Ríos et al., 2010)

Mientras que la personalidad abarca todos los elementos que configuran y singularizan la conducta, la identidad es el conjunto de tales elementos que el sujeto elige para singularizarse y ser reconocido por los demás (Moreno, 2007).

Según Thucker (1984), en dicha identidad hay varios elementos configuradores que se desarrollan a lo largo del desarrollo: la imagen corporal, los autoesquemas y el autoconcepto como integración de los anteriores. En el caso

del primero, la percepción de nuestro cuerpo y su comparación social con las normas culturales es uno de los elementos críticos para la identidad personal, de modo que el somatotipo percibido parece predecir diferentes aspectos de la organización de la personalidad, y así, por ejemplo, la satisfacción con la propia imagen corporal está relacionada con la personalidad, autoestima y niveles de ansiedad (King y Manaster, 1977).

La literatura destaca que ciertas características psicopatológicas tienen un peso relevante en la etiología y mantenimiento de la obesidad, destacando la dimensión multifactorial propia de la patología. Tradicionalmente se ha relacionado la obesidad con la depresión, ansiedad, baja autoestima e insatisfacción corporal (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró, 2011).

A estos indicadores psicopatológicos podría sumarse una dificultad en las relaciones interpersonales (Behar, Rodrigo y Dunny, 2006).

Por su parte Campos (1993) identificó las siguientes características psicológicas de obesos adultos: pasividad, sumisión, preocupación excesiva por la comida, ingestión compulsiva de comidas y drogas, dependencia e infantilismo, insatisfacción de la imagen corporal, miedo de no aceptarse o quererse, dificultades de adaptación social, agresión bloqueada, sentimientos de abandono, inseguridad e intolerancia.

En la actualidad los trastornos de la alimentación son un problema sanitario de gran relevancia. Dentro de ellos, el sobrepeso y la obesidad se consideran síndromes complejos multifactoriales; para algunos autores su etiología está relacionada con la occidentalización de los hábitos alimentarios y el sedentarismo (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal y Filgueira, 2013).

Español Armengo y Mijan de la Torre (2006) señalan que es necesario implementar un tratamiento multidisciplinario e integral, ya que la obesidad requiere una atención que incida sobre los factores de riesgo asociados, como los biológicos, psicológicos y socioculturales, ya que los objetivos terapéuticos son el cuidado a la salud, la reducción de comorbilidades asociadas a la obesidad y la disminución del impacto en complicaciones posteriores.

Es así como se torna relevante para efecto de la presente investigación detectar si es que existe alguna configuración característica en particular con la enfermedad de la obesidad y que pudiesen existir diferencias en dicha configuración al contrastarla con un grupo de personas sin enfermedad crónica.

Por lo planteado anteriormente, el Problema de Investigación es:

¿Existirán diferencias en el Sistema de Constructos a partir de la identificación de la persona como enfermo o no enfermo de obesidad?

La Técnica de la Rejilla de los Constructos Personales (TRCP) tiene como objetivo conocer la construcción personal que presenta cada persona, para tal situación en primer momento se obtienen índices pertenecientes a la estructura cognitiva dichos índices son: constructos, constructos congruentes, constructos discrepantes, diferenciación cognitiva y polarización.

Otro elemento de interés es la construcción de sí mismo, que se integra por índices como: autoestima, aislamiento social autopercibido y adecuación percibida en los otros. Los conflictos cognitivos permiten conocer la construcción personal, es por ello que este elemento se encuentra integrado por índices como: constructos dilemáticos y dilemas implicativos.

Derivado de lo anterior, las preguntas específicas de investigación son:

- ¿Existirá diferencias en la estructura cognitiva que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad?
- ¿Existirá diferencias en la construcción del sí mismo que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad?
- ¿Existirá diferencias en los conflictos cognitivos que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad?

4. Definición de variables

Sistema de Constructos Personales

- *Definición Conceptual:* Construcción que la persona realiza acerca de sí mismo y de su mundo personal mediante su interpretación de los acontecimientos para aprender la realidad de acuerdo con sus sistemas de construcción, que dependen del tipo de supuestos en los que se basan y los valores que le asignan a las cosas (Gurrola Peña, 2003; Padilla Carmona, 2001). Esta construcción incluye la conducta, pensamiento y emoción, elementos que ayudan a la construcción del significado.
- *Definición Operacional:* La obtención de los constructos personales que se realizó mediante la Técnica de La Rejilla De Constructos Personales (TRCP) y que incluye un mínimo de 10 elementos y mínimo 10 pares de constructos obtenidos de la propia aplicación de la técnica con el participante y tras su análisis con el programa RECORD derivó algunos índices de medida cognitivos que de acuerdo con Mancini y Semerari (1990; citados por Feixas y Cornejo, 1996), están relacionados con el sistema de constructos en la Teoría de los Constructos Personales (Botella y Feixas, 1990; citados por Padilla Carmona, 2001). Los índices de medida cognitivos se agrupan en cuatro grandes áreas: 1. Estructura Cognitiva, hace referencia al número total de Constructos, a los Constructos Congruentes, a los Constructos Discrepantes, a la Diferenciación Cognitiva y a la Polarización. 2. Construcción del Sí Mismo, que agrupa las medidas de la Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido, Adecuación Percibida en los Otros y Perfiles de Construcción del Sí Mismo. 3. Conflictos Cognitivos, incluye los Constructos Dilemáticos y los Dilemas Implicativos. 4. Análisis de Contenido, que hace referencia a la clasificación de los constructos en el SCCC (Feixas et al., 2009) y a las áreas involucradas en los Dilemas Implicativos.

A partir de la TRCP, que es la técnica de base, se originan las siguientes medidas, definidas a continuación tanto conceptual como operacionalmente.

1. Estructura Cognitiva

Número total de Constructos

- *Definición Conceptual:* Proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema, ya que si la persona dispone de un sistema de Constructos diferenciados, es decir, de bastante cantidad de ellos, se presupone que construye su mundo personal de forma multidimensional (Feixas y Botella, 1998). Se considera una medida de complejidad cognitiva (diferenciación), aunque probablemente está asociada a factores de capacidad verbal (Feixas, Antequera, Almuedo y Bach, 2006).
- *Definición Operacional:* Número de Constructos elicitados en diadas.

Constructos Congruentes

- *Definición Conceptual:* Son los puntos fuertes de una persona, podrían ser nucleares para su identidad y por tanto muy resistentes al cambio (Feixas, De la Fuente y Soldevila, 2003).
- *Definición Operacional:* Aquellos Constructos en los que el “Yo Actual” y el “Yo Ideal”, coinciden en el mismo polo (puntuaciones con una diferencia igual o menor que 1).

Constructos Discrepantes

- *Definición Conceptual:* “Indican aquellos aspectos que no le gustan a la persona de sí misma y que le gustaría cambiar en el sentido opuesto – su ideal” (Feixas et al., 2003, p. 162).
- *Definición Operacional:* Hace referencia a aquellos Constructos en los que el “Yo Actual” se sitúa en un polo y el “Yo Ideal” en el polo opuesto (Feixas et al., 2003; con una diferencia igual o mayor a 4 puntos en entre el “Yo Ahora” y el “Yo Ideal”).

Diferenciación Cognitiva

- *Definición Conceptual:* Para Bieri y cols. (1996; citados por Feixas y Cornejo, 1996, p. 54) es "... la capacidad para construir la conducta social de un modo multidimensional. Cuanto más compleja cognitivamente es una persona, tendrá un sistema de dimensiones más diferenciado para percibir la conducta de los demás". La diferenciación tiene que ver con la dimensionalidad del sistema de constructos; esto es, con el número de dimensiones independientes que permiten la transformación de la información acerca de los estímulos sociales en juicios sobre la conducta. La persona cognitivamente compleja puede construir los acontecimientos desde puntos de vista distintos, no solo desde uno (sí-no, bueno-malo), como lo haría una persona cognitivamente simple. Marce (1995; citado en Feixas y Cornejo, 1996), indica que la dimensión complejidad-simplicidad cognitiva es la medida en que el sujeto aplica sus constructos interpersonales de forma distinta a distintas personas, por lo que en una persona cognitivamente compleja sus constructos producirán agrupaciones muy diferentes entre los elementos, mientras que una persona cognitivamente simple, aplica sus constructos de forma similar a distintas personas.

Definición Operacional: En el RECORD la complejidad cognitiva se obtiene a partir de comparar las filas (constructos) dos a dos y hacer un recuento de todas las puntuaciones que coinciden para cada elemento. En el caso de las rejillas con puntuaciones de intervalo, se considera el porcentaje de varianza explicado por el primer factor (PVEPF) a partir de la matriz de datos reconstruidos, considerando los constructos que puntúan en un sentido diferente de datos (Feixas et al., 2009).

Polarización

- *Definición Conceptual:* El uso de puntuaciones extremas se relaciona en la Teoría de los Constructos Personales con el grado de significación de un constructo o de un elemento. En el caso de la rejilla en su totalidad, la

proporción total de puntuaciones extremas se ha considerado como una forma de rigidez cognitiva y construcción polarizada (Feixas y Cornejo, 1996).

- *Definición Operacional:* En el RECORD, se proporciona el promedio general de puntuaciones extremas tanto de los constructos como de elementos, denominado Polarización Total.

2. Construcción de Sí Mismo

Autoestima

- *Definición Conceptual:* Denominada también en la Teoría de los Constructos Personales como la Diferenciación entre el Yo y el Ideal; es una apreciación de cómo se valora la persona en sus propios términos; La autoestima tiene un papel en el funcionamiento efectivo y en el bienestar subjetivo, mientras que un gran número de trastornos psicológicos, se relacionan con una autoestima deficiente o elevada (Feixas y Cornejo, 1996).
- *Definición Operacional:* En el programa RECORD, es la distancia entre el Yo Actual y el Yo Ideal, expresada en un coeficiente producto-momento entre estos elementos.

Aislamiento Social Autopercebido

- *Definición Conceptual:* Es el resultado de la diferenciación entre el Yo y los Otros. En la Teoría de los Constructos Personales, la forma en que la persona elabora la construcción del sí mismo es esencialmente la forma en que la persona elabora la construcción de los otros, ya que no hay un concepto del sí mismo sino un constructo bipolar (self-no self). Se considera que este es un indicador de un aspecto central de la construcción interpersonal (Feixas y Cornejo, 1996).
- *Definición Operacional:* En el RECORD, la diferenciación entre el sí mismo y los otros se halla mediante la construcción de un elemento artificial

denominado Otros, resultante del promedio de las puntuaciones de todos los elementos (excepto el Yo Ahora y el Ideal) y la distancia con el Yo, expresada en una correlación producto-momento.

Adecuación Percibida en los Otros

- *Definición Conceptual:* Es el resultado de la diferenciación entre el Ideal y los Otros. En la práctica, una alta correlación negativa puede indicar una insatisfacción de la persona con quienes le rodean y una alta correlación positiva sugiere la visión de que otros son buenos (Feixas y Cornejo, 1996).
- *Definición Operacional:* En el programa RECORD, se obtiene mediante la construcción del elemento artificial denominado Otros, resultante del promedio de las puntuaciones de todos los elementos (excepto el Yo y el Ideal) y la distancia con el Ideal, expresada en una correlación producto-momento. Integración Jerárquica del Sistema.

Perfiles de Construcción del Sí Mismo

- *Definición Conceptual:* Es el resultado de la interpretación conjunta de los índices de Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y Adecuación Percibida en los Otros, que es una orientación acerca del autoconcepto de la persona (Feixas et al., 2003).
- *Definición Operacional:* Es una interpretación conjunta de las correlaciones entre las puntuaciones que involucran a la Autoestima, el Aislamiento Social Autopercebido y la Adecuación Percibida en los Otros, que conducen a la obtención de perfiles tentativos de la construcción del sí mismo en cinco combinaciones posibles, con un punto de corte de las correlaciones de .20
 - Perfil de Positividad: Correlación alta y de signo positivo entre Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido y de Adecuación Percibida en los Otros. Hace referencia a personas con una visión de sí mismas y

de los otros, positiva; estas personas no presentan conflictos ni áreas de su vida con déficits en su bienestar psicológico (Feixas et al., 2003).

- Perfil de Superioridad: Correlación positiva Yo Actual-Yo Ideal, correlación negativa Yo Actual-Otros y correlación negativa Yo Ideal-Otros. De acuerdo con Feixas et al. (2003, pp. 165-166) “describe sujetos que creen ser superiores a los otros...Puede señalar posibles trastornos de la personalidad narcisista o bien antisocial”.

- Perfil de Negatividad: Los índices de Aislamiento Social Autopercebido es positivo, mientras que los de Autoestima y de Adecuación Percibida en los Otros son negativos o de baja magnitud (Feixas et al., 2003). “Describe sujetos pesimistas y podría ser indicativo de síntomas depresivos” (p. 166).

- Perfil de Aislamiento: Los índices de Autoestima y de Aislamiento Social Autopercebido son bajos o negativos, mientras en de Adecuación Percibida en los Otros es positivo. Para Feixas et al. (2003), hace referencia a personas con una tendencia a interpretar de forma negativa la información referente a ellos y de manera positiva la información referida a los otros.

- Perfil de Resentimiento: Feixas et al. (2003) indican que este perfil muestra un índice de Autoestima, de Aislamiento Social Autopercebido y de Adecuación Percibida en los Otros, todos cercanos a cero o de signo negativo. Hace referencia a personas que no tienen buen autoconcepto y que ven en los demás una falta de adecuación (los otros deberían ser de otra forma) para estas personas, su malestar está relacionado con las actitudes de los otros hacia ellos y experimentan sentimientos de rencor y de rabia.

3. Conflictos Cognitivos

Constructos Dilemáticos

- *Definición Conceptual:* Los Constructos Dilemáticos son una forma de conflictos cognitivos donde el dilema ocurre en los dos polos de un único constructo y esos polos no constituyen alternativas deseables para el sujeto. En este tipo de situaciones, el Constructo pierde su funcionalidad, ya que la persona no sabe cómo le gustaría ser; no tiene referencias claras en su sistema cognitivo y necesitaría nuevas construcciones con las que orientarse. En palabras de Feixas et al. (2003, p. 163) "...son constructos que ya no le sirven [a la persona] para orientar sus esfuerzos, definir sus preferencias o tomar decisiones claras".
- *Definición Operacional:* El "Yo Ideal" se sitúa en un punto medio (puntuación de 4), sin decidirse por ninguno de sus dos polos del constructo.

Dilemas Implicativos

- *Definición Conceptual:* Son una forma de conflictos cognitivos en los que existe un aspecto del Sí Mismo que es insatisfactorio y que se desearía cambiar pero que está asociado fuertemente a aspectos positivos y satisfactorios de la identidad de la persona y que es difícil cambiar. El cambio es tan difícil porque implicaría el posible abandono de alguno de esos aspectos positivos y nucleares, lo cual representaría una amenaza para la identidad de la persona (Feixas et al., 2003).
- *Definición Operacional:* El programa RÉCORD detecta los Dilemas Implicativos, que son dos pares de constructos, uno de ellos congruente, con un polo indeseable, que se asocia por una correlación igual o mayor a .20, con un constructo que se denomina como polo deseable, pero que está asociado a un constructo que es discrepante.

4. Análisis de Contenido

El SCCP en su versión original (Feixas Viaplana, Geldschläger, Carmona Monferrer y Garzón Ruiz, 2002), contemplaba un total de 6 áreas temáticas que se desglosaban en 45 categorías exclusivas, mismas que en la actualidad, están organizadas en 7 áreas que al mismo tiempo, se desglosan en 49 categorías. Las áreas, de acuerdo con el sistema original se organizan jerárquicamente para incrementar la fiabilidad del sistema y evitar posibles solapamientos entre las mismas. Si un constructo puede ser codificado en dos o más áreas, se clasifica en el área de rango superior de acuerdo con el siguiente orden: 1. Moral, 2. Emocional, 3. Relacional, 4. Personal, 5. Intelectual/Operacional, 6. Valores e Intereses y 7. Salud. Dentro de cada tarea no hay establecido ningún orden jerárquico para las categorías.

A efecto de tener un panorama general de las áreas y de los constructos prototipos que se incluyen en cada área, se presentan a continuación (Feixas et al., 2002):

1. Área Moral: Se trata de una valoración que hace el sujeto con respecto al valor moral de la persona descrita o del elemento. Esta valoración supone un juicio acerca de su bondad, generosidad, equidad, o cualquier otra característica de este género.
2. Área Emocional: Consiste en algún tipo de discriminación con respecto al grado de emocionalidad o sexualidad de la persona descrita, a su actitud emocional ante la vida (p. ej. optimismo), o bien con respecto a emociones específicas.
3. Área Relacional: Se trata de todos aquellos aspectos que describen la modalidad de relación con los demás. Aunque en último término todos los constructos pueden afectar las relaciones, esta área se reserva para aquellos que son específicos del ámbito relacional.
4. Área Personal: Se refiere a una variedad de características tradicionalmente adscritas al área de la personalidad, carácter o forma de

ser, excluyendo aquellas más típicamente morales, relacionales y emocionales que ya han quedado incluidas en áreas anteriores.

5. Área Intelectual: Conciernen a los aspectos relacionados con toda una variedad de capacidades, habilidades y conocimientos, tanto en el orden intelectual como en el operativo.

6. Área de Valores e Intereses: Como su nombre indica en este área se incluyen los constructos que hacen referencia a los valores ideológicos, religiosos, o específicos, así como intereses diversos (musicales, culturales, deportivos, etc.).

7. Área de Salud Corporal: Evalúa aquellas actitudes y percepciones relacionadas con la salud de la persona o de los elementos a los que se evalúan.

5. Planteamiento de hipótesis

La hipótesis de trabajo es la siguiente:

El Sistema de Constructos Personales en personas con obesidad es diferente al Sistema de Constructos de personas sin enfermedad”

A partir de la hipótesis de trabajo indicada en el párrafo anterior, las hipótesis estadísticas son:

Ho1. No hay diferencia estadísticamente significativa en el Número Total de Constructos que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi1. Existe diferencia estadísticamente significativa en el Número Total de Constructos que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho2. No hay diferencia estadísticamente significativa en el Número de Constructos Congruentes que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi2 Existe diferencia estadísticamente significativa en el Número de Constructos Congruentes que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho3. No hay diferencia estadísticamente significativa en el Número de Constructos Discrepantes que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi3. Existe diferencia estadísticamente significativa en el Número de Constructos Discrepantes que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho4. No hay diferencia estadísticamente significativa en la Diferenciación Cognitiva que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi4. Existe diferencia estadísticamente significativa en la Diferenciación Cognitiva que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho5. No hay diferencia estadísticamente significativa en la Polarización que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi5. Existe diferencia estadísticamente significativa en la Polarización que presentan personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho6. No hay diferencia estadísticamente significativa en la Autoestima de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi6. Existe diferencia estadísticamente significativa en la Autoestima de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho7. No hay diferencia estadísticamente significativa en el Aislamiento Social Autopercebido de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi7. Existe diferencia estadísticamente significativa en el Aislamiento Social Autopecibido de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho8. No hay diferencia estadísticamente significativa en la Adecuación Percibida en los Otros de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi8. Existe diferencia estadísticamente significativa en la Adecuación Percibida en los Otros de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho9. No hay diferencia estadísticamente significativa en los Perfiles de Construcción del Sí Mismo de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi9. Existe diferencia estadísticamente significativa en los Perfiles de Construcción del Sí Mismo de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho10. No hay diferencia estadísticamente significativa en el número de Constructos Dilemáticos de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi10. Existe diferencia estadísticamente significativa en el número de Constructos Dilemáticos de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho11. No hay diferencia estadísticamente significativa en el número de Dilemas Implicativos de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi11. Existe diferencia estadísticamente significativa en el número de Dilemas Implicativos de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Ho12. No hay diferencia estadísticamente significativa en la pertenencia a las áreas del Sistema de Categorías de Contenido de los Constructos Personales de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

Hi12. Existe diferencia estadísticamente significativa en la pertenencia a las áreas del Sistema de Categorías de Contenido de los Constructos Personales de personas con obesidad y personas sin enfermedad.

6. Definición de la población de Estudio

Se trabajó con un muestreo de tipo propositivo. La muestra estuvo constituida de la siguiente manera:

– En el caso del Grupo 1, fueron un total de 30 personas con diagnóstico de obesidad, todos ellos originarios de la Ciudad de Toluca y poblaciones aledañas, cuyas edades estaban en un rango entre los 27 y los 54 años de edad, 10 hombres y 20 mujeres, que sabían leer y escribir, con diferente nivel de escolaridad (desde primaria hasta universidad), con estado civil diverso (solteros, casados y divorciados), con números de hijos entre 0 y 4, con ocupación diversa (empleado, ama de casa y desempleados) y que aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio.

– En el caso del grupo 2, este grupo quedó constituido de 30 participantes, todos ellos originarios de la Ciudad de Toluca y poblaciones aledañas, cuyas edades estaban en un rango entre los 24 y 53 años de edad, 7 hombres y 23 mujeres, que sabían leer y escribir, con diferente nivel de escolaridad (desde primaria hasta doctorado), con estado civil diverso (solteros, casados y divorciados), con números de hijos reportados entre 0 y 5, con ocupación diversa (empleado, ama de casa, estudiantes y desempleados) y que aceptaron colaborar en el llenado de la Técnica Rejilla de Constructos Personales.

Criterios de exclusión: En ambos grupos, se excluyeron a aquellas personas que presentaban alguna forma de retraso mental o disfunción cerebral orgánica que impidiera o dificultara la contestación de las pruebas. En cuanto a las limitaciones, los resultados sólo pueden ser generalizables a las muestras de investigación.

7. Selección de la Técnica de Investigación

-Técnica de la Rejilla de Constructos Personales (TRCP): La técnica de la Rejilla es un instrumento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal que se deriva de la Teoría de los Constructos Personales y pretende captar la forma en que la persona da sentido a su experiencia en sus propios términos. Por sus características no se trata de una prueba convencional sino de una forma de entrevista estructurada orientada a explicar y analizar los constructos con los que la persona organiza su mundo. La TRCP. La TRCP es un formato de entrevista que genera una matriz de datos que se someten a varios análisis para revelar su estructura aparente e implícita y que se procesa con el programa RECORD (Senra, Feixas y Fernández, 2001). Cabe señalar que se empleó la versión de Rejilla al cual se incluyeron figuras fijas a los constructos (Agradable, Sociable y Atractivo), para atender a objetivos de la investigación cuidando se conservará su versión original en donde se toma el acuerdo de que sean al menos 14 pares de constructos, La aplicación de la Técnica consta de cuatro pasos fundamentales (Fernández Ballesteros, 1992; citado por Padilla Carmona, 2001):

- 1) Elección de los elementos a utilizar: se hace referencia a personas, situaciones, eventos, objetos físicos, preferencias o actitudes; siempre y cuando éstas sean susceptibles de conceptualización a través de constructos. Estos elementos, son roles de las personas significativas en la vida del cliente
- 2) y que por ejemplo pueden incluir madre, padre, hermano o pareja y que serán colocados en las columnas (Gurrola Peña, 2003).
- 3) Establecimiento de los constructos relevantes para los elementos: Una vez seleccionados los elementos, comienza el proceso de selección y definición de los constructos personales, proceso en el que Kelly (1965, citado en Padilla Carmona, 2001) propone diferentes formas para obtenerlos, basados en la presentación de tríadas o díadas de elementos, ante los cuales el sujeto tiene que indicar una característica que

comparten, para posteriormente preguntarle cual será en su opinión, lo contrario de dicha característica; en caso de dificultársele discernir la similitud, se le pregunta a la persona por la diferencia.

4) Representación de los datos: Dados los elementos y los constructos, la TRCP es una matriz de datos, una tabla de doble entrada en la que los elementos constituyen las columnas y los constructos, las filas. Para poder asignar las puntuaciones que van colocadas en cada rejilla, se puede hacer asignando puntuaciones con valores 0, 1 ó 2 o bien, utilizando puntuaciones en escala del 1 al 7 tipo Likert, como fue el sistema de calificación de esta investigación.

5) Análisis de Información: Se realizó a través del uso de un programa (RECORD) para su procesamiento. En esta investigación, se trabajó con un formato en el que se solicitó a cada participante al menos 10 elementos, incluyendo al Yo Actual, Yo Antes, Yo Ideal, Personas Significativas diversas (madre, padre, pareja o expareja, familiares o amigos), Persona Non Grata y Yo Ideal. En el caso del 1, se pidió al Yo Antes de la Enfermedad). En el caso del grupo 2 se pidió que incluyeran el Yo Antes, basándose en una experiencia significativa por la que hubieran pasado. Conforme a las condiciones para aplicar la TRCP, se pidieron al menos 14 parejas de constructos que fueron elicitados por el procedimiento de preguntarle a la persona por características que comparten o en las que difieren dos personas (díadas) y se asignaron las puntuaciones en escala tipo Likert con un rango entre 1 a 7.

-Ficha Sociodemográfica está constituida por 12 oraciones que preguntan algunos datos relacionados con género, edad, condición socioeconómica, de los participantes y que tienen diferentes opciones de respuesta

8. Diseño de Investigación

El estudio con el que se trabajó, como ya se comentó anteriormente es de tipo comparativo ya que se buscó especificar las propiedades, y características de dos

muestras, para lo que se utilizó un diseño de dos grupos, con una sola medición (Hernández Sampieri et al., 2003).

9. Captura de Información

Se solicitó la colaboración del público en general con algún grado de obesidad de la Ciudad de Toluca y poblaciones aledañas, se concretó una primera entrevista personal con los candidatos para informarles en qué consistiría su participación así como la aplicación de la Técnica.

Cabe aclarar que la TRCP, requiere de un manejo especializado, por lo que el aplicador recibió capacitación para su manejo con los participantes, captura, calificación e interpretación.

Se contactó a cada uno de los participantes, se acordó una hora y fecha para la aplicación de la TRCP y de la ficha de datos sociodemográficos.

Al inicio de la aplicación, se hizo nuevamente de su conocimiento a cada participante acerca del objetivo de la investigación mediante la lectura y entrega en copia de una carta de consentimiento informado y se solicitó firmaran en una lista elaborada específicamente para dicho fin. De inicio se explicó que se realizaría un ejercicio que ayude a entender cómo el sujeto ve su mundo. Se aplicó la TRCP en un rango de tiempo de aproximadamente una hora, treinta minutos. En el caso de los participantes pertenecientes a ambas muestras, se aplicó en tiempo y lugar asignado por cada uno de ellos, atendiendo a explicar el objetivo de la investigación, pidiéndoles firmaran la carta de consentimiento informado, se les preguntaron los datos sociodemográficos y se le aplicó la TRCP a cada participante. Una vez terminado el procedimiento de aplicación, se agradeció a cada participante su colaboración y se realizó el proceso de captura y procesamiento de análisis de la información en conjunto.

10. Procesamiento de Información

La TRCP además de ser un proceso extensivo que da cuenta de la estructura y dinámica entre los componentes de la personalidad, permite la exploración de ésta en términos cuantitativos a través del uso de un programa diseñado para tal efecto (<http://www.tecnicaderejilla.net/record>).

El RECORD (Feixas y Comejo, 1996), permite la obtención de los índices que se especificaron en los objetivos planteados al inicio del método, de una forma relativamente rápida y sencilla, ya que permite el ingreso de los datos por parte del personal y el programa se encarga de procesar la información.

Cabe aclarar que para obtener la información concerniente al número de Constructos Congruentes, de Constructos Discrepantes y de Constructos Dilemáticos, es necesario que una vez ingresado cada protocolo al programa RÉCORD, estos datos se obtengan de manera manual por personal capacitado para tal efecto.

En el caso de la parte descriptiva, se obtuvieron frecuencias y porcentajes de algunas medidas como del número de Constructos Congruentes, de Constructos Discrepantes, de Constructos Dilemáticos, de Dilemas Implicativos, de la Autoestima, del Aislamiento Social Autopercebido y de la Adecuación Percibida en los Otros.

Para obtener los Perfiles de Construcción del Sí Mismo, fue necesario obtener las correlaciones de la Autoestima, del Aislamiento Social Autopercebido y de la Adecuación Percibida en los Otros y ver las combinaciones posibles de correlaciones altas o bajas para poder indicar el perfil del participante en alguna de las 5 clasificaciones posibles (Positividad, Superioridad, Negatividad, Aislamiento o Resentimiento).

Para realizar las comparaciones, una vez que se obtuvieron los índices descritos antes con el RECORD, los datos de interés para el estudio se conformaron en una base de datos elaborada con el programa SPSS 16.0 y se utilizó una prueba t de Student para muestras independientes, trabajando para tal

efecto a .05 de significancia, para la aceptación o rechazo de las hipótesis nulas y alternas respectivas para cada objetivo que tenían que ver con las comparaciones entre grupos. Así mismo se utilizó Chi cuadrada para evaluar correlaciones entre grupos a un nivel de .05 de significancia.

Finalmente, para la asignación de los constructos y determinar su pertenencia dentro del Sistema de Categorías de Contenido para codificar Constructos Personales (SCCCP), se utilizó el procedimiento indicado por Feixas Viaplana, Geldschläger, Carmona Monferrer y Garzón Ruíz (2002), que consiste de un sistema que agrupa 45 categorías de contenido para la clasificación de los constructos personales y que se estructuran al mismo tiempo en 7 áreas básicas posibles: Moral, Emocional, Relacional, Personal, Intelectual, Valores/Intereses y área de Salud Corporal.

En base a lo anterior, se codificaron las rejillas por dos alumnas de la licenciatura en Psicología, que fueron entrenadas previamente bajo el protocolo de capacitación establecido por la Universidad de Barcelona, que implica una clase de tres horas aproximadamente sobre TRCP, en una primera fase; en una fase dos, la instrucción consistió en la codificación piloto de aproximadamente 80 constructos de los cuales cada codificador es retroalimentado sobre su ejecución por jueces expertos, quienes atendieron dudas al respecto del manejo del sistema.

Una vez que se corroboró que los jueces tenían clara la forma de trabajar el SCCP, se codificaron de forma individual las rejillas de las 60 personas que conformaron la muestra y se reunieron para poner en común y registrar los acuerdos y los desacuerdos entre jueces en una hoja de datos.

VI.RESULTADOS

Una vez procesados los datos de la TRCP, respecto a los de tipo sociodemográficos del Grupo control, en cuanto a la edad se encontró que hay una media de 36.70, con un rango entre 24 y 53 años. En cuanto al estado civil 26.7% es soltero, 66.7% casado y 6.7% divorciado. En torno a la actividad laboral, 80% reportaron ser activos laboralmente, 10% amas de casa, 3.3 estudiantes y 6.7% desempleados. Respecto al nivel de estudios, 60% concluyó estudios de nivel intermedio, 33.3% estudios universitarios y 6.7 de doctorado.

Respecto al Grupo de personas con obesidad, la media de edad es de 41.16, con un rango entre 27 y 54 años. Del estado civil, 3.3% es soltero, 70% casado y 26.7% divorciado. En lo que respecta a la actividad laboral, 73.3% reportaron estar trabajando, 13.3% están desempleados y 13.3% son amas de casa. Finalmente, del nivel de estudios, 20% concluyó estudios de nivel primario, 66.7% estudios intermedios y 13.3% estudios universitarios.

Los resultados que se obtuvieron de la aplicación de la Técnica de Rejilla en el Grupo control y Grupo con obesidad se presentan a continuación en las tablas correspondientes:

En cuanto al primer grupo de índices que evalúa la Técnica, en relación al número de constructos se realizó la prueba T de Student para muestras independientes. Se indica que no existe diferencia estadísticamente significativa ($t=.058$; $p=.391$); el Grupo control reportó 522 pares de Constructos, mientras que en el Grupo con obesidad se obtuvieron 510 pares. El número de constructos que las muestras reportaron estuvo en un rango entre 16 y 18 Constructos.

Tabla 1. Descripción y comparación del número de Constructos en las muestras

	N	Media	Desv. Tip.	Min.	Max.	Total
Grupo control	30	17.40	.67	16	18	522
Grupo con obesidad	30	17.53	.50	17	18	510

Para identificar si existían diferencias entre los grupos, respecto a los constructos congruentes, se realizó el contraste de medias con una Prueba T de Student para muestras independientes. Los resultados resumidos se muestran en la Tabla 2 y se indica que el Grupo control presentó un número significativamente mayor de Constructos Congruentes que el de la muestra con obesidad ($t=11.684$; $p=.000$)

Tabla 2. Descripción y comparación del número de Constructos Congruentes en las muestras

	N	Media	Desv. Tip.	Min.	Max.	Total
Grupo control	30	11.80	3.50	5	18	354
Grupo con obesidad	30	3.03	2.14	0	8	91

A fin de identificar si existían diferencias significativas en el número de Constructos Discrepantes, se realizó la prueba T de Student para muestras independientes. Se indica que el grupo de personas con obesidad, presentó un número significativamente mayor de Constructos Discrepantes que el de la muestra con sin Obesidad ($t=-5.452$; $p=.000$) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Descripción y comparación del número de Constructos Discrepantes en las muestras

	N	Media	Desv. Tip.	Min.	Max.	Total
Grupo control	30	1.50	1.43	0	6	45
Grupo con obesidad	30	5.43	3.68	0	13	163

Para corroborar si existían diferencias en los grupos con respecto a la distribución del Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor (PVEPF), se realizó la prueba Chi cuadrada entre los grupos. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 3.23$; $p = .20$).

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de la Diferenciación Cognitiva (PVEPF) en las muestras

		Diferenciada	Normal	Simple	Total
Grupo control	Fr.	4	7	19	30
	%	13.3	23.4	63.3	100
Grupo con obesidad	Fr.	1	12	17	30
	%	3.3	40	56.7	100
Total	Total	5	19	36	60

Con respecto a evaluación de la Polarización, se aprecia en la Tabla 5 que en el caso del Grupo con obesidad 33.3% presenta Rigidez Cognitiva, mientras que el Grupo control presenta una estructura No Rígida en un 46.7%. Para corroborar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se realizó la prueba Chi cuadrada, cuyos resultados indicaron que no hay diferencias ($X^2 = 2.44$; $p = .09$).

Tabla 5. Frecuencia de la Polarización (Rigidez Cognitiva) y porcentajes en las muestras

		Rígida	No Rígida	Total
Grupo control	Fr.	16	14	30
	%	53.3	46.7	100
Grupo con obesidad	Fr.	10	20	30
	%	33.3	66.7	100
Total		26	34	60

Los resultados presentados hasta aquí, dan cuenta de la Estructura Cognitiva desde la Teoría de los Constructos Personales. Los resultados que se presentarán a continuación, son los relativos a la Construcción del Sí Mismo, e incluyen las medidas de Autoestima, Aislamiento Social Autopercebido, Adecuación Percibida en los Otros, así como los Perfiles de Construcción del Sí Mismo.

Una de las medidas más importantes que se obtienen de la TRCP es la Autoestima, que es el resultado de obtener la diferencia entre los puntajes del Yo

Actual y del Yo Ideal y que se estima en función de una correlación (Feixas et al., 2003). Como puede apreciarse en la Tabla 6, más de la mitad de los participantes con obesidad presentan una autoestima baja en comparación con un 73.3% del Grupo control, con una autoestima adecuada; es importante mencionar que en lo referente al autoestima existe otra categoría de clasificación que es, alta equivalente a .60 o más; sin embargo ningún integrante de ambas se muestras se ubicó en dicha categoría.

Tabla 6. Rangos de la Autoestima en las muestras

	Grupo control	Grupo con obesidad
Baja (-1.0 a .20)	8 (26.7%)	23 (76.7%)
Normal (.21 a 1.0)	22 (73.3%)	7 (23.3%)

Otra medida de importancia en la Construcción del Sí Mismo, es el resultado de la diferencia entre el Yo Actual y los Otros, que es una medida obtenida de los demás elementos diferentes al Yo Actual y del Yo Ideal, expresada en correlaciones y que se denomina como Aislamiento Social Autopercebido. En esta investigación, el Grupo de Personas con obesidad presentan mayor frecuencia de Aislamiento Social Percibido (83.3%, en contraste con lo encontrado en el Grupo control, que obtuvo un 63.3%), destacado que en lo referente a la categoría alta (equivalente a un puntaje de .60 o más), no se reporto por parte de algún grupo ningún porcentaje (ver Tabla 7).

Tabla 7. Rangos del Aislamiento Social Autopercebido en las muestras

	Grupo control	Grupo con obesidad
Baja (-1.0 a .20)	11 (36.7%)	25 (83.3%)
Normal (.21 a 1.0)	19 (63.3%)	5 (16.7%)

La correlación de las puntuaciones de los elementos Yo Ideal y Otros, indica el Índice de Adecuación Percibida en los Otros. Correlaciones negativas, como las que se presentan en un 33.3% de la muestra sin obesidad indican una insatisfacción con los Otros; mientras que correlaciones positivas indican que la

persona ve a los otros como convergente con su Yo Ideal y que es el caso de un 80% en el grupo de personas con obesidad, destacando que en cuanto a la Adecuación Percibida en los Otros clasificada como un rango alto (correspondiente a .60 o más), en ninguno de los dos grupos se obtuvo algún índice (ver Tabla 8).

Tabla 8. Rangos de Adecuación Percibida en los Otros de las muestras

	Grupo control	Grupo con obesidad
Baja (-1.0 a .20)	10 (33.3 %)	6 (20%)
Normal (.21 a 1.0)	20 (66.7%)	24 (80%)

Se realizó la comparación entre los índices de la Autoestima, del Aislamiento Social Autopercebido y de la Adecuación Percibida en los Otros, para lo cual se utilizó, la prueba T de Student para muestras independientes, previa transformación Z de Fisher de los puntajes de las correlaciones. Los resultados de la Tabla 9, indican que existen diferencias significativas en dos de los índices: (Autoestima [t=5.793; p=.000] y Aislamiento Social Autopercebido [t=6.301; p=.000];) y no existieron diferencias significativas en el puntaje de la Adecuación Percibida en los Otros.

Tabla 9. Medias, desviaciones típicas y significancia estadística de los índices de Construcción del Sí Mismo.

	Grupo control Media (D.T.)	Grupo con obesidad Media (D.T.)	t (sig)
Autoestima	.5123 (.47174)	-.2133 (.49813)	5.793 (.000)
Aislamiento Social Autopercebido	.4003 (.31122)	-.1223(.33105)	6.301 (.000)
Adecuación Percibida en los Otros	.3380 (.30167)	.5023 (.34372)	-1.968 (.054)

La interpretación conjunta de correlaciones entre las puntuaciones que involucran al Yo Actual, al Yo Ideal y los Otros, permite el establecimiento de Perfiles de Construcción del Sí Mismo, que son el resultado de la combinación de

puntuaciones altas o bajas en las correlaciones ya indicadas antes y dan una orientación acerca del autoconcepto de la persona y de la forma de relacionarse con los demás de las personas (Feixas et al., 2003). A continuación se indican los cinco perfiles posibles que se pueden generar (Feixas, documento inédito), además de un grupo de perfiles que no se ajustan a alguno de los cinco ya estudiados. Los resultados indican que en el caso de la muestra con obesidad, el porcentaje más alto fue para el perfil de aislamiento y en el caso del Grupo control, el porcentaje más alto fue para el perfil de Positividad, seguido de aquellos perfiles que no se encuentran catalogados en alguno de los 5 perfiles (ver Tabla 10).

Tabla 10. Perfiles de Construcción del Sí Mismo en las muestras

	Grupo control	Grupo con obesidad
Positividad	13 (43.3%)	2 (6.7%)
Superioridad	5 (16.7%)	3 (10%)
Negatividad	0 (0%)	2 (6.7%)
Aislamiento	2 (6.7%)	19 (63.3%)
Resentimiento	3 (10%)	1 (3.3%)
Sin Categoría Específica	7 (23.3%)	3 (10%)

El análisis relativo a los Conflictos Cognitivos, indicado por el número de Constructos Dilemáticos y de Dilemas Implicativos en ambas muestras se presenta a continuación.

Al comparar los resultados del número de Constructos Dilemáticos (CDil) utilizando la prueba T para muestras independientes, se encontró ($t=1.15$; $p=.25$), que no, existe diferencia estadísticamente significativa en el número de Constructos Dilemáticos, el Grupo control reportó un total de 25 Constructos Dilemáticos, mientras que el Grupo con obesidad obtuvo 64 constructos (ver Tabla 11).

Tabla 11. Descripción y comparación del número de Constructos Dilemáticos en las muestras

	N	Media	Desv. Tip.	Min.	Max.	Total
Grupo control	30	.83	2.47	0	12	25
Grupo con obesidad	30	2.13	2.70	0	9	64

El número de Dilemas Implicativos (Di), fue comparado también entre las muestras; los resultados de la prueba T de Student para muestras independientes indicaron que no existe diferencia estadísticamente significativa ($t=1.15$; $p=.26$), (ver Tabla 12).

Tabla 12. Descripción y comparación de los Dilemas Implicativos en las muestras

	N	Media	Desv. Tip.	Min.	Max.	Total
Grupo control	30	3	4.14	.00	15.00	90
Grupo con obesidad	30	1.97	2.66	.00	10.00	59

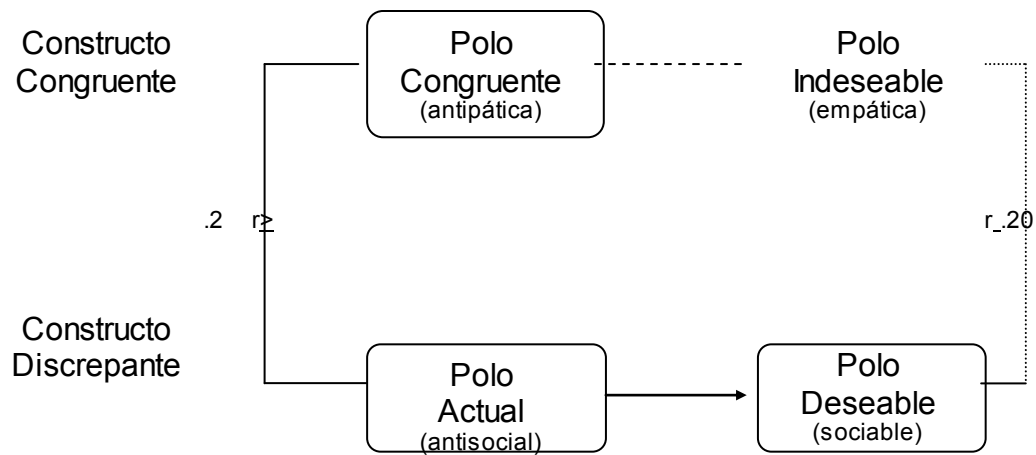
A manera de resumen sobre los constructos obtenidos en cada uno de los grupos, a continuación se presenta una tabla que indica los principales hallazgos acerca de los constructos que entraron en algunas de las categorizaciones como Congruentes, Discrepantes, Dilemáticos o sin categorizar, así como el total de Constructos para cada grupo (ver Tabla 13).

Tabla 13. Frecuencias y porcentajes de aparición de Constructos en las muestras

	Grupo control	Grupo con obesidad
C. Congruentes	354 (67.8%)	91(17.9%)
C. Discrepantes	45 (8.6%)	163 (32%)
C. Dilemáticos	25 (4.8)	64 (12.5%)
Constructos sin catalogación	98 (18.8%)	192(37.6%)
Total de Constructos	522 (100%)	510 (100%)

Además de todo el análisis cuantitativo que se efectuó y que incluye la comparación entre las muestras, se presentan también los Dilemas Implicativos que se detectaron para cada uno de los grupos. A continuación se presenta un ejemplo de un Dilema Implicativo detectado en el grupo de personas con obesidad, que hace referencia a cuestiones relacionadas con el aspecto social, tal y como puede apreciarse en el Esquema 1.

Esquema1. Ejemplo de Dilema Implicativo en un participante con obesidad



Al realizar un análisis de contenido de las áreas que están involucradas en los Dilemas Implicativos de cada uno de los grupos, se encontró una mayor prevalencia de Dilemas relacionados con lo Emocional y con lo Relacional en el grupo sin enfermedad y en el grupo con obesidad las frecuencias más altas estuvieron en lo Relacional, Moral y Emocional (ver Tabla 14). Cabe destacar que el mayor número de Dilemas Implicativos se encontró en el grupo control.

Tabla 14. Análisis de Contenido de los Dilemas Implicativos en las muestras

	Grupo control		Grupo con obesidad	
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Moral	33	18.3%	23	19.5%
Personal	26	14.4%	20	16.9%
Relacional	52	28.9%	43	36.4%
Emocional	53	29.4%	21	17.8%
Salud	7	3.9%	6	5.1%
Intelectual	5	2.8%	1	0.9%
Valores / Intereses	4	2.3%	4	3.4%
Total	180	100%	118	100%

Los resultados de la codificación de ambas muestras, de acuerdo con el procedimiento del Sistema de Categorías para Constructos Personales (SCCP), indican que los 1032 pares de constructos, se agruparon en alguna de las 7 categorías establecidas por el Sistema. Las agrupaciones de estos constructos quedan como se puede apreciar en la Tabla 15, destacando que en el Grupo con obesidad la categoría Relacional es la que más frecuencia tiene, seguida por la categoría emocional y la menos frecuente es la correspondiente a la categoría Intelectual; mientras que el Grupo control, la categoría emocional es la que más frecuencia tiene.

Tabla 15. Distribución de constructos por áreas, del SCCP en ambas muestras

	Moral	Emocional	Relacional	Personal	Intelectual	Valores/ Intereses	Corporal
Grupo con obesidad	85 (16.7%)	127 (24.9%)	159 (31.2%)	91 (17.8 %)	7 (1.3%)	11 (2.2%)	30 (5.9%)
Grupo control	72 (13.7%)	140 (26.7%)	135 (26.5%)	109 (20.7%)	11 (2.1%)	21 (3.9%)	34 (6.4%)

VII. DISCUSIÓN

En la actualidad la salud es vista, como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida: un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas (Gil Roales-Nieto, 2004).

Es así como en las últimas cuatro décadas la obesidad ha alcanzado proporciones de extrema gravedad epidemiológica y clínica, convirtiéndose en una pandemia que erosiona la salud de la población y la economía mundial (Perea Martínez et al., 2014).

En la actualidad los trastornos de la alimentación son un problema sanitario de gran relevancia. Dentro de ellos, el sobrepeso y la obesidad se consideran síndromes complejos muticausales (Lacunza et al., 2013).

De esta manera, la persona obesa se ve atravesada por las construcciones culturales de la comida, del cuerpo y de sí, buscando expresar con su cuerpo su propia definición de sí mismo (Meza Peña y Moral de la Rubia, 2015).

Es por ello que desde distintos enfoques se ha tratado de explicar la obesidad, tal como lo hace el enfoque cognitivo conductual, psicoanalítico y constructivista es así, como a partir de este último se desprende la Teoría de los Constructos Personales.

Desde la TRCP se han realizado diversos estudios que engloban la relación entre los constructos y padecimientos, tales como la fobia social, depresión, ansiedad, trastornos psiquiátricos, fibromialgia y diabetes; sin embargo no hay noticia de investigaciones de obesidad con abordaje constructivista, por ello la importancia de esta investigación.

Para conocer la Construcción Personal, a través de la utilización de la TRCP, se estructura en tres grandes dimensiones mismas que se discutirán a continuación: Estructura Cognitiva que incluye el número Constructos, Constructos Congruentes, Constructos Discrepantes, Diferenciación Cognitiva y Polarización; Construcción del Sí Mismo, que agrupa los índices de Autoestima, Aislamiento Social Autopercibido y Adecuación Percibida en los Otros, y Conflictos Cognitivos

que contiene a los Constructos Dilemáticos y los Dilemas Implicativos; de igual forma, es importante señalar que la TRCP permite que además de obtener índices cuantitativos, el panorama de construcción de la persona pueda ampliarse mediante un análisis de contenido.

En relación con el análisis de la Estructura, uno de los elementos es el número de constructos, ya que permite tener una medida de la riqueza conceptual o diferenciación cognitiva de la persona para poder construir su mundo. En esta investigación, el rango de constructos estuvo entre 16 y 18 constructos; de acuerdo con Feixas, Saúl, Winter y Watson (2008), los constructos personales son distinciones que la persona realiza en su experiencia y que se pueden elicitar con la Técnica de Rejilla.

En este mismo orden de ideas, Saúl y López-González (2010), en un estudio comparativo en el que se trabajó con muestras de pacientes con depresión, encontraron que el número de constructos promedio en los pacientes deprimidos ($x=15.60$) es menor que el promedio de constructos en muestras no clínicas ($x=18.73$), lo que permitió concluir que las personas diagnosticadas con depresión elicitaban menos constructos lo cual puede ser un indicador de una menor diferenciación cognitiva.

De igual manera, en un estudio enfocado a los conflictos cognitivos en una muestra comunitaria, realizado por Domínguez Simón, Feixas, López González, Rubio Garay y Saúl (2014), se encontró que personas con dilemas implicativos elicitaban más constructos que personas sin dilemas.

Del mismo modo, un estudio desarrollado por Montesano et al. (2009) en donde al comparar un grupo con depresión y un grupo control, se encontró que el grupo control presenta un número significativamente mayor de constructos que el de la muestra clínica.

Es así que el número de constructos elicitados, proporciona una primera impresión de la complejidad del sistema de construcción de la persona; que la persona disponga de un sistema de constructos diferenciado, es decir, en bastante cantidad, es un indicador de bastantes vías de movimiento y construye su mundo

interpersonal de forma multidimensional. Una persona que consigue elicitar pocos constructos (4 ó 5) es el reflejo de que tiene menos alternativas disponibles y de que tiene una reducida percepción de su mundo interpersonal; por lo tanto son más limitadas sus alternativas y posibilidades, reduciendo así su percepción a un campo limitado (Saúl y López González, 2010).

Como puede apreciarse, los pacientes depresivos tienden a elicitar menos constructos en comparación con personas con obesidad, si bien estos últimos pueden como parte del cuadro de obesidad tener rasgos depresivos, se puede indicar que la probable explicación a esta situación es que los pacientes con depresión emplean gran parte de su actividad mental en el procesamiento de los aspectos emocionales que puede, estar desempeñando un papel importante en el mantenimiento de la problemática depresiva y de esta manera influir en su funcionalidad, algo que con las personas obesas no sucede, ya que este grupo tiene una actividad mental más fluida, en donde los estados depresivos no resultan ser tan permanentes o profundos, sino más bien dichos estados depresivos a menudo resultan ser consecutivos a una conducta de ingesta alimentaria excesiva.

En lo que respecta a la presente investigación se observa que si bien no se estableció un parámetro fijo, respecto al número de constructos elicitados, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo de personas con obesidad y el Grupo control, lo cual podría ser un indicador de que la condición de obesidad no es un factor determinante en los procesos mentales, por lo cual, la complejidad cognitiva no se ve afectada.

Por otra parte, otro de los indicadores que hace referencia a la estructura cognitiva es el de los Constructos Congruentes que de acuerdo con Feixas, et al. (2003), es el resultado de la diferencia entre el Yo Actual y el Yo Ideal expresada en una diferencia menor o igual a 1 entre dichas puntuaciones. Se trata pues de constructos en los que el sujeto se siente satisfecho y probablemente poco dispuesto a cambiar, lo cual puede indicar también que estos constructos forman

parte de su identidad y que tienen cierto valor jerárquico dentro del sistema de construcción de la persona.

En el caso del Grupo control, se obtuvo que de un total de constructos elicitados, más de la mitad de los constructos corresponde a los de tipo Congruente; en contraste con el grupo de personas con obesidad en quienes una quinta parte de los constructos elicitados corresponde a Constructos Congruentes.

De esta manera se observa que la condición de obesidad es un factor que puede generar incomodidad en la persona y que su estado actual es una condición que desearía cambiar, pues es visto como un elemento no deseable en su identidad. Al respecto, una investigación realizada por Brante et al. (2011), en donde se exploró mediante la aplicación de la Técnica de la Rejilla las manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica; se obtuvo que en relación a los constructos del autoconcepto, poco más de la mitad (7 de 13), se incrementan significativamente a los seis meses después de la cirugía bariátrica, ya que se evidencia en los pacientes una autopercepción más positiva, con un importante aumento en la autoestima. Además, se sienten más atractivos, más satisfechos, más ágiles, más aceptados, con mayor seguridad y menos culpas. De esta manera se indica que la persona obesa más allá de buscar mejorar su imagen física, no se encuentra satisfecha con rasgos personales que integran su identidad y que puede estar indicando discrepancias entre lo que es y lo que le gustaría ser.

Referente a lo anterior, se indica que si bien las personas con Obesidad no se encuentran a gusto con lo que perciben de sí mismos, dicha perspectiva puede cambiar notoriamente cuando las personas obesas se someten a un tratamiento que disminuya esta condición, resulta de importancia señalar que este cambio es motivado por un proceso cognitivo, que implica no solo un autoanálisis sino también periodos de tiempo, que son consecutivos a la modificación de un patrón de una conducta específica.

Al respecto, Prochaska y Di-Clemente (1982), mediante su modelo Transteórico de la Motivación al Cambio, señalan que el cambio se generará a

través de cinco fases: Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento y Finalización.

Al respecto Berrocal y Ruíz (2002) mencionan que Inicialmente, las personas con intención de someterse a cirugía bariátrica subestimaban las ganancias de cambiar, posteriormente implementarán acciones enfocadas al cambio por un periodo de al menos 6 meses, en los que aunque estén muy conscientes de los pros del cambio, también estarán muy conscientes de los contras; posterior a esta fase, las personas implementan un plan de acción, como hablar con un médico; seguido de esta fase, las personas han hecho modificaciones observables en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses; posteriormente, las personas estarán trabajando para impedir la recaída y en la última fase, los individuos experimentaran cero tentación y 100% de autoeficacia, teniendo como resultado un cambio.

Como se observa el cambio que las personas con Obesidad implementaron al someterse a cirugía bariátrica en el estudio de Brante et al. (2011), fue antecedido por un profundo proceso cognitivo, que se proyectó en un cambio físico, en donde el punto de partida implicó que la persona comenzará a tomar plena conciencia de su problemática, para actuar al respecto, lo cual en el caso de las personas con obesidad de esta investigación no está presente, pues ni siquiera conciben a la obesidad como un problema de salud, que esté limitando varias áreas de su vida.

Otro de los indicadores de la Estructura Cognitiva es la presencia de los Constructos Discrepantes, que indican “aquellos aspectos que no le gustan a la persona de sí misma y que le gustaría cambiar en el sentido opuesto-su ideal. Estos aspectos “insatisfactorios” o “puntos débiles” del sí mismo suelen coincidir con el motivo de consulta” (Feixas et al., 2003, p.162).

El número de Constructos Discrepantes en las personas del Grupo control fue de una décima parte del total de constructos elicitados, en contraste con la tercera parte del total de constructos elicitados por las personas con obesidad. Al analizar los resultados obtenidos en ambas categorizaciones de Constructos

dentro del Grupo con obesidad (Constructos Congruentes y Discrepantes), es clara la mayor prevalencia hacia la elicitación de Constructos Discrepantes lo que permite indicar que este grupo muestra más rasgos de insatisfacción con su persona, al tener una percepción negativa de sí mismo, que es perjudicial para un desarrollo personal armónico.

De manera alterna, las personas pertenecientes al Grupo control muestran mayor prevalencia de Constructos Congruentes que de Constructos Discrepantes; con esta situación se confirma la idea de que la condición de obesidad es un malestar evidentemente no manifiesto; sin embargo, para la persona que lo padece se presenta un sufrimiento emocional, en donde el origen es la insatisfacción de sentirse cómodo y a gusto con lo que se es como persona.

Otro índice que ayuda a describir la Estructura Cognitiva es la Diferenciación Cognitiva, que es el grado en que una persona puede construir sus experiencias desde diferentes puntos de vista; tanto mayor sea la diferenciación en la estructura, mayor es la complejidad y por lo tanto, habrá mayor capacidad para integrar de forma menos costosa los diversos acontecimientos (Feixas et al., 2003). Si bien el índice de Bieri es considerado como uno de los indicadores de la Diferenciación Cognitiva, se ha llegado a la conclusión de que el mejor indicador es el Porcentaje de Varianza Explicada por el Primer Factor (PVEPF) (Feixas y Cornejo, 1992) y que en el caso del Grupo control, más de la mitad de los participantes presentan una estructura simple al tener un PVEPF mayor de 47%; en tanto más de la mitad de las personas con obesidad se ubicaron en la categoría de Diferenciación Cognitiva Simple.

Los resultados indican que con un solo factor se puede dar cuenta de la estructura cognitiva y que es un indicador de la multidimensionalidad con la que se construye el comportamiento social. De igual manera, la investigación realizada por Domínguez Simón, et al. (2014), indica valores bajos en el índice PVEPF en la muestra de personas con dilemas en comparación con una muestra sin éstos.

Como se puede observar, tanto la muestra con obesidad como la muestra de personas sin obesidad se ubican en una estructura cognitiva simple; en esta

categoría las personas se caracterizan por un pensamiento que no permite establecer asociaciones, de esta manera una característica es la rigidez de su pensamiento, que les impiden establecer asociaciones para implementar planes de actuación concretos y organizados; lo anterior refleja en cierto grado una confusión a nivel mental, si bien ésta no es de grado patológico, si puede ser un factor que en el caso de las personas obesas no les permite en primer momento identificar sus emociones para posteriormente expresarlas de una manera adecuada, llevándoles a entrar en episodios de depresión, angustia, estrés, frustración y enojo, que en consecuencia buscan descargar mediante la comida, volviendo esto un patrón de conducta repetitivo, que por consiguiente aumenta el sentimiento de autodevaluación y frustración derivado ahora del sentimiento de no poder contenerse.

Por otra parte, el índice de Polarización, se refiere a la tendencia de la persona a emplear puntuaciones extremas y se consideraría otra vertiente de la rigidez cognitiva (Feixas et al., 2003).

Es así como el índice de Polarización, hace referencia al grado en que una persona construye la realidad de forma dicotómica o polarizada, donde porcentajes mayores tienden a describir estructuras rígidas en las que hay blancos o negros, mientras que los porcentajes menores describen estructuras en las que existe una mayor gama de grises, de tal forma que la persona construye su mundo de un modo dicotómico “todo o nada”, que se presenta en personas con sintomatología depresiva (Feixas, et al., 2003).

Los resultados indican que más de la mitad de las personas del Grupo con obesidad no presentan rigidez cognitiva, mientras que más de la mitad del Grupo control presenta rigidez cognitiva; la probable explicación a estas cifras; es que si bien las personas con obesidad no presentan una rigidez cognitiva manifiesta, se destaca que diez personas de este grupo, poseen una estructura rígida, lo cual se contrasta con lo señalado con Gempeler Rueda, (2005) quien trabajó con personas que padecían obesidad y trastorno por atracón, en donde se observó que los pacientes con obesidad tienden a manifestar la rigidez de su pensamiento

mediante la adherencia a una dieta estricta con evitación o disminución significativa de tipos específicos de comida, o con la conducta de dejar de hacer algunas comidas, con la intención de controlar el tamaño o el peso del cuerpo.

Si bien en la presente investigación no se indaga el dato respecto a si el grupo de personas con obesidad tenían trastorno por atracón, la rigidez cognitiva manifiesta en las estrictas dietas aplicaría a las diez personas pertenecientes al grupo de obesos que se ubicaron en rigidez cognitiva.

Por otra parte, un estudio realizado por Benasayag et al. (2004), en pacientes con Síndrome del Intestino Irritable (SII), al compararse con una muestra sin síntomas, señalan que los pacientes con SII muestran una tendencia al pensamiento de «todo nada», es decir, a realizar puntuaciones o juicios más extremos, mayor que los que no tienen sintomatología.

Como se observa los pacientes con SII contrastan con lo encontrado en las personas obesas, pues mientras los primeros tienden a tener una alta rigidez cognitiva derivada de sus estados emocionales (ansiedad y depresión), las personas obesas muestran una nula rigidez cognitiva generada en parte por la dificultad que presentan para distinguir sus afectos, generando así un pensamiento que va más allá del todo o nada.

Pues como lo señalan, Brante et al. (2011), los pacientes obesos, especialmente mujeres, presentan una relación entre sobrealimentación y alexitimia (dificultad para identificar en sí mismo el componente afectivo de las emociones y expresarlo verbalmente).

Respecto a lo anterior, las personas obesas presentan limitaciones para el reconocimiento y expresión de afectos que la persona obesa neutraliza mediante la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones tristeza, necesidades y temores.

Con los resultados del índice de polarización se da fin al análisis de la Estructura Cognitiva y a continuación se hará el análisis de la Construcción del Sí Mismo, integrado por los análisis de los índices de Autoestima, Aislamiento Social

Autopercebido y la Adecuación Percibida en los Otros, además de los Perfiles posibles de Construcción del Sí Mismo.

El autoestima dentro de la TRCP, se refiere a la autovaloración que hace una persona de su estado actual en comparación a sus expectativas, evalúa su realidad otorgándole a la persona un grado de satisfacción que puede ser alto o bajo (Feixas et al., 2003).

La correlación obtenida entre el Yo Actual y el Ideal, permite conocer el grado de congruencia entre ambos elementos y a esta relación se le denomina como Autoestima; es decir, el grado en que una persona se valora (Feixas et al., 2003).

Los resultados que hacen referencia a la Autoestima, reportan que más de la mitad de la muestra con obesidad, tienen una correlación negativa, lo que de acuerdo con Feixas et al. (2003), es el reflejo de una autoestima baja; en contraste, más de la mitad de los participantes pertenecientes a la muestra Control que obtuvieron una correlación alta, es decir, una autoestima positiva, por lo que se puede concluir que en una mayoría de los participantes del grupo con Obesidad al momento del estudio prevalecía una autoestima baja.

Dichos resultados concuerdan con lo obtenido por Delgado et al. (2002), quienes encontraron una baja autoestima en pacientes con obesidad; estos resultados discrepan con los obtenidos por Brante et al. (2011), en los que se obtuvo que pacientes con obesidad mórbida que se someterían a cirugía bariátrica presentaron una autoestima alta, lo cual podría atribuirse posiblemente al hecho de que los participantes estaban bajo tratamiento médico y la confianza que depositaban en este tipo de procedimiento les incrementaba su esperanza de mejora y así también su nivel de autoestima.

En este mismo sentido un estudio realizado por Balcázar Nava et al. (2012), reporta, respecto al índice de autoestima al compararse dicho índice entre un grupo de personas con y sin control metabólico con diabetes mellitus 2, se observó que el grupo de personas con mejor control metabólico, tienen una

correlación más alta, lo cual es indicativo de una mejor autoestima en contraste con el grupo de personas con un peor control metabólico.

Como se puede observar, las personas con Diabetes Mellitus sin adherencia al tratamiento así, como las personas obesas comparten la característica de un autoestima baja; sin embargo, en el caso de las primeras, el sentimiento negativo en su autoestima tiende a relacionarse con la impotencia e inadecuación de sus funciones corporales; es decir, tiene que ver más con su baja funcionalidad física como consecuencia de la enfermedad, a diferencia de las personas obesas en donde este sentimiento puede estar más relacionado con el exceso de peso, que genera una devaluación de la propia imagen corporal y por consiguiente, una pobre autoimagen global.

Del mismo modo, un estudio realizado por Benasayag et al. (2004) en pacientes con Síndrome del Intestino Irritable (SII) comparados con una muestra sin síntomas del SII, demuestra que los pacientes con SII presentaron una correlación «Yo Actual»-«Yo Ideal» menor que los participantes sin síntomas, por lo que podría decirse que existe una ligera tendencia a que los pacientes con SII tengan una autoestima más baja que aquellos que no presentan SII; en este caso puede observarse que a diferencia de las personas con obesidad, el sentimiento de devaluación se presenta como consecuencia de la imagen corporal, mientras que en las personas con SII, la baja autoestima se relaciona con los altos niveles de ansiedad que presentan frente a las situaciones habituales y que como consecuencia les llevan a somatizar con mayor frecuencia, por lo que se genera el SII, que viene a generar un estado de depresión y derivado de ello un autoestima devaluado.

De esta manera, referente a este índice y su relación baja en las personas obesas, se observa que la construcción que poseen de sí mismas es muy negativa y llena de aspectos que desearían cambiar, tal como lo demuestran los índices altos encontrados en los constructos discrepantes que elicitó este mismo grupo.

Por otra parte, la siguiente medida del Sí Mismo, es la del Aislamiento Social Autopercebido, que permite conocer la percepción de la persona en relación a los demás. Se refiere a la existencia de sentimientos de compatibilidad o incompatibilidad personal en concordancia a los demás (Sánz, 1992).

Para la obtención del índice de Aislamiento Social Autopercebido fue necesario correlacionar al Yo Actual con el elemento artificial Otros, que brindan la medición del grado en que una persona se percibe distinta respecto a los demás (Feixas et al., 2003).

Los resultados del índice de Aislamiento Social Autopercebido muestran que más de la mitad de las personas con obesidad, presentan una correlación baja, que hace referencia a una sensación de aislamiento; es decir, presentan sentimientos de soledad o incompreensión y minusvalía por lo que desarrollan una actitud de alejamiento de sus redes de apoyo creando dificultades en sus relaciones hacia la familia, amigos y viceversa.

Una correlación positiva en esta medida es indicativa de una buena identificación con las personas de su entorno; hablaría de personas con relaciones interpersonales fluidas con las personas con quienes comparten numerosos aspectos; en el grupo control se reporta que más de la mitad presenta un índice de aislamiento social autopercebido categorizado como normal.

Al respecto, Bolaños Ríos et al. (2010), indagaron los aspectos transculturales en la percepción de la obesidad en una población española y cubana, en donde se les pidió a los participantes elicitaran adjetivos que los describieran y se encontró que la visión de las personas obesas españolas resulta mucho más negativa que lo que ocurre en la muestra cubana. Pues en la muestra española se presentó un mayor uso (con diferencias significativas) de adjetivos como pasivas, discutidoras, inquietas, exasperantes o nerviosas. De forma distinta, en la muestra cubana son mucho más utilizados adjetivos como presumido, optimista, cariñoso, educada, sociable, virtuosa, o valiente.

Respecto a los constructos utilizados por el grupo de personas obesas quienes hicieron alusión a los siguientes constructos: reservado, impulsivo,

enojón, tímido y explosivo, como se observa esta percepción es similar a lo señalado por la población española, valorando de esta manera a la obesidad como un rasgo negativo; es así, como se observa que la obesidad presenta una estrecha relación entre la cultura y la valoración que esta le otorga.

Es así como la manera en como la persona con obesidad construye su percepción en torno a su condición influirá en la manera en cómo se percibirá a través de la construcción social por la que es atravesada y por consiguiente esto influirá en sus relaciones interpersonales, generando un estado de aislamiento.

En este ámbito Guzmán y Lugli (2009), realizaron una investigación en donde exploraron la correlación entre obesidad y satisfacción con la vida: para ello analizaron las trayectorias en 328 pacientes obesos que estaban en tratamiento en Venezuela; los resultados indicaron que el grado de obesidad no predice la satisfacción con la vida, sin embargo las variables que sí lo hacen son la percepción de burlas y la insatisfacción con la imagen corporal. La actitud hacia la apariencia física tiene un efecto directo significativo sobre percepción de burlas e insatisfacción con la imagen corporal y un efecto indirecto sobre la satisfacción con la vida, comportándose como mediadora. Los hallazgos obtenidos sugieren que lo que hace infeliz a las personas obesas es haber interiorizado un ideal estético inalcanzable para ellas. Lo anterior se refleja en una susceptibilidad emocional a las burlas y en su insatisfacción con la imagen corporal.

Referente a lo anterior se observa que la condición física de obesidad no influye en la satisfacción de vida que presentan las personas obesas más bien la satisfacción se relaciona con las consecuencias que esta genera como son las burlas generadas por los otros.

Dichas burlas generan en la persona un sentimiento de incompatibilidad con los demás, lo cual lleva a las personas obesas a sentirse insatisfechas y por consiguiente van realizando conductas enfocadas a la evitación social

Al respecto, algunos autores han considerado el aislamiento social como parte de los problemas psicosociales que se pueden presentar en conjunto con la obesidad Redondo, Galdó y García (2008; citados en Chávez Amavizca, 2013).

Este retraimiento social aunado a un gran temor al rechazo, altera gravemente el desarrollo vital del individuo (Lacunza et al., 2013).

La última medida de Construcción del Sí Mismo se obtiene a través de la correlación Yo Ideal-Otros, que proporciona el índice de Adecuación Percibida en los Otros, que indica la manera en que una persona percibe a los demás. Un índice positivo indica agrado hacia su familia y amigos, convergentes con su Yo Ideal; sin embargo, si el índice es opuesto, la percepción es negativa.

La Adecuación Percibida en los Otros, se obtiene mediante la construcción del elemento artificial denominado "Otros", resultante del promedio de las puntuaciones de todos los elementos (excepto el "Yo Actual" y el "Yo Ideal") y la distancia con el "Yo Ideal", expresada en una correlación producto-momento. En la práctica, correlaciones negativas o bajas (.20 o menos) pueden ser indicativos de insatisfacción de la persona con quienes le rodean, mientras que una correlación positiva y alta (.21 o más), sugiere la visión de que los demás son buenos (Feixas et al., 2003).

Los resultados reflejan que en ambas muestras más de mitad de los personas de ambos grupos al momento de la investigación presentaban un grado de satisfacción con los otros, que de acuerdo a la interpretación, son percibidos como adecuados (Feixas et al., 2003).

Giner Lladós (2011) menciona una asociación entre personalidad y obesidad en donde destacan rasgos propios como: mayor presencia de ansiedad, sintomatología somática y depresión, alteraciones atencionales e impulsividad y menos sociabilidad, alteración en sus relaciones interpersonales, destacando este último ámbito como el de mayor afectación, pues se menciona que las personas con Obesidad tienden a realizar comparaciones con las otras personas en donde ellos poseen menos puntos a favor, reflejando esto en una insatisfacción personal.

Con base en lo anterior, la probable explicación a los índices altos obtenidos específicamente en el grupo de personas con obesidad, se deriva de la percepción favorable que tienen las personas obesas en relación a los que les rodean, dicha percepción es generada a partir de una comparación en donde la

persona obesa toma como parámetro a los demás destacando rasgos positivos de los demás que al ser comparados con rasgos que ellos poseen resulta en desventaja generando así una insatisfacción

Respecto a la percepción positiva que el paciente obeso muestra hacia las personas que le rodean como amigos y familia, Marmo (2014) menciona que la familia sigue siendo durante gran parte de la vida un factor de gran impacto emocional y de influencia en la vida personal, ya que proporciona afecto y apoyo además de que contribuye al bienestar psicológico y emocional de todos sus integrantes a través del desarrollo de la autoestima, de la confianza y de un sentimiento de pertenencia. Promueve el desarrollo de estrategias de afrontamiento y permite las primeras identificaciones. Así mismo, favorece la socialización de sus integrantes, establece las normas y los ideales y posee una función organizadora y reguladora de la personalidad.

Como se mencionó anteriormente, la familia es un agente social que contribuye al desarrollo de la personalidad, en el caso de las personas con Obesidad, el núcleo familiar es un elemento que influye de manera indirecta en el desarrollo de la obesidad pues los cuidados parentales que se infunden en la infancia llegan a ser un agente generador de conductas alimentarias de riesgo, al respecto, Marmo (2014) al realizar una investigación referente a los Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria, menciona que el comportamiento de los padres con demasiado control sobre la alimentación de sus hijos, junto con la presión de los padres y amigos para que sean delgados, contribuye al desarrollo de una imagen corporal negativa de uno mismo y las consecuentes conductas posteriores de riesgo para la salud.

Así mismo, las burlas de familiares y amigos sobre el peso influyen fuertemente en la insatisfacción con la imagen corporal y en la aparición de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Relacionando esto con los valores altos encontrados en el índice de Adecuación Percibida en los Otros, la persona obesa percibe a los demás como adecuados en comparación a su autopercepción, que en parte es influida por su medio familiar y por quienes le rodean.

A partir de lo anterior se puede denotar entre las correlaciones ya antes mencionadas, una coincidencia que en su mayoría se encuentra en un área negativa, describiendo a la mayoría de las personas con obesidad como aislados, con relaciones interpersonales deficientes y baja autoestima; aunque hay un índice positivo que indica agrado hacia su familia y amigos.

Como resultado de las posibles combinaciones de puntuaciones altas o bajas, entre la Autoestima, el Aislamiento Social Autopercebido y la Adecuación Percibida en los Otros, se pueden tener cinco perfiles cognitivos posibles de Construcción del Sí Mismo (Feixas et al., 2003): Positividad, Superioridad, Negatividad, Aislamiento y Resentimiento.

A partir del análisis de los índices, más de la mitad de las personas con obesidad poseen un perfil cognitivo de Aislamiento, el cual describe a las personas con una tendencia a interpretar de manera negativa la información referente a ellos y de manera positiva la información referida a los otros. En este tipo de perfil, tanto los índices de Autoestima y de Aislamiento Social Autopercebido, resultan pobres o negativos, mientras que el de Adecuación Percibida en los Otros resulta positivo (Feixas et al., 2003).

El resto de los participantes pertenecientes al Grupo con obesidad se distribuyeron en los diferentes perfiles restantes (Positividad, Superioridad, Negatividad y Resentimiento); es importante señalar que una décima parte de los constructos no encajaron en ninguno de los perfiles establecidos por la literatura, por lo que se optó por categorizarlos con la referencia de “sin categoría específica”.

En las personas pertenecientes al Grupo control, más de una cuarta parte se ubicó en el perfil de Positividad, el resto de las personas de este grupo se ubicaron en las categorías de Superioridad, Aislamiento y Resentimiento y una cuarta parte se ubicaron en la de “sin categoría específica”.

De esta manera puede observarse que las personas obesas, además de un autoconcepto negativo y una baja estima de sí mismos, se perciben muy diferentes a los demás (Aislamiento Social Autopercebido) y que perciben a los

otros como personas adecuadas (Adecuación Percibida en los Otros) y esta situación da lugar al patrón de aislamiento, que puede llevar a un deterioro en sus relaciones interpersonales.

Por su parte, un estudio realizado por Lucero, Feixas y Saúl (2003) exploró los Constructos personales y el perfil sintomático en la etapa del climaterio en tres grupos (un grupo de mujeres en etapa de climaterio, que van a consultar a centros de salud [G1], en un grupo de mujeres en etapa de climaterio, que no consultaron de forma habitual [G2] y en un grupo de mujeres adultas, de menor edad [G3], sólo se observaron diferencias significativas en el mayor Aislamiento Social Percibido por G1 y G2 comparados con G3.

Es así que al comparar los resultados anteriores con los de las personas obesas, se observa que comparten bajos valores en el índice de Aislamiento Social Percibido; sin embargo este índice en el caso de las mujeres que están en periodo de climaterio se atribuye a que tienden a percibirse más aisladas socialmente y distintas de los demás; en el caso de las personas obesas, la percepción de sentirse aisladas es originada por conductas que manifiestan (evitar ir a eventos sociales, familiares y laborales) derivado de su condición física, que los hace sentirse en desventaja en comparación con los demás (Giner Lladós, 2011).

Por otra parte, el tercer conjunto de índices que se derivan de la TRCP es el referente a los Conflictos Cognitivos, en donde se ubica el número de Constructos Dilemáticos y el número de Dilemas Implicativos.

En el marco teórico de la TRCP se han estudiado los conflictos cognitivos, entendidos como relaciones ambiguas entre constructos personales (Domínguez-Simón et al., 2014).

Respecto a los constructos dilemáticos, es importante señalar que del total de constructos que elicitaron las personas con Obesidad, se obtuvieron 64 Constructos Dilemáticos, que se refieren a calificaciones en el Yo Ideal en las cuales el sujeto puntuó con 4, lo cual indica que su ideal no es ni de un polo ni de otro; de acuerdo con Feixas et al. (2003). Se trata de constructos poco

funcionales, ya que a la persona no le gusta cómo es ahora, pero tampoco sabe cómo le gustaría ser, y en los que la persona muestra dificultades para realizar la asignación en uno de los constructos; es decir, si bien la persona no sabe quién es, tampoco hay un indicativo de cómo le gustaría ser. Por su parte, el grupo de personas sin obesidad obtuvo 25 constructos dilemáticos.

Es así, como se observa que el grupo de personas con obesidad, elicitó mayor número de constructos dilemáticos en comparación con el grupo control, lo cual indica que la condición de obesidad dificulta que las personas obesas se definan, ya que no se encuentran conformes con lo que son; esto se contrasta con los bajos valores obtenidos por este grupo, en el número de constructos congruentes; sin embargo, no sólo muestran dificultades para autodefinirse, pues también existe una confusión en cómo les gustaría ser.

A partir del análisis cualitativo de la TRCP los hallazgos muestran que más de la mitad de los participantes con Obesidad presentan Dilemas Implicativos, en distinto número por cada participante, sumando un total de 59 dilemas. Los Dilemas Implicativos para Feixas et al. (2003, p. 162) “son conflictos cognitivos en los que existe un aspecto del sí mismo insatisfactorio que se desearía cambiar, pero que cómo se asocia fuertemente a aspectos positivos y satisfactorios de la identidad del paciente, es muy difícil de modificar”. En el caso del Grupo Control, 16 de los 30 participantes presentan Dilemas Implicativos en distinto número por cada participante, sumando un total de 90 dilemas.

Referente a lo anterior se observa que en torno al número de constructos que elicitaron los participantes de ambas muestras, no se observaron diferencias; sin embargo destaca que las 16 personas pertenecientes al Grupo control en diferente número poseen más Dilemas Implicativos, evidenciando de esta manera que poseen aspectos de su persona que destacan como negativos o como aspectos indeseables que le gustaría cambiar sin embargo consideran que el intentar modificarlos, perderían aspectos positivos que poseen, generándose de esta manera el dilema.

Por otra parte, el análisis de contenido de los Dilemas Implicativos en la muestra de personas con obesidad, permitió catalogar los dilemas en 7 áreas posibles, en las que el área Relacional es la más frecuente, seguida por las áreas Moral y Emocional, lo que indica que los participantes dan especial atención a sus relaciones interpersonales, las cuales se presentan como deterioradas o con conflictos, lo que coincide con lo reportado anteriormente en el índice de Aislamiento Social Autopercebido, que indicó que las personas con obesidad, se perciben aisladas de los otros. En el Grupo control, tanto las áreas Emocional y Relacional son las que presentan mayor frecuencia, seguidas del área Moral y Personal.

Resulta de particular interés señalar que en cuanto al área Corporal, en ambos grupos no se obtuvieron altas frecuencias, lo cual en el caso de las personas con obesidad se anticipó fuera un factor sumamente mencionado por la asociación que existe entre esquema corporal y obesidad, lo cual no sucedió, ya que la persona obesa según Giner Lladós (2011) no hace manifiesto el malestar que le genera su esquema corporal; más bien refleja este malestar en el sentimiento de frustración que tiene al no poder alcanzar índices estéticos establecidos socialmente, lo cual neutraliza mediante la comida.

Por otra parte al codificar los constructos de ambas muestras de acuerdo al SCCP, en el grupo de personas con obesidad, el área relacional es la que proporcionalmente ubica a la mayoría de constructos, seguida por el área emocional y personal y la que menos hace alusión son los constructos del área intelectual; en el grupo sin obesidad el área emocional contiene a la mayoría de constructos seguida por el área relacional y personal y el área intelectual la que menos frecuencias tiene.

Referente a la alta prevalencia de constructos elicitados por las personas con obesidad del área relacional, se han identificado estilos en la forma de interactuar de las personas obesas, caracterizados principalmente por la impulsividad y dependencia. Por su parte, Kaplan (2007; citado en Cabello Garza y Zúñiga Zárate, 2007); refiere que es difícil describir todos los factores

psicológicos específicos que se han propuesto como asociados con la obesidad. El único factor psicopatológico es el psicosocial, en el que se encuentran personas con estilos de vida conflictivos y las personas que presentan ansiedad, tienen obesidad, algún trastorno de la personalidad y un conflicto emocional como inadecuación y vergüenza.

Por su parte, Montesano et al. (2009), al comparar un grupo de personas con depresión y uno sin dicha patología, encontraron que la población clínica presenta mayor frecuencia de constructos de tipo moral y emocional en comparación con la muestra no clínica; en esta misma investigación, se encontró que las personas con depresión utilizan significativamente más constructos de tipo emocional y menos de tipo intelectual, lo anterior indica que existen coincidencias en los resultados que se encontraron en los pacientes con obesidad y las personas depresivas, ya que coinciden en la ubicación de constructos en el área emocional y moral, si bien en el caso del grupo de personas con obesidad no se aplicó un instrumento que explorara la depresión, la literatura señala que la depresión es un rasgo que se asocia con la condición de obesidad (Marmo, 2014).

Por otro lado, la carencia de constructos intelectuales y personales refuerza la idea de que las personas con depresión emplean gran parte de su actividad mental en el procesamiento de los aspectos emocionales de la experiencia del mismo modo en la presente investigación el área menos mencionada es el intelectual (Montesano et al., 2009).

De igual manera un estudio realizado por Bueno Castro, Gurrola Peña, Balcázar Nava, Bonilla Muñoz, y Vírveda Heras (2009), en el que se indagó la construcción del mundo de un grupo de 11 pacientes psiquiátricos (pacientes con síndrome orgánico cerebral y con esquizofrenia), se obtuvo que los pacientes con síndrome orgánico cerebral así como los de esquizofrenia, proporcionaron principalmente constructos de la categoría relacional y los constructos menos considerados fueron de la categoría de valores e intereses.

Respecto a lo mencionado anteriormente, se destaca que coincide la alta prevalencia de los constructos elicitados referentes al área relacional tanto en

pacientes psiquiátricos como en personas obesas, sin embargo en el caso de las primeras, esta frecuencia se genera como resultado de su intento por entablar interacciones con las personas que les rodean, siendo para ellos importante la amabilidad y su polo, el enojo; mientras que en las personas obesas la autopercepción respecto a su esquema corporal, genera sentimientos de ansiedad que se originan al tener que enfrentarse a situaciones sociales, por lo que la persona obesa tienden a evitar dichas situaciones, propiciando así un estado de aislamiento.

Por otra parte como se resalta anteriormente, las personas con obesidad hicieron mención mínima de constructos referentes al esquema corporal, este dato podría reforzarse con lo mencionado por (Cabello Garza y Zúñiga Zárate, 2007); en donde los participantes con obesidad, declararon que vivían felices en cuerpos grandes y que tienen una percepción positiva de sí mismos.

Referente a lo anterior, en apariencia las personas con obesidad no conciben su problemática como un aspecto que esté afectando su apariencia, salud y por ende no dirigen actitudes que se encaminen a procurar hábitos de cuidado corporal, probablemente dicha idea es alimentada por el desconocimiento de la Obesidad como una enfermedad crónico-degenerativa, pues como lo menciona Leventhal et al.(2004; citado en Gómez, 2011), la mayoría de las enfermedades físicas crónicas comparten cinco importantes características biológicas 1) son sistémicas, es decir, afectan múltiples sistemas corporales y una amplia variedad de funciones físicas y sociales, 2) son problemas de por vida, esto es, se desarrollan a lo largo de muchos años, aunque la mayoría se hace visible clínicamente en una edad tardía, 3) pueden ser controladas, pero no se curan, 4) muchas, aunque no todas, tienen un carácter insidioso, esto es, afectan gradualmente una amplia gama de actividades vitales y 5) muchas se caracterizan por ser relativamente silenciosas, alternando fases tónicas con episodios severos y complicaciones dramáticas, dichos síntomas en la persona obesa no están siendo tan significativos, por lo cual no conciben a la obesidad como una condición que este alterando su funcionalidad, eliminando así un hábito de autocuidado.

Es importante señalar que la obesidad en muchos contextos, no es percibida como enfermedad, por lo que no se reconoce como tal, sino hasta que las personas que la padecen comienzan a presentar comorbilidades mayores como diabetes mellitus tipo 2, síndrome de hipoventilación-obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y la artropatía degenerativa de articulaciones de carga (Ballesteros, Cabrerizo, Rubio, y Moreno, 2008); de esta manera, cuando la obesidad se presentan en conjunto con otras comorbilidades, haciéndose evidente al presentar síntomas físicos significativos, es cuando se comienza a concebir como un padecimiento de alto riesgo, atribuyéndole así el título de enfermedad.

Como se puede observar, la obesidad no siempre ha tenido esta connotación de enfermedad tal como se le atribuye actualmente, ya que históricamente ha desempeñado también la labor de protección ante inclemencias climáticas, otras veces de protección ante la hambruna y las carencias, incluso algunas veces como una forma de demostrar el poderío económico y social ante el grupo en donde se encontrase la persona obesa; en otras ocasiones, ha representado una forma de atractivo sexual, de fertilidad, fidelidad, etc. (Montero, 2001; Odgen, 2005; citados en Meza, 2011).

Sin embargo las repercusiones biopsicosociales que se generan en el individuo son determinantes, de ahí la importancia de continuar con el estudio de la obesidad desde una perspectiva psicológica. Para finalizar a continuación se describen las conclusiones arrojadas por la presente investigación:

VIII. CONCLUSIONES

Considerando los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- La estructura cognitiva denotada PVEPF que se obtuvo en ambos grupos fue de tipo simple.
- La Polarización Cognitiva que más prevaleció en el Grupo de personas con obesidad fue la de tipo no rígida, en tanto, las personas pertenecientes al Grupo sin obesidad se ubicaron en la estructura de tipo rígida.
- En cuanto a la Autoestima, más de la mitad de los participantes con obesidad presentó una autoestima baja.
- El Aislamiento Social Autopercebido es en más de la mitad de los casos de las personas con obesidad de tipo bajo.
- En cuanto a la Adecuación Percibida en los Otros el índice es alto en más de mitad de los participantes con obesidad.
- El perfil de construcción de sí mismo que más se presentó en el grupo de personas con obesidad es el de Aislamiento; mientras que en el grupo de personas sin obesidad se obtuvo un mayor puntaje en el perfil de positividad.
- Las áreas del SCCP involucradas en los Dilemas Implicativos del Grupo de personas con obesidad fueron la relacional, con más de la mitad de los casos, seguida del área emocional y moral; se resalta que el área de salud fue la menos frecuente.

IX.SUGERENCIAS

- De manera preventiva se invita a realizar mayor difusión de las causas, sintomatología, implicaciones y consecuencias de la obesidad en la sociedad general, con el objetivo de implantar en las personas la conceptualización de la obesidad como equivalente de enfermedad,
- En relación a las personas con obesidad se considera importante se realicen campañas de detección preliminar al estado de obesidad, que permita evitar la comorbilidad que generalmente es la razón que lleva a las personas a consulta.
- Se recomienda realizar estudios psicométricos enfocados a la detección de rasgos patológicos que puedan caracterizar a las personas obesas, para generar un enfoque terapéutico acorde a sus características.
- Se sugiere que en investigaciones posteriores se aplique un instrumento con intención de detectar si en el paciente con obesidad se presentan conductas alimentarias de riesgo.

X. REFERENCIAS

- Aguilera Sosa, V.R., Lara Padilla, E., Leija Alva, G., López de la Rosa, M. R. Rodríguez Choreño, J.D. y Trejo Martínez, J. I. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, (2)1, 19-28.
- Albala, C., Carrasco, F., De la Maza, M.P., Díaz, D., García, G., Liberman, C. Manrique, M. y Moreno, M., (2009) Diagnóstico, evaluación y tratamiento no farmacológico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica de Chile*. 137(7), 963-971.
- Alonso Tapia, J. (2001), *Introducción a la Técnica de la Rejilla*, recuperado en junio; disponible en http://sohs.pbs.uam.es/webjesus/eval_psicologia/t%C3%A9cnicas%20subjetivas.pdf
- Alvarado Sánchez, A.M., González Ramírez, M.T. y Guzmán Benavides, E., (2005) Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad, Enseñanza e Investigación en Psicología, *Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología* 10 (2), 417-428.
- Álvarez G. (2006). *Modelo de factores predictores de trastornos del comportamiento alimentario en tres muestras de mujeres mexicanas*. (Tesis inédita de doctorado). Posgrado Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alperovich, J. (1988). Génesis y perturbación de la obesidad o “¡come y quédate quieto!”. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 5 (45), 1027-1036.
- Ambrosi-Eliana, C., (2009) *Bienestar psicológico y sentido de vida en adultos obesos*. (Tesis Doctoral), Universidad de Aconcagua. Mendoza Argentina.
- Ancona Meza, A.L., Atitlán Gil A. Islas Granillo, H., y Zamarripa Calderón, J.E. (2010). *Sobrepeso y obesidad, Relación con la Salud Bucodental*. En Morales González, J.A., *Obesidad un Enfoque Multidisciplinario* (329-346). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- American Psychological Association (2015). Division 38: Health Psychology, recuperado en agosto: disponible en <http://www.healthpsych.org/AboutWhatWeDo.cfm>
- Ávila Espada, A., Feixas Viaplana, G., Sánchez Rodríguez, V. y Saúl Gutiérrez, L. A. (2001), Implicaciones Terapéuticas de los Conflictos Cognitivos, *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 10 (1), 5-13.
- B. Chiattonne, H. F. Pelicioni, M.C. y Werner Sebastiani, W., (2002) La Psicología de la Salud Latinoamericana: Hacia la Promoción de la Salud, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, (1), 153-172.
- Balcázar Nava, P., Delgadillo Guzmán, L.G., Gurrola Peña, G.M., Mercado Maya, A. y Moysén Chimal, A. (2003) *Teorías de la Personalidad*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Balcázar Nava, P., Garay López, J.C., Esteban Valdés, J. M., Feixas Viaplana, F., Gurrola Peña, G.M., Moysén Chimal, A. y Percastre Miranda, R. (2012) Patrones de Construcción de Sí Mismo en Personas con y sin Control Metabólico con Diabetes Mellitus 2. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México, Nueva Época* 2, 2 (1), 6-21.
- Balcázar Nava P., González Arratia López Fuentes N.I., Gurrola Peña G. M., y Moysén Chimal A. (2006). *Investigación Cualitativa*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

- Balcázar Nava P., Gurrola Peña G.M., Moysén Chimal A., Feixas Viaplana G., Reyes Castrejón L. L., Velázquez Mendoza M. J., Esteban Valdés J. M. L., Garay-López J. y Vírveda-Heras J. A., (2013). Análisis de contenido de los constructos personales y síntomas clínicos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Documento Inédito.
- Balcázar Nava, P., Gurrola Peña, G.M., Feixas Viaplana, G., Moysén Chimal, A., Esteban Valdés, J.M., Garay López, J.C. y Percastre Miranda, R., (2012) Patrones de Construcción de Sí Mismo en Personas con y sin Control Metabólico con Diabetes Mellitus 2, *Revista De Psicología De La Universidad Autónoma Del Estado De México, Nueva época* 2, 2(1), 6-21.
- Ballabriga, A. y Carrascosa, A. (2001) Obesidad e infancia en la adolescencia. En Ballabriga, A. y Carrascosa, A. (edt). *Nutrición en la Infancia* (2 ed.). Madrid: Ediciones Ergon.
- Ballesteros, M.D. Cabrerizo, L., Rubio, M.A y Moreno, C. (2008). Complicaciones asociadas a la obesidad. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 14(3), 156-162
- Bastos A, A., González Boto, R., Molinero González, O. y Salguero Del Valle, A., (2005) Obesidad, Nutrición y Actividad Física, *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 5 (18), 140-152.
- Behar, R., Rodrigo, M. G., & Dunny C. Z. (2006). Trastorno de la conducta alimentaria y asertividad. *Revista Médica de Chile*, 14(1), 312-319.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, (35), 537-546.
- Benasayag, R., Feixas, G., Laso, E., Mearin F y Saúl. L.A., (2004). *Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII): un estudio exploratorio* 4(1) 105-119.
- Berrocal, C. y Ruiz, M. (2002). Trastorno por sobreingesta compulsiva. Validez de la diferenciación entre el síndrome completo y parcial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 407-424.
- Bingen, J. (2004). *A Review of Multi-Stakeholder Arrangements for Representing Farmers in Agricultural Development Programmers and Policy*. Geneva: FAO.
- Brante, M., Rojas, C., Miranda, E. y Pérez-Luco, R., (2011), Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica, *Revista Médica de Chile*, 39(10), 571-578.
- Bravo Del Toro A., Espinosa Rodríguez T., Mancilla Arroyo, L. N. y Tello Recillas, M (2011). Rasgos de Personalidad en Pacientes con Obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, Enero-Junio, 115-123.
- Bruch, H. (1972). La Obesidad en la Adolescencia. En Sours, J.A. (Ed.). *Perturbaciones Psíquicas del adolescente* (pp. 67-89). Buenos Aires: Paidós.
- Bruch, H. (1973) *Eating Disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Withi*. New York: Basic Books.
- Bolaños Ríos, P. Gutiérrez Ferrer, N. Jáuregui Lobera, I. Marcos Plasencia, L. Rivas Fernández, M. y Rodríguez Marcos, L. (2010). Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*.; 20(2), 226-237.
- Botella, L., Herrero, O. y Pacheco, M., (1997) Pensamiento Posmoderno Constructivo y Psicoterapia, *Revista de Psicoterapia*, 37(10), 5-28.

- Bouchard, C. y Perouse, I. (1993). Genetics of obesity. *Anual Review of Nutrition*, 13, 337-354.
- Bueno Castro, C.R., Gurrola Peña, G.M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muñoz M.P. y Vírveda Heras, J.A. (2009). Constructos Personales en Pacientes Psiquiátricos: En: I. Salazar, y V. Caballo, V. Avances 2009 en Psicología Clínica y de la Salud, (32-33) Chile: *Asociación Psicológica Iberoamericana De Clínica y Salud Asociación Chilena De Psicoterapia Cognitivo Conductual Universidad De Las Américas*.
- Bustamante, F., Williams, C., y Vega, E (2006). Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Revista Chilena de Cirugía*, 58 (6), 481-485.
- Cabello Garza, M.L. y Zúñiga Zárata, J.G., (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la Obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL* 10(2), 153-159.
- Calzada León, R., Ruiz, R. y Altamirano, B. (1999). ¿Es la Obesidad el resultado de un fenotipo equivocado? *Revista Chilena de Nutrición*, 20 185-184.
- Campagnolo, A., (2010) “*Los Constructos Personales: Evaluación y Análisis de las estructuras de significado personal a través de la Técnica de la Rejilla*”. (Tesis de Doctorado), Universidad de Aconcagua. Mendoza, Argentina.
- Campos, A. (1993). Aspectos psicológicos de la Obesidad. *Pediatría Moderna*, 9(2), 129-133.
- Chávez Amavizca, A., (2013). *Conductas de riesgo para la obesidad, habilidades sociales y satisfacción Vital en Adolescentes. (Tesis De Doctorado)*. México: Universidad Autónoma De Nuevo León.
- Carretero, F., Feixas, G., Pellungrini, I. y Saul Gutierrez, L.A. (2001). Cuando relacionarse amenaza la Identidad: La Fobia Social desde un Enfoque Constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43-55.
- Cárdenas Cibrián, K. V., Villaseñor-Bayardo, S. J. y Ontiveros Esqueda, C. (2006). Salud Mental y obesidad. *Investigación en Salud*, (8)2, 86-90.
- Carrillo, M., Barnany, M. & Foz, M. (2000). Protocolos de Obesidad. Barcelona: Doyma. *Nutrición y Obesidad*, 5 (6), 275-286.
- Castellano Urdabay, A., Cortez, Chiprut, R., Del Conde Ovadía, Sánchez Hernández, C. y Martínez García, D. (2001) La obesidad en el Siglo XXI. Avances en la Etiopatogenia y Tratamiento. *Gaceta Médica de México*, 137 (4), 323-334.
- Cebolla, A., Baños, R., Botella, C., Lurbe, E., y Torró, M. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 125-134.
- Cipriano, D., Feixas Viaplana, G. y Varlotta Domínguez, N., (2007), Somatización y Conflictos Cognitivos: Estudio Exploratorio con una muestra clínica, *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 197-203.
- Contreras, J. (2002). La obesidad: una perspectiva cultural. Formación continua en Nutrición y Obesidad, 5(6), 275-286.
- Compañ, V., y Dada, G., Feixas G., y Hermosilla, S. (2009), Camino hacia el coraje: Terapia de Constructos Personales en un caso de depresión mayor, fibromialgia y otras comorbilidades, *Revista Argentina Clínica*, 18(3), 241-251.
- Compañ, Dada, Del Castillo, Feixas y Montebruno (2010) Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa, *International Journal of Clinical and Health Psvcholoav*. 10 (3). 445-457.
- Cordella M. P. (2008). ¿Incluir la Obesidad en el Manual de Enfermedades Mentales (DSM-IV)? *Revista Chilena de Nutrición*, 35(4)181-187.

- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que Saber*, Barcelona: GEDISA.
- Cruz, R., Ávila, M., De la Cruz, M., Vázquez, R. y Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198 [version electronica].
- Cruz Sánchez, J., y Hernández Lira, N.A. (2007). *Manual de Psicoterapia Cognitivo Conductual para Trastornos de la Salud*. México: Libros en Red, disponible en: books.google.com.mx/books?isbn=1597542156.
- Constanzo, P.R., Reichmann, S.K. Friedman, K. E., y Musate, G. J. (2001) The Mediating Effect of Eat in Self-Efficacy on the Relationship Between Emotional Arousand and Overeating in the Treatment-Seeking Obese. *Eating behaviours*, 14(3) 363-368.
- Del Castillo Arreola, A., García Meraz, M., y Guzmán Saldaña, R.M.E., (2010). Factores Psicosociales Asociados al Paciente con Obesidad. *En Morales-González, J.A., Obesidad un Enfoque Multidisciplinario*, (201-216). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado en www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LIEvaluInter/Rebe.../8.pdf
- Delgado Calvete, C., Morales García, M.J., Maruri Chimeno, I., Rodríguez del Toro, C., Benavente Martín, J.L. y Nuñez Bahamonte, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en Obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 376-381.
- Díaz Guzmán, M.C. y Díaz-Guzmán, M.T., (2008). Obesidad y Autoestima. *Enfermería Global* 15(3), 1-11.
- Domínguez Simón, M.J., Feixas, G., López González M.A., Rubio Garay, F. y Saúl, L.A., (2014). Conflictos cognitivos en una muestra comunitaria: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 44(3), 343-359.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. ENSANUT 2012. Recuperado en Abril 2012, Disponible En: <http://insp.mx/ensanut/>.
- Español Armengo, N. y Mijan de la Torre, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Revista española de obesidad*, 6(2), 317-327
- Feixas, G., Antaquera, M., Almuedo, G. y Bach, L. (2006). La estructura cognitiva de los trastornos de personalidad de evitación y dependiente: un estudio con la técnica de rejilla. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*; 11 (3), 147-154.
- Feixas, G. y Cornejo, M. (1992). *Manual de la técnica de la rejilla mediante el programa record: análisis de correspondencias de constructos personales V. 1.6*. Barcelona.
- Feixas, G. y Cornejo, M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa Record V.2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., González, L.M., Krebs, M., Melis, F., Montesano, A., Varlotta, N., y Ventosa, A., (2011). Conflictos Cognitivos (Dilemas) en Pacientes Diagnosticados con Trastornos de Ansiedad. *Revista Argentina de Clínica*., 20 (1), 41-48.
- Feixas, G., De la Fuente, M. y Soldevila, J. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Psicopatología y Psicología Clínica*; 8(2), 153-172.
- Feixas, G., Montesano, A., y Varlotta, N., (2009) Análisis de Contenido de Constructos Personales en la Depresión. *Salud Mental* 32(5), 371-379.
- Feixas, G. y Saúl, L.A. (2004) El Proyecto Multi-céntrico Dilema: Una Investigación del Papel de los Conflictos Cognitivos en la Salud. *The Spanish Journal of Psychology*, 7 (1), 69-78.

- Feixas, G., Saúl, L.A., Winter, D. y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 243-255.
- Feixas Viaplana, G., Geldschläger, H., Carmona Monferrer, M. y Garzón Ruiz, B (2002). Sistema de Categorías de Contenido para codificar Constructos Personales. *Revista de Psicología. General y Aplicaciones*, 55 (3), 337-348.
- Fernandes, E. y Goncalves, O., (1999), Constructos Personales del self en cambio, *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8(2), 145-157.
- Flores Carrillo, J.F. (1982). La Obesidad y sus relaciones familiares. (Tesis Especialidad en Medicina General Familiar). Facultad de Medicina. México, UNAM.
- Flores Huerta, S., Villalpando, S., y Fajardo Gutiérrez., A. (1990) Evaluación Antropométrica del Estado de Nutrición de los Niños. Procedimientos, Estandarización y Significado. *Boletín Medico Hospitalario Infantil de México*. 47(10):725-734.
- FUNSAUD (2015). Obesidad en México. Consenso Mexicano para la obesidad. México: FUNSAUD.
- Galilea Cuadra, D., y Jordana Boneta. M., (2000) Los Modelos Constructivista y Transaccional. El Guión de la vida como constructo, *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 43(20), 20-30.
- Gálvez González, A.M., García Fariñas, A., García Rodríguez, J.F. y Rodríguez León, G. A. (2010), Dimensión Económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública, *Salud en Tabasco*, 16 (1), 891-896,
- García Maldonado, G., Joffre Velázquez, V. M., Saldívar González A.H., y Martínez Perales, G., (2009) Revisión Sistemática de la Asociación entre Sobrepeso, Obesidad y Enfermedad Mental, con Énfasis en el Trastorno Esquizofrénico, *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4), 705-716.
- García Meraz, G., Guzmán-Saldaña, R. M. E. y Martínez Martínez, J. P., (2010) *De la imagen corporal a la discriminación: Consecuencias de la obesidad sobre la sexualidad en hombres y mujeres*. En Morales-González, J.A., Obesidad un Enfoque Multidisciplinario, (305-320). México: Universidad Autónoma del Estado De Hidalgo
- Garner, D. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa. Measurement theory and clinical implications. *Internacional Journal of Psychiatry and Medicine*. 11(4). 263-284.
- Ganley. R. (1986). Epistemology. Familiv Patterns. and Psychosomatics: The Case of Obesity. *Family Process*, 25(3), 437-451.
- Gempeler Rueda, J. (2005). Trastorno por atracones: ¿entre los trastornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 19(2), 242-250.
- Gil Roales-Nieto, J., (2004) *Psicología de la Salud: Aproximación Histórica, Conceptual y Aplicaciones*, Madrid: Ediciones Pirámide
- Giner Lladós, M. (2011). Personalidad y psicopatología en el trastorno por atracón. Tesis de Doctorado. Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña.
- Gómez. B. (2011). Contribuciones de la psicología clínica al campo de las enfermedades físicas crónicas. *Revista Clínica de psicología clínica*, 20(3), 197-202.

- Gómez, P. y Ávila, A. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso? *Psicología Iberoamericana*, 5(2), 37-45.
- Gómez Peresmitre, G., Saucedo Molina, T. y Unikel, S. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: la psicología social en el campo de la salud. En N. Calleja, y Gómez Peresmitre (Comp.). *Psicología Social: investigación y aplicaciones en México* (pp. 267-315) México: Fondo de Cultura Económica.
- Gurrola Peña, G.M. (2003). Construcción personal y psicopatología. El constructivismo en Psicología Clínica. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Guzmán Saldaña R. M. E. (2012). *Factores psicosociales asociados a conductas alimentarias de riesgo en adolescentes con Obesidad*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma: México
- Guzmán, R. y Lugli, Z. (2009). Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria. *Suma Psicológica*, 16(2), 37-50.
- Harris, R. (1990). Role of Set-Point Theory in Regulation of Body Weight. *FASEB Journal*.
- Hernández Martínez, H., (2010). Modelo de creencias de salud y Obesidad: un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara. Tesis de Doctorado. España: Universidad de Alcalá
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hill, A. (2007). Obesity & eating disorders, *Obesity Review*, 8(2), 151-155.
- Jáuregui I. (2006). Gordos y obesos. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 20(4), 295-320.
- Kaplan, H. y Kaplan, H. (1957). The Psychosomatic CONCEPT of obesity. *Journal of nervous and mental diseases*. 12(5). 181-201.
- Kaufman Horwitz, M., Tavano Colaizzi, L. y Ávila Rosas, H. (2008). Obesidad en el Adulto. [En Casanueva M. Kaufman Horwitz, A.B. Pérez Lizaur y P. Arroyo] México: Médica Panamericana.
- King M.R. y Manaster G.J., (1977). Body image, self-esteem, expectations, self-assessments, and actual success in a simulated job interview. *J Appl Psychol*, 6(2) 589-594.
- Lacunza, A.B., Caballero, S.V., Salazar, R., Sal, J. y Filgueira, J. (2013). Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas* 7(1), 25-32.
- López Alvarenga J.C., y Vázquez Velásquez, V., (2001) Psicología y la Obesidad *Revista De Endocrinología y Nutrición* 9(2), 91-96.
- Lora, C. (2003). *Conductas alimentarias de riesgo y Distribución del Índice de Masa Corporal (IMC) en mujeres adultas de la ciudad de México*. Tesis de Licenciatura en Nutrición. México, D.F. Escuela de Dietética y Nutrición. México.
- Lorence Lara, B., (2008). Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología Universidad de Sevilla*, 26(1), 51-68.
- Lowen, A. (1967). La traición del cuerpo. Análisis bioenergético. Argentina, Era Naciente.
- Lucero, C., Feixas, G. y Saúl, L. (2003). Constructos personales y perfil sintomático en la etapa del climaterio: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 34(3), 371-383.
- Lykouras L. (2008). Psychological profile of obese patients. *Dig Dis*, 26 (1), 36-39.

- Mahoney, J. (1985). Control de peso: una solución total al problema de las dietas. México: Trillas.
- Marco, J. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios: eficacia diferencial de la terapia cognitivo conductual con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual*. (Tesis inédita de doctorado). Facultad de Ciencias Sociales Universidad Jaume.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista Chilena de Nutrición*, 29(2), 86-91.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Pontificia Universidad Católica Argentina*, 22(2), 165-178.
- Martín Vázquez, M. J., (2012) *Constructos Personales en pacientes con Esquizofrenia Crónica: Uso de la Técnica de Rejilla en UCPP*. Recuperado en Junio 2013; Disponible en www.interpsiquis.com
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2013) 5th ed. American Psychiatric Association: Washington.
- Maysonet Guzmán, M. y Toro Alfonso, J. (2007). Cuando el Cuerpo carga el Peso: Una Mirada Clínica y Social a la Obesidad, *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18(4), 107-117,
- Mendez, J., Vázquez Velázquez, V. y García García, E. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. Disponible en la base de datos Medigraphic Artemisa.
- Meza, C. (2011). *Predictores Psicosociales de Sobrepeso y Obesidad en Mujeres de Monterrey*. (Tesis de Doctorado). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Meza Peña, C. y Moral de la Rubia, José. (2015). Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. Recuperado en Junio 2015; Disponible en http://www.psicoter.es/pdf/92_A101_01.pdf.
- Miguel Soca, P. E. y Niño Peña, A., (2009) *Consecuencias de la Obesidad*, ACIMED. 20(4), 84-92.
- Mikulic (2007), *Enfoques del Constructo Personal*, Recuperado en junio; Disponible en <http://www.discourseunit.com/pdf/mcp/CAP05.pdf>
- Minuchin, S., Rossman, B. y Backer, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia in Context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Montero, I. y León, O. G. (2005). Sistemas de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 115-127. Recuperado de <http://www.aepc.es/ijchp/>
- Moreno Esteban, B., Monereo Mejía S., y Álvarez Hernández, J. (2000). Obesidad: Epidemia del Siglo XXI. México: Díaz de Santos.
- Moreno Jiménez, B. (1985), *La Psicología de los Constructos Personales: Historia Presupuestos v alcance de una teoría*. Recuperado en junio; Disponible en dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65940.pdf.
- Morín Zaragoza, R. (2008). Obesidad y sexualidad. *Revista de Trabajo Social*, 18(3), 4-13.
- Montesano del Campo, A. (2007). *Identidad y Narrativa en la Distimia: Análisis de Contenido de Constructos Personales*, 1-33.

- Montesano, A., Feixas, G. y Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32(4), 371-379.
- Moreno B. (2007). Psicología de la personalidad. Thomson. Madrid. 454-456.
- Neumark-Staizner, D., Butler, R y Paltl, H. (1995). Personal and socioenvironmental predictors of disordered eating among adolescent females. *Journal of Nutritional. Education*, 28(3), 195-201.
- Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2012) para el manejo integral de la obesidad. Consultada 20/08/2015. En http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013Mexico.
- Ocampo Barrio, P. y Pérez Mejía, A.N. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad. 36, 325-331.
- Ontiveros Esqueda, C. Segura Ortega, J.E., y Villaseñor Bayardo, S.J., (2006) Estrategias de prevención y tratamiento de la Obesidad en regiones geográficas definidas de México, *Investigación en Salud*, 8 (2), 72-73,
- Organización Mundial de la Salud (2015). Obesidad y Sobrepeso. (OCDE) Recuperado en Agosto 2015; disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Obesity and the Economics of Prevention: fit not fat key facts –México, Update (2014). Recuperado en Agosto 2015; Disponible en http://www.oecd.org/mexico/Obesity-Update-2014-MEXICO_EN.pdf
- Organización Para La Cooperación y El Desarrollo Económico. Obesity: Update (2012). Recuperado en Agosto 2015; Disponible en www.oecd.org/health/49716427.pdf
- Ortiz, M. (2007). Alimentación y Nutrición. Recuperado de: http://www.msc.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/equidada/10modulo_09.pdf.
- Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 20(3) (versión electrónica.)
- Padilla Carmona, M.T. (2001). La rejilla de constructos personales: Un instrumento para el diagnóstico y la orientación. *Ágora Digital*, 8(2), 1-12 (Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=4272>).
- Papalia, D.E. (2008). *Psicología General*. México: Mc Graw Hill.
- Perea Martínez, A. López Navarrete, G.E., Padrón Martínez, M. Lara Campos A.G., Santamaría Arza, C. y Ynga Durand, M.A., (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediat. Mex*, 35(4), 316-337.
- Pérez Carrillo, M.S. (1985). *Obesidad y aspectos psicosociales en la familia*". Tesis. Especialista en Medicina General Familiar. México, UNAM. Facultad de Medicina.
- Pérez González, S. y Saucedo Molina, T.G., (2010) *Trastorno por Atracón, Comedor Nocturno y Obesidad*. En Morales-González, J.A., *Obesidad un Enfoque Multidisciplinario*, (329-346). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

- Polivy, J. y Herman, P. (1993). Etiology of binge-eating: Psychological mechanisms. En Fairburn, C.F. & Wilson, G.T. (Ed.) *Binge Eating: nature, assessment and treatment*. New York: The Guilford Press. Wilson.
- Pompa Guajardo, E. G., (2007) *Evaluación de un Programa Multidisciplinario para Reducir los Niveles de Ansiedad, Depresión e Índice de Masa Corporal en Niños con Sobrepeso y Obesidad*. (Tesis de Doctorado). México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Prochaska, J. y Di Clemente C. Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1982; 19(2), 276-288.
- Puhakka, K. (2013) *La Teoría de los Constructos Personales de George Kelly y la Psicología Cognoscitiva*. Recuperado en mayo 2013, disponible en <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teo-per/12.pdf>
- Quirantes Moreno, A. J., López Ramírez, M., Hernández Meléndez, E., y Pérez Sánchez, A., (2009) Estilo de Vida, Desarrollo Científico-Técnico y obesidad, *Revista Cubana de Salud Pública*, 35 (3), 1-8.
- Riebeling, G. y Del Socorro, R. (2014). *Psicología de la Obesidad: esferas de vida multidisciplinaria y complejidad*. México: Manual Moderno.
- Rivarola, M. (2003). La Imagen Corporal En Adolescentes Mujeres: Su Valor Predictivo En Trastornos Alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 7(2) (149-161 [versión electrónica]).
- Rodríguez, H.F. (1995). Obesidad. En agente, J., Gracia & Rodríguez, F. (eds). *Tratado de endocrinología pediátrica y de la adolescencia*. Madrid: Edimsa.
- Rodríguez Marin, J., (2002). Historia de la Psicología de la Salud. *Revista de historia de la Psicología*, Universidad Miguel Hernández: España. 23(4), 185-221.
- Rodríguez Oreggia, E., (2005) *Factores de Dinámica Social Asociados a Obesidad en Adultos en México*. UIA, 1-22 Recuperado en http://sitios.itesm.mx/egap/que_es_egap/inv_pub/egap-ec-o9-11.pdf
- Rubio, M. A. (2007). Obesidad mórbida y cirugía de Obesidad. Recuperado en marzo 2013; disponible en: http://www.seedo.es/Portals/Seedo/obesidadysalud/CIRUG%C3%8da_OBESIDAD.pdf
- Salvador Serrano, L., (2010). *Enfermedades Cardiovasculares y Obesidad*. En Morales González, J.A., *Obesidad un Enfoque Multidisciplinario*, (275-292). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Sandoval Gallegos, E.M., (2010) *Obesidad: Definición, Clasificación, Sintomatología y Diagnóstico*. En Morales González, J.A., *Obesidad un Enfoque Multidisciplinario*, (145-158). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Sandoval Trombert, P., (2007) *Aspectos Psicológicos de la Obesidad*. Recuperado en www.achinumet.cl/vii-curso.temuco/aspectos-psicologicos_psc_p_sandoval.pdf &cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
- Sanfuentes M.T., Lagaribel M., Jara S., Lolas F., y Liberman C., (1998). *Desadaptaciones orgánicas: Trastornos de la conducta alimentaria, del*

- sueño y psicofisiológicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*; 26 (5): 303-308.
- Sarason, I., y Sarason, B. (2006). Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada. México: Pearson, Prentice hall.
- Sánchez, J. (2005). Análisis de constructos personales del deportista lesionado. *Revista Digital-Buenos Aires*; 8(3), 1-6.
- Sánz, J. (1992). Constructos personales y sintomatología depresiva: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45(4), 403-411.
- Sanz Fernández, J. (1992). Constructos Personales y Sintomatología Depresiva: Un Estudio Longitudinal, *Revista de Psicología General y Aplicaciones*, 45(4), 403-411.
- Saúl, L.S. y López-González, M.A. (octubre, 2010). Medida de la complejidad cognitiva. Trabajo presentado en IV Congreso Nacional de Psicoterapias Cognitivas, Barcelona, España.
- Secretaria de Salud (2012). Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2012). Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaria de Salud (2010). *Acuerdo nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Recuperado de http://portal.salud.gob.mx/descragas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf.
- Senra, J., Feixas, G. y Fernandes E. (2001). Manual de Intervención en Dilemas Implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 16 (4), 180-201.
- Serra Maiem. L. v Araceta Bartrina. J. (2001). *Estudio en Kid*. Barcelona: Masson.
- Shisslak. C.m.. Craco. M. v Estes. L.S. (1995). The spectrum eating disturbances. *Internacional Journal of eating Disorders*, 18(3), 209-219.
- Silvestri, E, y Staville, A. E. (2005). *Aspectos Psicológicos de la obesidad: Importancia de su Identificación y Abordaje dentro de un Enfoque Interdisciplinario*: Recuperado en www.nutrinform.com/pagina/info/ob05-02.pdf
- Stice, E. Killen. J.D. Hayward. C.. v Taylor. C.B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A 4-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 10(3)-671-674.
- Striegel More. R. H. v Steiner Adair. C. (2000). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En Vanderevcken. W. & Noordenbos. G. (Comps.). *La prevención de los trastornos alimentarios* (pp. 13-37). España: Granica.
- Stunkard, A. J. (1976). The Pain of Obesity. Palo Alto, California: Bull. Surgery. *Obese Surg*, 20 (2), 161- 167.
- Stunkard. A. J. (1993). A history of binge eating. En Fairbum C. G. & Wilson. G. T. *Binge eating nature, assessment and treatment* (pp. 173-205). New York: The Gullford.
- Tapia S., A. (2006). Ansiedad, un Importante Factor a Considerar para el Adecuado Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrition*, 23(3), 23-29.

- Thucker LA. (1984). Physical attractiveness, somatotype, and the male personality: A dynamic interactional perspective. *J Clin Psychol*, 10(3), 26-34.
- Trujillo, E. (2006). ¿Qué causa un trastorno de la conducta alimentaria? Nacional eating disorders asociación [versión electrónica].
- Turner SL, Hamilton H, y Jacobs M. (2004). The influence of fashion magazines on the body image satisfaction of college women: an exploratory analysis. *Adolescence*. 7(2), 13-24.
- Toro, J. y Vllardell, E. (1987). Anorexia Nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Unikel C., Aguilar, J. y Gómez, G. (2005). Predictors of eating behaviors in simple of Mexican women. *Eating ang Weigth Disorders*, 10(2), 33-39.
- Unikel Santocini, C., Bojorquez Chapela, I., Villatoro Velázquez, J., Fleiz Bautista, C. y Medina Mora, M.E. (2006). Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de investigación clínica*, 58(1), 5-27.
- Vargas, L.y Casillas, L. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo. *Cuadernos de Nutrición*, 15(4), 34-46.
- Wadden, T.A. y Stunkard, A.J. (1993). *Psichosocial consequences of obesity and dieteting*, In Stunkard AJ, Wadden, TA (Eds) *Obesity: Theory and therapy (2a)ed.. New York Raven Press. 163-177.*
- Zagmutt, A. y Ferrer Farsi, M. (2003). Psicoterapias cognitiva y constructivista. *Novas Fronteras de práctica clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Zukerfeld, R. (2005). *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Buenos Aires: Clarín

XI. ANEXOS

ANEXO 1. Datos sociodemográficos de las muestras			
Grupo Control		Grupo Con Obesidad	
1.- SEXO			
Femenino	77%	Femenino	67%
Masculino	23%	Masculino	33 %
2.- EDAD			
18 – 39	70 %	18 – 39	50 %
40 – 59	30 %	40 – 59	50 %
3.- ESTADO CIVIL			
Soltero	27 %	Soltero	3 %
Casado	66%	Casado	70 %
Divorciado	7 %	Divorciado	27 %
Viudo	0 %	Viudo	0 %
4.- NÚMERO DE HIJOS			
0 – 3	97 %	0 – 3	97 %
4 – 7	3 %	4 – 7	3 %
5.- OCUPACIÓN			
Empleado	80 %	Empleado	73 %
Ama de casa	10 %	Ama de casa	13 %
Estudiante	3 %	Estudiante	0 %
Desempleado	7	Desempleado	14 %

6.- ESTUDIOS			
Primarios	80 %	Primarios	20 %
Intermedios	7 %	Intermedios	67 %
Universitarios	10%	Universitarios	13 %
Doctorado	3	Doctorado	0 %

ANEXO 2. Esquema prototípico de la TRCP procesado por el programa RÉCORD.

DATOS ORIGINALES

CONSTRUCTOS Iz ³	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L ³	CONSTRUCTOS De ²	ELEMENTOS		
1-RESPONSAB	3	5	2	1	2	1	4	5	2	1	1	3	2 ³	1-IRRESPONS	2A-YO AHORA	3
2-GROCERO	3	5	6	3	5	4	4	4	6	4	3	4	6 ³	2-ANALITICO	2B-YO ANTES	3
3-AUTENTICO	3	4	3	2	2	2	3	1	3	3	5	4	2 ³	3-FALSO	2C-PA	3
4-PREOCUPAD	3	4	6	3	6	5	5	6	6	6	3	5	6 ³	4-TRANQUILO	2D-MA	3
5-REFLEXIVO	3	6	2	4	2	2	4	2	4	4	5	4	2 ³	5-IMPULSIVO	2E-NERI (PAR	3
6-EXPLOSIVO	3	3	4	4	5	6	4	6	5	5	4	4	4 ³	6-RAZONABLE	2F-ARMANDO (3
7-ESPONTANE	3	4	4	2	4	3	3	2	2	4	4	4	3 ³	7-TIMIDO	2G-RULO (AMI	3
8-ASPIRA A	3	5	2	1	4	2	3	2	3	3	2	3	2 ³	8-CONFORMIS	2H-LU(AMIGA)	3
9-ANIMADO	3	4	2	2	4	2	3	2	2	2	2	3	2 ³	9-NEGATIVO	2I-NANCY (CO	3
10-CREATIVO	3	4	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2 ³	10-DESESPERA	2J-ALEX (COM	3
11-JUSTO	3	4	4	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2 ³	11-INJUSTO	2K-CARLOS (C	3
12-INDIVIDUA	3	5	2	3	6	6	5	5	5	5	2	5	5 ³	12-SOLIDARIO	2L-YO IDEAL	3
13-PACIENTE	3	4	5	5	2	4	4	4	4	4	4	4	3 ³	13-IMPACIENT		
14-ATREVIDO	3	4	4	5	4	3	3	2	3	3	2	4	3 ³	14-MIEDOSO		
15-SOCIABLE	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1 ³	15-RETRAIDO		
16-AGRADABLE	3	6	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	1 ³	16-DESAGRADA		
17-ATRACTIVO	3	6	4	4	4	2	4	3	3	2	4	4	2 ³	17-FEO		

Anexo 3. Dilemas Implicativos de las muestras

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Espontanea Vs. Tardía $r = .22$ Impaciente ---→ Paciente (02)	Relajada Vs. Estricta $r = .33$ Irresponsable ---→ Dedicada (01)
Espontanea Vs. Tardía $r = .40$ Cerrada ---→ Creativa (02)	Paciente Vs. Impaciente $r = .23$ Irresponsable. ---→ Responsable (04)
Espontanea Vs. Tardía $r = .31$ Individualista ---→ Grupal (02)	Paciente Vs. Impaciente $r = .26$ Egocéntrica ---→ Colaborativa (04)
Fea Vs. Atractiva $r = .55$ Cerrada ---→ Creativa (02)	Paciente Vs. Impaciente $r = .27$ Desinteresada ---→ Dedicada (04)
Solidaria Vs. Egoísta $r = .44$ Noble ---→ Enérgica (03)	Paciente Vs. Impaciente $r = .25$ No se compromete ---→ Compro.(04)
Solidaria Vs. Egoísta $r = .34$ Distraída ---→ Perfeccionista (03)	Paciente Vs. Impaciente $r = .23$ Insegura ---→ Segura (04)
Humilde Vs. Egocéntrica $r = .77$ Noble ---→ Enérgica (03)	Consentidora Vs. Enojona $r = .37$ Tímida ---→ Aventada(05)
Humilde Vs. Egocéntrica $r = .51$ Distraída ---→ Perfeccionista (03)	Consentidora Vs. Enojona $r = .42$ Floja ---→ Exigente (05)

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Sincera Vs. Hipócrita r = .47 Noble ---→ Enérgica (03)	Amorosa Vs. Fría r = .24 Cohibida ---→ Amigable (05)
Sincera Vs. Hipócrita r = .38 Distraída ---→ Perfeccionista (03)	Amorosa Vs. Fría r = .51 Tímida ---→ Aventada (05)
Directa Vs. Falsa r = .22 Noble ---→ Enérgica (03)	Amorosa Vs. Fría r = .43 Floja ---→ Exigente (05)
Discreta Vs. Chismosa r = .20 Grosera --→ Amable (03)	Confiable Vs. Indiscreta r = .37 Tímida ---→ Aventada (05)
Alivianada Vs. Enojona r = .67 Noble ---→ Enérgica (03)	Reservada Vs. Grosera r = .28 Floja ---→ Exigente (05)
Alivianada Vs. Enojona r = .41 Distraída ---→ Perfeccionista (03)	Sencilla Vs. Habladora r = .55 Tímida ---→ Aventada (05)
Alivianada Vs. enojona r = .28 tímida ---→ extrovertida (03)	Organizada Vs. desorganizada r = .34 Pone Límites---→ Permisiva (06)
Sencilla Vs. Soberbia r = .74 Noble ---→ Enérgica (03)	Organizada Vs. Desorganizada r = .31 Rígida ---→ Consentida (06)
Sencilla Vs. Soberbia r = .53 Distraída ---→ Perfeccionista (03)	Comprensiva. Vs. Rígida r = .48 Cerrada---→ Sociable (07)

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Agradable Vs Molesta. r = .58 Noble ---→ Enérgica (03)	Comprensiva Vs. Rígida r = .37 Seria ---→ Amigable (07)
Agradable Vs. Molesta r = .47 Distraída ---→ Perfeccionista (03)	Confiable Vs. Insegura r = .39 Cerrada ---→ Sociable (07)
Ordenado Vs. Desordenado r = .50 No Cariñoso ---→ Cariñoso(05)	Confiable Vs. Insegura r = .31 Seria ---→ Amigable (07)
Responsable Vs. Irresponsable r = .32 No cariñoso ---→ Cariñoso (05)	Generosa Vs. Ambiciosa r = .21 Cerrada ---→ Sociable (07)
Orgullosa Vs. Sencillo r = .63 No cariñoso ---→ Cariñoso (05)	Le Echa Ganas Vs. Irresponsable r = .31 Intolerante---→ Comprensiva(09)
Amable Vs. Grosera r = .42 Temperamental ---→ Pasiva (09)	Le gusta depor. Vs. No le gusta depo. r = .24 Fea ---→ Atractiva (09)
Amable Vs. Grosera r = .35 Impulsiva ---→ Controlada (09)	Educada Vs. Grosera r = .27 Dormilona---→ Madrugadora (11)
Espiritual Vs. No creyente r = .28 Temperamental ---→ Pasiva (09)	Sociable Vs. Cerrada r = .43 Dormilona ---→ Madrugadora (11)
Unida Vs. Desunida r = .28 Impulsiva ---→ Controlada (09)	Agradable Vs. Intolerable r = .40 Dormilona ---→ Madrugadora (11)

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Sonriente Vs. Seria r = .64 Sentimental ---→Fuerte (10)	Abierto Vs. Cerrado r = .34 Flojo ---→ Trabajador (13)
Enojona Vs. Tranquila r = .39 Impulsiva ---→ Tolerante (10)	Ambicioso Vs. Sencillo r = .21 Amargado ---→ Sociable (13)
Relajado Vs. Enojón r = .48 Intolerante ---→ Tolerante (11)	Relajienta Vs. Aburrida r = .20 Irresponsable ---→ Responsable (16)
Relajado Vs. Enojón r = .30 Le vale ---→ Se preocupa (11)	Amargada Vs. Risueña r = .40 Mediocre ---→Perseverante (17)
Relajado Vs. Enojón r = .42 No lo piensa ---→Pensativo (11)	Amargada Vs. Risueña r = .24 Obsesiva ---→Relajada (17)
Jugador Vs. Aburrido r = .45 Le vale ---→Se preocupa (11)	Amargada Vs. risueña r = .22 No comprometida ---→Entregada (17)
Jugador Vs. Aburrido r = .26 No lo piensa ---→ Pensativo (11)	Amargada Vs. Risueña r = .41 Anhedonia ---→ Pasión por lo que ha
Sociable Vs. Solitario r = .34 Le vale ---→ Se preocupa (11)	Empática Vs. No Agradable r = .35 Con Falta de Exp.---→ Con Exp. (19)
Sociable Vs. Solitario r = .23 No lo piensa ---→ Pensativo (11)	Impaciente Vs. Paciente r = .51 Altanera ---→ Pasiva (20)

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Con Iniciativa Vs. Conformista r = .30 Intolerante ---→ Pasiva (13)	Impaciente Vs. Paciente r = .43 Aburrida ---→ Divertida (20)
Fuerte Vs. Débil r = .82 Intolerante ---→ Pasiva (13)	Impaciente Vs. Paciente r = .52 Tímida ---→ Sociable (20)
Fuerte Vs. Débil r = .41 Enojona ---→ Cariñosa (13)	Impaciente Vs. Paciente r = .63 Apática ---→ Agradable (20)
Fuerte Vs. Débil r = .33 Impulsiva ---→ Analiza (13)	Respetuoso Vs. Irrespetuoso r = .21 Introvertido ---→ Sociable (21)
Preocupada Vs. Tranquila r = .50 Intolerante ---→ Pasiva (13)	Respetuoso Vs. Irrespetuoso r = .27 Solitario ---→ Amigable (21)
Preocupada Vs. Tranquila r = .55 Enojona ---→ Cariñosa (13)	Respetuoso Vs. irrespetuoso r = .37 Callado ---→ Extrovertido (21)
Preocupada Vs. Tranquila r = .30 Impulsiva ---→ Analiza (13)	Leal Vs. Desleal r = .52 Introvertido ---→ Sociable (21)
Perseverante Vs. Sin objetivos r = .63 Intolerante ---→ Pasiva (13)	Leal Vs. Desleal r = .50 Solitario ---→ Amigable (21)
No se somete Vs. Sumiso r = .83 Intolerante ---→ Pasivo (13)	Leal Vs. Desleal r = .58 Callado ---→ Extrovertido (21)

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
No se somete Vs. Sumiso r = .35 Enojona ---→ Cariñosa (13)	Leal Vs. Desleal r = .42 Feo ---→ Atractivo (21)
No se somete Vs. Sumiso r = .45 Impulsiva ---→ Analiza (13)	Antipática Vs. Empática r = .31 Antisocial ---→ Sociable (22)
Amigable Vs. Antisocial r = .53 Intolerante ---→ Pasiva (13)	Agradable Vs. Incomodo r = .23 Temeroso ---→ Valiente (23)
Sociable Vs. Aislada r = .63 Intolerante ---→ Pasiva (13)	Responsable Vs. Irresponsable r = .22 Histórica ---→ Paciente (24)
Emocional Vs. Frívolo r = .39 Limitado ---→ Libre (14)	Abierta Vs. Cerrada r = .29 Desapegada ---→ Apegada (24)
Leal Vs. desleal r = .27 Limitado ---→ Libre (14)	Activa Vs. Floja r = .48 Histórica ---→ Paciente (24)
Sociable Vs. Apático r = .30 Limitado ---→ Libre (14)	Activa Vs. Floja r = .57 Fea ---→ Atractiva (24)
Atractivo Vs. Indeseable r = .40 Limitado ---→ Libre (14)	Actualizada Vs. Conservadora r = .30 Desapegada ---→ Apegada (24)
Pacífica Vs. Bipolar r = .27 Desinteresada ---→ Deportista (16)	Sobreprotectora Vs. Desatenta r = .37 Fea ---→ Atractiva (24)

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Honesta Vs. Deshonesta r = .65 Enojona ---→ Relajada (19)	Trabajadora Vs. Vividora r = .24 Histérica ---→ Paciente (24)
Luchona Vs. Conformista r = .38 Desmadrosa ---→ Tranquila (19)	Trabajadora Vs. Vividora r = .32 Fea ---→ Atractiva (24)
Positiva Vs. Negativa r = .36 Desmadrosa ---→ Tranquila (19)	Tener valores Vs. No tener valores r = .35 Histérica ---→ Paciente (24)
Feliz Vs. Infeliz r = .59 Enojona ---→ Relajada (19)	Tener valores Vs. No tener valores r = .27 Fea ---→ Atractiva (24)
Agradable Vs. Grosera r = .59 Enojona ---→ Relajada (19)	Organizada Vs. Desorganizada r = .34 Pone límites ---→ Se deja (27)
Atractiva Vs. Fea r = .26 Enojona ---→ Relajada (19)	Organizada Vs. Desorganizada r = .31 Exigente ---→ Consentida (27)
Necia Vs. Vale madre r = .35 Solo escucha ---→ Facil. de pal.(2)	
Necia Vs. Vale madre r = .58 Se guarda ---→ Directa (21)	
Inteligente Vs. Mensa r = .40 Se guarda---→ Directa (21)	

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Inteligente Vs. Mensa $r = .27$ Solo escucha ---→ Facil. de pal. (2)	
Aspiracional Vs. Conformista $r = .29$ Se guarda ---→ Directa (21)	
Sensible Vs. Insensible $r = .24$ Solo escucha ---→ Facil. de pal. (2)	
Sensible Vs. Insensible $r = .27$ Se guarda ---→ Directa (21)	
Capaz Vs. Incapaz $r = .33$ Se guarda ---→ Directa (21)	
Cínica Vs. Hipócrita $r = .22$ Despilfarradora ---→ Cauta (23)	
Esmerada Vs. Conformista $r = .20$ Soberbia ---→ Humilde (23)	
Atractiva Vs. Gorda $r = .65$ Impulsiva ---→ Sensible (23)	
Atractiva Vs. Gorda $r = .28$ Soberbia ---→ Humilde (23)	

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Atractiva Vs. Gorda r = .24 Controlada ---→ Soberbia (23)	
Divertida Vs. Amargada r = .30 Irresponsable ---→ Responsable (2)	
Amable Vs. Enojona r = .27 Reservada ---→ Facil. de pal. (25)	
Comprensiva Vs. Incomprensiva r = .29 Reservada ---→ Facil. de pal. (25)	
Flexible Vs. Perfeccionista r = .2 Aburrida ---→ Divertida(25)	
Humanitaria Vs. Egoísta r = .24 Reservada ---→ Facil. de pal. (25)	
Buena persona Vs. Mala persona r = .24 Reservada ---→ Facil. de pal. (25)	
Grosera Vs. Educada r = .21 Reservada ---→ Facil. de pal. (25)	
Feo Vs. Atractivo r = .41 Desesperado ---→ Paciente(27)	

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
responsable Vs. Irresponsable $r = .41$ Empática ---→ Contraria (28)	
Alegre Vs. Seria $r = .37$ Trabajadora ---→ Floja (28)	
Alegre Vs. Seria $r = .33$ Enojona ---→ Tranquila (28)	
Conservadora Vs. Liberal $r = .32$ Empática ---→ Contraria (28)	
Amable Vs. Grosera $r = .46$ Empática ---→ Contraria (28)	
Buena gente Vs. Mala gente $r = .57$ Empática ---→ Contraria (28)	
Sensible Vs. Insensible $r = .58$ Empática ---→ Contraria (28)	
Respetuosa Vs. Maleducada $r = .50$ Empática ---→ Contraria (28)	
Fiel Vs. Infiel $r = .52$ Empática ---→ Contraria (28)	

GRUPO CONTROL	GRUPO CON OBESIDAD
Agradable Vs. Desagradable r = .46 Empática ---→ Contraria (28)	
Número de Dilemas = 90 Número personas con Dilemas=16	Número de Dilemas = 59 Número de personas con Dilemas=17

Nota: los números entre paréntesis indican el número de registro del participante para cada grupo