

Predicción de alteración de conducta alimentaria en mujeres mexicanas

José Moral de la Rubia,¹ Cecilia Meza Peña¹

Artículo original

SUMMARY

Objective

To determine which socio-demographic, anthropometric, ego functions, cognitive, affective, social and behavioral variables are associated and predict eating alteration.

Methods

A sample by quotas of Body Mass Index group: (50% overweight and obesity and 50% normal weight) was used. The questionnaires of Overeating and Ego Function Assessment were applied to a random sample of 20 to 40 years old women, resident in the city of Monterrey, Mexico (N=217).

Results

A model that takes as hypothesis overeating by affective alteration was contrasted. Affective alteration and greater age predict overeating; the last one leads to weight gain, to which the age also contributes. The affective alteration is predicted by ego functional deficiencies, primitive object relationships and higher education level. The weight gain generates corporal image preoccupation and motivation to lose weight (probably by physical and health problems). At the same time, the corporal image dissatisfaction, increased by affective alteration, motivates to lose weight. This model shows a good fit to the data (χ^2 [32, N=217]=38.14, $p=.21$, $GFI=.97$, $AGFI=.94$ y $RMSEA=.03$).

Conclusions

Ego function deficiencies lead to chronic problems of adaptation and relations, which generate affective alteration that is faced with self-indulgence in eating. The consequent weight gain increases the corporal dissatisfaction and the desire to lose weight. Diets and unresolved affective alterations can contribute in the future to an eating disorder.

Key words: Obesity, overweight, women, body image, Mexico.

RESUMEN

Objetivo

Determinar cuáles variables sociodemográficas, antropométricas, funciones del Yo, aspectos cognitivos, afectivos, sociales y comportamentales se asocian y predicen la alteración de la conducta alimentaria.

Métodos

Se empleó un muestreo por cuotas de grupos de Índice de Masa Corporal: 50% con sobrepeso y obesidad y 50% con peso normal. Se aplicaron los cuestionarios de Sobreingesta Alimentaria y de Evaluación de las Funciones del Yo a una muestra aleatoria de 217 mujeres jóvenes de 20 a 40 años residentes en la ciudad de Monterrey, México.

Resultados

Se contrastó un modelo que toma como hipótesis una ingesta excesiva por alteración afectiva. Alteración afectiva y mayor edad pronostican comer en exceso; ésta lleva a ganancia de peso, a lo que contribuye además la edad. La alteración afectiva es pronosticada por deficiencias funcionales del Yo, malas relaciones objetuales y mayor escolaridad. La ganancia de peso genera preocupación por la imagen corporal y motivación a bajar de peso (probablemente por malestares físicos y problemas de salud). A su vez, la preocupación por la imagen corporal, incrementada por la alteración afectiva, motiva a bajar de peso. Este modelo posee buen ajuste a los datos.

Conclusiones

Deficiencias en las funciones del Yo llevan a problemas crónicos de adaptación y relaciones, lo que genera alteración afectiva que se afronta a través de la auto-indulgencia en el comer. La ganancia de peso consecuente incrementa la insatisfacción corporal y el deseo de perder peso. Dietas y alteración afectiva no resuelta pueden contribuir en el futuro a un trastorno alimentario.

Palabras clave: Obesidad, sobrepeso, mujeres, imagen corporal, México.

ENFOQUE PSICOSOCIAL DE LA OBESIDAD

La obesidad es un claro problema de salud en la región de las Américas y afecta de un cuarto a un tercio de su población.¹

Dos factores que provocan obesidad son el sedentarismo y una dieta hipercalórica. En animales en cautividad o confinados se observa el fenómeno de la obesidad al tener éstos constante acceso al alimento.² Precisamente, la vida urbana y el desarrollo han aumentado el sedentarismo y la

¹ Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Correspondencia: José Moral de la Rubia. c/Dr. Carlos Canseco No. 110, Mitrás Centro, 64460, Monterrey, NL. México. Teléfono: (00 52 81) 8333-8233, Ext. 423 y 105. Fax: (00 52 81) 8333-8233, Ext. 103. E-mail:jose_moral@hotmail.com

Recibido primera versión: 8 de septiembre de 2011. Segunda versión: 6 de marzo de 2012. Aceptado: 23 de abril de 2012.

alta disponibilidad de alimentos ricos en calorías, los cuales se anuncian constantemente. Así, es lógico que haya aumentado la obesidad y como formación reactiva se halla forjado un concepto estético de delgadez.³ Por formación reactiva se hace referencia a un mecanismo de defensa que consiste en sustituir de forma automática los comportamientos, pensamientos o sentimientos que resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos cuando se enfrentan conflictos y amenazas de origen interno o externo.⁴

La obesidad, en los países desarrollados y en vías de desarrollo, tiene mayor prevalencia en la clase social baja.^{5,6} Esta prevalencia diferencial por clases sociales se puede atribuir a la presencia de unos valores de delgadez en las clases altas y medias con mucho menor peso que en las bajas,⁷ así como a una peor calidad de la alimentación en estatus socioeconómicos bajos, con una mayor participación de los carbohidratos en la proporción calórica, siendo las tortillas de maíz, frijoles, refresco, huevos, leche entera y salsas su composición esencial en México.^{3,8}

A la mayor tasa de obesidad en las mujeres con mayor edad contribuyen un metabolismo basal más bajo, mayor proporción de tejido adiposo y tendencia a almacenar grasas.⁹ Desde el análisis psicosocial se puede achacar, por una parte, al descuido de la estética tras el matrimonio y el nacimiento de los hijos, adoptando un rol materno desexualizado. Precisamente, el embarazo es una situación de estrés somático que induce incremento de peso. Si no hay una motivación para recuperar la estética, los hijos sucesivos van generando la obesidad.¹⁰ También contribuye un humor depresivo ante el alejamiento de un esposo que ya no la ve atractiva y la emancipación de los hijos, los cuales habían dado sentido a su vida y estructurado su tiempo, desde el momento en que se privilegió el rol materno y se abandonaron los aspectos seductores y sensuales del rol femenino, especialmente presentes en el noviazgo e inicio de la vida conyugal.¹¹

La obesidad es menor entre las mujeres profesionistas que entre las amas de casa, ya que estas primeras se preocupan más por su imagen, tienen menos hijos y más tardíos, nunca dejan de cuidar su atractivo físico y de construir un sentido a su vida fuera del hogar. 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 dessexualizado, al contar con un servicio doméstico para la casa y los hijos y tener más oportunidades de dar un sentido a su vida fuera de hogar.^{6,12,13}

Dentro de los trastornos psicopatológicos, los más relacionados con la alteración del apetito, ingestión alimentaria y peso son los trastornos del humor.¹¹ El patrón atípico de la depresión, que se da con más frecuencia en adolescentes y jóvenes, se asocia con un aumento del apetito, voracidad y aumento de peso, con una clara atracción por los carbohidratos.⁴ Precisamente, hay varios estudios que relacionan los trastornos alimentarios con depresión comórbida o antecedente.^{14,15}

Una característica epidemiológica de la segunda mitad de siglo, especialmente en los países industrializados, es el aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos depresivos, con un fuerte incremento en población adolescente e infantil.⁴ En estos dos grupos de edad se da con frecuencia el patrón atípico. Si a esto se le suman los factores de sedentarismo y alto consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y azúcares refinados, se puede entender por qué la obesidad está aumentando en adolescentes. No obstante, la sociedad está desarrollando unos valores estéticos de delgadez para luchar contra esta tendencia, por lo que emergen con características epidemiológicas enfermedades hasta hace poco desconocidas, como la anorexia y bulimia nerviosas. Estos valores de delgadez tienen mayor arraigo entre los jóvenes de clases altas y medias, que son quienes más padecen los trastornos de la conducta alimentaria;^{7,11} por el contrario, en las clases sociales más bajas tienen menor peso, de ahí que aumente sobre todo la obesidad.^{8,16} De aquí se deduce que detrás de los trastornos de la conducta alimentaria de los adolescentes no sólo está el estilo de vida engordador y los valores reactivos de delgadez, sino que también hay un fondo depresivo, el cual se relacionaría con la frustración de unos altos niveles de aspiraciones ante la realidad social del desempleo y la mayor disponibilidad de puestos de trabajo no calificados, mientras el sistema educativo es cada vez más exigente en la formación curricular.^{11,17}

ENFOQUE PSICODINÁMICO DE LA OBESIDAD

Algunos estudios de corte psicodinámico sobre la obesidad han centrado su interés en el análisis de las funciones del Yo.¹⁸⁻²⁰ En personas con obesidad crónica o bien en aquéllas con recaídas en su tratamiento de la obesidad, se ha observado mayor pobreza de recursos del Yo.¹⁸ McCall²¹ y Wadden²⁰ analizan la fortaleza del Yo en distintos escenarios clínicos con pacientes obesos, estableciendo que el fortalecimiento del Yo lleva a un sentido de control que posibilita la pérdida de peso en los pacientes. Así sugieren que la mayor fortaleza del Yo se utilice como predictor del éxito en tratamientos para pérdida de peso.

La terapia psicoanalítica ha mostrado eficacia para la reducción de la insatisfacción con la imagen corporal y la reducción de peso en forma significativa, aun cuando la obesidad no es el motivo de consulta.²² No obstante, el trabajo terapéutico requiere pruebas empíricas confiables que soporten las formulaciones teóricas y permitan su reformulación para lograr aumentar la eficacia.

A fin de establecer modelos predictivos de la alteración alimentaria en mujeres mexicanas, que brinden pautas para la comprensión del fenómeno de la obesidad y para su abordaje terapéutico y preventivo, se establecen como objetivos de este estudio: determinar cuáles variables sociodemográficas

ficas (edad, escolaridad, estatus socioeconómico y número de hijos), antropométricas (índice de masa corporal [IMC]), funciones del Yo (sentido de realidad, relaciones objetales, regulación de impulsos y funcionamiento defensivo), aspectos cognitivos (imagen corporal, motivación para bajar de peso, sentimientos hacia la comida), afectivos (alteración) y sociales (aislamiento) se asocian y predicen alteración de la conducta alimentaria (sobreingesta).

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Se empleó un muestreo por cuotas de grupos de IMC: 50% con sobrepeso y obesidad y 50% con peso normal. El total de participantes fue de 217 mujeres, residentes en Monterrey. Las edades oscilaron entre los 20 y 40 años, con una media de 26 años ($DE=6.8$). El 1.5% reportó tener estudios de primaria, 5.5% de secundaria, 44% de preparatoria y 49% universitarios. Al preguntar a qué clase social creían pertenecer, 69% indicó que a la media, 18% a la media alta, 11% a la media baja, 1% a la baja y otro 1% a la alta. El 71% señaló ser soltera, 26% casada, 2% divorciada o separada y 1% en unión libre. El 74% informó no tener hijos, y, en las que sí reportaron tenerlos, el valor modal fue de 2.

Para la recolección de los datos se implementaron dos estrategias: 1) evaluación en una clínica de salud privada para control de peso ($n=60$) y 2) invitación a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León por medio de los alumnos de licenciatura, en cuyas instalaciones se realizaron las mediciones antropométricas y la aplicación del cuestionario ($n=157$). Al reclutar a las participantes se llevó un registro de los grupos de peso con el fin de alcanzar las cuotas predefinidas.

Instrumentos

*Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria.*²³ Se compone de 80 reactivos tipo Likert con un rango de respuesta de cinco puntos (de 0 para nada a 4 muchísimo). Lo integran once escalas. Sus valores de consistencia interna por el coeficiente α de Cronbach varían de .79 a .88, con un valor mediano de .82.²³ En la presente muestra no se reproducen con exactitud los once factores, por lo que se propone una nueva configuración con 64 reactivos en diez factores correlacionados. La reducción de la escala implica la pérdida de 16 reactivos, de los cuales ocho son los correspondientes al factor de rationalizaciones, el cual desaparece. Los factores de expectativas relacionadas con el comer y sobreingesta originales definen dos nuevos factores que son "comer excesivo" y "sentimientos positivos al comer". Por lo demás, la solución propuesta es equivalente a la de O'Donnell y Warren:²³ Alteración afectiva con 7 reactivos ($\alpha=.85$), Antojos alimentarios

con 6 reactivos ($\alpha=.81$), Motivación para bajar de peso con 8 reactivos ($\alpha=.87$), Aislamiento social con 7 reactivos ($\alpha=.77$), Defensividad con 6 reactivos ($\alpha=.78$), Subingesta con 3 reactivos ($\alpha=.65$), Hábitos de salud con 6 reactivos ($\alpha=.78$), Sentimientos positivos al comer con 4 reactivos ($\alpha=.75$), Comer excesivo con 11 reactivos ($\alpha=.86$), e Imagen corporal con 6 reactivos ($\alpha=.87$) (Meza y Moral, 2011).²⁴

*Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo.*²⁵

En este estudio el cuestionario se aplica como una escala tipo Likert autoaplicada con un rango de cinco puntos, de 0=nunca a 4=siempre, cuando en su versión original es una entrevista estructurada. La evaluación de cada función del Yo incluye diez preguntas. Del cuestionario incluimos sólo cuatro funciones: sentido de realidad, del mundo y de sí mismo (SR), regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI), relaciones objetales (RO) y funcionamiento defensivo (FD). Son las funciones que se consideraron relevantes para la obesidad. En la presente muestra, al contrastar modelos unidimensionales para cada escala se logra buen ajuste con los 10 indicadores para SR y RI. Con RO y FD se tienen que eliminar dos reactivos en cada uno (26 y 30, así como 35 y 36, respectivamente) para obtener un buen ajuste. Los valores de consistencia interna variaron de .65 (RI) a .75 (FD) con un promedio de .70,²⁶ siendo ésta la definición de factores empleada en el estudio.

Procedimientos

Se tomaron en cuenta las recomendaciones de la *American Psychological Association* sobre los aspectos éticos para la investigación con seres humanos,²⁷ así como las de la Sociedad Mexicana de Psicología.²⁸ En virtud de ello, se dio a los participantes la información referente a los propósitos del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información aportada y se solicitó el consentimiento firmado a la persona entrevistada.

Cada caso se empezó con el registro por el encuestador de los datos sociodemográficos y antropométricos. Para la medición de la talla y el peso, se empleó una báscula clínica con estadímetro, la cual permite medir estatura hasta 1.95 metros y peso hasta 160 kilogramos. Se proseguía con la administración individual del cuestionario de autoinforme. La muestra fue levantada de enero a septiembre de 2010.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se emplean el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson, regresión lineal múltiple por el método *Stepwise* y análisis de senderos por Máxima Verosimilitud (ML). Para esta última técnica se contemplan diez índices de ajuste: tres básicos (función de discrepancia [FD], prueba ji-cuadrada [χ^2] y cociente entre ji-cuadrada y sus grados de libertad [χ^2/g_l]); dos poblacionales de no centralidad (parámetro de no centralidad

Cuadro 1. Correlaciones de las variables sociodemográficas y funciones del Yo con el puntaje total del OQ

	OQ	
	r	p
Sentido de la realidad (SR)	.42	.00
Regulación de impulsos (RI)	.29	.00
Relaciones objetuales (RO)	.43	.00
Funcionamiento defensivo (FD)	.48	.00
Edad	.23	.00
Escolaridad	.12	.08
Nivel socioeconómico	-.07	.29
Número de hijos	.19	.01
Índice de masa corporal (IMC)	.40	.00

OQ=Cuestionario de sobreingesta.¹⁷

Fuente: Elaboración por los propios autores.

poblacional [PNCP] y residuo cuadrático medio de aproximación [RMSEA] de Steiger-Lind); además cinco índices comparativos (índice de bondad de ajuste [GFI] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [AGFI], índice comparativo de ajuste [CFI] y normado [NFI] de Bentler-Bonnett e índice incremental de ajuste [IFI] de Bollen). Los valores de buen ajuste para los índices son: p de $\chi^2 > .05$, FD y $\chi^2/gl < 2$, PNCP < 1, RMSEA < .05, GFI, CFI e IFI > .95 y AGFI y NFI > .90. Los valores adecuados son: p de $\chi^2 > .01$, FD y $\chi^2/gl < 3$, PNCP < 2, RMSEA < .08, GFI, CFI e IFI > .85 y AGFI y NFI > .80.²⁹ Los cálculos se realizaron con SPSS16 y AMOS7.

RESULTADOS

Se define un puntaje total para el cuestionario OQ invirtiendo las puntuaciones de hábitos de salud, sentimientos positivos al comer, imagen corporal y defensividad; así todos puntúan en un sentido de alteración o problemas con el comer. Al estimar las correlaciones del puntaje total con sus variables (los 10 factores del OQ), se observa que todos contribuyen de forma significativa. La variable con menos peso es sentimientos positivos al comer ($r=.16$, $p<.01$) y las que tienen más peso son comer excesivo ($r=.72$, $p<.01$) y alteración afectiva ($r=.71$, $p<.01$), reflejando alteración alimentaria en un sentido de hiperefagia, autoindulgencia o pérdida de control al comer.

La alteración alimentaria, como puntaje total del cuestionario OQ, está correlacionada con las cuatro funciones

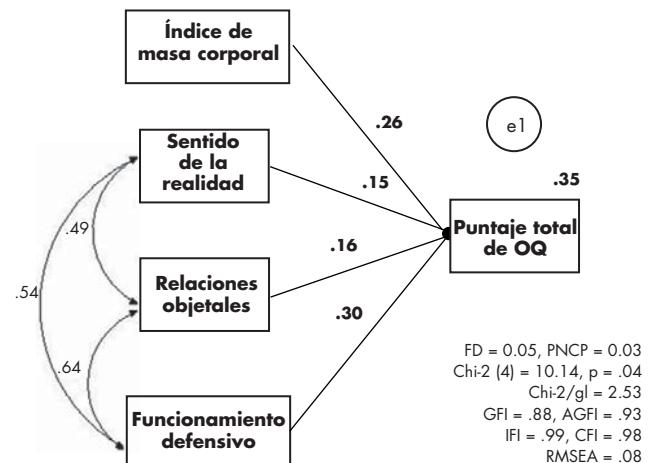


Figura 1. Modelo estandarizado estimado por máxima verosimilitud.

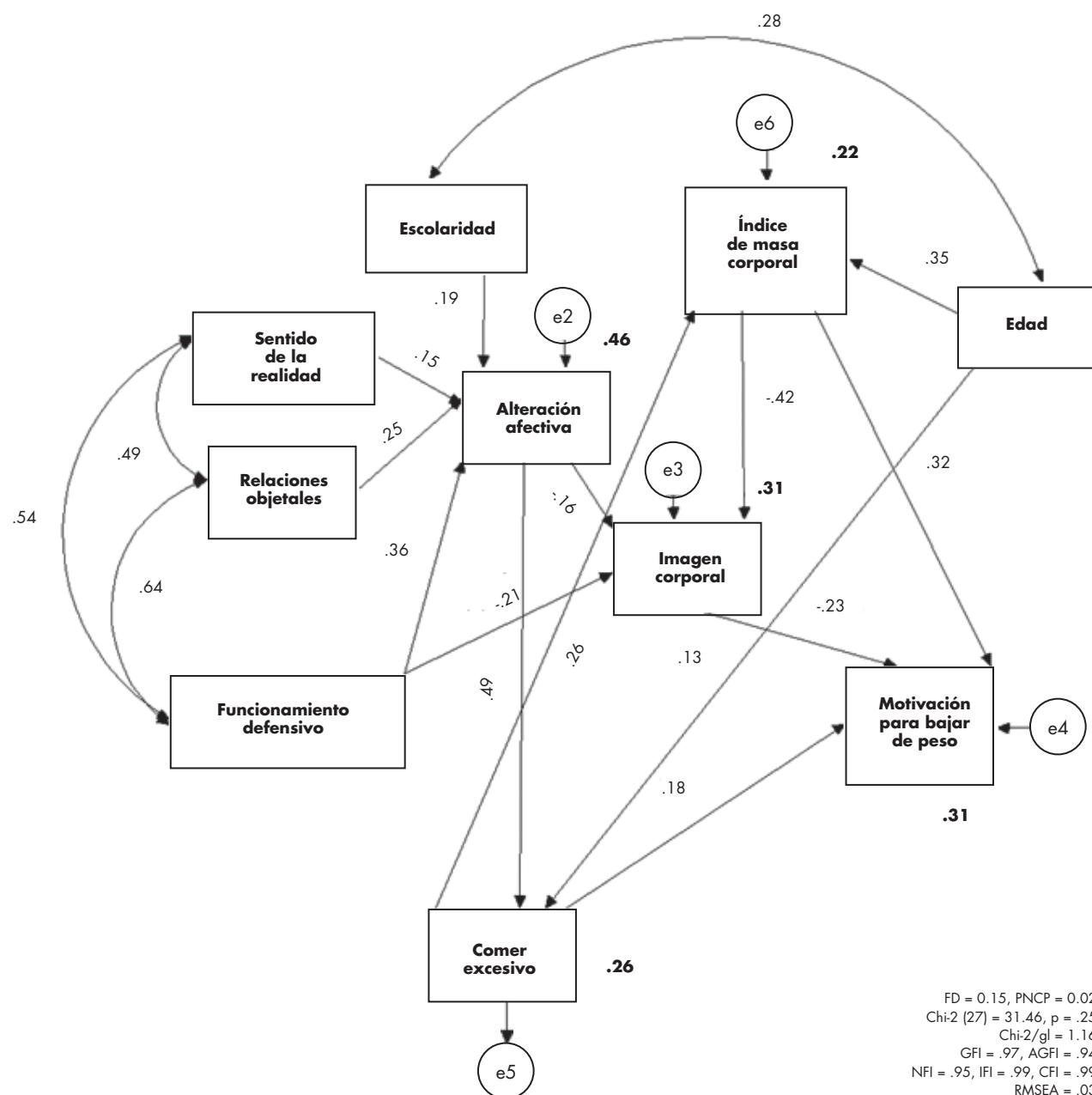
del Yo, IMC, edad y número de hijos (cuadro 1). Al estimar el modelo de regresión con los correlatos significativos, éste introduce cuatro predictores: IMC ($\beta=.36$), funcionamiento defensivo ($\beta=.30$), relaciones objetuales ($\beta=.15$) y sentido de la realidad ($\beta=.13$). Se explica 40% de la varianza del puntaje total de OQ; no obstante, hay problemas de colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza desviados de uno (cuadro 2), por lo que se opta por un modelo de análisis de senderos. En éste, la alteración alimentaria es pronosticada por el IMC y tres funciones del Yo interrelacionadas (FD, SR y OR). El ajuste del modelo en general es bueno (figura 1).

Se contrasta un segundo modelo sin el puntaje total de OQ que toma como hipótesis un comer excesivo por alteración afectiva.⁶ Alteración afectiva y mayor edad pronostican comer excesivo; éste lleva a ganancia de peso, a lo que contribuye además la edad. La alteración afectiva es pronosticada por deficiencias funcionales del Yo (SR, RO y FD) (desde la hipótesis de problemas crónicos de adaptación y relación)²³ y mayor escolaridad (desde un supuesto de la frustración en la realización personal).^{11,13} La ganancia de peso genera preocupación por la imagen corporal y motivación para bajar de peso (probablemente por malestares físicos y problemas de salud). La preocupación por la imagen corporal es pronosticada por alteración afectiva y funcionamiento defensivo, aparte de la ganancia de peso. A su vez, la preocupación

Cuadro 2. Modelo de regresión del puntaje total del OQ

Modelo	Coeficientes				Correlaciones			Colinealidad		
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	35.47	6.01		5.90	.00					
FD	1.70	0.41	.30	4.12	.00	.479	.27	.22	.52	1.94
IMC	1.44	0.21	.36	6.78	.00	.404	.42	.36	.97	1.03
RO	0.83	0.40	.15	2.07	.04	.432	.14	.11	.56	1.79
SR	0.73	0.37	.13	1.98	.04	.417	.13	.10	.66	1.51

R=.639, R²=.409, R²aj.=.398, EEE=19.373. FD=Funcionamiento defensivo, IMC=Índice de masa corporal, RO=Relaciones objetuales y SR=Sentido de realidad. Fuente: Elaboración por los propios autores.

**Figura 2.** Modelo estandarizado estimado por máxima verosimilitud.

por la imagen corporal y el comer excesivo motivan a bajar de peso. Edad y escolaridad se correlacionan. Todas las vías de determinación y las correlaciones son significativas, el modelo posee buen ajuste a los datos, explicándose de 26 a 46% de las cinco variables endógenas (figura 2).

DISCUSIÓN

En el modelo de regresión y en el primer modelo de análisis de trayectorias, mayor IMC, mayor funcionamiento defensi-

vo, peores relaciones objetales y peor sentido de la realidad predicen más alteración alimentaria con más de un tercio de varianza explicada. Esto es, ambos modelos reflejan que tener un mayor funcionamiento defensivo y un mayor índice de masa corporal conllevan un comer excesivo como afrontamiento del malestar emocional, lo que se aplica a poco más de un tercio de la muestra, constituida en su mitad por mujeres con peso normal y en su otra mitad por mujeres con sobrepeso y obesidad.

El modelo más complejo (el segundo por análisis de senderos) refleja nuevamente un comer excesivo por alteración

afectiva en personas con pobre funcionamiento defensivo (ansiosas) y con problemas de relaciones sociales (sentimientos de soledad y falta de afecto), que las motiva a bajar de peso ante la ganancia de masa corporal. A su vez, ese fallo en el funcionamiento defensivo genera problemas de imagen corporal que agudizan la motivación para bajar de peso.

El hecho de que una mayor escolaridad sea una vía de predicción de mayor alteración afectiva, correlacionándose de forma directa con mayor edad, pudiese reflejar bloquesos en la realización personal o frustración de expectativas, como se señalaba en la introducción al hablar de los jóvenes y adolescentes. Esto se plantea como hipótesis para futuros estudios, pues la presente investigación carece de datos para poner a prueba esta afirmación.

Estos resultados son afines a los reportados por Moral¹⁷ en adolescentes urbanos escolarizados del noreste de México. Este autor contrastó un modelo no recursivo en el que el mayor índice de masa corporal fue predictor de insatisfacción corporal y obsesión por adelgazar. Los problemas interpersonales de rechazo y burlas son predictores de afecto negativo, obsesión por adelgazar y comer en exceso. La insatisfacción corporal lleva a la restricción dietética y ésta al descontrol alimentario cuando la dificultad para identificar sentimientos, problemas interpersonales, afecto negativo y mayor IMC están actuando sobre la obsesión por adelgazar. Finalmente, se forma un círculo al afectar el descontrol alimentario a la preocupación por la imagen corporal, de esta forma la última consecuencia actúa sobre la primera, exacerbando la alteración alimentaria hasta probablemente darle una significación clínica.^{7,11}

El modelo de este estudio contempla la vía de predicción de la alteración afectiva hacia la insatisfacción corporal, agravando la misma. Si la dirección se invierte, el coeficiente β es significativo, pero ligeramente menor ($\beta = .13, p = .02$). Si se pone doble la vía del afecto hacia insatisfacción corporal resulta nula. Al ser datos transversales no podemos acceder a la dinámica de la evolución de esa insatisfacción, que con el tiempo probablemente aumente el malestar afectivo junto con los problemas de adaptación, relación y realización, con lo que se cierra el círculo vicioso.

Dadas las características no probabilísticas de la muestra empleada (perfil medio de mujer joven con estudios universitarios de clase media), la extrapolación de los resultados a una población femenina hispanoparlante semejante requiere su contraste, por lo que los presentes datos deben ser manejados como hipótesis. Se desconoce la validez de estos modelos en varones, por lo que se recomienda en futuras investigaciones incluirlos e incluso buscar una muestra probabilística representativa de ambos sexos. Entre las limitaciones cabe mencionar la naturaleza de autorreporte de los datos, por lo que pueden diferir estos resultados con los obtenidos por otros medios, como observación o autorregistro; de ahí que se deseé estimular el estudio de la relación de las funciones del Yo y la obesidad con múltiples métodos con un enfoque integrador.

En conclusión, se evidencia un comer excesivo como forma de afrontar estados emocionales negativos que tienen su origen en un déficit en el funcionamiento del Yo y relaciones objetuales pobres, y probablemente también contribuya una falta de realización profesional. El comer excesivo genera ganancia de peso, esta ganancia, insatisfacción corporal. La insatisfacción corporal, incrementada por la alteración afectiva (disminución de la autoestima), motiva a perder peso. Se especula que dietas y alteración afectiva no resuelta pueden contribuir en el futuro a un trastorno alimentario para lo que se requieren datos de seguimiento que permitan salir de un modelo meramente predictivo a uno verdaderamente explicativo. La frustración con las dietas incrementaría el malestar emocional, cerrándose así un círculo vicioso en el que queda atrapada la persona.

En el abordaje terapéutico de la mujer obesa, con alteración alimentaria, es necesario evaluar las funciones del Yo y aprovechar la motivación de esta población para bajar de peso y enfocarla hacia hábitos de salud y sostén de una autoestima saludable, dando herramientas para el control emocional y el autoconocimiento. Es muy importante trabajar su adaptación social, vinculación afectiva y realización personal. Por lo tanto, se recomienda enfocar la prevención del sobrepeso y la obesidad femenina desde unos hábitos de salud adecuados (balance de nutrientes y gasto energético) y una autoestima cimentada en el desarrollo personal integral frente a una autoestima centrada en la atracción física y la delgadez como único valor estético.

En futuras investigaciones se podría contemplar la alexitimia y el estilo de vida operatorio junto con las funciones del Yo. La alexitimia se refiere a la dificultad para identificar y expresar verbalmente las emociones, junto con una orientación externa del estilo de vida ante la dificultad para contactar con el propio deseo por una inmadurez de la función de la fantasía que liga afecto con sentimientos y significados. Estas deficiencias se reflejarán en problemas de regulación emocional, dificultad de adaptación y frustración en las relaciones, generándose una tensión y un vacío que la persona no logra entender. La autoindulgencia en la comida es una de las estrategias para afrontar este malestar como el presente estudio pone de manifiesto.³⁰

REFERENCIAS

1. Pena M, Bacallao J. La obesidad y sus tendencias en la Región. *Pan Am J Public Health* 2001;10(2):45-78.
2. West D. Genetics of obesity in humans and animal models. *Endocrinol Metabol Clin North Amer* 1996;25(4):801-813.
3. Contreras J. La obesidad: una perspectiva cultural. *Form Cont Nutr Obes* 2002;5(6):275-286.
4. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington: Cuarta edición, texto revisado (DSM-IV-TR); APA; 2000.
5. Kilicarslan A, Isildak M, Sain-Guven G, Gul-Oz S et al. Demographic, socioeconomic and educational aspects of obesity in an adult population. *J Natl Med Assoc* 2006;98(8):1313-1317.

6. Stunkard AJ. Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. *La Obesidad en la pobreza: un reto para la salud pública*. Public Cient OPS-OMS 2000;576:27-32.
7. Toro J. El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel; 2008.
8. Martínez I, Villezca PA. La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Notas. *Revista de Información y Análisis*. 2002; 21: 26-37.
9. Morley JE. The metabolic syndrome and aging. *J Gerontol* 2004; 59(2):139-142.
10. Meza C, Moral J. Obesidad femenina: negociando significados. *Alternativas en Psicología*. 2012; 17(26):23-38.
11. Chinchilla A. Obesidad y psiquiatría. Barcelona: Masson; 2005.
12. McLaren L. Socioeconomic status and obesity. *Epidemiol Rev* 2007;29(1):29-48.
13. Moral J. Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *RESPYN* 2002;3(3). En red: www.uanl.mx/publicaciones/resbyn/iii/ensayos/trastornos.html.
14. Measelle J, Stice E, Hogansen J. Developmental trajectories of co-occurring depressive, eating, antisocial, and substance abuse problems in female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2006;115(3):524-538.
15. Nolen S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J Abnorm Psychol* 2007; 116(1):198-207.
16. Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT2006). Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007.
17. Moral J. Modelos predictivos de factores de riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. En: Moral J, Ybarra JL, Álvarez J, Zapata J, González J (eds). Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México. México: Fontamara; 2011. pp. 349-411.
18. Cramer P. Ego functions and ego development: defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *J Personal* 1999;67(5):735-760.
19. Stroe JG. Obesity and ego function. San Diego, CA: tesis de doctorado. University of California; 1995.
20. Wadden T. MMPI as a predictor of weight loss. *Psychol Rep* 1980;46:984-986.
21. McCall R. Group therapy with obese women of varying MMPI profiles. *J Clin Psychol* 1974;30(4):466-470.
22. Rand C, Stunkard AJ. Obesity and psychoanalysis. *Am J Psych* 1978;135(5):547-555.
23. O'Donnell WE, Warren WL. Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). México: Manual Moderno; 2007.
24. Meza C, Moral J. Validación de la versión en español del Cuestionario Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una Muestra de Mujeres Mexicanas. *Rev Intercont Psicol Educ* 2012;14(2):73-96.
25. Bellak L, Goldsmith LA. Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo. México: El Manual Moderno; 1993.
26. Moral J, Meza C. Evaluaciones de las funciones del Yo en mujeres mexicanas con obesidad. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace* 2012;102:11-23.
27. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. *Am Psychol* 2002;57:1060-73.
28. Sociedad Mexicana de Psicología. Código ético del psicólogo. Cuarta edición. México, DF: Editorial Trillas; 2007.
29. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Tercera edición. New York, NY: Guilford Press; 2010.
30. Elfag K, Lundh LG. TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scand J Psychol* 2007;48(5):391-398.

Artículo sin conflicto de intereses