1.- MARCO TEORICO

A continuación se lleva a cabo una revisión de los elementos teóricos que sustentan la realización de este trabajo. Para ello, en una primera instancia se hará una revisión de la variable Obesidad, para posteriormente abordar Organización de significado Personal DAP y por último Ansiedad.

1.1. OBESIDAD EPIDEMIA DEL SIGLO XXI

En el siguiente aparatado se efectúa una revisión en detalle de distintos elementos relacionados con la Obesidad, su definición conceptual, sus implicancias a nivel de salud, elementos socioculturales y su relación con la psicología.

1.1.1. Antecedentes Generales, Estado nutricional y definición de obesidad.

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. La evaluación del estado nutricional sería por tanto la acción y

efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

La evaluación, puede hacerse en forma simple (subjetiva) o en forma más completa (objetiva). La subjetiva debe hacerse en todos los pacientes, realizando evaluaciones más completas en algunos casos.

Evaluación Nutricional Subjetiva (ENS)

Considera datos anamnésicos y del examen físico, principalmente para detectar pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición.

El Examen Físico, evalúa directamente el peso e índice de Masa Corporal (IMC): El peso y mejor el IMC es un indicador global del estado nutricional, simple y de gran valor. El IMC de determina con el peso actual en kg, dividido por la estatura en metros al cuadrado:

IMC = Peso (Kg) / Talla (m2) Se considera:

- Desnutrido < 18,5Normal 18,5 - 24,9
- Sobrepeso 25 – 29,9,
- Obeso ≥ 30

En este trabajo en particular el objetivo está puesto en la población sobrepeso obesa.

Obesidad que proviene del latín *obesitas* se define como la cualidad de obeso o gordo. Este término hace referencia al exceso de peso corporal que en

general existe consenso en definirla como una enfermedad metabólica crónica, heterogénea de origen multifactorial y no transmisible, donde se entrelazan factores genéticos y ambientales, caracterizada por un exceso de grasa en el cuerpo que condiciona una alteración del estado de la salud. Es una enfermedad ocasionada por un desbalance, mantenido en el tiempo, entre la cantidad de energía ingerida y la que efectivamente se utiliza. Este desnivel provoca un almacenaje de grasa en el organismo que aumenta el tejido graso corporal, produciendo Sobrepeso y posteriormente Obesidad (Albala, Kain, Burrows y Díaz, 2000; Liberman, Lolas en Díaz y Lladser, 2002).

Dentro de la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 la Obesidad aparece como una enfermedad médica, que se inserta dentro de los trastornos de la conducta alimentaria en relación con alteraciones psicológicas, explicándose como: “ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a Obesidad” (OMS, 1992).

El Ministerio de salud de Chile define el Sobrepeso y la Obesidad desde un punto de vista estadístico. Propone el parámetro recomendado internacionalmente, es decir, el Índice de Masa Corporal según edad y sexo, comparado con la referencia propuesta por el Center for Disease Control de EEUU (CDC/NCHS).

En nuestros tiempos, la obesidad es considerada como una enfermedad crónica y es un problema relevante en la sociedad occidental, incluido nuestro país. Según los resultados de la última encuesta nacional realizada a mayores de 15 años en el año 2010 nos muestra que el exceso de peso en nuestro país afecta

al 67% de la población, lo que corresponde a 8.900.000 mil personas. La prevalencia del sobrepeso alcanza al 39,3 y la obesidad al 25,1. El desarrollo de esta enfermedad está asociado a múltiples consecuencias para la salud dentro de las cuales podemos mencionar Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Colitiasis y Osteoartritis, entre otras (Ministerio de salud , 2005). Junto con las enfermedades que se desarrollan a nivel fisiológico, las consecuencias psicológicas son relevantes es por esto, que es importante realizar un diagnóstico oportuno de los problemas psicológicos que se pueden evidenciar en la persona con sobrepeso u obesidad. En relación a esto, Edmunds, Waters y Elliott exponen por ejemplo que la persona obesa capta el mensaje social de que ser gordo es malo y que algunas con sobrepeso u obesidad son rechazadas y marginadas socialmente dada su imagen corporal distorsionada (Edmunds, Waters y Elliott, 2001), otros autores como Hilde Bruch, nos habla de la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, esto producto de la carente empatía materna en su experiencia temprana, que no le permite distinguir entre hambre de saciedad y hambre de otras emociones que vive en lo cotidiano, en tal sentido, el sujeto comería en respuesta a diversas emociones(Bruch, 1973).Es por tal razón que resulta necesario profundizar en los componentes psicológicos del desarrollo de la obesidad.

La obesidad, no es considerada un trastorno de la conducta alimentaria, no se incluye dentro de los trastornos psiquiátricos, sino que es definida como un trastorno alimenticio y por ende es catalogado como un cuadro médico que puede importar una serie de riesgos para la salud. A estas repercusiones médicas se

añaden repercusiones psicosociales, estéticas y de adaptación que pueden generar problemas de tipo psicológico. Esto debe implicar una nueva dimensión en los tratamientos de la obesidad; si el abordaje es multidisciplinar, porque así son sus repercusiones, el tratamiento también debe serlo y desde la psicología se deben ofrecer alternativas psicoterapéuticas eficaces para enfrentar esta epidemia (Tomas, 2001).

1.1.2. Situación en Chile.

Actualmente, el sobrepeso y obesidad en Chile constituye la enfermedad nutricional más prevalente en la población menor de 20 años (MINSAL, 2004). En el caso de la obesidad, ésta ha llegado a triplicarse en varones y mujeres. Es así que el riesgo de obesidad del adulto está directamente relacionado con la edad de aparición de ésta y con el tiempo de duración de la misma. También considera que entre el 26% y el 35% de los preescolares obesos serán adultos obesos y que entre el 40% y el 76% de los escolares obesos serán adultos obesos (MINSAL, 2005).

De esta manera en nuestro país al igual que en el resto del mundo, la obesidad ha llegado a constituirse en un problema de salud pública, debido a su alta y creciente prevalencia, su alto porcentaje de recaídas, los graves riesgos que implica para la salud y el alto costo de su tratamiento (Albala y Vio, en Albala, Kain, Burrows y Díaz, 2000).

La obesidad es un problema creciente en ambos sexos, pero quizás importa señalar que en mujeres la obesidad adquiere una connotación ligeramente diferente ya que existe una mayor prevalencia. El aumento en el género femenino se explica por un menor gasto calórico, esto debido a su mayor porcentaje de grasa corporal y menor musculatura en relación a los hombres. En muchas mujeres el inicio del sobrepeso y obesidad se asocia con la retención de peso acumulado en los embarazos o con los cambios del climaterio[1]. Sin embargo, solo los factores biológicos no logran explicar el alarmante incremento de esta epidemia. Por tanto, el nivel socioeconómico y el entorno socio cultural tienen una influencia decisiva en su salud y su estado nutricional.

En el género masculino la menor prevalencia se explica por una mayor masa muscular y mayor actividad física. Ya que el hábito de hacer ejercicio es menos frecuente en las mujeres sobre todo en sectores económicos bajos y medios, donde el acceso a programas de entrenamiento es escaso o bien nulo, dadas las limitaciones de tipo económico (Gil-Romo, 2007)

---

[1] Esta etapa tiene lugar en la madurez de las mujeres y es considerada como un periodo de involución, ya que aparece asociada a diversas manifestaciones físicas y emocionales. El climaterio supone tanto un cambio biológico como social: por lo tanto, sus características dependerán de la condición psicológica de cada mujer. (http://definicion.de/climaterio)

1.1.3. Aspectos socioculturales de la Obesidad.

Para comenzar, es necesario conocer el contexto socio cultural en que se ha desarrollado la obesidad. En tal sentido, se puede plantear en un inicio que existen múltiples factores desde el punto de vista social que justifican el comportamiento que en la evolución de las generaciones el hombre sea cada vez más obeso y por tanto vaya aumentando su tendencia hacia la incapacidad física.

A nivel psicológico los desórdenes alimentarios no pueden simplemente entenderse como desórdenes metabólicos, o bien, como meramente "alimenticios", muy por el contrario, deben ser entendidos (junto con la integración de otros aspectos) desde un contexto histórico, social y cultural, como expresiones corporales de relaciones sociales conflictivas y plenas de significados que se exteriorizan en el cuerpo y los alimentos (Bonsignore et al., 1996).La realidad en la que está y vive el sujeto obeso dado sus características psicológicas, determinada posiblemente por una sensibilidad aumentada a las claves externas e insensibilidad a las claves del hambre, puede mostrar a un sujeto que parece feliz y sin problemas en la interacción, al mismo tiempo puede padecer sentimientos de inferioridad y dependencia.

Es así entonces como el obeso sufre la desvalorización cotidiana dada las exigencias de nuestra sociedad actual y de acuerdo a su historia personal y el significado que otorgue a sus experiencias podría llegar a desarrollar alteraciones psicológicas importantes. Algunas de las alteraciones psicológicas más frecuentes

serían: Imagen corporal distorsionada[2], Descontrol alimentario[3], Ansiedad[4] y Manifestaciones depresivas[5], entre otros.

Siguiendo esta línea, no podemos dejar de lado a el alimento, el cual, deja de ser tal al tratarlo, vale decir, al cocinarlo, al manipularlo, condimentarlo, etc., puesto que existe un trabajo humano depositado en la comida, el cual contiene una determinada significación o simbolización para el sujeto que "invita a su mesa". De esta manera, se crea un discurso sobre la comida y el comer, desviando el alimento de su origen natural y otorgándole un valor a la manipulación gastronómica-culinaria. Así, el hambre deja de ser el único motivo

---

[2]La imagen corporal distorsionada, es una representación psicológica que puede llegar a ser sorpresivamente diferente a la imagen real. La insatisfacción de esta imagen puede motivar a la persona para bajar de peso, ya que esta influye en los pensamientos, sentimientos y conductas.

[3]El descontrol alimentario, es muchas de las veces consecuencia de la obesidad, la persona obesa al verse en ese estado trata de adelgazar usando diferentes medios y puede caer en un descontrol o trastorno alimenticio como la anorexia nerviosa, la bulimia y uno de los más común es el SDA (Síndrome de Descontrol Alimentario) que se presente hasta en el 30% de la población obesa en tratamiento y en el 5% de los obesos sin tratamiento (Suverza, Araceli; Mirella, Márquez. 2004).

[4]La ansiedad, es una reacción que se presenta cuando la persona se siente en peligro, a veces la persona obesa puede sentir miedo a ser abandonado, miedo a sus propios impulsos, a no tener una estabilidad, a no alcanzar sus metas o a algún acontecimiento traumático, y para poder aliviar su ansiedad come, ya que el masticar es una actividad relajante momentánea.(Griessner, V. 2003)

[5] Manifestaciones depresivas, la persona obesa puede presentar insomnio, irritabilidad, dolores musculares, perdida de interés a ciertas actividades, baja autoestima, miedo, excesiva preocupación por su salud, auto reproches e incluso ideas de suicidio. La persona obesa al no estar satisfecha con su imagen corporal se aísla del contacto social y se forma un circulo viciosos donde la comida representa una acto para reducir la insatisfacción (Suverza, Araceli; Mirella, Márquez. 2004)

para comer, agregándose el goce. “Siempre se come en la mesa de otro”, es decir, el acto de comer se carga de complejidad y se realiza yendo más allá de la necesidad “natural” y biológica, adquiriendo relevancia las reglas de convivencia, la tradición familiar, la cultura, etc. (Recalcati, 2004).

Por todo esto, la obesidad no escapa a la dinámica socio histórica, que define lo sano y lo insano desde ciertos discursos y procedimientos. En este sentido, las patologías no requieren “descubrirse”, sino más bien formularse e intentar comprenderlas dentro del sistema social que tiene implícitamente determinadas creencias, ideologías y concepciones. “La cultura conforma sistemas de pautas implícitas y explícitas para vivir, ofreciendo mapas de significado que guían y modelan el comportamiento de las personas en torno a la salud y a la enfermedad” (Raguram, 2001; citado en Gismero, 2003). La sociedad posibilita la creación de condiciones para que se generen en mayor o menor medida ciertos trastornos, modelando también su manera de manifestarse y la reacción ante ellos. De esta suerte, el concepto de “enfermedad” no tiene una definición estática ni absoluta, si no relativa y constante mente cambiante en función del ámbito sociocultural al que pertenezca el sujeto, del estado de conocimiento y de la tecnología médica (Ibidem, 2003).

Otro factor importante de mencionar y que tiene directa relación con la masificación de la obesidad es el desarrollo tecnológico en el cual, en su afán de satisfacer la demanda alimentaria, tanto en calidad, facilidades de transporte y rapidez de preparación, crean concentraciones de nutrientes de manera desproporcionada al metabolismo humano y ello acumula grasas (Bray, 1985;

Mazorra, 1998). Así también, el efecto indeseable de algunos medicamentos se traduce en aumento del apetito (ej. psicofármacos), las hormonas anabólicas desarrollan lipogénesis, los esteroides obesidad troncular o abdominal, los anticonceptivos orales por su parte al crear ciclos menstruales anovulatorios, disminuyen el gasto energético mensual en un 5%. Como se aprecia primariamente resuelven determinados trastornos orgánicos y/o psíquicos pero secundariamente nos dejan un rastro de obesidad consecuente al tratamiento (Hunter, 1997; Wilmore and Costill, 2000).

El concepto de belleza en nuestra sociedad, es otro factor presente a través de los tiempos, desde la antigüedad se considera a la mujer obesa y abundante de mamas como bella y elegible para la maternidad y la lactancia; si bien es cierto que los símbolos sexuales se han ido estilizando, aún en nuestro panorama nacional, nos enganchamos a modelos voluminosos. Este patrón se extiende también al niño que pretendemos ver redondito como imagen de lo que es saludable, sin saber que estamos forjando un obeso. Por esto, es relevante educar a esa juventud obesa, ya que pronto dominará los hábitos alimentarios de un hogar e influirá negativamente en la conducta de toda una familia o grupo familiar.

Por último el estrés que genera el funcionamiento de nuestra sociedad actual en relación a los traslados, largas jornadas de trabajo, competitividad, constituyen otro factor de riesgo para el aumento de la ansiedad y por ende de la obesidad ya que algunas personas se liberarían del estrés aumentando el consumo de alimentos de manera primaria, en otros la ingesta se eleva

secundariamente a través de los medicamentos anti estrés y en ambos casos, el resultado es obesidad (Mazorra, 1986, 1998; Schneider, 1993).

La actividad física y el ejercicio a través de la historia fue siempre considerado en las antiguas culturas, ahí era un elemento imprescindible para la conservación de la salud, sin embargo el desarrollo tecnológico ha traído consigo notable reducción del esfuerzo muscular, cada día el hombre es más productivo debido al apoyo científico y tecnológico, lo que conlleva a menores esfuerzos para conseguir los objetivos. Es fundamental alertar entonces sobre el deterioro que sufre la maquina humana como consecuencia del incremento de peso por sobre los márgenes de la normalidad y el desuso diario a la que la sometemos dado el sedentarismo de hoy (Alvarez, 1996).

Para finalizar sólo resta decir que la obesidad es una enfermedad, que puede traer consigo enfermedades muy peligrosas, incluso la muerte, estas enfermedades se pueden dividir en diferentes categorías.

- Enfermedades endocrinológicas y metabólicas como son: Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Hiperuricemia, Disfunción Ovárica e Hipogonadismo.
- Enfermedades cardiovasculares y respiratorias: Cardiomiopatía, Hipertensión arterial, enfermedad arterioesclerótica, Hipoventilación Crónica y apnea del sueño.
- Cáncer: Endometrial, mamario, coló rectal, ovárico y de vesícula biliar.
- Obstétricos: Diabetes estacional, Toxemia, infecciones, Trombosis venosa.
- Digestivos: Colelitiasis, esteatosis y reflujo gástrico.

- Otros: Osteartrosis, varices, hemorroides, hernias y Apnea del sueño

Con esto, se puede decir cuáles son las consecuencias físicas que tiene la obesidad en el ser humano, son enfermedades peligrosas que ponen en riesgo la vida y en la cual el sujeto no toma conciencia que es un problema que puede acabar con la vida. Como podemos ver las enfermedades generalmente son de índole cardiovascular, pero más que enfermedades físicas también se pueden presentar trastornos psicológicos que se vuelven un círculo vicioso.

1.1.4. Obesidad y Psicología

Estableciendo un contexto general de la obesidad en el mundo, en nuestro país, y en los aspectos socioculturales, aparece la necesidad imperiosa de acceder a su lugar en la psicología.

En un comienzo se puede plantear que si bien ha sido estudiada, el conocimiento sobre los factores genéticos y fisiológicos es el que prima en la mayoría de las investigaciones. Sin embargo, la importancia de la comprensión psicológica de la conducta alimentaria, la relación con el propio cuerpo, las actitudes y la particularidad de los vínculos tempranos, son factores que han mantenido e incrementado su importancia para el abordaje terapéutico de los pacientes obesos (Zukerfeld, 2002). Bruch en 1972, señala que es necesario diferenciar los problemas psíquicos que desempeñan un papel en el desarrollo de

la Obesidad, los que son creados por ésta y los que son provocados por los esfuerzos por adelgazar.

Los tratamientos actuales en Obesidad han evolucionado de un modelo bio médico a un modelo mucho más integral. Es así como los tratamientos hoy en día cuentan con múltiples profesionales en donde el papel del psicólogo toma un carácter fundamental.

Hace unos años los tratamientos para bajar de peso incluían, las dietas, elaboradas por nutricionistas y nutriólogos, la terapia farmacológica, indicada a pacientes obesos o con sobrepeso a los cuales les era más difícil mantener los hábitos impuestos por las minutas y las cirugías. En la actualidad ese modelo ha sufrido cambios significativos puesto que si bien es cierto, hay avances en cuanto al éxito de la cirugías específicamente la bariátrica, no es un procedimiento que sea recomendado para pacientes sobrepeso u obesos, sino más bien para personas que sufren obesidad mórbida[6], las terapias farmacológicas tienen efectos adversos como irritabilidad, alteraciones del sueño y problemas gástricos entre otros, esto, sumado al alto costo hacen que sea difícil acceder a ellos y mantener un uso constante en el tiempo.

---

[6]Obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III es el término para la obesidad caracterizada por un IMC de 40 o mayor o de un IMC de 35 o mayor ante la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad grave y minusvalía a causa del exceso de peso (Hodgson, 2002)

En la cirugía bariátrica, que hoy en día es el procedimiento de mayor elección por obesos mórbidos, dada la rapidez con que se logran los resultados, el psicólogo tiene un rol, este va más allá del acompañamiento en donde evalúala motivación por parte del paciente, disposición al cambio, comorbilidad psicopatológica, autoestima, autoimagen, historia familiar relacionada al sobrepeso y obesidad e impulsividad, entre otros. Posteriormente pone el énfasis en la vinculación del paciente con el proceso post quirúrgico, luego el acento se dirige a las emociones resultantes de la intervención, llamada etapa emocional inmediata postquirúrgica[7], para pasar a la etapa de cambios relacionados con los hábitos alimenticios, por último a las etapas de cambio de la imagen corporal[8] y manejo de las relaciones interpersonales, donde el paciente deberá desarrollar habilidades sociales ya que, al adquirir una nueva imagen, su auto-concepto se modifica, pues entre otros cambios que experimentan están la disminución de sus limitaciones anteriores, comienzan a sentirse atractivos e incluso algunos podrían

---

[7] (15 días a 1 mes, el tiempo es variable de acuerdo a cada paciente) Se deben evitar el síndrome hospitalario, la sensación de enfermedad, la ansiedad que presentan generalmente los pacientes con comorbilidades, por lo que se vuelve un buen momento importante para vincular al paciente al apoyo psicológico (Bustamante F, Williams C, Vega E, Prieto B. 2006)

[8] Fase de “luna de miel” que generalmente experimenta el paciente dentro de los primeros 6 meses. En esta etapa es necesario reforzar la conducta del acondicionamiento físico, como una nueva conducta adquirida, lo cual le ayudará a fortalecer su tono muscular, ya que por la pérdida significativa del peso aparece la flacidez. Así también, el paciente se siente desilusionado al ver que aunque está delgado y afilado, su imagen real es diferente a la que tenía idealizada (Vargas A, Rojas RM, Sánchez RS, Salin-Pascual R. 2003)

manifestar conductas rebeldes frente a personas que percibían como rechazantes por su obesidad.

Llama particularmente la atención que el foco de trabajo esté situado en el proceso de intervención, si bien se realiza una revisión histórica del paciente y el desarrollo de la obesidad, el foco no está dirigido a la identidad del sujeto obeso en un continuo, es decir antes y después de la intervención. Más bien, el objetivo será que el paciente aprenda a manejar sus emociones, cambio de hábitos alimenticios y adaptación al cambio después de la intervención bariátrica misma.

Por este motivo es que se recurre a elementos teóricos que busquen comprender el desarrollo de la obesidad en un continuo, desde su origen hasta la explicación del individuo que la desarrolla. La terapia constructivista post-racionalista, nos entrega herramientas valiosas en esta área. Esta plantea que la obesidad está asociada a una "Organización de Significado Personal"[9]al parecer prevalente en los desórdenes alimenticios de carácter psicógeno, cuyo origen puede encontrarse en la ambigüedad de las relaciones vinculares tempranas que se mantienen sólo constituyendo una relación "sobre involucrada" y no

---

[9] El concepto de Organización de Significado Personal (OSP), se define como un proceso ordenador por medio del cual el sujeto busca dar coherencia y continuidad a sus experiencias de vida. Poseen dos características principales: su constitución dentro del desarrollo histórico-evolutivo de los sujetos y su plasticidad, específicamente, su habilidad para sobrellevar cambios durante la vida y aún continuar manteniendo un sentido estable de unicidad y continuidad histórica (sentido de sí mismo). Así, una (OSP) sería una organización de los procesos de conocimiento (experienciar/explicar) que emergería gradualmente en el curso del proceso individual (Guidano, 1994).

diferenciada con una figura de referencia absoluta. Ello genera un significado personal alrededor de un sentido indefinido de inefectividad personal (Zagmutt, 2000 en Cáceres y Pizarro, 2002).

Es importante mencionar que es posible identificar diferentes Organizaciones de Significado Personal, éstas, llevan a cabo un procesamiento ordenado y unitario de conocimiento, que busca la continuidad y coherencia interna de las propiedades formales y estructurales del Sí Mismo[10] .

A pesar de que el conocimiento y su bidimensionalidad es una característica de todos los seres humanos, no se estructura y dinamiza de la misma manera en todos ellos. Es decir, existirían variables, como por ejemplo los patrones vinculares de cada individuo y su historia personal. Estos no solo

---

[10] El concepto de sí mismo (self concept) es el núcleo central de la personalidad que afecta cada aspecto del comportamiento de la persona y su aprendizaje. El concepto de sí mismo lo definiremos como la idea que el niño se va formando acerca de sí a través de la información que recibe del medio y a través de sus propias experiencias con éste. Esto incluye cómo él se ve, lo que él siente y piensa que es, y en gran parte corresponde a como él cree que los demás lo ven. El concepto de sí mismo está formado por todas las creencias y actitudes que tiene la persona respecto a sí mismo; abarca un conjunto bastante amplio de representaciones mentales, que incluyen imágenes y juicios, no sólo conceptos, que el individuo tiene acerca de sí mismo y que engloban sus distintos aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales. El determina lo que la persona es, lo que piensa, lo que hace y lo que puede llegar a ser. Este concepto va acompañado de sentimientos de éxito o fracaso, aceptación o rechazo (Manterola, 2008)

Desde el Constructivismo Cognitivo, el Sí Mismo se entiende como “un sistema de conocimiento personal que provee al sujeto de un sentido de identidad coherente y permanente, a través de la dinámica de los procesos de continuidad y de cambio, en relación con el mundo” (Yáñez, 2005)

enriquecen la experiencia, sino que asimismo originan un patrón de experimentar y organizar la realidad. (Guidano, 1994)

Es así como Vittorio Guidano a partir de su experiencia en psicoterapia, expone cuatro organizaciones de significado personal más frecuentes. Algunas características de los patrones de vinculación temprana originarían un camino de desarrollo específico, el cual estructuraría en el transcurso del desarrollo del sujeto categorías básicas y recurrentes de significado personal, que permitirían al sujeto organizar y estructurar la realidad con sentido de continuidad y con una percepción activa de sí mismo y el mundo (Ibidem, 1994).

Las cuatro Organizaciones de significado personal referidas por Guidano son: la “depresiva”, la “fóbica”, la “obsesivo compulsiva” y por último la de los “desórdenes alimentarios psicógenos”.

La OSP que atañe en el presente estudio es la de los ***Desórdenes Alimenticios Psicogénicos***, abreviada por su autor como (OSP DAP).

A continuación se presentan elementos teóricos que intentan explicar desde la mirada postracionalista la conformación de la organización de significado personal Dápica (OSP DAP) y su relación con el sujeto obeso.

1.2. LA OPCION POSTRACIONALISTA PARA LA COMPRENCIÓN DE LA OBESIDAD

"La mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial. Se reconocen factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales. Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación constituye la principal causa. Sólo un pequeño porcentaje (2 a 3 %) de los obesos tendría como causa alguna patología de origen endocrinológico." (Moreno, 1997)

Esto deja un espacio sin respuesta. En la búsqueda de respuestas para la explicación de este fenómeno es donde la teoría postracionalista nos entrega una valiosa información, en donde es posible considerar la obesidad como un trastorno en que el síntoma alimenticio es leído como una estrategia coherente que el paciente adopta para dar sentido y consistencia a la propia identidad; es decir, es el modo por medio del cual el paciente configura su propia identidad.

"Siendo así, la atención de la psicología no atañerá a un cuerpo enfermo que necesita de ser sanado, sino que la intervención terapéutica apuntará a los aspectos emocionales que están a la base del desarrollo de la obesidad" (De Marchis, 2001)

Es aquí donde la teoría Procesal Sistémica de Vittorio Guidano toma especial importancia, ya que de ella se desprenden gran parte de los conceptos que serán tratados a lo largo del estudio.

Esta teoría, junto a la teoría Constructivista Cognitiva nos provee modos de aproximación a la complejidad del ser humano que han demostrado ser útiles para la comprensión del paciente en psicoterapia.

Resulta relevante la comprensión de la organización de significado personal para los fines de este estudio, ya que los objetivos planteados buscan la relación de ésta con la conformación del sujeto obeso y altos montos de ansiedad.

Para comenzar es importante mencionar que el modo específico de organizar las experiencias emotivas, es lo que se define como una Organización de Significado Personal (OSP). De este modo "una OSP es una llave explicativa de cómo es procesada la experiencia, de cómo son los procesos de conocimiento en el ser humano, y de ninguna manera una nueva nosología que solamente ponga nuevas etiquetas a viejos fenómenos."(Zagmutt, 2000)

Los procesos de identidad personal[11] o Self, la experiencia inmediata se basa en el sentido de continuidad interna de una persona, y es prevalentemente emotivo. Esto es una constante en todas las OSP. (Guidano 1994)

---

[11]Guidano (2006) define la identidad personal como "proceso unitario y gradual que comienza con la individuación biológica del sí mismo en el nacimiento y prosigue durante el curso de desarrollo hacia la individuación psicológica… esta identidad personal consciente es una experiencia humana básica, perderla significa perder la realidad". En estos términos, la identidad personal se va

Para Guidano, la función de cualquier organismo que se autoorganiza es la de construir un sentido de sí mismo y mantenerlo lo más estable posible en el transcurso de su vida. Este aspecto de la experiencia inmediata de sí mismo es algo que la tradición de la psicología norteamericana denominó el Yo. (Guidano, 1995). Este nivel, que se activa de forma automática, se da como un fluir continúo. El nivel de la explicación, ahora en términos de la identidad personal, corresponde a una imagen consciente de sí mismo que la persona ha logrado construir a través de los años. (Guidano, 1994). Pero esa imagen construida de sí mismo tiene como función la permanencia de la experiencia inmediata que la persona tiene de sí, lo que Mead llamo el Mí. Entonces en este sentido, el "Mí" es una reconstrucción momento a momento de la experiencia inmediata de sí mismo, y esto tiene la finalidad de mantener una imagen de sí consistente en el tiempo. Por tanto, la manera en que generalmente el "Mí" trata de explicar el "Yo" no es una manera en la cual el "Mí" está interesado en explorar o a conocer la verdad en su experiencia en el "Yo," sino que es una forma en la cual el "Mí" está interesado en nivelar las posibles discrepancias, a fin de conservar la imagen de sí mismo que se ha estructurado hasta ese momento.

En relación al desarrollo de la identidad, uno de los aspectos fundamentales para entender la experiencia humana es comprenderla desde un fundamento de epistemología evolutiva. El ser humano pertenece al grupo de los primates y vive en una realidad intersubjetiva. Lo característico de una realidad

---

constituyendo a lo largo del desarrollo del sujeto e irá involucrando dos aspectos absolutamente interdependientes una noción de sí mismo y una de realidad.

intersubjetiva es el tipo de conocimiento que resulta. Este conocimiento es siempre interactivo. Cada conocimiento de sí mismo es siempre en relación al conocimiento de los otros, de cómo los otros van a reaccionar, cada conciencia de los otros es de alguna manera siempre una conciencia también indirecta de "Mi". (Guidano, 1995; Ruiz, 2003).

La capacidad de anticipar la posible reacción del otro, tiene por objeto poder tomar el punto de vista de la otra persona y reconstruir sus intenciones o motivaciones. Esto en si permite la emergencia de estructurar un sentido de identidad personal, ya que si una persona tiene la posibilidad de reconstruir el punto de vista del otro, puede también verse a sí mismo desde otro punto de vista, es decir verse desde afuera, y esta capacidad de verse desde afuera es la que permite estructurar la imagen consciente de sí mismo. (Guidano, 1994, 1995). La imagen consciente de sí es la conciencia que se va construyendo de uno mismo a través de cómo nos vemos desde los puntos de vista de otra persona. Sin esta característica de vernos desde afuera o con los ojos de otro, ningún ser humano podría ser capaz de crear una imagen consciente de sí mismo con la cual poder evaluar y anticipar cómo sus acciones serán percibidas por los otros (Ruiz, 2003).

La relación entre experiencia inmediata e imagen consciente de uno mismo pertenece a la dinámica del Self. Según Guidano (1994) el Self es entendido como un proceso que continuamente fluye en estos dos niveles que son simultáneos. De esta dinámica surge lo que Guidano llamó “significado personal”, que es el tipo de relación que las personas tienen con su experiencia inmediata, la

manera como se la decodifica y cómo se la explica. (Guidano, 1994; Ruiz, 2000, 2003).

El significado personal es la organización entre experiencia inmediata e imagen consciente de uno mismo. La noción del significado personal es central en el ciclo de vida de una persona, es uno de los aspectos más característicos de la experiencia humana. (Guidano, 1994).

El ser humano por tanto, vive en una realidad intersubjetiva, en la que es posible reconocerse sólo en una relación con los demás; por tanto, la matriz de la que es posible extraer tonalidades emocionales, con las cuales construir significados personales, es la matriz de tonalidades emocionales que pertenece al mundo intersubjetivo.

El significado personal es el modo de elaborar los datos en referencia a un tipo de experiencia inmediata, que puede dar lugar a todas las dimensiones de realidad que se quiera, dado que no se definen de manera unívoca. (Guidano, 1994).

Mientras el significado personal se construye con las tonalidades emocionales que resultan de la realidad intersubjetiva en la que vivimos, por otro lado está siempre regulado por factores que dependen de esta realidad. En una realidad en la que nos conocemos siempre respecto a los demás, el conocimiento de uno mismo es siempre en relación al conocimiento de los demás, por lo que incluso en la vida adulta el sentido que se tiene de sí mismo está siempre conectado con la conciencia que los demás tienen de él. En una situación de este tipo, en la que los demás convalidan nuestro propio sentido, es importante sentirlo de manera positiva, al menos como susceptible de ser legitimado por los otros.

Desde este punto de vista, según Guidano (1987, 1994, 2006), todas las operaciones que hacemos en nuestro ciclo de vida están destinadas a mantener una autoestima aceptable que nos haga sentir legitimados, aceptados y queridos por los otros. Esto es relevante porque es la necesidad de mantener una autoestima aceptable, la que permita regular todos los procesos de autoconciencia.

1.2.1 ORGANIZACIÓN DE SIGNIFICADO PERSONAL DÁPICA

El nombre OSP de Trastornos Alimenticios Psicógenos proviene de los primeros trabajos del grupo Posracionalista en el Centro de Terapia Cognitiva de Roma, en una investigación casi única que se extendió por 8 años. Los investigadores encontraron que tras el tema de los DAP había mucho más que una problemática de alimentación y que los trastornos alimenticios son solo algunas de las modalidades de desbalance que pueden sufrir las personas que pertenecen a este modo de organizar la experiencia. (Zagmutt y Ferrer, 2003)

El sentido de identidad de la OSP DAP surge de la percepción difusa del sentido de sí mismo, y se organiza alrededor de límites profundos que oscilan entre una necesidad absoluta de la aprobación de los otros significativos y el miedo de ser invadido o desconfirmados por los otros significativos. (Guidano, 1987). La peculiaridad relevante de este tipo de patrón de organización es una tendencia marcada a alterar la imagen corporal a través de patrones de ingestión disfuncional (anorexia, obesidad, bulimia, el síndrome de las panzadas-régimen, el síndrome de la delgadez-gordura, etc.). Estos patrones emergen como respuestas

a cualquier desequilibrio que se perciba entre las polaridades oponentes mencionadas previamente (Bruch, 1973, 1978, 1980: Guidano, en prensa: Guidano y Lotti, 1983; Minuchin, Rossi y Baker, 1978: Selvini Palazzoli, 1978).

Muchas perturbaciones clínicas pueden originarse a partir de un número posible de patrones disfuncionales de vinculamiento. Por tanto, para una exposición más clara de los aspectos constantes que subyacen a la variabilidad de las características externas que estos patrones pueden asumir, serán analizados directamente.

1.2.2 Patrones Disfuncionales de Vinculamiento:

El elemento más notable de la vía de desarrollo de las personas con OSP DAP es la presencia, por una parte, de un estilo de apego ambiguo e indefinido. Así, el niño puede llegar a tener una percepción estable de sí mismo sólo a través de una relación enmarañada con una figura vincular, pero, por otra parte, durante la niñez y la adolescencia el individuo invariablemente experimenta decepciones con la misma figura de vínculo. Esto hace que la adquisición de un sentido estable de sí mismo sea problemático. (Guidano, 1994, 1987).

Guidano y Liotti (1987, 1994), describen el análisis del desarrollo a través de los siguientes patrones específicos:

1.2.3 Patrones Enmarañados de Vinculamiento:

El ambiente familiar típico de las personas con OSP DAP se caracteriza por una comunicación disfrazada, ambigua y contradictoria. Los padres son usualmente muy atentos en los aspectos formales de la vida, especialmente en las apariencias sociales. Se observa entonces una fuerte tendencia a esconder cualquier contradicción o dificultad personal. Los padres tienden amostrar una imagen de ellos como totalmente dedicados al bienestar y educación de sus hijos. Sin embargo, esta conducta está más dirigida a confirmar la imagen de buenos padres para ellos mismos que a llenar las necesidades concretas de apoyo emocional de los niños.

En las familias DAP, se da un contexto relacional en el que cualquier expresión directa de las emociones y opiniones son excluidas. Las estrategias de control de los padres consisten en una redefinición constante de los sentimientos y emociones de los niños hasta que los experimentan de acuerdo al patrón familiar general. Esta forma de control es el fundamento del estilo afectivo de la familia, que debería ser descrito como “es a través de compartir las mismas opiniones y emociones es que nos damos cuenta que nos amamos”.

En estas condiciones, los niños desarrollan un sentimiento profundo y permanente de desconfianza concerniente a su propia capacidad para reconocer y decodificar apropiadamente los propios estados internos; sólo dentro de una relación emocional continua con una figura de vínculo pueden inferir lo que es “permisible” que sientan y piensen. (Cayupe, 2013)

1.2.4 Percepción de decepción en la relación vincular preferente:

Guidano (1987, 1994) ha observado que la vía de desarrollo de las personas con OSP DAP se caracteriza por experiencias más o menos intensas de decepción que involucran al padre preferido. Esto suele suceder al final de la niñez y en el período de adolescencia.

Como las personas con OSP DAP necesitan adherir a las expectativas de uno de los padres para poder establecer un sentido de sí mismo estable, tomando a éste como un modelo absoluto, una reevaluación de este modelo sólo puede ser experimentado como una decepción, tan intensa, que cuestiona el propio sentido de sí mismo.

1.2.5 Desarrollo de la Identidad:

La interferencia con la diferenciación rítmica temprana entre sí mismo y los otros parece estar al centro de la situación cognitiva del niño en desarrollo. (Guidano, 1987).

A través del patrón de vinculación enmarañado, a los niños se les impide continuamente desarrollar sentimientos propios, se les obstaculiza severamente el sentido de “estar separados” y producen una demarcación precaria y difusa entre su sentido de sí mismo y las representaciones internas de los padres.

Este tipo de desarrollo se lleva a cabo por patrones específicos de control descentralizado. Por una parte, la exclusión selectiva del flujo

sensorial capaz de activar directamente expresiones definidas de emociones propias que reducen la posibilidad de desconfirmaciones desafiantes entrantes. Por otra parte, construyendo una autoimagen sobre la base de las expectativas del padre seleccionado, el sujeto puede mantener en cierto modo el rango de confirmaciones necesario para establecer el sentido de sí mismo. Finalmente, las variaciones en las sensaciones corporales, tales como el hambre y la motilidad, que sostienen las únicas posibilidades de autopercepción confiables, se estructuran en un repertorio de patrones motores y viscerales. Estos patrones actúan como actividades distractoras destinadas a reducir la afirmación en la autoconciencia de sentimientos desafiantes que conducen a un sentido de ineficacia y/o vacío personal. Desde estos patrones es que se explica que los típicos niños DAP tengan buenos modales, parezcan maduros para su edad y frecuentemente sean buenos modales. Hasta la decepción adolescente, el cumplimiento de las ideas de perfección de los padres es considerado la forma más confiable de lograr un nivel aceptable de autoestima y de dignidad personal. (Guidano, 1987).

1.2.6 La Resolución Adolescente:

Con los cambios propios de la adolescencia, la estrategia de obtener un sentido definitivo de sí mismo de un otro significativo se ve ahora desafiado por el penoso descubrimiento de la posibilidad de decepcionarse de una relación tan significativa.(Guidano, 1987).

Como las confirmaciones que surgen de los otros significativos todavía son la forma de obtener un sentido de identidad estable y satisfactoria, la única otra forma de resolución adolescente es buscar una intimidad sustentadora, y al mismo tiempo minimizar los efectos de las desconfirmaciones y decepciones, ya sea que se perciban como el resultado de una realidad decepcionante o de la incompetencia de sí mismos y ser poco queribles. (Guidano, 1987)

Dependiendo de la atribución de causalidad que se le dé a la decepción percibida, y siempre dentro de márgenes de indefinición y oscilación, se pueden tomar distintas orientaciones (Guidano, 1987):

Si se toma una atribución causal externa, los individuos perciben a los otros principalmente como intrusos y falsos. Su compromiso de luchar contra una realidad engañosa a través de desplegar actitudes positivas extenuantes de autosuficiencia y control les permite mantener el sentido de inefectividad y vacío personal bajo límites aceptables. Durante un desequilibrio, este estilo atribucional, que involucra más actividad corporal y patrones motores, puede dar lugar a los desórdenes anoréxicos típicos.

Si se toma una atribución interna, el compromiso estará orientado a restringir los efectos penosos de desilusiones y desconfirmaciones esperadas, al atribuírselos a rasgos concretos y específicos de sí mismos más que a un sentido general de ineficiencia y vacío personal con los que se sienten invadidos. Este estilo atribucional, que involucra patrones corporales más pasivos, puede dar lugar a desórdenes bulímicos y obesidad.

En el caso de los obesos, podemos decir, que la modalidad que despliegan es siempre de pasividad, con reacciones de complacencia hacia los otros,

cambios bruscos en su estado de ánimo llegando a manifestar incluso formas de agresión verbal y/o física, como si cada cosa que les ocurre, cada decepción, le viene desde fuera y los aplasta sin que se logren reaccionar.

El establecimiento de una causalidad externa más que interna, depende de la extensión en que la evaluación de la decepción se haya descubierto. Las variables del desarrollo que pueden influir sobre la calidad de esta evaluación pueden ser definidas como sigue (Guidano, 1987):

Intensidad del evento discrepante: Una situación desafiante que es abrumadora para las capacidades de enfrentamiento del niño, pueden ser en efecto experimentadas pasivamente sólo como una preocupación inescapable.

Aunque la intensidad sea la misma, la edad en que se vive la decepción es un factor importante: en la etapa de la adolescencia, las habilidades cognitivas permiten una evaluación activa, comparada con las que ocurren durante la niñez.

Si la intensidad y la edad son la misma, un factor significativo es la presencia o ausencia de figuras alternativas de identificación en la red social del niño. Hasta cierto punto, la posibilidad de reemplazar un modelo de referencia percibido como exclusivo por otro, puede contribuir marcadamente a sostener la decepción del padre/madre para una separación activa de éste.

1.2.7 La Actitud Hacia Uno Mismo y la Realidad:

Las personas con OSP DAP pueden llegar a tener un equilibrio entre la necesidad absoluta de confirmación por parte de los otros y el miedo amenazante a decepcionarse de las relaciones significativas. Esto se logra usando la capacidad de manipular el juicio del otro a su favor y, por otra parte, mantiene un sentido de demarcación de los otros con la capacidad de controlar la intrusividad. (Guidano, 1987).

La característica más notable de la actitud hacia sí mismo de las personas con OSP DAP es la atribución incierta de causalidad con respecto a sus propios sentimientos y estados internos, que subyacen tanto al perfeccionismo y los mecanismos de autoengaño[12] típicos de ellos. (Guidano, 1987, 1994).

En el proceso de ordenar la experiencia interna, la falta de confianza y confiabilidad de la autopercepción juegan un rol importante en el modelamiento y sobre confianza en marcos de referencia externos: si el problema consiste en extraer un sentido de sí mismo a partir del juicio de los otros, el perfeccionismo se vuelve lógicamente la forma de proveer la solución a este problema.

Esta actitud predispone a que ocurran decepciones y desconfirmaciones. La atribución de causalidad incierta a sentimientos es la que hace que las personas

---

[12]Para Guidano, el autoengaño, es entendido como la modalidad de manipular la experiencia de Sí en curso, de modo que resulte consistente con la propia continuidad interna, lo cual es la actividad básica de la capacidad auto referencial ligada al lenguaje.(Ruiz,2010)

con OSP DAP sean capaces de evitar volverse conscientes de lo que realmente saben. (Guidano, 1987).

La posibilidad de tener una imagen corporal inaceptable es la forma prevalerte de corporizar los sentimientos de inefectividad personal y vacío una vez que este último se ha activado por confrontaciones inevitables, impredecibles y desafiantes. (Guidano, 1987).

Existen varios factores que parecen estar a la base del enfoque de los DAP sobre el cuerpo. En primer lugar, las variaciones en los estados internos corporales son los impulsos más confiables para decodificar la continua autopercepción. En segundo lugar, el hábito de enfatizar los aspectos formales y estéticos de la identidad personal contribuye a hacer de la apariencia personal un posible fracaso. Los individuos más activos, con tendencia anoréxica, luchan contra esta imagen del fracaso sobre controlando sus impulsos biológicos; los individuos obesos, por el contrario, tienden a darse por vencidos en la lucha, porque sienten que no pueden con esta tarea.(Guidano, 1987, 1994).

La persona con OSP DAP muestra una actitud hacia la realidad de claras incertidumbres y contradicciones, con las que los sujetos experimentan la primacía que se atribuye al ámbito de lo interpersonal. Por una parte, el logro de un aceptable sentido de sí mismo es posible sólo cuando se establece una relación recíproca íntima con una figura significativa. Pero por otra, el compromiso y el mostrarse, que son necesarios para conseguir esta meta, inevitablemente tienen el riesgo de juicios críticos o decepciones que harían que la percepción de identidad propia se vuelva aún más vaga. La vulnerabilidad a los juicios negativos

excede por mucho a la sensibilidad a la crítica que existe en las otras organizaciones. (Guidano, 1987).

En las relaciones íntimas, el dilema interpersonal se resuelve usando estrategias relacionales que se dirigen a la obtención, por parte de la pareja, de la mayor garantía de apoyo íntimo, mientras que se evita lo más posible cualquier compromiso claro y de exposición de sí mismo en la relación. Sin embargo, un estilo afectivo que se basa en la ambigüedad, falta de definición y constante poner a prueba a la pareja, hacen surgir las mismas críticas y desilusiones que tanto temen. (Guidano, 1987, 1994).

1.2.8 Coherencia Sistémica:

En la OSP DAP, el dominio interpersonal juega un rol fundamental. Cuando la emergencia del pensamiento lógico deductivo trae consigo las decepciones, el rol atribuido a las relaciones interpersonales inicialmente sufre una relativización. Luego, la búsqueda de relaciones apoyadoras se torna en una actitud más compleja, dirigida a obtener la confirmación del sentido de identidad de uno mientras que, al mismo tiempo, pueda preservarse el sentido de la propia individualidad (Guidano, 1987).

La vida interna de las personas con OSP DAP llega a ser progresivamente ordenada solamente si se logra un equilibrio entre la necesidad de aprobación por los demás y el miedo de ser invadido por los otros.

Guidano (1987) describe una diferencia entre los patrones de asimilación de la experiencia del patrón anoréxico y del patrón obeso:

En el patrón anoréxico, la lucha activa por mantener el control sobre la inefectividad personal percibida lleva muchas veces a la estructuración de actitudes más complejas y abstractas de autosuficiencia.

En el patrón obeso, la actitud más pasiva hacia los sentimientos de angustia activados por la decepción, muchas veces conduce a la estructuración de patrones corporales y emocionales que puedan proveer formas más definidas y controlables de las inefectividades personales percibidas.

1.2.9 Dinámica del Desbalance Afectivo:

En las personas con OSP DAP, el desequilibrio es, generalmente, el resultado de la activación de sentimientos de congoja ante la inefectividad personal y/o vacío. Debido a la dificultad de asimilar e integrar tales sentimientos, tienden a explicar y controlarlos a través de modificaciones de su imagen corporal producidas por alteraciones en la conducta de ingesta. (Guidano, 1987, 1994).

Guidano (1987), describe dos grupos principales de eventos que activarían el desbalance en las personas DAP:

Cambios en una relación interpersonal que el sujeto percibe como extremadamente significativa. Ocurre principalmente cuando se hace un descubrimiento o una revelación sobre una figura de vinculamiento que lo fuerza

a una súbita reevaluación tanto de la persona como de la relación. Otra situación común concierne al inicio de una verdadera crisis en una relación larga y muy íntima en la que el sujeto siente que es imposible ya sea abandonar a su pareja o aceptar ser abandonado por ella/él.

Cambios en el desarrollo o nuevas demandas ambientales que producen confrontación con una nueva situación que el sujeto percibe como un desafío insoportable a su sentido de autocompetencia establecido. La maduración adolescente, con la consecuente separación de la familia y nuevos ajustes psicosociales, es una etapa crucial en la vía del desarrollo de los individuos DAP. En efecto, se ha considerado a la Anorexia Nerviosa como un típico síndrome de la adolescencia.

Otras circunstancias que pueden ser fácilmente percibidas como pruebas desafiantes para el sentido de autocompetencia, tienen que ver con medidas altamente valoradas de éxito en el ambiente social (como los exámenes de fin de año, graduaciones, etc.), o cambios en responsabilidades familiares o de trabajo que requieren un compromiso aumentado o más definitivo.

Una persona con OSP DAP desequilibrado se caracteriza por el interjuego entre procesos simultáneos y competitivos. Por una parte, la emergencia de sentimientos críticos que desafían el sentido de identidad en curso de uno mismo aumenta el sentido difuso de uno mismo. Por otra parte, existe una tentativa a excluir tales sentimientos de la identidad sentida de uno, atribuyéndolos a partes circunscritas de uno mismo. El interjuego entre estos procesos puede ser esquematizado de la siguiente forma:

En el nivel consciente, el sentimiento constante de inefectividad personal, toma forma en la representación insoportable de tener una imagen corporal inaceptable, usualmente correspondiente a una imagen de una figura sin forma por la gordura. (Guidano, 1987).

En el patrón anoréxico, esta imagen es disputada a través de un tenso control de los impulsos biológicos. Los sujetos continúan viéndose a sí mismos gordos aunque estén cerca de morirse de hambre debido a su alimentación reducida y caprichosa. Se provocan vómitos espontáneamente, usan purgantes, diuréticos, etc. El nivel de actividad motora está generalmente exaltado y contrasta con la apariencia física de cansancio. La tentativa anoréxica de mantener una autoimagen positiva consistente se lleva a cabo oponiendo el sentido de inefectividad con un sentido de poder personal que deriva de la continua confirmación de la experiencia de ser capaz de dominar incluso los impulsos más profundos.

En el patrón obeso, los individuos se vuelven excesivamente gordos (ya sea porque están constantemente comiendo, o porque se pegan “panzadas” o tienen ataques de bulimia), y se sienten totalmente incapaces de controlar sus impulsos. El nivel de actividad motora es usualmente bajo. Por su atribución causal interna, el esfuerzo por una autoimagen acostumbrada inalterada lo más posible, consiste, en este caso, el aceptar la propia percibida negatividad, pero restringiéndola solamente a la apariencia externa.

Con el paso del tiempo, el desbalance afectivo en las personas con OSP DAP muestra cierto grado de diversificación entre los patrones anoréxicos y obesos. (Guidano, 1987, 1994).

Como regla, la anorexia representa un agudo desequilibrio de la fase adolescencia - juventud, y consecuentemente exhibe una tendencia hacia el reajuste. Esto ocurrirá con mayor seguridad cuando a través de la psicoterapia o cambios intervinientes, las situaciones responsables de las experiencias críticas de decepción o desconfirmación son removidas o modificadas.

En la obesidad, especialmente cuando se inicia en la adultez, se observa una tendencia a estructurarse de manera estable, como estrategia de autoengaño, dirigida a enfrentarse tanto con la negatividad percibida como con el entrometimiento y falsedad de los otros. (Guidano, 1987)

1.3. Aportes del Constructivismo Cognitivo.

El grupo Constructivista cognitivo de la Universidad de Chile ha realizado aportes para complementar y profundizar lo planteado por Vittorio Guidano. Estos elementos buscan una mayor comprensión de la teoría, uno de ellos hace referencia a La tonalidad emotiva básica[13], concepto ya trabajado por Guidano. Este concepto, alude a los afectos más preponderantes y elementales del sujeto, que son la base para configurar su sí mismo y la manera de ser en el mundo, en el

[13]Guidano, hace referencia a Tonalidad emotiva Básica a la relación de apego con la figura significativa en la experiencia inmediata. Esto sobre la base de características emotivas de la figura de apego y emociones primarias. Estas modalidades emotivas serán más seleccionadas que otras. Por ejemplo: Una madre muy preocupada y asustada de su hijo, hará que en este la tonalidad emotiva de miedo se haga mucho más presente (Guidano, 1999)

sentido de ser disposiciones a la acción con las cuales el individuo interpreta el entorno.

La tonalidad emocional básica en esta OSP estaría compuesta por tres emociones más frecuentes en la relación con los otros, estas son: Miedo, Vergüenza y la Culpa[14]. Es decir son los otros quienes confirmarán o desconfirmarán al sí mismo y desencadenan la reacción emocional pudiendo decepcionarlo. Esto se basa en la vulnerabilidad y permeabilidad ante la crítica, enjuiciamiento y mirada de los otros. Está dificultad da como resultado el temor a la exposición o a mostrarse (Vergara, 2002. Comunicación Personal, citada en Montt & Villarroel, 2003). En este sentido y considerando la difusión personal y emocional característica de ésta OSP, podrían integrarse ambos afectos, miedo y vergüenza, en el sentimiento ambiguo, generalizado y determinado a un área de funcionamiento: la angustia expectante ante lo interpersonal.

Es así como el miedo estaría contextualizado en el ámbito interpersonal, configurándose como un temor hacia las posibles reacciones adversas o negativas del otro, especialmente hacia aquellas actitudes que pudieran connotar o anticipar la decepción de la figura significativa, lo que repercutiría en la desaprobación e invalidación del sujeto, incluso, la eventual emergencia del vacío ontológico. La

---

[14] El Grupo Constructivista Cognitivo de la Universidad de Chile ha planteado que para la OSP Dápica, las tonalidades emotivas básicas son el miedo y la vergüenza, afectos relevantes y favorecidos por la vulnerabilidad y permeabilidad a la crítica y enjuiciamiento de los demás. Esto conlleva el temor a mostrarse y lleva al sujeto a entregar al otro la facultad de ser su referente (Vergara, 2002. Comunicación Personal, citada en Montt & Villarroel, 2003).

vergüenza por su parte, abarca la totalidad de la conciencia de sí mismo, incluyendo los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y estéticos, entre otros, muestra también la unificación de un “ser para sí” del sujeto con un “ser para otros”, puesto que el individuo sólo se puede avergonzar ante la existencia de un otro. De esta forma, se puede esbozar la explicación de la incapacidad de respuesta del individuo ante las exigencias de los otros y las emociones de carácter negativo que ellas generan, tienen consecuencias inmediatas en la percepción de sí mismo, como una figura incapaz de hacer frente a las exigencias contextuales y por ende esto podría reflejarse en su condición corporal.

1.3.1. Amenaza a la Coherencia Sistémica

En teoría otro de los aportes del grupo constructivista cognitivo hace relación con el concepto de amenaza a la coherencia sistémica, cada OSP presentaría una amenaza primaria, esta sería una experiencia básica del sujeto y surge en su desarrollo. Esta experiencia primaria se origina de los conflictos que surgen en la relación de apego entre el sujeto y su figura vincular; conflictos que se precisan resolver para mantener la coherencia sistémica. Esta experiencia siempre se acompaña de emociones primarias que se configuran en una tonalidad emotiva básica en el transcurso del desarrollo evolutivo del individuo (Montt & Villarroel, 2003).

1.3.2. Amenaza Primaria: “Vacío ontológico”.

En los sujetos dápicos la amenaza primaría sería el ***vacío***, este tiene un contenido difuso y es difícil de decodificar por el sujeto, por tanto, requiere de otro para poder ser referido. De esta forma será la figura significativa la que decodifique los estados internos del niño. No es un vacío fisiológico, como el hambre por ejemplo, esta sensación no se calma con la ingesta de alguna sustancia. En tal sentido, no se alude a un vacío empírico, no se puede medir ni calcular. Es así, como el ***vacío ontológico*** amenaza la coherencia sistémica del sí mismo, dando lugar al miedo genuino de perderse y quedarse consigo mismo. Si bien este vacío es transversal a cualquier OSP por constituirse como un elemento originario y esencial en el sujeto, en el dápico arremete de formas más intensa una vez acaecida la decepción, ya que aparece como aquello que se intentó sortear, pero que irremediablemente subsistió y emergió con más ímpetu. La irrupción del vacío ontológico también trae consigo el intenso contraste que percibe el individuo entre estar personalmente “vacío” e interpersonalmente “lleno”.

El conflicto dápico entonces, consiste básicamente en que el sujeto no pudo habitar su propio vacío ontológico, puesto que se entregó a una figura vincular para que hiciera de referente en la decodificación de sus estados internos. Así, por ejemplo, según una ideología familiar que no acepta la rabia y la expresión conductual de ésta como manifestación válida ya que no es acorde a la imagen social que persigue, es posible que la figura vincular del niño intente no decodificar esta emoción y, en cambio, otorgarle otro concepto, como el de “pena”. En este caso, ambas emociones (pena y rabia) producen perturbaciones internas distintas,

aunque el niño termine por decodificarla de la misma forma. Esto es la base del sentido difuso de sí mismo, al mismo tiempo que explica la necesidad de requerir a otro significativo para decodificar los estados internos (Vergara, 2003. Comunicación Personal, citada en Montt & Villarroel, 2003).

De este modo, el vacío ontológico es la condición necesaria para que exista y se defina el propio deseo, al darle un nombre a este vacío, al escribir la vida sobre éste, a reconocerlo, manipularlo, hacerlo propio, hacerlo íntimo, intentando llenarlo. Ser capaz de reconocer y afirmar la propia experiencia es de vital importancia en el desarrollo de la identidad y de la estabilidad del sí mismo cuando emerge la incomodidad y el estrés emocional (Buhl, 2002). Como los dápicos tienen la dificultad para reconocer y aceptar su experiencia interna, se puede observar en ellos trastornos del tipo psicosomáticos, en especial cuando se percibe una intensa activación emocional compleja de distinguir por su self ambiguo y vago (Crittenden, 2001, citada en Mandakovic, 2005).

1.3.3. Amenaza Secundaria; "Decepción"

Evolutivamente, la amenaza primaria, que es el vacío ontológico, hará su reaparición cada vez que el individuo quede sin una imagen de referente a la cual seguir en términos de sentir, actuar y decodificar estados internos. Es así entonces, como entra en funcionamiento la ***Decepción***, ésta actuaría como un evento predictor de la amenaza primaria. De esta forma la decepción se configura como una nueva amenaza la coherencia interna, en otras palabras, corresponde a

la amenaza secundaria del sujeto dápico. La decepción se dispone como una alerta al sí mismo, ya que advierte una probable irrupción del vacío ontológico.

"La amenaza de vacío se hará patente tras la experiencia de decepción de la figura que constituye su referente en su desarrollo evolutivo. Para el caso del sujeto dápico, esta decepción resulta dramática por todo lo señalado anteriormente. De allí que la decepción se constituya en una amenaza secundaria, frente a la cual se desarrollan una serie de estrategias dirigidas a mantener la coherencia sistémica y que se relacionarán con la atribución causal de la decepción" (Vergara, 2003. Comunicación Personal, citada en Montt & Villarroel, 2003). La decepción puede ser crucial en la conformación del sobrepeso y posterior obesidad. Esta emoción puede ser tan intensa que entrega al sujeto a una situación de desamparo, donde probablemente el sí mismo fragilizado se ve nuevamente enfrentado al vacío y por ende a las emociones de carácter negativo que pueden desencadenar los mecanismos compensatorios como la ingesta excesiva y el sedentarismo, como una forma de dejarse llevar por la realidad que lo supera.

1.3.4. Sendas de Desarrollo Evolutivo.

Se entiende como senda evolutiva a la forma en que el niño resuelve la amenaza primaria. Esto implica la conformación de un sentido de sí mismo y este estará caracterizado por la amenaza primaria y las tonalidades emotivas básicas del individuo. La pertenencia a una determinada senda tiene relación, entre otras cosas, con el deseo, puesto que una vez que el individuo experimenta la decepción, queda solo con su deseo y, así como con la amenaza primaria, entonces, debe idear y utilizar estrategias que le permitan hacerle frente. Este deseo, el cual, como ya se indicó, aparece con más ímpetu e intensidad posterior a la decepción, puede ser canalizado por el sujeto de las siguientes formas:

El sujeto puede entregarse al deseo deliberadamente, sin límites ni control (senda pasiva); esto hace relación por ejemplo, en la ingesta excesiva a pesar de la conciencia del sobrepeso u obesidad. En esta senda habita el sujeto obeso, dada su inactividad, su poca voluntad a hacer frente a los desafíos y su constante percepción negativa. Por contraparte, también puede intentar deshacerse de él ejerciendo un fuerte control ideológico y estableciendo límites interpersonales rígidos (senda activa[15]); o bien, puede intentar deshacerse de éste mediante el

---

[15]"Si el problema consiste en extraer un sentido de sí mismo a partir del juicio de los otros, el perfeccionismo se vuelve lógicamente la forma de proveer solución a este problema" (Guidano, 1991).El sujeto orientado en esta senda, está enfocado en el rendimiento, el cual está amparado en una ideologización del propio criterio. Se caracteriza por ser perfeccionista, independiente, formal y desinteresado en lo interpersonal (Montt & Villarroel, 2003). El sentimiento que prima en

control racional, sin poder lograrlo, cayendo a ratos en la tentación y el descontrol (senda activo-pasiva[16]).

Por último, se hará mención nuevamente de los factores que influyen sobre la posibilidad que el sujeto dápico se encamine por una determinada senda de desarrollo evolutivo; estos son:

- ***La intensidad del evento decepcionante.***
- ***La edad del sujeto cuando experimenta la decepción.***
- ***La presencia o ausencia de figuras alternativas cuando ocurre la decepción.***

---

esta orientación es el de ineficacia personal, situación que se intenta evitar mediante actividades distractoras, tales como el sobre control de impulsos y la actividad motora (Ibidem, 2003).

[16]La mayor característica de esta senda es la marcada oscilación en las que se mueve el individuo. Serían las polaridades entre el anoréxico y el no ser del obeso, por tanto, el sujeto fluctúa ente la pasividad y la actividad, entre la atribución externa y la interna, esto en un continuo. En otras palabras el individuo oscila entre el deber, marcado por el rendimiento y el abandono de sí mismo al vacío ontológico debido a la "tentación". El sentimiento que prima en él y con el cual el Sí Mismo se relaciona es el de desconfianza persona, dada la ineficacia yl el vacío percibido (Guidano, 1991).

1.3.4.1. Senda Pasiva

La senda pasiva, se desarrolla a partir de decepciones tempranas por lo general muy intensas y pasivas de la figura vincular. Esta decepción es experimentada con tal magnitud que es vivida como incontrolable e irremediable. Esta forma se configura por que el individuo experimenta los episodios de decepción a muy temprana edad, cuando los recursos cognitivos no han alcanzado el pensamiento abstracto, por consiguiente, queda sumergido en una situación que es incapaz de resolver, generando una sensación de incapacidad personal. Por otra parte, tampoco existe para el niño la disponibilidad de una figura alternativa de identificación, condición que da lugar al desencadenamiento de una serie de estrategias conformadas desde el constante fracaso de la imagen corporal. Luego, el logro de un aceptable sentido de sí mismo sólo es posible cuando el sujeto establece una relación íntima y recíproca con una figura significativa.

Es así como la conjunción de los elementos antes mencionados, el obeso se abandonaría a la ingestión y sería más pasivo en lo motor conductualmente hablando. El cuerpo por su parte adquiere un aspecto amorfo y por ende inaceptable. Esta forma de funcionamiento se hace permanente y con un modo de enfrentamiento pasivo donde de alguna forma se acepta la ineficacia y pasividad. Esta concepción si bien es negativa para el sí mismo el sujeto la combate restringiéndola y concretizándola en la apariencia externa.

Crittenden (2001) señala un ejemplo que puede ilustrar la dinámica señalada, en el cual una dápica pasiva revela la petición inconsciente de mayor exposición de su pareja y la comprobación de su amor al engordar 40 kilos en los primeros tres meses de matrimonio, requiriendo de él comprensión y paciencia.

Vergara (2001), plantea que las dualidades experienciales que se dan entre el deber rendimiento y placer-culpa, revelan de alguna manera el insuficiente control de los impulsos. Esto en lo interpersonal, en donde el sujeto aparece a veces como necesitado de otros, mientras que en otras oportunidades se muestra autosuficiente. No obstante, siempre predomina en él una imagen-criterio social que se centra en el reconocimiento externo (Vergara, 2002. Comunicación Personal, citada en Montt & Villarroel, 2003).

Me interesa enfatizar el hecho de que, si bien, se han expuesto hallazgos descrito por la corriente constructivista, éstas pueden dar cuenta de "regularidades" o "patrones" que pueden ser encontrados en poblaciones de sujetos obesos, la condición final de *Obesidad*, entendida como síntoma, puede ser el estado final de las más diversas significaciones, propias de cada sujeto. La compleja interacción entre factores psicológicos, tanto del desarrollo, como otros más actuales, las influencias sociales, la situación vital del paciente, el estrés y la predisposición biológica, son determinaciones que recibirán una ponderación variable al desarrollo de esta enfermedad. La *Obesidad* por sí misma puede "condensar" en un significado personal, cuya singularidad ha podido revelarse en la investigación psicoterapéutica.

Para finalizar es importante señalar que según Alfredo Ruiz (1997), “esta sería la organización prevalente en la cultura occidental. En este momento hay un incremento muy importante de este estilo de construir el significado de la experiencia que involucra a un alto porcentaje de la población. Este tipo de vinculamiento se da porque en estas familias el tipo de crianza prevaleciente es aquella donde se privilegia la imagen. La familia quiere mostrarse como la mejor familia, donde se quieren todos, que tienen una imagen de familia perfecta... este es un aspecto de la familia post-moderna. El culto a la imagen”. Dado que el sí mismo es definido externamente, la atribución causal dominante también es externa. Entonces, para regular las inestabilidades de la propia imagen, la estrategia de una persona con organización de significado DAP, consiste en restringir las autoexposiciones y autoconfrontaciones; evitando así las decepciones de y hacia los otros. Así, se dice que el eterno dilema del dápico es: “máxima confirmación, pero siempre exponiéndose al mínimo”, sin que pueda decepcionar al otro y que el otro no lo decepcione.

1.4 “ANSIEDAD”

En el siguiente apartado se realiza una revisión de la variable ansiedad, su definición, situación mundial y su relación con algunos elementos teóricos desde la psicología Constructivista y Cognitiva.

1.4.1. Antecedentes generales y Definición de Ansiedad

La palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción y consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una inquietud e inseguridad ante lo que se vivencia como una amenaza inminente.

Para Spielberger, la ansiedad es una reacción emocional desagradable producida por un estímulo externo, que es considerado por el individuo como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto (Spielberger, 1980).

La ansiedad normal, es una emoción psicobiológica básica y adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación a la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de ésta, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro u objeto externo y que puede llegar a resultar incapacitante. En otras palabras, la ansiedad es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie, pudiendo transformarse en una respuesta patológica, cuando ocurre

de modo innecesario y desproporcionado, interfiriendo negativamente en la vida laboral, social y familiar (Cia, 2002).

1.4.2. Situación Mundial y en Chile

Los trastornos de ansiedad son una de las patologías en salud mental más frecuentes en la población. Su prevalencia es bastante alta en la población adulta. En Estados Unidos por ejemplo la prevalencia es de 14,7 % a lo largo de la vida. La situación en Chile no es muy diferente, presentando indicadores bastante cercanos a los norteamericanos con un 12,6%. La razón, Mujer – Hombre es de 3:1 y generalmente con una edad de inicio en la adolescencia o la adultez joven.

Según un estudio realizado por la OMS en consultantes por molestias somáticas la prevalencia de los trastornos ansiosos era del 23,8%, lo cual la deja muy cerca de la depresión que tiene una prevalencia del 29,5%. Esto la posiciona como la segunda patología de salud mental más presente en la población occidental. A su vez en Chile, de los pacientes ansiosos que consultan en APS (Servicios de atención primaria en salud), el 63% lo hace por síntomas físicos y el 21% por síntomas psicológicos, su grado detección es alto llegando al 88%.

Es por esta razón, que es importante establecer si esta variable que tiene una presencia notable en la población occidental, tiene una incidencia en el desarrollo del sobrepeso u obesidad ya que, las cifras indican que está presente de forma transversal en un sin número de patologías como en la cardiológica,

donde alcanza la cifra no menor de un 10%. La ansiedad no tan solo está presente en comorbilidad con enfermedades, sino también en eventos importantes del desarrollo en términos evolutivos, como las crisis normativas de la adolescencia, la búsqueda del embarazo o el ingreso a la universidad por mencionar algunas.

1.4.3. Ansiedad y Psicología

Para Arciero (2003), la palabra ansiedad alude etimológicamente a una multiplicidad de manifestaciones corpóreas que oscilan entre el estado de la constricción y el agotamiento, entre la excesiva proximidad y la necesidad de ayuda. Indudablemente a aquellas manifestaciones está ligada la forma de ansiedad más visceral es decir; aquella ansiedad que comienza a estar entrelazada en las primeras fases del desarrollo en la organización del actuar y del sentir reciproco. Bowlby (1975), lo explicaría de la siguiente forma: “Todo apego regido por la ansiedad se desarrolla no solo porque el niño ha sido excesivamente gratificado, sino porque sus experiencias lo han llevado a elaborar un modelo de figura afectiva que suele mostrarse inaccesible cuando él lo desea. Cuanto más estable y previsible sea el régimen en el que se cría, más firmes son los afectos en el niño. Entonces, a una mayor constancia en el vínculo tendremos menor sensación de amenaza. En la adultez, la riqueza del lenguaje traduce esta sensación a una gama de variaciones que van desde la preocupación a la aprensión, de la inquietud hasta la angustia y desde el tormento hasta el terror.

Giampiero Arciero (2002) menciona que la ansiedad es una emoción, que tiene una relación constante con el tiempo, específicamente con la anticipación del

futuro y justamente esto la hace inevitablemente irreal; esto la diferencia del miedo ya que éste acontecimiento está en tiempo presente. Por tanto, a distintos estilos de personalidad corresponderán modos diferentes de sentir la ansiedad.

En la organización dápica dada su referencia externa, sería más complejo para el individuo identificar las emociones más básicas o viscerales. Para que esto resulte más claro, hay que entender que las modalidades inward y outward de dar forma a la identidad personal implican muchos accesos y diferentes posibilidades reguladoras de la esfera emocional. De acuerdo con Michael Lewis (1993) identificamos tres formas distintivas del dominio emocional:

1) Los estados emocionales que se refieren a recurrentes configuraciones somáticas y/o neurofisiológicas; estas pueden corresponder a emociones específicas (emociones básicas) a las que se acompañan estados internos específicos, como en el caso de los Inword; o bien, es la actividad cognitiva y evaluativa que determina emociones distintas en respuesta a una activación autónoma indiferenciada, como en el caso de los Outward.

2) Las experiencias emocionales que para los Inward corresponden al enfoque de estados internos según grados diferentes de conciencia y articulación; en ausencia de focalización, la experiencia emocional puede no tomar forma también en presencia del estado emotivo; para los Outward, la experiencia emocional no tiene que corresponder a ningún estado interno, y también puede

emerger en ausencia de la activación autonómica. Ellas dependen entonces de la cognición.

3) Las expresiones emocionales que se refieren a los cambios de la cara, posturales, vocales y locomotores y que no son distintivos de ninguna de las modalidades consideradas.

Además resulta patente que la regulación de la ansiedad advertida como fenómeno visceral es diferente de aquella percibida mentalmente. En el primer caso, la activación ansiosa, según la intensidad, es amplificada por afectos, recuerdos, pensamiento, imágenes, correlacionados semánticamente con el acontecimiento activador. Eso, por un lado, limita la gama de los aspectos consonantes de la situación en curso, por otro facilita la articulación consciente de la experiencia en curso permitiendo por ello la reducción de la intensidad. En el otro caso, ya que la ansiedad depende de determinaciones o de códigos interpretativos externos de naturaleza cognitiva, su “creación” y su amplificación depende de la esfera intelectual. Por tanto, la regulación puede realizarse, además de por una articulación conceptual más concienzuda, por el cambio de los parámetros interpretativos que cambiará cualitativamente la experiencia emocional (Arciero, 2002). En esta modalidad se desenvuelve la organización DAP, por tanto, la ansiedad presentada en este tipo de organización sería más bien una ansiedad relacionada con los eventos presentes o bien con los pensamientos asociados a la inseguridad personal, determinados contextualmente, externamente referidos y con dificultad para identificar las emociones primarias, esto eventualmente en una senda pasiva podría desencadenar pensamientos más bien negativos,

desencadenando el vacío y por ende el abandono a la ingestión excesiva para suplir la carencia.

1.4.4. Componentes de la ansiedad

La ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuesta: subjetivo o cognitivo, fisiológico o somático y motor o conductual (Belloch, Sandín, y Ramos, 1995).

Subjetivo - cognitivo[17]: En el obeso, la percepción y evaluación que realiza de los acontecimientos podría ser de carácter negativo, es decir, las emociones que vivencia y los pensamientos que integra podrían estar teñidos en la línea del miedo, la excesiva preocupación, vergüenza, sentimientos de inferioridad e inquietud, e incluso pensamientos depresivos, estos pueden aparecer de forma sistemática o intrusiva, por lo cual, la vivencia de estos estados psicológicos sería de carácter desagradable y estaría determinada por una baja autoestima y autoconcepto.

---

[17]Es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna. Incluye un amplio espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones y pensamientos intrusivos. La persona con ansiedad experimenta subjetivamente un estado emocional desagradable, cualitativamente diferente de la ira o la tristeza y semejante a la experiencia conocida comúnmente como miedo (Belloch, Sandín, y Ramos, 1995).

Fisiológico - somático[18]: La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. En el caso del individuo con sobrepeso u obesidad, esta reacción sería internalizada de una forma distinta al común, quizás no habría una reacción encadenada a la experiencia del pánico, sino más bien, se activarían sensaciones menos extremas y posiblemente más relacionadas con el hambre o vacío. Esto no afirma que no experimenten la reacción fisiológica tradicional, sino más bien esta estaría posiblemente mermada, dada la pasividad del sujeto.

Motor - conductual[19]: A nivel conductual los obesos tienden a ser más sedentarios en términos de actividad física y más activos en cuanto a la ingesta.

El comer excesivo se podría interpretar cómo mecanismo evasivo frente a las emociones negativas, la comida sería una vía de escape para no pensar en los problemas que tiene, para estas personas el comer disminuiría el miedo que tienen hacia alguna situación, que tienen dificultad para identificar sus sentimientos. Este punto estaría determinado patrones más pasivos en cuanto a

---

[18]Los cambios fisiológicos más característicos consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial) como internos (aceleración cardíaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria). La experiencia subjetiva de estos cambios orgánicos suele ser percibida de forma molesta y desagradable, pudiendo contribuir de esta manera a conformar el estado subjetivo de ansiedad (Belloch, Sandín, y Ramos, 1995).

[19]Corresponde a los componentes observables de conducta que, aparte de implicar variables como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente hacen referencia a las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación (Belloch, Sandín, y Ramos, 1995)

aspectos motores ***(senda pasiva)***[20] lo que explicaría de esta forma por ejemplo, un bajo nivel de actividad física, este tipo de comportamiento no sería una constante, sino más bien se daría frente a tiempos de desequilibrio donde el sujeto se ve sobrepasado por sus emociones quedando con la sensación de imposibilidad de hacer frente a las demandas o exigencias de la realidad experimentada generando sentimientos de vacío.

Al efectuar la revisión bibliográfica de las variables del estudio, es posible comprender que en teoría, si existiría relación entre ellas. La teoría entrega los elementos suficientes para realizar un análisis que ayuda a comprender la conformación del sujeto sobrepeso obeso y la relación que la obesidad pudiese tener con OSP y ansiedad.

A continuación estos elementos se someterán a prueba a través de un análisis metodológico.

---

[20]En la senda pasiva el sujeto puede entregarse al deseo deliberadamente, sin límites ni control, ej.: ingesta excesiva, El sujeto que pertenece a esta senda de desarrollo evolutivo, sufre la decepción a temprana edad, en la niñez. En esta etapa del desarrollo la experiencia de decepción es vivida intensamente y de manera pasiva.

2.METODOLOGIA

2.1 Objetivos

Objetivo General:

- Evaluar si existe relación entre el estado nutricional, la Ansiedad y OSP (DAP), en mujeres adultas de 20 a 40 años pertenecientes al Cesfam Juanita Aguirre de la comuna de Conchalí durante el 2013.

Objetivos Específicos:

- Describir el estado nutricional (normal, sobrepeso - obesidad) y los niveles de ansiedad que presentan las participantes de 20 a 40 años.
- Comparar la relación entre estado nutricional, ansiedad y OSP en personas entre 21 y 30 años y 31 y 40 años.
- Comparar el grupo con estado nutricional normal con el grupo sobrepeso obeso, en función de las variables ansiedad y Organización (DAP).
- Establecer si existen relaciones entre los niveles de ansiedad y la edad.
- Describir los diagnósticos de OSP predominante en la muestra analizada.

2.2 Hipótesis

H_{i1}: Las variables estado nutricional, ansiedad y organización de significado personal (DAP) están correlacionadas de forma estadísticamente significativa entre sí en la población evaluada.

H_{i2}: Las participantes que tienen entre 20 y 30 años presentarán distintas distribuciones de estado nutricional y OSP y mayores niveles de ansiedad, que los individuos de 31 a 40 años.

H_{i3}: Las participantes con sobrepeso y obesas presentarán distintos tipos de OSP y distintos niveles de ansiedad que aquellas personas eutróficas.

Hi4: Las variables ansiedad y edad están correlacionadas de forma estadísticamente significativa entre sí en la población evaluada.

2.3Diseño de Investigación

La presente investigación usó un enfoque cuantitativo, y supuso una metodología no experimental de diseño de encuesta (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Así, no se manipularon las variables involucradas en el estudio de forma intencionada, sino que se observaron tal como se dan en su contexto natural en un momento determinado de tiempo.

Además, posee un alcance descriptivo-correlacional, ya que se describen las relaciones que pudiesen existir entre las variables de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Finalmente, la presente investigación tiene un carácter transversal, ya que se recolectaron datos en un sólo momento y en un tiempo único. Su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

2.4 Población, Muestreo y Muestra

2.4.1. Población:

La población desde donde se seleccionaron los participantes correspondió a aquellos usuarios Inscritos en el Cesfam Juanita Aguirre de la comuna de Conchalí durante el año 2013. Para cumplir con los objetivos del proyecto, se trabajó con mujeres de 20 a 40 años de edad que presentan un peso que fluctúa entre el estado nutricional normal, y sobrepeso y obesidad.

2.4.2. Muestra y Muestreo:

A partir de un muestreo no probabilístico por caso típico (Hernández, Fernández y Baptista, 2006) se extrajo una muestra de 165 mujeres que eran usuarias de los servicios del Cesfam, y que por tanto estaban inscritas en éste. Se utilizaron sólo aquellas personas que no cumplieran con alguno los siguientes criterios de exclusión:

- Ser sujetos menores de 20 años.
- Ser usuarios mayores de 40 años.
- Ser usuarios que presenten un IMC inferior al rango normal.
- Ser usuarios que no asistieron el día de la medición.
- Ser usuarios que no contestaron o no comprendieron las instrucciones de los cuestionarios.
- Ser usuarios que se negaron a responder los cuestionarios.

2.4.3. Procedimiento

Para llevar a cabo la recolección de los datos, en primer lugar se solicitó la autorización de la Universidad de Chile y el Cesfam Juanita Aguirre de Conchalí. A través de reuniones y cartas de invitación, se invitó a las personas que cumplían con los criterios a participar de esta investigación. Posteriormente, los participantes debieron firmar un consentimiento informado que permitía el acceso a sus evaluaciones, las que fueron utilizadas en el contexto del presente estudio.

2.5 Variables

Organización de Significado Personal

Definición conceptual: Se la define como un proceso ordenador por medio del cual el sujeto busca dar coherencia y continuidad a sus experiencias de vida. Posee dos características principales: su constitución dentro del desarrollo histórico-evolutivo de los sujetos y su plasticidad, específicamente, su habilidad para sobrellevar cambios durante la vida y aún continuar manteniendo un sentido estable de unicidad y continuidad histórica (sentido de sí mismo). Así, una O.S.P. sería una organización de los procesos de conocimiento (experienciar / explicar) que emergería gradualmente en el curso del proceso individual (Guidano, 1994).

Definición Operacional: Esta variable se describe como el puntaje bruto o directo obtenido por los sujetos considerados en la muestra de la presente investigación, en cada una de las OSP evaluadas a través del instrumento (Cayupe, 2013).

Estado nutricional

Definición conceptual: Refleja si el aporte, absorción y utilización de los nutrientes son adecuados a las necesidades del organismo. Su evaluación antropométrica se realiza por medio de los indicadores de estatura para la edad y peso para la edad dando un diagnóstico del estado nutricional de acuerdo al cruce de estos indicadores (Albala, Kain, Burrows y Díaz, 2000).

Definición operacional (IMC): Es la relación entre el peso en kilogramos sobre la estatura elevada al cuadrado (IMC = peso/talla^2). (Albala, Kain, Burrows y Díaz. 2000). Según lo anterior una persona es considerada con Sobrepeso cuando se encuentra sobre un cierto punto de corte, en este caso un IMC mayor o igual a 25. Se habla de obesidad cuando se obtiene un IMC mayor a 30 y por último se considera eutrófico o normal cuando su IMC se encuentra entre el intervalo 18,5 a 24,9 (OMS, 1997).

Ansiedad

Definición conceptual: es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida (Cía, 2002).

Definición operacional: La Ansiedad corresponde a los puntajes obtenidos por los participantes en la escala STAI de Ansiedad (Spielberger y cols., 1970).

2.6 Instrumentos de Evaluación

2.6.1. Cuestionario de Organización de Significado Personal:

El instrumento OSP, diseñado y validado por Cayupe (2013), corresponde a un cuestionario de autoreporte, de papel y lápiz, que adopta la forma de un inventario tipológico que consta de 40 preguntas de tipo Likert distribuidas en cada una de las OSP: Depresiva, Dápica, Fóbica y Obsesiva, de diez ítems cada una. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 3, y van desde “nunca” hasta “casi siempre”. Así, este cuestionario tiene por objetivo evaluar de manera general la tendencia de organización de significado personal que presenta el sujeto sometido a evaluación.

Para asignar los puntajes, se asigna el resultado de la OSP predominante en base al mayor puntaje alcanzado en alguno de los factores, considerándose igualmente el puntaje que aparece en segundo lugar pues esto permite establecer la tendencia de OSP a que pertenece cada persona. En este sentido, este instrumento puede ser considerado como un inventario tipológico, construido para entregar normas absolutas, vale decir, en que el resultado está dado por el mayor puntaje obtenido por cada sujeto. Así, el punto de referencia es el instrumento mismo y no el promedio de rendimiento del grupo específico.

En el caso del inventario de OSP, esta modalidad descrita permite ver una tendencia directa como resultado, pero además mostrar una segunda apreciación

de la persona, una tendencia subyacente. Por ejemplo, permitiría concluir que una persona tiene una “OSP fóbica con elementos depresivos”.

2.6.2. Cuestionario STAI de Ansiedad:

Este cuestionario fue elaborado por Spielberger y cols. en 1970, y se encuentra editado por T.E.A. Ediciones, Investigaciones y Publicaciones Psicológicas.

Corresponde a una técnica de autoreporte, donde se distingue entre ansiedad como estado y ansiedad como rasgo: mientras la ansiedad como estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico con la importante característica de que varía a lo largo del tiempo fluctuando en su intensidad, la ansiedad rasgo (A/R) refiere a una relativamente estable propensión ansiosa, por la que los sujetos difieren en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes y a responder a esto con elevaciones en su estado de ansiedad (A/E). Es decir, la ansiedad rasgo (A/R) implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a situaciones estresantes con diferentes cantidades de ansiedad estado (A/E).

Corresponde a una escala tipo Likert de 20 preguntas, donde el participante puede describir cómo se siente "en un momento particular". Las respuestas varían entre 0 y 3, desde “nada” hasta “mucho” en la escala de A/E, y desde “casi nunca” hasta “casi siempre” en el caso de la A/R. Así, las puntuaciones de ansiedad estado (A/E) y ansiedad rasgo (A/R) pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos.

2.7 Análisis

Los análisis se realizaron a través de del software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 20. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las escalas estudiadas y las variables sociodemográficas incluidas. Para la descripción univariada y descriptiva de la escala y variables sociodemográficas se determinaron tanto las medias como la dispersión de los resultados, así como también se utilizaron los porcentajes en los casos en que esto fue necesario.

Por su parte, para el análisis bivariado se utilizaron pruebas t de Student, correlaciones y Análisis de Varianza (ANOVA) cuando los datos lo permitieron. Estos análisis tuvieron como objetivo poner a prueba las distintas hipótesis mencionadas previamente, tanto a través de las diferencias entre grupos, como de las relaciones entre variables.

3.RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos a partir de los análisis realizados. Para su comprensión, éstos han sido agrupados en subapartados; así, en un comienzo se muestran los análisis descriptivos de las escalas utilizadas. Posteriormente, se realiza un análisis por objetivos.

3.1. Análisis Descriptivo de Escalas e Índices

Tal como se puede observar en la Tabla Nº1, las puntuaciones promedio de las distintas escalas e índices fluctuaron entre 16,53 y 25,71. Asimismo, las desviaciones estándar oscilaron entre 4,98 y 11,96.

Tabla Nº1. Estadísticos Descriptivos de escalas e índices

	N			
	Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.
Ansiedad como Estado	147	18	17,6803	11,96970
Ansiedad como Rasgo	161	4	18,7143	11,44794
Índice de Masa Corporal	153	12	25,7106	4,72142
OSP Depresiva	162	3	16,5370	5,86297
OSP Dápica	158	7	18,0759	5,91074
OSP Fóbica	155	10	22,7935	4,98660
OSP Obsesiva	158	7	23,7595	6,40405

En el caso de los índices que se derivan del STAI, el puntaje mínimo y el máximo son 0 y 30 respectivamente. De esta forma, se puede observar que el promedio de ambos está por sobre la mitad teórica, aunque las desviaciones estándar de estos puntajes son bastante elevadas, indicando gran dispersión de los datos obtenidos.

Respecto de las escalas obtenidas a partir del instrumento de OSP, a nivel descriptivo las cuatro escalas no parecen presentar diferencias bastante elevadas. La escala correspondiente a la OSP obsesiva, es la que presenta puntajes más altos, seguida de la OSP fóbica, OSP dápica y por último OSP depresiva.

Finalmente, sobre el IMC conviene mencionar que el promedio en este índice es de 25,71 con una desviación típica de 4,72. Esta información permite indicar que si se sacara una persona al azar ésta tiene más probabilidades de ser una persona obesa.

3.2. Análisis del Objetivo General

El objetivo general de la presente investigación consistió en evaluar la relación existente entre las variables estado nutricional, Ansiedad y OSP (DAP), en mujeres adultas de (20 a 40 años), pertenecientes al Cesfam Juanita Aguirre de la comuna de Conchalí.

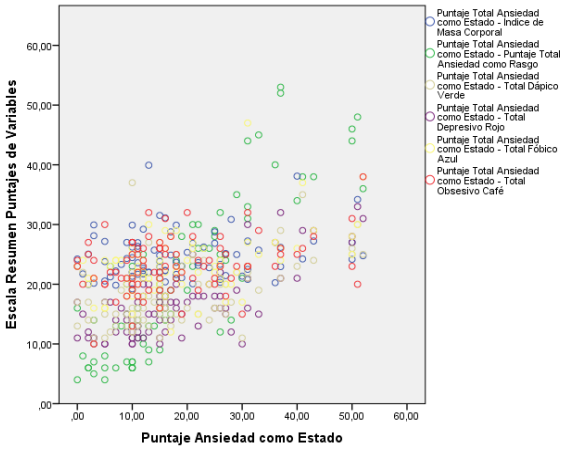
Para responder a este objetivo, en primer lugar se realizó un examen gráfico de los datos mediante gráficos de dispersión, y posteriormente se calcularon correlaciones biseriales entre los distintos índices, que en términos prácticos se expresan en correlaciones de Pearson.

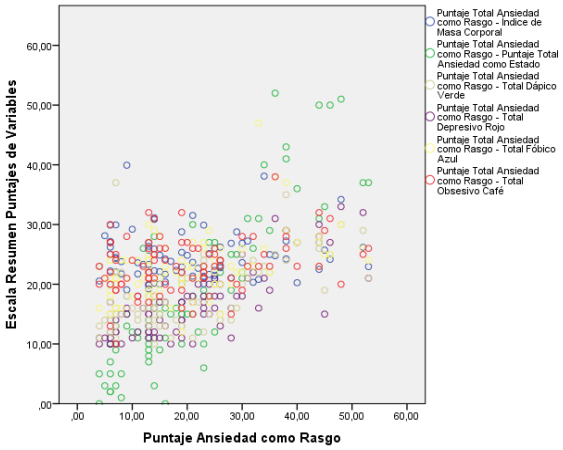
De esta forma, tal como se puede observar en la Tabla Nº2, existen correlaciones significativas entre la ansiedad (tanto estado como rasgo) y el conjunto de las

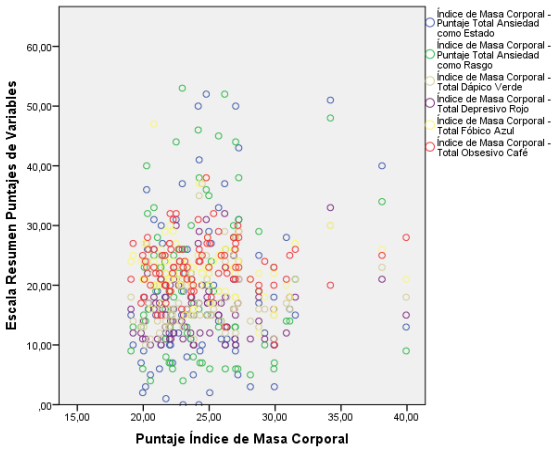
OSP. Sin embargo, el IMC no correlaciona con el resto de las variables incluidas dentro del análisis, al menos en un nivel estadísticamente significativo (p<,05).

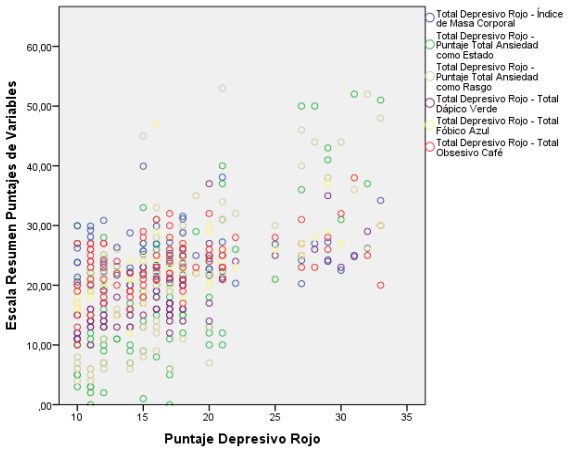
3.2.1 Gráficos

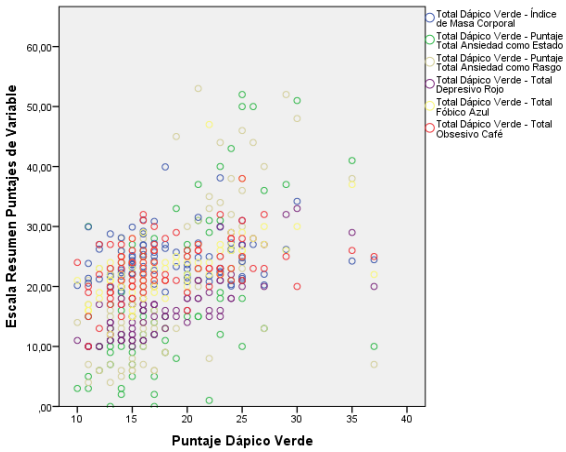
A continuación, se exponen algunos gráficos de dispersión que permiten observar las relaciones entre las variables en estudio. En ellos, cada punto corresponde a un sujeto, el que se sitúa en algún punto del continuo horizontal (variable de interés) y el vertical (el resto de variables para las posibles combinaciones). Debido a la naturaleza de las variables, y como se hipotetizó previamente, se esperaba que los puntos se ordenaran de manera diagonal en cada gráfico, exponiendo de este modo relaciones lineales y directas. Sin embargo, tal como se puede observar, los puntos en todos los gráficos parecen estar dispersos sin una tendencia precisa. Esto anticipa relaciones bajas entre las variables.

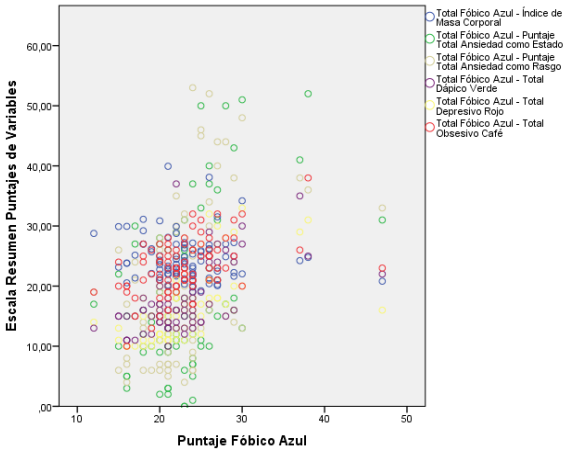





Escala Resumen Puntajes de Variables
Puntaje Índice de Masa Corporal
Índice de Masa Corporal - Puntaje Total Ansiedad como Estado
Índice de Masa Corporal - Puntaje Total Ansiedad como Rasgo
Índice de Masa Corporal - Total Dápico Verde
Índice de Masa Corporal - Total Depresivo Rojo
Índice de Masa Corporal - Total Fóbico Azul
Índice de Masa Corporal - Total Obsesivo Café


Escala Resumen Puntajes de Variables
Puntaje Depresivo Rojo
Total Depresivo Rojo - Índice de Masa Corporal
Total Depresivo Rojo - Puntaje Total Ansiedad como Estado
Total Depresivo Rojo - Puntaje Total Ansiedad como Rasgo
Total Depresivo Rojo - Total Dápico Verde
Total Depresivo Rojo - Total Fóbico Azul
Total Depresivo Rojo - Total Obsesivo Café


Escala Resumen Puntajes de Variable
Puntaje Dápico Verde
Total Dápico Verde - Índice de Masa Corporal
Total Dápico Verde - Puntaje Total Ansiedad como Estado
Total Dápico Verde - Puntaje Total Ansiedad como Rasgo
Total Dápico Verde - Total Depresivo Rojo
Total Dápico Verde - Total Fóbico Azul
Total Dápico Verde - Total Obsesivo Café


Escala Resumen Puntajes de Variables
Puntaje Fóbico Azul
Total Fóbico Azul - Índice de Masa Corporal
Total Fóbico Azul - Puntaje Total Ansiedad como Estado
Total Fóbico Azul - Puntaje Total Ansiedad como Rasgo
Total Fóbico Azul - Total Dápico Verde
Total Fóbico Azul - Total Depresivo Rojo
Total Fóbico Azul - Total Obsesivo Café

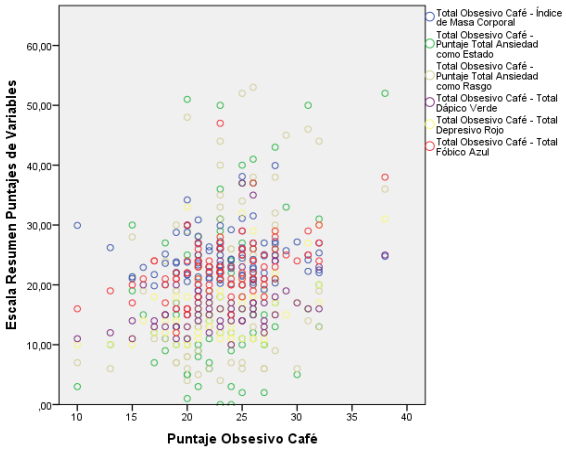

Escala Resumen Puntajes de Variables
Puntaje Obsesivo Café
Total Obsesivo Café - Índice de Masa Corporal
Total Obsesivo Café - Puntaje Total Ansiedad como Estado
Total Obsesivo Café - Puntaje Total Ansiedad como Rasgo
Total Obsesivo Café - Total Dápico Verde
Total Obsesivo Café - Total Depresivo Rojo
Total Obsesivo Café - Total Fóbico Azul

Tabla Nº2. Correlaciones entre las distintas escalas utilizadas

		Ansiedad como Estado	Ansiedad como Rasgo	Índice de Masa Corporal	OSP Depresiva	OSP Dápica	OSP Fóbica	OSP Obsesiva
Ansiedad como Estado	Correlación de Pearson	1						
	Sig. (bilateral)							
	N	147						
Ansiedad como Rasgo	Correlación de Pearson	,784**	1					
	Sig. (bilateral)	,000						
	N	143	161					
Índice de Masa Corporal	Correlación de Pearson	,119	,058	1				
	Sig. (bilateral)	,168	,477					
	N	137	150	153				
OSP Depresiva	Correlación de Pearson	,639**	,679**	,154	1			
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,059				
	N	145	158	151	162			
OSP Dápica	Correlación de Pearson	,545**	,581**	,075	,787**	1		
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,366	,000			
	N	144	154	147	157	158		
OSP Fóbica	Correlación de Pearson	,377**	,382**	,046	,651**	,607**	1	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,588	,000	,000		
	N	137	152	144	154	150	155	
OSP Obsesiva	Correlación de Pearson	,222**	,269**	,108	,465**	,368**	,386**	1
	Sig. (bilateral)	,008	,001	,193	,000	,000	,000	
	N	141	154	147	155	153	148	158

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

3.3. Análisis del Objetivo Específico 1

El objetivo específico 1 correspondió a describir el estado nutricional (normal, sobrepeso - obesidad) y los niveles de ansiedad que presentan las participantes de 20 a 40 años.

Respecto del estado nutricional, podemos ver que el promedio de IMC de los participantes fue de 25,71 con una desviación de 4,72 (ver tabla Nº3). En concordancia, al analizar los datos agregados por categoría se puede observar que el mayor porcentaje de participantes (55%) son eutróficos, solo un 26,2% presentan sobrepeso y apenas un 18,8% son obesos (ver Nº4).

Tabla Nº3. Estadísticos Descriptivos del IMC

N	Válidos	153
	Perdidos	12
Media		25,7106
Desv. típ.		4,72142

Tabla Nº4. Distribución porcentual del IMC Categorizado en Eutróficos, con Sobrepeso y Obesos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Eutrófico	82	49,7	55,0	55,0
	Sobrepeso	39	23,6	26,2	81,2
	Obesidad	28	17,0	18,8	100,0
	Total	149	90,3	100,0	
Perdidos	99	16	9,7		
Total		165	100,0		

Respecto de los niveles de ansiedad, como se puede observar en la Tabla Nº5 las personas entre 20 y 40 años obtuvieron una media de 18,14 puntos (DS = 11,82) en la Escala de Ansiedad como estado, mientras que el mismo estadístico obtuvo el valor de 19,35 (DS = 11,21) en la variable Ansiedad como rasgo.

Tabla Nº5. Estadísticos descriptivos para la variable Ansiedad

		Puntaje Total Ansiedad como Estado	Puntaje Total Ansiedad como Rasgo
N	Válidos	151	163
	Perdidos	26	14
Media		17,8411	18,8098
Desv. típ.		11,95441	11,42045

3.4. Análisis del Objetivo Específico 2

El objetivo específico 2 correspondió a comparar la relación entre estado nutricional, ansiedad y OSP en personas entre 21 y 30 años y 31 y 40 años.

Para ello, se utilizaron pruebas t de Student para muestras independientes, debido a su capacidad para contrastar hipótesis relacionadas a las diferencias de medias entre dos grupos de datos independientes. Los resultados obtenidos se observan en las Tablas Nº6 y Nº7.

Tabla Nº6. Estadísticos descriptivos para los grupos etarios de acuerdo a la Ansiedad

	Edad Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad como Estado	Entre 20 y 30 años	88	14,8864	9,23316	,98426
	Entre 31 y 40 años	59	21,8475	14,25726	1,85614
Ansiedad como Rasgo	Entre 20 y 30 años	102	17,4216	10,53089	1,04271
	Entre 31 y 40 años	59	20,9492	12,66467	1,64880
Índice de Masa Corporal	Entre 20 y 30 años	97	24,6300	4,47038	,45390
	Entre 31 y 40 años	56	27,5823	4,59328	,61380
OSP Depresiva	Entre 20 y 30 años	102	16,1078	5,31560	,52632
	Entre 31 y 40 años	60	17,2667	6,67621	,86189
OSP Dápica	Entre 20 y 30 años	98	18,0000	5,63311	,56903
	Entre 31 y 40 años	60	18,2000	6,38536	,82435
OSP Fóbica	Entre 20 y 30 años	97	22,6804	4,48271	,45515
	Entre 31 y 40 años	58	22,9828	5,76892	,75750
OSP Obsesiva	Entre 20 y 30 años	100	23,4000	4,49916	,44992
	Entre 31 y 40 años	58	24,3793	8,78561	1,15361

Tabla Nº7. Prueba t para muestras independientes para las variables Ansiedad y Edad

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig.	Dif de medias	Error típ. de la dif	95% Inferior	Superior
Ansiedad Estado	Varianzas iguales	16,364	,000	-3,595	145	,000	-6,96109	1,93656	-10,78863	-3,13356
	Varianzas distintas			-3,313	90,437	,001	-6,96109	2,10095	-11,13473	-2,78746
Ansiedad Rasgo	Varianzas iguales	5,219	,024	-1,899	159	,059	-3,52758	1,85740	-7,19593	,14077
	Varianzas distintas			-1,808	104,108	,073	-3,52758	1,95084	-7,39613	,34097
IMC	Varianzas iguales	,516	,474	-3,896	151	,000	-2,95231	,75784	-4,44964	-1,45498
	Varianzas distintas			-3,867	112,351	,000	-2,95231	,76340	-4,46483	-1,43978
OSP Depresiva	Varianzas iguales	6,824	,010	-1,217	160	,226	-1,15882	,95247	-3,03986	,72222
	Varianzas distintas			-1,147	102,852	,254	-1,15882	1,00989	-3,16174	,84409
OSP Dápica	Varianzas iguales	1,180	,279	-,206	156	,837	-,20000	,97188	-2,11973	1,71973
	Varianzas distintas			-,200	113,014	,842	-,20000	1,00167	-2,18449	1,78449
OSP Fóbica	Varianzas iguales	4,477	,036	-,364	153	,716	-,30235	,83004	-1,94216	1,33747
	Varianzas distintas			-,342	98,003	,733	-,30235	,88372	-2,05606	1,45137
OSP Obsesiva	Varianzas iguales	6,378	,013	-,926	156	,356	-,97931	1,05747	-3,06811	1,10949
	Varianzas distintas			-,791	74,664	,432	-,97931	1,23824	-3,44619	1,48757

Tal como se puede observar, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Ansiedad como Estado y el IMC (p<,05). Estas diferencias son a favor del grupo entre 31 y 40 años, lo que significa que sus promedios fueron estadísticamente más altos que los del grupo de personas entre 20 y 30 años. En el caso de la Ansiedad, las diferencias estuvieron cerca de los 8 puntos, mientras que respecto al IMC las diferencias fueron más pequeñas, de casi 4 puntos.

3.5. Análisis del Objetivo Específico 3

El objetivo específico 3 fue comparar el grupo con estado nutricional normal con el grupo sobrepeso y obeso, en función de las variables ansiedad y Organización (DAP).

Para cumplir con estos objetivos, se realizaron pruebas estadísticas a partir de ANOVA de un factor. Esta técnica permite contrastar las hipótesis cuando se hipotetiza que pueden existir diferencias en los promedios de tres o más grupos.

En las Tablas Nº8 yNº9pueden observarse los resultados de los análisis correspondientes al objetivo específico 3. De ellas, se desprende que la única variable donde existen diferencias significativas (p<,05) entre los grupos contrastados es el IMC.

Tabla Nº8. Prueba de homogeneidad de varianzas para las variables en estudio en relación al IMC categorizado

	Estadístico Levene	degl1	gl2	Sig.
Ansiedad como Estado	,386	2	130	,681
Ansiedad como Rasgo	1,268	2	143	,285
Índice de Masa Corporal	13,777	2	146	,000
Depresivo Rojo	1,777	2	144	,173
Dápico Verde	,891	2	140	,413
Fóbico Azul	,438	2	137	,646

Tabla Nº9 ANOVA de un factor para las variables en estudio en relación al IMC categorizado

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad como Estado	Inter-grupos	312,515	2	156,258	1,054	,352
	Intra-grupos	19281,154	130	148,317		
	Total	19593,669	132			
Ansiedad como Rasgo	Inter-grupos	78,567	2	39,283	,289	,749
	Intra-grupos	19432,803	143	135,894		
	Total	19511,370	145			
Índice de Masa Corporal	Inter-grupos	2875,468	2	1437,734	457,947	,000
	Intra-grupos	458,370	146	3,140		
	Total	3333,838	148			
OSP Depresiva	Inter-grupos	123,989	2	61,995	1,755	,177
	Intra-grupos	5086,147	144	35,320		
	Total	5210,136	146			
OSP Dápica	Inter-grupos	16,494	2	8,247	,224	,799
	Intra-grupos	5150,709	140	36,791		
	Total	5167,203	142			
OSP Fóbica	Inter-grupos	16,231	2	8,116	,307	,736
	Intra-grupos	3623,940	137	26,452		
	Total	3640,171	139			

Ya para identificar la dirección de las diferencias entre los puntajes obtenidos, se realizaron pruebas Post-hoc de Games y Howell (debido a la desigualdad de varianzas) que arrojaron los resultados que se resumen en la Tabla Nº10.

Tabla Nº10. Comparaciones múltiples de Games-Howell para las variables en estudio en relación al IMC categorizado

(I) IMC Categorizado	(J) IMC Categorizado	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	95% Límite inferior	95% Límite superior
Eutrófico	Sobrepeso	-4,53516*	,25405	,000	-5,1402	-3,9301
	Obesidad	-11,58858*	,56233	,000	-12,9696	-10,2076
Sobrepeso	Eutrófico	4,53516*	,25405	,000	3,9301	5,1402
	Obesidad	-7,05342*	,56973	,000	-8,4497	-5,6571
Obesidad	Eutrófico	11,58858*	,56233	,000	10,2076	12,9696
	Sobrepeso	7,05342*	,56973	,000	5,6571	8,4497

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Tal como se puede observar, las diferencias para el IMC se encuentran entre las personas eutróficas respecto de los obesos y aquellos con sobrepeso, así como entre aquellas personas obesas y aquellas con sobrepeso. Dicho de otra

forma, todos los grupos difieren entre sí de manera estadísticamente significativa (p<,05).

3.6. Análisis del Objetivo Específico 4

El objetivo específico 4 fue establecer si existen relaciones en los niveles de ansiedad según edad.

Para cumplir con este objetivo, se realizó un análisis de correlaciones bivariadas.

En primer lugar, se llevó a cabo un diagrama de dispersión para observar gráficamente la relación existente entre las variables. Estos, se pueden observar en la Figura Nº9, y parecen aportar evidencia respecto a que no existe relación entre las variables.

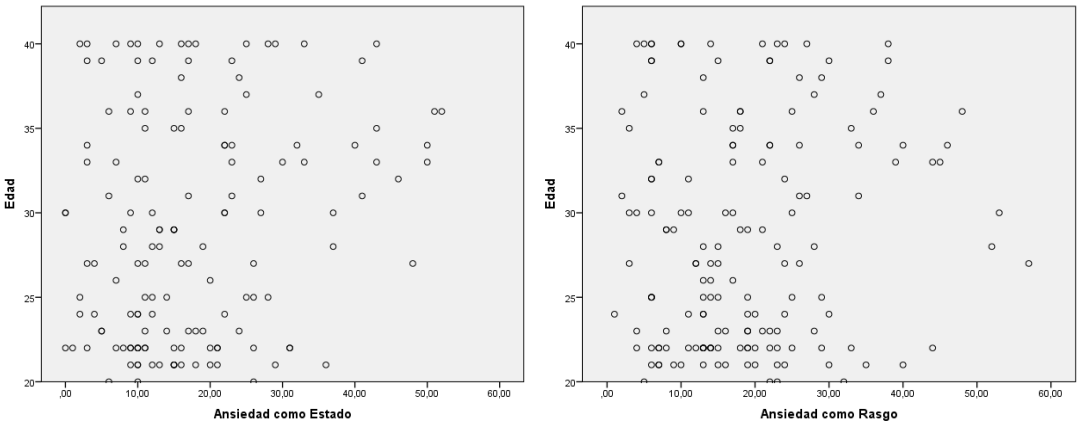


Figura Nº9. Gráfico de Dispersión para las relaciones entre Ansiedad como Estado y como Rasgo y Edad

Este análisis gráfico permite observar la ausencia de relaciones lineales. En ellos, cada punto corresponde a un sujeto, el que se ubica en un plano cartesiano de dos ejes donde verticalmente se ubica la edad y horizontalmente la Ansiedad,

tanto como Estado como Rasgo. Luego, se llevó a cabo el análisis de manera numérica. Los resultados se observan en la Tabla Nº11. En el caso de la ansiedad como rasgo se confirma lo que ya se adelantaba en el examen gráfico de los datos: con un nivel de significación de ,05 se puede observar que no existe relación entre la ansiedad como rasgo y la edad. Sin embargo, sí parece existir relación entre la edad y la ansiedad como estado. Esta, es una correlación baja y positiva; es decir, que mientras aumenta la edad, aumenta la ansiedad como estado reportada por los participantes.

Tabla Nº11. Correlaciones entre las variables Edad, Ansiedad como Estado y Ansiedad como Rasgo

		Edad	Ansiedad como Estado	Ansiedad como Rasgo
Edad	Correlación de Pearson	1		
	Sig. (bilateral)			
	N	165		
Ansiedad como Estado	Correlación de Pearson	,213**	1	
	Sig. (bilateral)	,009		
	N	147	147	
Ansiedad como Rasgo	Correlación de Pearson	,101	,784**	1
	Sig. (bilateral)	,202	,000	
	N	161	143	161

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

3.7. Análisis del Objetivo Específico 5

El objetivo específico 5 consistió en describir los diagnósticos de OSP predominante en la muestra analizada. Para ello, se seleccionaron los dos puntajes más altos en las escalas de OSP por cada sujeto, obteniéndose de este modo un perfil de los distintos OSP predominantes, los cuales fueron descritos en términos de porcentajes, tal como se muestra en la Tabla Nº12. Conviene

mencionar que aquellas personas cuyos puntajes más altos coincidían en dos escalas, fueron categorizadas como “Diagnóstico Confuso”.

Tabla Nº12. Estadísticos porcentuales para el Diagnóstico de OSP

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Depresivo con Dápico	1	,6	,6	,6
Depresivo con Obsesivo	1	,6	,6	1,2
Dápico con Fóbico	2	1,2	1,2	2,4
Dápico con Obsesivo	5	3,0	3,0	5,5
Fóbico con depresivo	4	2,4	2,4	7,9
Fóbico con Dápico	13	7,9	7,9	15,8
Fóbico con Obsesivo	39	23,6	23,6	39,4
Obsesivo con Depresivo	6	3,6	3,6	43,0
Obsesivo con Dápico	7	4,2	4,2	47,3
Obsesivo con Fóbico	48	29,1	29,1	76,4
Diagnóstico Confuso	39	23,6	23,6	100,0
Total	165	100,0	100,0	

Tal como se puede observar, el mayor porcentaje de personas de la muestra obtuvo un diagnóstico obsesivo con rasgos fóbicos (29,1%), seguidas por aquellas personas que obtuvieron un perfil fóbico con rasgos obsesivos (23,6%). Los diagnósticos menos frecuentes, por su parte, fueron los diagnósticos de dápicos y depresivos, donde los primeros obtuvieron un (4,2%) acumulado y los depresivos (1,2% acumulado entre ambos).

A continuación se exponen datos que describen puntajes en la relación que pueda existir entre OSP e IMC, luego OSP y Edad y por último OSP y la variable ansiedad.

Tabla Nº13: Estadísticos descriptivos para las Organizaciones de Significado Personal (OSP) en función del Índice de Masa Corporal (IMC).

	N	Depresivo	Dápico	Fóbico	Obsesivo	OSP Total
Eutrófico	83	15,82	17,74	22,73	23,00	79,06
Sobrepeso	70	16,92	18,10	22,94	24,24	81,70
Sin inf.	12	18,45	20,27	23,20	28,19	89,30

Nota: N= número de participantes; Sin inf.= sin información; OSP= Organización de significado Personal.

Tal como se puede observar en la tabla Nº 13, las personas con sobrepeso obtienen puntajes más altos que las personas eutróficas, tanto para cada una de las subescalas como para la escala total.

Tabla Nº14: Estadísticos descriptivos para las Organizaciones de Significado Personal (OSP) en función del tramo de edad de los participantes.

	N	Depresivo	Dápico	Fóbico	Obsesivo	OSP Total
20-30	103	16,11	18	22,68	23,40	80,25
31-40	62	17,27	18,20	22,98	24,38	83,07
Sin inf.	0	0	0	0	0	0

Asimismo, de acuerdo a la tabla Nº14, se puede observar que las personas entre 31 y 40 años obtuvieron puntajes más altos que las personas entre 20 y 30, tanto para cada una de las subescalas como para la escala total.

Tabla Nº15: Estadísticos descriptivos para las Organizaciones de Significado Personal (OSP) en función del grado de Ansiedad Estado presente.

	N	Depresivo	Dápico	Fóbico	Obsesivo	OSP Total
Sin ans	76	13,97	16,01	21,88	22,61	74,68
Leve	35	15,94	17,69	22,52	24,89	81,13
Moderada-severa	49	20,84	21,53	24,48	24,83	91,70
Sin inf.	2	19	20	22,50	21,50	83

En el caso de la Ansiedad como Estado, la tabla Nº15 muestra que los participantes con ansiedad moderada-severa tienden a tener puntajes más altos en las distintas subescalas y la escala total, respecto de aquellos que muestran ansiedad estado leve o ausencia de esta. A pesar de ello, excepción a este patrón lo presentan aquellas personas con predominio de una OSP obsesiva, las que no parecen mostrar diferencias sustantivas en función del grado de ansiedad estado presente.

TablaNº16: Estadísticos descriptivos para las Organizaciones de Significado Personal (OSP) en función del grado de Ansiedad Rasgo presente.

	N	Depresivo	Dápico	Fóbico	Obsesivo	OSP Total
Sin ans	97	14,12	15,83	21,68	22,66	74,50
Leve	27	16,59	18,59	21,68	23,18	80,27
Moderada-severa	38	22,66	23,61	26,47	26,97	99,67
Sin inf.	0	0	0	0	0	0

Finalmente, para la Ansiedad como Rasgo, la tabla nos señala que los participantes con ansiedad moderada-severa presentan puntajes más altos en las distintas subescalas y la escala total, respecto de aquellos que muestran ansiedad rasgo leve o ausencia de esta.

Tabla Nº17. Estadísticos descriptivos para los grupos de IMC de acuerdo a la Ansiedad

	IMC	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad Estado	1,00	83	17,2582	11,36887	1,24790
	2,00	70	17,4251	12,32247	1,47282
Ansiedad Rasgo	1,00	83	18,5301	10,58455	1,16180
	2,00	70	18,8714	12,77330	1,52670

Tabla Nº18. Prueba t para muestras independientes para las variables de Ansiedad como Rasgo, como Estado e IMC

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Ansiedad Estado	Se han asumido varianzas iguales	,191	,662	-,087	151	,931	-,16692	1,91717	-3,95487	3,62102
	No se han asumido varianzas iguales			-,086	142,034	,931	-,16692	1,93040	-3,98294	3,64910
Ansiedad Rasgo	Se han asumido varianzas iguales	1,935	,166	-,181	151	,857	-,34131	1,88824	-4,07209	3,38948
	No se han asumido varianzas iguales			-,178	134,189	,859	-,34131	1,91849	-4,13570	3,45308

Al analizar si existen diferencias entre las personas eutróficas y aquellas con sobrepeso en la ansiedad tanto en estado como rasgo, es posible contrastar que no existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Es decir, las personas eutróficas presentan niveles similares de ansiedad que las personas con sobrepeso.

Tabla Nº19 ANOVA de un factor para las OSP en estudio en relación a la Ansiedad como Estado

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Depresivo	Inter-grupos	1416,397	2	708,198	27,543	,000
	Intra-grupos	4165,396	162	25,712		
	Total	5581,793	164			
Dápico	Inter-grupos	938,124	2	469,062	16,273	,000
	Intra-grupos	4669,719	162	28,825		
	Total	5607,842	164			
Fóbico	Inter-grupos	237,361	2	118,680	5,128	,007
	Intra-grupos	3749,501	162	23,145		
	Total	3986,862	164			
Obsesivo	Inter-grupos	140,341	2	70,170	1,719	,183
	Intra-grupos	6614,404	162	40,830		
	Total	6754,745	164			
OSP_TOTAL	Inter-grupos	8317,024	2	4158,512	14,193	,000
	Intra-grupos	46293,993	158	293,000		
	Total	54611,017	160			

Tal como se observa, existen diferencias estadísticamente significativas (p > 0,05) en los niveles de ansiedad para los depresivos, dápicos, fóbicos y para las OSP en total. La única variable donde no se reportaron diferencias fue en los obsesivos. Al realizar las pruebas post-hoc, que se pueden observar a continuación, fue posible encontrar las principales diferencias entre los grupos. Aquellos grupos donde hubo diferencias fueron marcados con un asterisco y en color.

Tabla Nº20. Comparaciones múltiples de Games-Howell para las variables en estudio en relación al IMC categorizado

Variable dependiente	(I) Ansiedad Estado	(J) Ansiedad Estado	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95% Límite superior	Límite inferior
Depresivo	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-2,17933	1,01221	,098	-4,6280	,2693
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-6,80234(*)	,91864	,000	-9,0246	-4,5801
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	2,17933	1,01221	,098	-,2693	4,6280
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-4,62300(*)	1,09962	,000	-7,2831	-1,9629
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	6,80234(*)	,91864	,000	4,5801	9,0246
		Síntomas ansiosos leves	4,62300(*)	1,09962	,000	1,9629	7,2831
Dápico	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-1,82078	1,07174	,274	-4,4134	,7719
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-5,53886(*)	,97266	,000	-7,8918	-3,1859
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	1,82078	1,07174	,274	-,7719	4,4134
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-3,71808(*)	1,16429	,005	-6,5346	-,9015
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	5,53886(*)	,97266	,000	3,1859	7,8918
		Síntomas ansiosos leves	3,71808(*)	1,16429	,005	,9015	6,5346
Fóbico	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos moderados a severos	-2,77541(*)	,87157	,005	-4,8838	-,6670
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	,77959	,96035	1,000	-1,5436	3,1028
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-1,99583	1,04329	,173	-4,5196	,5280
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	2,77541(*)	,87157	,005	,6670	4,8838
		Síntomas ansiosos leves	1,99583	1,04329	,173	-,5280	4,5196
OSP Total	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	,12619	1,38568	1,000	-3,2259	3,4783
		Síntomas ansiosos leves	-5,53736	3,48250	,341	-13,9641	2,8894
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-16,71127(*)	3,14016	,000	-24,3096	-9,1129
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	5,53736	3,48250	,341	-2,8894	13,9641
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-11,17391(*)	3,80468	,011	-20,3802	-1,9676
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	16,71127(*)	3,14016	,000	9,1129	24,3096
		Síntomas ansiosos leves	11,17391(*)	3,80468	,011	1,9676	20,3802

De esta forma, es posible concluir que existen diferencias estadísticamente significativas en los depresivos, entre aquellos que presentan síntomas mínimos y moderados y entre aquellos que tienen síntomas leves y moderados. Lo mismo ocurre en los dápicos y en las OSP Total. Por su parte, en el caso de los fóbicos, existen diferencias entre aquellos que tienen síntomas mínimos y leves, así como entre mínimo y moderados.

Tabla Nº21 ANOVA de un factor para las OSP en estudio en relación a la Ansiedad como Rasgo

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Depresivo	Inter-grupos	2014,035	2	1007,017	45,725	,000
	Intra-grupos	3567,758	162	22,023		
	Total	5581,793	164			
Dápico	Inter-grupos	1619,623	2	809,811	32,894	,000
	Intra-grupos	3988,220	162	24,619		
	Total	5607,842	164			
Fóbico	Inter-grupos	617,714	2	308,857	14,851	,000
	Intra-grupos	3369,147	162	20,797		
	Total	3986,862	164			
Obsesivo	Inter-grupos	508,701	2	254,351	6,597	,002
	Intra-grupos	6246,044	162	38,556		
	Total	6754,745	164			
OSP TOTAL	Inter-grupos	16857,767	2	8428,883	35,275	,000
	Intra-grupos	37753,250	158	238,945		
	Total	54611,017	160			

En el caso de la ansiedad como rasgo, todas las variables presentaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$), tanto las subescalas como las OSP en su totalidad. Estas diferencias entre grupos se pueden observar en las pruebas post-hoc realizadas y que son expuestas a continuación. En ellas, aquellos grupos donde se reportaron diferencias se ha puesto un asterisco y se ha marcado con color.

Tabla Nº22. Comparaciones múltiples de Games-Howell para las variables en estudio en relación a la Ansiedad como Rasgo

Variable dependiente	(I) AnsRA_CAT	(J) AnsRA_CAT	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95% Límite superior	Límite inferior
Depresivo	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-2,40113(*)	,99204	,050	-4,8010	-,0013
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-8,57626(*)	,89682	,000	-10,7458	-6,4068
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	2,40113(*)	,99204	,050	,0013	4,8010
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-6,17514(*)	1,15714	,000	-8,9744	-3,3759
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	8,57626(*)	,89682	,000	6,4068	10,7458
		Síntomas ansiosos leves	6,17514(*)	1,15714	,000	3,3759	8,9744
Dápico	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-2,56431(*)	1,04887	,047	-5,1016	-,0270
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-7,68087(*)	,94819	,000	-9,9746	-5,3871
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	2,56431(*)	1,04887	,047	,0270	5,1016
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-5,11656(*)	1,22343	,000	-8,0761	-2,1570
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	7,68087(*)	,94819	,000	5,3871	9,9746
		Síntomas ansiosos leves	5,11656(*)	1,22343	,000	2,1570	8,0761
Fóbico	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-,64317	,96403	1,000	-2,9753	1,6889
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-4,70790(*)	,87150	,000	-6,8161	-2,5997
	Síntomas ansiosos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	,64317	,96403	1,000	-1,6889	2,9753

	leves	Síntomas ansiosos moderados a severos	-4,06473(*)	1,12447	,001	-6,7849	-1,3445
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	4,70790(*)	,87150	,000	2,5997	6,8161
		Síntomas ansiosos leves	4,06473(*)	1,12447	,001	1,3445	6,7849
Obsesivo	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-,16307	1,31261	1,000	-3,3384	3,0123
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-4,20522(*)	1,18661	,002	-7,0757	-1,3347
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	,16307	1,31261	1,000	-3,0123	3,3384
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-4,04215(*)	1,53106	,027	-7,7459	-,3384
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	4,20522(*)	1,18661	,002	1,3347	7,0757
		Síntomas ansiosos leves	4,04215(*)	1,53106	,027	,3384	7,7459
OSP Total	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	Síntomas ansiosos leves	-4,38456	3,35976	,429	-12,6870	3,9179
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-25,20761(*)	3,01257	,000	-32,6521	-17,7631
	Síntomas ansiosos leves	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	4,38456	3,35976	,429	-3,9179	12,6870
		Síntomas ansiosos moderados a severos	-20,82305(*)	3,93537	,000	-30,5479	-11,0982
	Síntomas ansiosos moderados a severos	Mínimo sin síntomas ansiosos relevantes	25,20761(*)	3,01257	,000	17,7631	32,6521
		Síntomas ansiosos leves	20,82305(*)	3,93537	,000	11,0982	30,5479

En el caso de depresivos y dápicos, las diferencias se pueden observar en todas las categorías analizadas. Por su parte, en el caso de fóbicos, obsesivos y las OSP total, aquellas personas con síntomas mínimos difieren de aquellos con síntomas moderados, y aquellos con síntomas moderados difieren de aquellos con síntomas leves.

4. Discusión

El presente estudio trató sobre describir la relación existente entre las variables Estado Nutricional (Sobrepeso-Obeso), Organización de significado personal Dápica (DAP) y la variable ansiedad. Para llevar a cabo esta tarea se realizó una revisión bibliográfica de las tres variables en cuestión, estableciendo a través de la teoría algunas relaciones que se pueden encontrar en las distintas variables.

La obesidad, como se señalaba en un principio, es hoy en día la enfermedad de tipo crónica más prevalente en la población femenina en nuestro país y también a nivel occidental, lo cual la ha llevado a ser denominada como la epidemia del siglo XXI. El hecho de que esté directamente relacionada con enfermedades como la hipertensión, diabetes, osteoartritis por mencionar algunas, hacen que se vuelva un tema relevante y pertinente a la salud pública. A su vez, la obesidad no tan solo tiene implicancias a nivel fisiológico sino que además puede desarrollar severas consecuencias a nivel psicológico, afectando el autoconcepto, autoestima, relaciones interpersonales y puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo de psicopatologías como la depresión, los trastornos ansiosos y trastornos alimentarios.

Por su parte, para poder entrar en el mundo del obeso, resulta importante conocer como construye la realidad este sujeto, para ello se revisaron algunos aspectos de la teoría constructivista de Vittorio Guidano y del constructivismo

cognitivo de donde se extrajeron elementos de la organización de significado personal dápica, los cuales entregan una base para comprender la conformación del sujeto aquejado por este problema.

Por último, la ansiedad y sus trastornos es considerada hoy en día la segunda patología con mayor presencia en las consultas de atención primaria alcanzando un 88% de detección en los consultantes. La teoría además plantea que tiene una relación directa en la conformación y mantención de la obesidad es por esto que resulta importante conocer y establecer cómo se comportan a nivel empírico la relación entre las variables del estudio.

La investigación, es de tipo descriptiva correlacional y se llevó a cabo sobre una muestra de 165 mujeres de estrato socioeconómico medio y bajo. Este grupo se dividió en dos rangos etarios, de 20 a 30 años y de 31 a 40 años y según estado nutricional (eutrófico y sobrepeso obeso). Posteriormente se realizó la aplicación de los instrumentos, IMC, Cuestionario de OSP y Cuestionario STAI de ansiedad.

4.1 Síntesis Global de los resultados

A modo de síntesis se puede plantear que el promedio de IMC de los participantes fue de 25,71 lo cual los posiciona en un estado nutricional sobrepeso. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a estado nutricional y edad es decir, en el grupo de 31 a 40 años se encuentran promedios mayores en cuanto a sobrepeso y obesidad, en la muestra escogida. A su vez, se encontraron diferencias significativas en cuanto a ansiedad estado y su relación con IMC en el grupo de 31 a 40 años. En relación al estado nutricional como es obvio, hay diferencias significativas en todos los grupos, pero no hay relación directa y significativa respecto a OSP y ansiedad. Por último se realiza un desglose de las organizaciones donde el mayor porcentaje de personas de la muestra obtuvo una OSP obsesiva con rasgos fóbicos (29,1%), seguidas por aquellas personas que obtuvieron una OSP fóbica con rasgos obsesivos (23,6%). Por su parte, en menor número fueron los depresivos (1,2%) acumulados entre ambos.

De acuerdo a los objetivos de trabajo se puede ir desglosando la respuesta a las hipótesis planteadas en el estudio.

En relación al objetivo general de investigación, se concluye que existen correlaciones significativas entre la ansiedad (tanto en estado y rasgo) y el conjunto de las OSP. Sin embargo, el IMC no tendría relación significativa con el resto de las variables incluidas en la investigación.

Con esto se rechaza la hipótesis Nº1 cuyo enunciado corresponde a: ***"Las variables estado nutricional, ansiedad y organización de significado personal (DAP) están correlacionadas de forma estadísticamente significativa entre sí en la población evaluada".***Si bien, hay relación de las organizaciones de significado personal con la variable ansiedad, no existe relación con estado nutricional. Por tanto, el resultado del análisis de este objetivo permite concluir que la ansiedad es un elemento significativo en la organización de significado personal DAP, como en cualquiera de las OSP. Esto, en el caso de la OSP DAP, podría estar determinado por la tendencia a la referencia externa predominante y a la influencia de los factores contextuales en este tipo de organización. En palabras más simples la ansiedad podría estar siendo generada por el estrés que siente el individuo frente a la posibilidad de rechazo, o no aprobación, fracaso en términos de autoconfianza y rendimiento, elementos que están directamente relacionados con la aprobación externa o de una figura significativa.

Al realizar la comparación de la relación entre estado nutricional, ansiedad y OSP en personas entre 20 y 30 años y 31 y 40 años, se obtiene que existe relación directa y significativa en ansiedad estado y que el grupo de 31 a 40 años tiene mayores niveles de ansiedad estado, que el grupo de 20 a 30 años. Con este resultado se rechaza la hipótesis Nº2 que planteaba: ***"Las participantes que tienen entre 20 y 30 años presentarán distintas distribuciones de estado nutricional y OSP y mayores niveles de ansiedad, que los individuos de 31 a 40 años".***En cuanto a OSP y estado nutricional no habría relaciones significativas. Los resultados obtenidos se pueden explicar teóricamente por procesos de

desarrollo y evolutivos diferentes en la población escogida. Posiblemente el grupo mayor se ve sometido a mayores presiones contextuales que el grupo de 20 a 30 años, esto, dada la presencia de elementos estresores de tipo contextual, estos por tanto, podrían influir en mayores niveles de ansiedad y mayor sedentarismo probablemente sujeto a las exigencias de esta etapa en donde factores como el trabajo y los cuidados familiares se vuelven más preponderantes que el cuidado de la imagen. Se puede concluir entonces que a mayores edades mayores son los niveles de ansiedad y existiría una tendencia al desarrollo del sobrepeso y obesidad en la muestra escogida.

En relación a si en la muestra las participantes con sobrepeso y obesas presentarían distintos tipos de OSP y distintos niveles de ansiedad que aquellas personas eutróficas. Se puede concluir en primer lugar, no habría una relación directa entre OSP y estado nutricional por tanto, los distintos tipos de OSP estarían dispersos en la muestra y no habría una OSP exclusiva en relación al sobrepeso u obesidad. En cuanto a la ansiedad si se puede describir que esta es más alta en estado, en el rango de 31 a 40 años de edad. Con estos resultados se rechaza la hipótesis Nº3, la cual planteaba que: ***"Las participantes con sobrepeso y obesidad presentarán distintos tipos de OSP y distintos niveles de ansiedad que aquellas personas eutróficas".*** Por último se aprueba la hipótesis Nº4, en la cual se postula que: "***Las variables ansiedad y edad están correlacionadas de forma estadísticamente significativa entre sí en la población evaluada".***

En relación a la variable Ansiedad es importante señalar que al categorizar estado y rasgo en Sin ansiedad, Leve y Moderada a Severa, se pudo obtener

resultados que resultan un aporte a la investigación, no son el foco ella, pero si vale la pena mencionar algunos indicadores que enriquecen este trabajo.

En primer lugar se puede decir que los participantes con ansiedad moderada-severa tienden a tener puntajes más altos en las distintas subescalas y la escala total, a excepción de aquellos individuos obsesivos. Esto permite inferir que la Ansiedad es una variable transversal a las OSP y que influye en la forma de reacción frente a un estímulo cómo podría ser el proceso de evaluación, sin embargo, llama la atención que en los sujetos clasificados como obsesivos esta situación no les afectaría como al resto de los participantes. A su vez, en cuanto a Ansiedad Rasgo, en su categoría moderada a severa, podemos ver que afecta indistintamente a la población de la muestra independiente de la OSP, lo cual nos habla de que posiblemente los niveles de ansiedad podrían ser más bien un elemento estructural de las OSP y afectaría en forma distinta a cada una de ellas.

En segundo lugar, es importante mencionar que en las categorías Ansiedad Moderada a severa tanto en ansiedad Estado como en Rasgo los puntajes son bastante más altos en todas las OSP, esto permite inferir que cuando los síntomas ansiosos están presentes es posible pesquisarlos sin mayor complejidad independiente de la OSP ya que sería un elemento transversal a la organización. En esta línea también es interesante señalar, que no existen diferencias significativas en ansiedad en las personas sobrepeso obesas y las eutróficas.

Por otro lado, los elementos ansiógenos se van incrementando a lo largo de los años, estudios en ansiedad avalan esta hipótesis, como es el caso del estudio de Calderón, Fons y Varea (2010), donde revelan diferencias progresivas de

meses en el aumento de IMC como en el de niveles de ansiedad, es así que también logran determinar que los individuos sobrepeso obesos puntúan más en ansiedad rasgo y estado. Por tanto, el factor edad, es un elemento a considerar en estudios posteriores. Los elementos ansiógenos pueden aumentar por los factores contextuales de nuestra cultura y por el cómo se enfrentan estos elementos en cada OSP, por tanto, a mayor edad, mayores serían las exigencias del medio social, si consideramos este resultado y establecemos relaciones a nivel teórico con la organización de significado personal DAP, estos elementos pueden ser determinantes en el desarrollo del sobrepeso y obesidad, dadas las características personales que estos individuos poseen, de las cuales se puede mencionar: pasividad, vacío, decepción y sentimientos de ineficacia, por señalar algunos.

Resulta importante señalar que si bien en el desarrollo de esta investigación se logran los objetivos propuestos, y se aceptan algunas de las hipótesis de trabajo planteadas, éste no está exento de debilidades, a modo de ejemplo, existe una disparidad en la muestra donde los sujetos eutróficos superan levemente el número de sujetos sobrepeso obesos, esta diferencia puede explicar que se encuentre un mayor porcentaje de Obsesivos, eventualmente esta característica puede estar asociada a un mayor control sobre la ingesta alimentaria y por ende los resultados se ven afectados. Quizás al trabajar con una muestra exclusiva de pacientes sobrepeso obesos el resultado puede sufrir modificaciones en términos de correlación entre variables.

Hay algunos estudios[21] realizados con pacientes obesos bulímicas y anoréxicas que hacen relación a la OSP DAP, en ellas la metodología es más bien de tipo cualitativa, este es un punto importante ya que en ellas, la metodología utilizada apunta a rescatar características más centrales de la OSP y no su relación con otras variables o como estas variables pueden afectar a la organización o estilo personal. Estos estudios se orientan directamente al trabajo terapéutico midiendo cambios o buscando mejoras en el modo de funcionamiento de los individuos con OSP DAP a través de mecanismos de intervención. En el caso de esta investigación el utilizar metodología cuantitativa resulta novedoso y oportunidad para la mejora en estudios a futuro en esta temática.

El estudio busca establecer y confirmar si existe relación entre las variables mencionadas, es pertinente considerar esto al momento de realizar una nueva investigación relacionada a las OSP, puesto que la metodología utilizada entrega elementos cuantitativos y no alude a los elementos centrales de la OSP DAP.

Otra debilidad de la investigación tiene relación con problemas de validez estructural del cuestionario de OSP, ya que este tiene una tendencia a medir

---

[21]Montt, D & Villarroel, A. (2003). Modelo de Psicoterapia constructivista cognitivo para Trastornos alimentarios, aplicados en un grupo de pacientes diagnosticados con Bulimia Nerviosa. Memoria para optar al título de Psicólogo, Carrera de psicología, Universidad de Chile.

Mandakovic, V (2005). Estudio de los desórdenes alimentarios Psicógenos e indicaciones para una terapia Constructivista Cognitiva de la anorexia nerviosa. Memoria para optar al título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.

Peralta, S, Gómez, R & Chavez, J (2005) Intervención emocional y afectiva en pacientes que se autodefinen como obesos. Tesis para optar al Título de Psicólogo. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

factores más relacionados con elementos depresivos lo cual, explicaría las correlaciones más altas entre ansiedad como estado y rasgo en este grupo de individuos. Este es un elemento que se puede explicar dado que el instrumento se encuentra en una fase experimental y no había sido sometido a prueba para trabajos en una OSP exclusivamente. Resulta necesario realizar esta labor puesto que para estudios posteriores en esta área, el instrumento debe aportar con una clasificación más exacta en cualquiera de las OSP y no mostrar una mayor propensión a una OSP determinada. En esta investigación se debe considerar esta variable puesto que hablamos de una patología que es relevante en términos de salud pública. También sería conveniente homogenizar los grupos, en términos numéricos y en IMC, puesto que al trabajar con grupos poco homogéneos se dificulta la obtención de los resultados esperados, en este estudio la mayor cantidad de pacientes eutróficos pudo marcar la diferencia alterando eventualmente los resultados.

Por último, es necesario considerar instrumentos anexos al cuestionario de OSP ya que su utilización en conjunto con entrevistas semiestructuradas o estructuradas permite discriminar y depurar de mejor forma las Organizaciones de significado personal (OSP). Como mencionaba anteriormente, estudios anteriores que trabajan con esta organización no utilizan cuestionarios para la identificación de una OSP u otra sino, que la selección de la muestra se realiza a través de la intervención terapéutica con el paciente. Para los fines de esta investigación este era un factor complejo de manejar puesto que hubiese sido muy engorroso realizar una selección de pacientes que cumplieran con tal requisito y que permitieran alcanzar un número representativo.

Para finalizar se expone que de este trabajo se pretende aportar a la comprensión de una enfermedad que hoy es considerada epidemia. Las variables investigadas tienen correspondencia con el quehacer clínico en psicología. La relación de estas variables y el conocimiento sobre cada una de ellas es un aporte relevante al momento de establecer lineamientos de comprensión y tratamiento desde el enfoque constructivista. Los elementos investigados y los resultados obtenidos, también quedan disponibles para otras especialidades que aborden el tema de la obesidad.

5. REFERENCIAS

Albala, C.; Kain, J.; Burrows, R. y Díaz, E. (2000). *Obesidad: Un desafío pendiente*. Chile: Editorial Universitaria.

Albala, C., Pérez, F. y Santos, J. L. (2000). *Regulación neuroendocrina y efecto de neurotransmisores en el control del apetito*. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. y Díaz, E. (2000). Obesidad: Un desafío pendiente. pp. 48-52. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Alvarez, P. F. y Villavicencio J. (1996) *El ejercicio corporal como forma de mantenimiento y conservación de la salud.* Pp. 37- 45. Extraído el 12 de Abril de 2012 de http://www.munideporte.com

Arciero, G. (2002) *Estudios y Diálogos sobre la Identidad Personal. Reflexiones sobre la experiencia humana*. Torino: Ed. Boringhieri.

Bacalao, J. y Peña, M. (2002). *La Obesidad en la pobreza: Un problema emergente en las Américas.*

Barry S. S. and Lawren B. (1996).*Dieta para estar en la zona.* Urano. Barcelona.

Bonsignore, A., Contreras, M., Fahrer, M., Nejter, R., Cohen, G., Steimberg, O. et al (1996). *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria* (2ª Ed.).Beker, E., Benedetti, C. & Golsvarg, N. (Comp.). Capital Federal, Argentina: Atuel.

Bruch, H. (1972). *La Obesidad en la adolescencia*. En J.A. Sours, y Otros. (Eds), Perturbaciones psíquicas del adolescente. Buenos Aires: Edit. Paidós. pp. 67-89.

Bustamante F,**Williams C**, **Vega E**, **Prieto B**.(2006): *El papel del psicólogo* en *la Cirugía Metabólica.* Revista Chilena de Cirugía.

Buhl, C. (2002).*Eating disorders as manifestations of developmental disorders: Language and the capacity for abstract thinking in psychotherapy of eating disorders.*[Versión electrónica]. European Eating Disorders Review.

Bustos, P., Fantuzzi, F., Greibe, C. y Steiner, V. (2000).*Buscando una forma de trabajar con grupos de niños obesos.* Trabajo presentado en el IX Congreso de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo. México.

Cáceres, L. M. y Pizarro, P. (2002). *Estudio descriptivo del funcionamiento psicológico de mujeres obesas evaluado a través del Test de Rorschach*. Tesis para optar al título de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Central. Santiago, Chile.

Calderón, Fons y Varea (2010), *Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad.*

http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original13.pdf

Cayupe, R. (2013) *Diseño y validación de un instrumento para evaluar los tipos de Organización de Significado Personal (OSP) predominantes*, Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile.

Chandler, E. y Rovira, B.(2002*).Obesidad: Aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales. Revista Actualidad Psicológica, Año 1. N°5. pp. 19-21.*

Cía, H. (2002). *La Ansiedad y sus Trastornos*: Manual diagnóstico y terapéutico. Argentina: Editorial Polemos.

Crittenden, P. (2001). *El amor y su relación con el desarrollo del self y la Psicopatología*. Trabajo presentado en el Seminario realizado en la Escuela de Psicología de la Universidad del Desarrollo, patrocinado por la Sociedad de Terapia Cognitiva Posracionalista, Santiago, Chile.

Cordella, P. (1998). *Aspectos psicológicos de la Obesidad en la infancia*: una vivencia integrada. Rev. de Pediatría al día, Vol. 14. N°1. pp. 27-33.

Cortés, S. &Kusanovic, J. (2002). *Estado actual de la psicoterapia cognitiva en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.

De la Balze, F., García Reinoso, D. y Tallaferro, A. (1971*). "Dificultades psicológicas que perturban las curas de adelgazamiento".* En D. Liberman, M. Abadi, H. García Vega, J. Natalio, D. García Reinoso, A. Tallaferro & F. De la Balze (comp.) Psicología del obeso. pp. 85-101. Buenos Aires: Rodolfo Alonso.

De Marchis, (2001).La psicoterapia de los disturbios alimenticios psicógenos. En una óptica postracionalista. (2001). Roma. (http//www.IPRA.cl)

Departamento de estadísticas e información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS) (2004). Indicadores básicos de salud. Chile.

Engel F. (1975) *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Ed Ciencias sociales. La Habana.

Gil-Romo, S. (2007) *Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género.* Instituto Nacional de Salud Pública.

Goldman, H. (1992). *Review of general psychiatry*. U.S.A.: Prentice Hall Internacional Inc.

Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. España: Editorial Paidós.

Guidano, V. (1987).*Complexity of the self*. New York: Editorial Guilford Press.

Guidano, V. (1987) *Un enfoque de la Psicopatología y de la Psicoterapia*. Barcelona, España: Ed. Paidós.

Guidano, V. (1994) *El Si- Mismo. Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona, España: Ed. Paidós Ibérica, S.A.

Guidano, V. y Liotti, G. (1994) *Procesos Cognitivos y desórdenes emocionales*. Nueva York: GuilfordPress.

Gismero, E. (2003). *Anorexia santa y anorexia nerviosa*: En busca de significado [Versión electrónica]. Miscelánea Comillas, 118 (61), 81-105.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Editorial McGraw Hill.

Kramp, U. (2012).*Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chileno*. (Versión electrónica). Psicothema vol.24.Extraído de www.psicothema.com

Lewis, M. (1999) "*The emergence of human emotions*".In M. Lewis, J.M. Haviland (Eds), Handbook of Emotions.Guilford Press.

Lolas, F. (2000). *Conducta alimentaria: una perspectiva multidimensional sobre su regulación y trastornos.* En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. y Díaz, E. (comp.), Obesidad: Un desafío pendiente. pp. 80-93. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Mandakovic, V (2005). *Estudio de los desórdenes alimentarios Psicógenos e indicaciones para una terapia Constructivista Cognitiva de la anorexia nerviosa*. Memoria para optar al título de Psicólogo, Carrera de Psicología, Universidad de Chile, Santiago.

Moreno, M (1997). Boletín Escuela de Medicina, PUC. Diagnóstico de obesidad y sus métodos de evaluación. (1997). Vol. 6. Nº1.

Ministerio de Salud (2004). *Situación nutricional del Pre-Escolar, Escolar y Adolescente*. Chile.

Ministerio de Salud (2005). http//www.Ministerio de salud .cl (Consultado el 26 de Julio del año 2011).

Montt, D & Villarroel, A. (2003). *Modelo de Psicoterapia constructivista cognitivo para Trastornos alimentarios, aplicados en un grupo de pacientes diagnosticados*

con Bulimia Nerviosa. Memoria para optar al título de Psicólogo, Carrera de psicología, Universidad de Chile.

Moscona, S. (1984). *Trastornos de la imagen corporal en la Obesidad. Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*. Vol. 9. pp. 53-66.

Neimeyer, R. A. (1998). Psicoterapias constructivistas: Características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, R. A.& Mahoney, M. J.(Comp.), Constructivismo en psicoterapia. (pp. 29-58). Aparicio, A. (Trad.). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Cie 10), Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.

Organización Panamericana de la Salud. (1998). *Health in the Americas*. Washington D.C.: Ediciones PHAO. Scientific Publication 569.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Health Promotion: An Anthology*. Washington D.C.: Ediciones PHAO.

Peralta, S, Gómez, R & Chavez, J (2005) *Intervención emocional y afectiva en pacientes que se autodefinen como obesos.* Tesis para optar al Título de Psicólogo. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Recalcati, M. (2004). *La última cena: anorexia y bulimia.* (Rodríguez, T.,Castrillejo,M., Trad.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Del Cifrado.

Ruiz, A. (1997) *Fundamentos teóricos del enfoque Postracionalista*. (http//www.IPRA.cl)

Ruiz, A. (2002). *El amor como dominio emocional humano: La visión postracionalista de Vittorio Guidano*. [Versión electrónica]. Conferencia presentada en la inauguración del año académico del Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago, Chile. http://www.inteco.cl/articulos/016/texto_esp.htm

Ruiz, A. (2010) *Artículo El Engaño y Autoengaño en Robert L. Trivers.*

http://www.inteco.cl/notas.php/1270848493

Spielberguer CD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1970) *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*.Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE.(1982)*Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*, Manual. Madrid. TEA Ed.

Suverza, **Araceli; Mirella, Márquez**. (2004). Obesidad, Trastorno Psicológico y Deterioro de la Calidad de Vida de la Mujer. México

Tomas, J. (2001*). Psicosomática, bulimia, Obesidad y otros trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia.* Barcelona, España: Editorial Alertes, Cuadernos Paido psiquiatria VIII.

Vargas A, Rojas RM, Sánchez RS, Salin-Pascual R. (2003) *Development of Buliamia Nervosa after bariatric surgery in morbid obesity patiens.* Revista Salud Mental. Santiago.

Wilmore J. and Costill D. (2000) *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. 3 ed. Paidotribo. Barcelona.

Zagmutt, A., (2000) *Los Trastornos de la alimentación; un enfoque constructivista postracionalista. Revista Castalia. N°1. Eds. Academia. (pág. 25).*

Zagmutt, A &Ferrer M. (2003).*Psicoterapia cognitiva y constructivista*. Novas Fronteiras da Prática Clínica. Pag. 167. Porto Alegre.

Zukerfeld, R. (2002). *Psicoterapia psicoanalítica y Obesidad*. Revista Actualidad Psicológica. Año 1. N°5. pp. 8-10.