



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA

# **EVALUACIÓN DE LAS ANSIEDADES DE SEPARACIÓN, CULPA Y VERGÜENZA ASOCIADAS A LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES OBESAS Y SU RELACIÓN CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO MEDICO-NUTRICIONAL PARA ADELGAZAR**

**Memoria para optar al título de Psicólogo**

PALABRAS CLAVE

Obesidad - Insatisfacción corporal - Ansiedades - Tratamiento

INVESTIGADORES

Lic. Ps. Leonardo Medeiros Ruiz  
Lic. Ps. Felipe Valenzuela Menares  
Académico Guía: Dr. Fernando Lolas Stepke  
Profesor Patrocinante y Asesor Metodológico: Ps. Iris Gallardo Rayo

Santiago, Junio 2005

*A mi familia*  
*A Gabriela, de generosidad infinita*  
*A Diego, de voluntad inquebrantable*  
*A Paola, tejedora de palabras y de momentos.*

*Leonardo*

*A mis padres*  
*Por el espacio brindado*  
*No sin preocupación*  
*Para crecer*

*Felipe*

## **AGRADECIMIENTOS**

*El resultado final de esta investigación es producto de un trabajo que reúne los saberes de muchos profesionales del área de la investigación y docencia. Queremos agradecer especialmente la labor de las siguientes personas:*

*Dr. Fernando Lolas, quien orientó intelectualmente el tema a investigar, puso a nuestra disposición recursos humanos y técnicos que hicieron viable la ejecución de nuestro proyecto y supervisó la investigación en todas sus etapas.*

*Sra. Iris Gallardo, por la asesoría metodológica y la supervisión prestada durante toda la investigación; por su disposición y apoyo anímico, necesario en un trabajo como éste, largo en el tiempo.*

*Dr. Claudio Liberman, quien con mucha motivación coordinó y asesoró los aspectos relacionados con el área clínica de la investigación.*

*Srta. Carolina Valdebenito, quien orientó la parte metodológica en los primeros momentos, momentos que fueron “fundamentales”.*

*Srta. Ximena Orellana, por su colaboración en la derivación de las pacientes y por la calidez de su ayuda.*

*Padre Eduardo Rodríguez, por su asesoría en el Método de Análisis de Contenido.*

*Dr. Luis Risco, por colaborar en nuestra capacitación en el Método de análisis de contenido y por alentarnos a profundizar temas afines a esta investigación.*

*Srta. Alejandra Montedónico, por su ayuda en los análisis estadísticos y tiempo dispensado.*

*Quisiéramos agradecer también, en forma muy especial, a todas las pacientes que quisieron participar de este estudio, cuyos testimonios representan el alma de esta investigación.*

## **RESUMEN**

*En este estudio se investiga un grupo de mujeres obesas, (N = 29) que consultaban por un tratamiento médico-nutricional para adelgazar al Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con el fin de determinar si existen relaciones entre la variable Respuesta al Tratamiento Médico (Refractariedad/Responsividad) y las variables Ansiedad e Insatisfacción Corporal, estas últimas medidas al inicio del tratamiento médico-nutricional.*

*El marco conceptual desde el cual se aborda esta investigación es psicoanalítico, apoyado en una perspectiva psicosomática, la cual hace referencia a la multidimensionalidad etiológica de la enfermedad, al considerar factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, conjuntamente. En este sentido, se sugiere la posición subjetiva que asume el paciente obeso frente a la problemática planteada desde su motivo de consulta: El deseo por adelgazar que manifiestan los pacientes contrasta con los altos índices de deserción al tratamiento. Este conflicto puede reflejarse en los niveles de Ansiedad e Insatisfacción asociados a la imagen corporal.*

*Las mediciones de los niveles de ansiedad se realizaron mediante el Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal, el Nivel socioeconómico se determinó mediante la Escala de Clasificación Social de Graffar, la información clínica y sociodemográfica se obtuvo mediante una pauta de Entrevista Anamnésica y la medición del índice de Insatisfacción Corporal se realizó mediante el Cuestionario de Insatisfacción Corporal de Zukerfeld.*

*Los datos obtenidos fueron analizados mediante estadísticos no paramétricos (U de Mann-Whitney, Wilcoxon, Kruskal-Wallis, La Probabilidad Exacta Basada en la Binomial, el Test del Signo y el Test de Fisher).*

*Los resultados indicaron diferencias respecto de las variables en estudio entre el grupo de pacientes que resultó respondedor al tratamiento médico (N = 5) y el grupo de pacientes que resultó refractario al mismo tratamiento (N = 24). El criterio de Respuesta satisfactoria aplicado se basó en estudios anteriores sobre el éxito terapéutico en la obesidad, y tuvo como requisito, que el paciente haya completado en su totalidad el tratamiento, el cual tiene una duración aproximada de 6 meses, además de haber logrado*

*la reducción en a lo menos entre un 5 y un 10 % del peso corporal. El porcentaje encontrado de pacientes respondedores (17%) con relación a la muestra total, sumado al hecho que ninguna paciente refractaria completó el tratamiento, coincide con antecedentes proporcionados por la evidencia empírica, y adicionalmente plantea la necesidad de revisar el problema de la adherencia a los tratamientos médicos-nutricionales para la obesidad.*

*Los resultados indicaron que la muestra total obtuvo altos índices de insatisfacción corporal, y que la Ansiedad de Culpa obtuvo los mayores puntajes en comparación con las otras ansiedades.*

*El grupo refractario obtuvo mayores puntajes en la Ansiedad de Mutilación y en los niveles de Insatisfacción Corporal, en comparación con el grupo respondedor.*

*El grupo respondedor obtuvo mayores puntajes en la Ansiedad de Separación en comparación con el grupo refractario.*

*Dentro del grupo de las pacientes refractarias predominó la ansiedad de Culpa por sobre las ansiedades de Separación, Vergüenza y Mutilación.*

*Dentro del grupo de las pacientes respondedoras predominó la ansiedad de Separación por sobre las ansiedades de Vergüenza y Mutilación.*

*Ambos grupos no difirieron respecto de la Ansiedad de Vergüenza, de la Ansiedad de Culpa ni del Nivel socioeconómico.*

*La interpretación de los resultados tuvo como eje articulador conceptualizaciones psicológicas y psicoanalíticas sobre los sentimientos de culpa, y nociones psicofisiológicas sobre adicción, cuya comprensión permitió sugerir hipótesis explicativas para el éxito y fracaso terapéutico.*

*Estos resultados son provisorios en la medida que se trabajó con una muestra pequeña; en este sentido, tienen el valor de contribuir como antecedente empírico para fundamentar y orientar el planteamiento de hipótesis de investigaciones futuras que utilicen muestras de mayor tamaño.*

## PRÓLOGO

*Nuestra motivación por abordar el tema de la obesidad surge desde varias fuentes. Primero desde nuestro interés por el enfoque psicosomático de la enfermedad en general, mirada que venimos cultivando como estudiantes de Psicología desde nuestros primeros años. Pensamos que hoy en día esta perspectiva necesita ser rescatada y reposicionada ya que los actuales modelos no logran dar cuenta en forma satisfactoria de los fenómenos patológicos que nos aquejan como sociedad. Creemos firmemente que la sociedad necesita de una perspectiva psicosomática para comprender, pero más aún para intervenir de manera más eficiente sobre el dolor y la enfermedad.*

*En segundo termino, determinados por esta misma motivación llegamos un día a pedir orientación al Dr. Fernando Lolas, quien acogió nuestras inquietudes y nos propuso investigar en este campo, como una forma de continuar con una línea de investigación en obesidad en la cual él mismo participaba, y donde se contaba con la posibilidad de integrar un equipo de trabajo que funcionaba a cargo del Dr. Claudio Liberman, en el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.*

*Tras algunas reflexiones y consideraciones prácticas en conjunto, finalmente optamos por abordar este tema y proponer una idea de investigación que pudiera dar cuenta de la complejidad de esta enfermedad. Complejidad que abarca desde su gravedad patológica propiamente tal hasta factores psicológicos y sociales asociados, entre ellos las consecuencias subjetivas para quien la padece, sobretodo porque es ineludible el hecho de que convivimos con determinados discursos sociales que llevan a considerar la imagen como un “preciado objeto”.*

*Una tercera inspiración para nuestra decisión fue el hecho de percatarnos de que en materia de obesidad hay aún mucho por aprender y por investigar. Nuestra impresión fue que es este un terreno “urgente” en materia de salud a nivel nacional. La fuerte demanda de ayuda que existe en torno a la obesidad no solo proviene de parte de la gran cantidad de pacientes que consultan hoy en día, sino también de la necesidad de realizar progresos en lo que respecta a prevención, diagnóstico y tratamiento.*

*Desde una perspectiva más personal, esta investigación ha significado para nosotros un largo camino, que tuvo su inicio en nuestra decisión de optar por esta*

*vocación de entender y ayudar en materia de conducta humana. Camino que ha perseguido un fin, a saber, obtener nuestro título profesional de Psicólogo. No obstante este fin ha sido una excusa que nos ha permitido hacer un trayecto, una experiencia; podríamos decir que en última instancia, lo más importante de todo, ha sido el recorrido realizado, más allá de cualquier resultado.*

*Paciencia, meticulosidad, humildad, comunicación, determinación han sido cualidades que hemos tenido que cultivar para llevar adelante este trabajo. Ya decía Mao Tse Tung que no se puede hacer crecer una planta tirando de ella desde arriba, y vaya que tenía razón !!!*

*Sentimos que esta tesis representa también, en muchos aspectos, la forma en que hicimos nuestra formación como psicólogos: con inquietud, reflexión, lentitud, elaboración y finalmente con compromiso.*

*Y ha sido en esta formación en que hemos conocido tanta gente, profesores, maestros, amigos y compañeros, con muchos de los cuales hemos llegado a tener relaciones verdaderamente humanas, quedando su huella en nosotros, abriendo puertas para adentrarnos en el complejo fenómeno de la psiquis o bien viviendo juntos cosas que van mucho más allá de las aulas de la universidad.*

*Finalizamos este trayecto, cerramos una etapa de nuestras vidas, y con ello se abren ante nosotros nuevas y desafiantes posibilidades, pues el objetivo para nosotros es siempre el mismo, “estar en camino”.*

*“Yo era un proyecto de la naturaleza, un proyecto hacia lo desconocido, quizá hacia lo nuevo, quizá hacia la nada; y mi misión, mi única misión, era dejar realizarse este proyecto que brotaba de las profundidades, sentir en mí su voluntad e identificarme con él por completo.” (Hermann Hesse)*

*Felipe Valenzuela*

*Leonardo Medeiros*

## INDICE

<i>Capítulo:</i>	<i>Página:</i>
<b>1. Introducción</b>	1 - 8
1.1. Antecedentes	1
1.2. Planteamiento del problema y naturaleza del estudio	5
1.3. Relevancia	7
<b>2. Marco Teórico</b>	9 - 62
2.1. Antecedentes generales de la obesidad	9 - 17
2.1.1. Definiciones	9
2.1.2. Epidemiología	9
2.1.3. Criterios diagnósticos	11
2.1.4. Clasificaciones	12
2.1.5. Evaluación de la obesidad en el adulto	13
2.1.6. Tratamiento	15
2.2. Teorías etiológicas de la obesidad	18 - 26
2.2.1. Teorías biológicas	18
2.2.2. Teorías psicológicas	20
2.2.3. Teorías interaccionales	23
2.3. Algunas características psicológicas asociadas a la obesidad: Investigaciones realizadas	26 - 30
2.4. Cuerpo e imagen corporal	30 - 42
2.4.1. La imagen del cuerpo en su perspectiva psicossomática	30

2.4.2. Aproximación conceptual y epistemológica: El cuerpo y su representación	31
2.4.3. Esquema corporal e Imagen corporal	33
2.4.4. Algunos aspectos de la construcción de la imagen corporal: Apuntes psicoanalíticos	38
2.5. Problemáticas clínicas del paciente obeso	43 - 48
2.5.1. La insatisfacción corporal	43
2.5.2. El comportamiento alimentario y la práctica de la dieta	45
2.5.3. La obesidad entendida como adicción al alimento	46
2.6. La refractariedad a los tratamientos: Aproximación psicológica para una fundamentación de hipótesis	48 - 52
2.7. El concepto psicológico de la “asociación” y su importancia en la construcción de una “Instrucción Estándar” para la obtención de muestras verbales en este estudio.	52 - 62
2.7.1. El Método de Gottschalk	52
2.7.2. La “asociación libre” de Freud	54
2.7.3. Los experimentos “antiguos” de asociación	56
2.7.4. Observaciones generales sobre las leyes de asociación	57
2.7.5. El descubrimiento de los “complejos”	58
2.7.6. Justificación para un nuevo empleo de una “Instrucción Estándar” al Método de Gottschalk	60
<b>3. Planteamiento de Objetivos</b>	<b>63 - 64</b>
3.1. Objetivo General	63
3.2. Objetivos Específicos	63

<b>4. Planteamiento de Hipótesis</b>	65 - 66
4.1. Hipótesis General	65
4.2. Hipótesis Específicas	65
<b>5. Metodología</b>	67 - 92
5.1. Definición de variables	67 - 76
5.1.1. Variables en estudio	67
5.1.2. Variables controladas	74
5.2. Población y muestra	76 - 78
5.3. Tipo y diseño de investigación	78 - 79
5.4. Instrumentos de medición	79
5.4.1. Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal	79
5.4.2. Cuestionario de Insatisfacción Corporal	85
5.4.3. Entrevista Anamnésica	87
5.4.4. Escala de Clasificación Social de Graffar	87
5.5. Procedimientos	88 - 90
5.5.1. Procedencia de las pacientes	89
5.5.2. Recolección de datos	89
5.6. Análisis estadístico	90 - 92
5.6.1. Elección del modelo estadístico	91
5.6.2. Pruebas utilizadas	91
<b>6. Resultados</b>	93 - 150
6.1. Descripción de la muestra	95
6.1.1. Respuesta al Tratamiento Médico-nutricional para la Obesidad	95

6.1.2. Antecedentes anamnéticas	96
6.1.3. Variables psicológicas	102
6.2. Comprobación de hipótesis	122
6.3. Análisis complementarios	133
6.4. Cuadros resumen	148
<b>7. Discusión</b>	151 - 166
<b>8. Conclusiones</b>	167 - 169
<b>9. Proyecciones</b>	170 - 174
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	175 - 184
<i>ANEXOS</i>	185 - 211
<i>Anexo I: Análisis de la Conducta Verbal: Instrucción Estándar (Modificada)</i>	
<i>Anexo II: Análisis de la Conducta Verbal: Escala de Ansiedad</i>	
<i>Anexo III: Escala de Clasificación Social de Graffar</i>	
<i>Anexo IV: Fórmula matemática para calcular la magnitud de una emoción</i>	
<i>Anexo V: Pauta de Entrevista Anamnética</i>	
<i>Anexo VI: Cuestionario de Insatisfacción Corporal</i>	
<i>Anexo VII: Carta Consentimiento Informado para el Paciente</i>	
<i>Anexo VIII: Hoja de registro para el paciente</i>	
<i>Anexo IX: Protocolos de seguimiento del tratamiento médico</i>	
<i>Anexo X: Antecedentes anamnéticos de la muestra: Tablas de frecuencia</i>	
<i>Anexo XI:</i>	
<i>Tabla 1: Puntajes de ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en los sujetos del grupo respondedor (N = 5)</i>	

*Tabla 2: Puntajes de ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en los sujetos del grupo refractario (N = 24)*

## CAPÍTULO 1

# INTRODUCCIÓN

### 1.1. Antecedentes

Se define habitualmente a la obesidad como una enfermedad caracterizada por una excesiva acumulación de grasa en el cuerpo (Lolas, 1992). Por lo tanto, su evaluación nutricional debe considerar la medición del componente graso, cuya cantidad normal varía de acuerdo a la edad, a partir de la pubertad, y también del sexo (Albala, Díaz & Arroyo, 2000). De acuerdo a tablas pondoestaturales, el límite sobre el cual se comienza a utilizar el término obesidad para la mujer es un exceso de más del 30% sobre el “peso normal”, lo cual implica un riesgo aumentado para la salud.

Para Uauy (2000 citado en Albala, Kain, Burrows & Díaz, 2000) la obesidad es considerada como una enfermedad crónica no transmisible por sí misma, y que afecta de manera significativa la salud y el bienestar físico y mental de niños y adultos.

En nuestro país, la obesidad ha llegado a constituir un problema de salud pública, debido a su alta y creciente prevalencia, su alta frecuencia de recaídas, los graves riesgos que implica para la salud y el alto costo de su tratamiento (Albala & Vio, 2000). Sobretodo por la alta y creciente prevalencia de la obesidad infantil y adulta a nivel mundial, la obesidad fue calificada como epidemia por la Organización Mundial de la Salud en 1996.

En cuanto a la prevalencia de la obesidad en adultos en Chile, una encuesta sobre factores de riesgo realizada en una muestra representativa en la Región Metropolitana en 1988 concluyó que un 6% de los hombres y un 14% de las mujeres resultaron obesas, utilizando un punto de corte de IMC de 30 kg/m<sup>2</sup><sup>1</sup>. En un nuevo estudio realizado en 1992 con una metodología similar, la prevalencia aumentó a un 10,9% en hombres y a un 24,4% en mujeres, lo que significa un aumento significativo, además de observarse una mayor

---

<sup>1</sup> El IMC (Índice de Masa Corporal) es el índice antropométrico más utilizado en la actualidad, por varias razones (véase la pág. 74). Según los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud, un IMC de 30 ya puede considerarse como obesidad.

prevalencia en mujeres y en el nivel socioeconómico bajo (Berrios, 1994 citado en Albala & Vio, 2000)

La obesidad puede ser considerada como factor de riesgo, síntoma de otras condiciones o estado final de regulaciones homeostáticas: (Lolas, 1992)

a) Como *factor de riesgo* la obesidad contribuye en buena medida al aumento en la prevalencia de diabetes tipo 2, hipertensión e hipercolesterolemia, principalmente. Además se asocia a una mayor ocurrencia de varios tipos de cáncer, colelitiasis, trastornos osteoarticulares y de músculos y ligamentos. (Uauy, 2000 citado en Albala et al., 2000).

b) Considerada como *síntoma*, pueden encontrarse informes que atribuyen a diversas condiciones psiquiátricas un papel causal en el aumento de peso, y en este sentido es habitual encontrarse con teorías psicogénicas que no dan cuenta adecuadamente de todos los hechos clínicos (Lolas, 1992). No obstante, sabido es que la ansiedad, entendida como un estado psicofisiológico (Gottschalk, Winget, Gleser & Lolas, 1984) puede intervenir en los patrones de ingesta, al comprobarse el efecto “desinhibitorio” de ciertos estados emocionales “negativos” en sujetos con *Restricción* (Ruderman, 1985 citado en Sanfuentes, 1991), lo que lleva a considerar la función psicofisiológica de la ingesta como regulador de la ansiedad y del ánimo (Cordella, 1998). Este último punto de vista hace interesante la hipótesis de concebir ciertas obesidades como adicciones (Lolas, 2000; Moscona, 1981; Dörr, 1997). Lo adictivo estaría asociado a la necesidad de regular estados de ánimo y de ansiedad mediante la ingesta.

c) Por último, conceptualizada como *organización homeostática*, se considera que confluyen factores *biológicos, psicológicos y sociales*. Dentro de los factores *biológicos* se postula la existencia de un *set point* o punto de regulación del peso corporal definido por el número de células adiposas el cual depende a su vez de la dotación genética y de las experiencias nutricionales tempranas. Respecto a los factores *psicológicos*, se considera la *Restricción Cognitiva*, que se refiere a la tendencia de algunas personas a restringir su ingesta como una forma de regular su peso corporal; de esta forma sujetos con alta restricción se encontrarían *bajo su set point*. (Lieberman, Lolas & Sanfuentes, 1991). Sin

embargo ciertos “desinhibidores”, como el alimento, llevarían a una pérdida transitoria del control cognitivo y a una ingesta exagerada. Los patrones alimentarios de estas personas estarían determinados por factores fisiológicos que impulsan el deseo de comer y factores sociales ligados a patrones culturales sobre estética corporal que impulsan esfuerzos por resistir tal deseo.

Por último se encuentran factores *sociales*, donde priman normas culturales actuales sobre estética corporal; ésta variable usualmente se la ha asociado con el deseo de adelgazar y a la práctica de la dieta (Facchini, 2002). La insatisfacción con la imagen corporal es común en pacientes obesos y probablemente sea la motivación principal para someterse a un tratamiento (Hirsh & De la Maza, 2000).

Otro factor social tiene que ver con los hábitos dietéticos de la población y la incrementación del sedentarismo, cuya asociación con la obesidad ha sido ampliamente demostrada en la literatura (Kain & Blair, 2000). En este sentido, Cormillot & Fuchs (2002) plantean la paulatina adaptabilidad psicológica del obeso a estilos y hábitos de vida.

Esta conceptualización de la obesidad como organización homeostática, en que el *set point* fisiológico es modulado por influencias cognitivas y culturales, según Lolos, (2000, p. 86) “podría indicar que los obesos no son obesos porque comen más, sino comen más por ser psicofisiológicamente obesos”. Al mismo tiempo, la formulación de esta teoría implica decir, *en términos psicológicos*, que el obeso no engorda porque come sino que, al revés, guiado inconscientemente por su apetito, come lo suficiente -en calidad y cantidad- para engordar primero, y luego para mantener estable su exceso de peso. La pregunta por la causa de la obesidad cede su lugar a la pregunta por aquello que la motiva (Chiozza, Barbero, Busch, Chiozza & Funosas, 1997).

Varios autores (Cormillot & Fuchs, 2002, Facchini, 2002; De la Balze, García & Tallaferro, 1971; Chiozza et al., 1997) observan que muchos pacientes obesos, aunque manifiestan malestar por su apariencia, no realizan intentos concretos por bajar de peso, mientras que hay otros que inclusive manifiestan conformidad con su aspecto y situación de salud. Y dentro del grupo de aquellos que acuden a buscar ayuda, muchos terminan por desertar del tratamiento. Estos autores sugieren la participación de deseos inconscientes de mantener la condición de obesidad porque, probablemente, ella refleja una condición psicológica necesaria para el funcionamiento afectivo del paciente.

Lo anterior nos pone directamente en contacto con un hecho clínico: “Que el manejo del paciente obeso es uno de los problemas más difíciles y complejos de enfrentar en medicina. Ello se debe principalmente a las dificultades de muchos pacientes para cambiar hábitos de alimentación y de actividad física, lo que se traduce en que, enfrentados a un programa terapéutico, la mayoría de los pacientes bajan de peso, pero posteriormente lo recuperan”. (Lieberman, 2000, p. 214). En una revisión de varios programas de tratamiento para la obesidad en Estados Unidos, Wadden (1989, citado en Liberman, 2000) encontró que cerca del 90% de los pacientes bajaban de peso a los tres meses, sin embargo más de la mitad de éstos lo recuperaban después de un año.

Actualmente se consideran cinco pilares básicos en el tratamiento multidisciplinario de la obesidad: dietoterapia, ejercicio físico, terapia conductual, fármacos y cirugía, esta última reservada para pacientes con graves riesgos de comorbilidad.

Se señala que cuando los pacientes disminuyen de peso utilizando como tratamiento la dieta, el manejo conductual y el ejercicio físico, sea cada una de ellas como monoterapia o en combinación, la recidiva es alta, tanto que los resultados del tratamiento a cinco años plazo señalan que menos del 10% de los pacientes mantienen la baja de peso lograda al final de la terapia (Manrique & Moreno, 2000). Otros autores (Kaplan & Sadock, 1985; Wadden & Stunkard, 1989; Weiss, 1984; Wooley & Wooley, 1984, citados en Sanfuentes, 1991) confirman este hecho, señalando que la terapéutica de la obesidad está invariablemente asociada a pesimismo en relación a los resultados a largo plazo.

Dada la dificultad que significa para las pacientes mantener la baja de peso lograda una vez finalizado el tratamiento, se han realizado varios estudios para identificar factores que pudieran tener relación en la predicción de los resultados de los tratamientos y su mantención en el tiempo. Al respecto, Poston et al. (1999) estudiaron la relación entre rasgos de personalidad (sociabilidad, irritabilidad, culpa, impulsividad, entre otros), evaluada a través del “Karolinska Scales of Personality” (KSP) y respuesta al tratamiento en 102 pacientes obesos, no observándose asociaciones. Este estudio se basó en estudios previos (Björvell, Edman & Schalling, 1989 citado en Poston, 1999) que sugieren que la evaluación de rasgos de personalidad podrían ser importantes para predecir la efectividad de los tratamientos para la obesidad.

Existen en la actualidad algunos cuestionarios que pueden ser usados como predictores de adherencia a prescripciones dietéticas. Por ejemplo, el DIET (dieters inventory of eating temptations) evalúa la reacción de obesos a la dieta, en 30 situaciones de alto riesgo. Otros cuestionarios evalúan la percepción de autoeficacia a las dietas, lo cual también puede ser un predictor de adherencia a la dieta. Estudios realizados con el TFEQ (Three Factor Eating Questionnaire) que evalúa tres factores de conducta alimentaria, Restricción, Desinhibición y Hambre, sugieren que los dos últimos factores se correlacionan inversamente con el cumplimiento de las prescripciones dietéticas (Albala, Díaz & Arroyo, 2000).

## **1.2. Planteamiento del problema y naturaleza del estudio**

A partir de los antecedentes clínicos mencionados, proponemos el estudio de algunos factores psicológicos y sociodemográficos evaluados al momento de inicio de un tratamiento médico-nutricional para la obesidad y que pudieran estar asociados con el resultado del mismo, tanto para el paciente que no logra responder a él de manera satisfactoria como del que sí lo logra, considerando las posibles ansiedades que pudieran despertarse ante la expectativa de iniciar el tratamiento: ¿Qué tipo de ansiedades operarán como *motivadoras* para tolerar las frustraciones propias del tratamiento y qué otras ansiedades operarán como *resistencias* para cumplir con el mismo tratamiento?. En otras palabras, ¿En qué situación psicológica se encuentra el paciente para hacer frente a un tratamiento?. El estudio de las ansiedades de Vergüenza, Separación y Culpa asociadas a la imagen corporal, podría dar cuenta del estado psicológico del paciente obeso que inicia un tratamiento. Contar con instrumentos con un razonable grado de discriminación para predecir refractariedad o respuesta satisfactoria (responsividad) al tratamiento, permitiría no sólo generar más conocimiento sobre esta enfermedad, sino también podría orientar el manejo terapéutico de estos pacientes.

En síntesis, esta investigación se dirigió al estudio de los distintos tipos de ansiedades asociadas a la imagen corporal a través del Método de Gottschalk et al. (1984) para el Análisis de la Conducta Verbal y al nivel de Insatisfacción corporal a través del cuestionario de Insatisfacción corporal de Zukerfeld, que pueden presentarse en un grupo

de mujeres diagnosticadas de obesidad que inician un tratamiento médico-nutricional para adelgazar y que eventualmente resultarán refractarias al tratamiento en comparación con un grupo de mujeres también diagnosticadas de obesidad y que inician un tratamiento médico-nutricional para adelgazar pero que resultarán eventualmente respondedoras al mismo. Todas las pacientes, tanto del grupo que resultó refractario como del que resultó respondedor, fueron diagnosticadas de Obesidad Leve, Moderada y Severa, pertenecieron al nivel Socio-económico Medio Bajo, Medio y Medio Alto, tuvieron entre 18 y 50 años de edad y vivían en el Gran Santiago. La evaluación de las pacientes así como el tratamiento médico-nutricional para adelgazar se realizó durante el año 2004 con pacientes consultantes al Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

De acuerdo a la clasificación propuesta por Hernández, Fernández & Baptista (1998), esta investigación alcanza el nivel correlacional de tipo comparativo y se utiliza un diseño de investigación “no experimental longitudinal de panel”.

En cuanto a las características de la muestra, éstas están determinadas por factores metodológicos y prácticos. Por ejemplo, los niveles socioeconómicos a estudiar así como el sexo femenino son características que no solamente cumplen la función de acotar el grupo en estudio, sino que también de coordinar nuestras necesidades con la realidad del paciente que consulta en el Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Optar por evaluar pacientes sometidos a un tratamiento médico-nutricional, donde, por un lado, están excluidas las intervenciones quirúrgicas, corresponde a nuestro deseo de enfatizar el estudio de vías de intervención menos agresivas y mejor documentadas. Por otro lado escoger el tratamiento médico-nutricional y no estudiar en términos formales un programa terapéutico multidisciplinario tiene la ventaja de permitirnos investigar uno de los tipos de tratamiento más comunes realizado por las mujeres aquejadas de obesidad, es decir, que puede representar la realidad clínica masiva.

La discusión de los resultados asume un marco de comprensión psicoanalítico apoyado en una perspectiva psicosomática. El modelo psicoanalítico lo hemos elegido porque ha sido nuestro principal marco de referencia desde nuestros inicios como estudiantes de Psicología y también por el hecho de que es el modelo que, pensamos nosotros, nos ha permitido comprender con mayor profundidad psicológica los resultados

de la investigación. La psicósomática nos permite integrar junto a los factores psicológicos, los factores fisiológicos y sociales, facilitándonos un marco de comprensión ampliado.

### **1.3. Relevancia**

#### *i. Teórica*

Es posible que el conocimiento generado sobre las relaciones entre Ansiedad de Vergüenza, Ansiedad de Separación, Ansiedad de Culpa, Insatisfacción corporal, Obesidad y Respuesta al Tratamiento, sean un aporte a la comprensión de la dinámica de esta enfermedad, desde su perspectiva psicológica, para la población estudiada.

#### *ii. Práctica*

La generación de este conocimiento puede servir de prueba empírica para fundamentar estudios mayores que apunten a realizar perfeccionamientos a los métodos de diagnóstico y tratamiento. Específicamente, los resultados hallados en esta investigación pueden sugerir la necesidad de realizar estudios dirigidos a:

- a) El diagnóstico de las ansiedades asociadas a la Imagen corporal con fines pronósticos del tratamiento-médico nutricional de la obesidad.
- b) La evaluación psicológica y/o tratamiento psicoterapéutico de las ansiedades asociadas a la Imagen corporal en poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- c) La evaluación y/o tratamiento psiquiátrico de las ansiedades asociadas a la Imagen corporal en poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- d) El impacto de los diversos procedimientos terapéuticos que se utilizan en el tratamiento de la obesidad sobre las ansiedades asociadas a la Imagen corporal.
- e) La consideración de otros factores, tanto psicológicos como sociodemográficos, que eventualmente demuestren estar asociados a la respuesta al tratamiento.

### *iii. Metodológica*

Esta investigación permitiría explorar la utilidad de la aplicación de la Escala de Ansiedad del Método de Gottschalk para la población estudiada, como procedimiento para cuantificar y estandarizar ansiedades asociadas a la Imagen corporal y el Cuestionario de Insatisfacción corporal de Zukerfeld, para medir los niveles de Insatisfacción corporal en mujeres obesas.

Además, esta investigación permitiría explorar la utilidad de la modificación a la instrucción estándar de Método Gottschalk, la cual obtiene fundamentación en las leyes de la asociación, hecho que constituye una innovación en el empleo del instrumento.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes generales de la obesidad**

##### 2.1.1. Definiciones

En general existe consenso en definir la obesidad como una enfermedad metabólica crónica, heterogénea de origen multifactorial y no transmisible, donde se entrelazan factores genéticos y ambientales, caracterizada por un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, en más del 25% en hombres y más del 30% en mujeres. (Lieberman, Lolas & Sanfuentes, 1998; Albala, Díaz & Arroyo, 2000; Valenzuela, 2002; Sanz & López, 1990 citado en Díaz & Lladser, 2002).

Sin embargo desde el punto de vista operativo debe tenerse presente que personas con gran desarrollo muscular y que a menudo tienen un esqueleto grueso pueden tener sobrepeso sin que sean obesos. Por lo tanto, en el diagnóstico de obesidad, es necesario considerar la cantidad de grasa media indirectamente por el pliegue cutáneo. (Youlton, 1989).

##### 2.1.2. Epidemiología

Hasta la década de 1960 Chile se ubicaba en el promedio de América latina respecto de indicadores biomédicos, con una alta tasa de mortalidad infantil y materna, y una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y desnutrición. A partir de entonces se han producido cambios socioeconómicos y demográficos importantes. En 1990 encontramos un escenario completamente diferente en especial en lo referente a indicadores biomédicos. Entre otros cambios, ocurre un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte en adultos. Simultáneamente aumentaron todos los factores de riesgo relacionados con esta

enfermedad, como son el sedentarismo y la dieta inadecuada caracterizada por un alto consumo de grasas, lo cual lleva al incremento del peso corporal.

Con respecto al sedentarismo, la urbanización es un elemento fundamental en la transición demográfica y epidemiológica de Chile. Nuestro país ha sobrepasado los niveles de urbanización de los países desarrollados, que es de un 75%, llegando a un 85% de población urbana en 1995. Esta creciente urbanización se asocia con la disminución de actividad física, lo que lleva aparejado un decrecimiento del gasto energético que contribuye a un desbalance entre consumo y gasto.

Por lo tanto el incremento de la obesidad está claramente relacionado con cambios en hábitos dietarios y de actividad física, y éstos su vez con cambios demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos. (Albala & Vio, 2000)

En nuestro país la obesidad infantil ha pasado a constituir el problema nutricional más importante en los niños de las clases medio-bajas y bajas, donde entre 1987 y 1996 la proporción de obesos escolares de primer año se duplicó en hombres de 6,5% a 13,1% y en mujeres de 7,7% a 14,7%. (Albala, Vio, & Kain, 1998 citado en Albala & Vio, 2000)

En cuanto al estado nutricional de los adultos en Chile, no existe un sistema de vigilancia nutricional a nivel nacional que permita obtener datos para la totalidad de la población chilena. Sin embargo, existen estudios con IMC de adultos en Santiago y Valparaíso, que concentran el 50% de la población del país. En una encuesta sobre factores de riesgo realizada en una muestra representativa en Santiago en 1988 un 6% de los hombres y un 14% de las mujeres resultaron obesas, utilizando un punto de corte de IMC de 30 kg/m<sup>2</sup>. En 1992 un nuevo estudio realizado con una metodología similar la prevalencia subió a un 10,9% en hombres y un 24,4% en mujeres. (Berrios, 1994 citado en Albala & Vio, 2000) Estos datos concuerdan con los obtenidos en 1996 en una encuesta del programa CARMEN aplicada sobre una muestra representativa de la ciudad de Valparaíso, donde se observó que un 23% de las mujeres y un 15% de los hombres tenían un IMC igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>. Se detectó también que la prevalencia de la obesidad aumentaba con la edad y era más frecuente en el nivel socioeconómico bajo. (Jadue, Vega, Garrido, Lastra & Escobar, 1997 citado en Albala & Vio, 2000)

### 2.1.3. Criterios diagnósticos

#### 2.1.3.1. Físico – biológico

Conforme a este criterio, se considera obesidad cuando existe un incremento por sobre el 30% o más del tejido adiposo corporal normal, de acuerdo a tablas pondoestaturales. (Albala, Díaz & Arroyo, 2000).

#### 2.1.3.2. Psicológico

La obesidad no está clasificada en el Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales (DSM-IV) como trastorno psiquiátrico, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos y conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, se anota el criterio:

- [316] Factores psicológicos que afectan el estado físico.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima versión ICD – 10 (OPS/OMS, 1995) destina el capítulo V a los trastornos mentales y de la conducta. La obesidad se clasifica dentro de los trastornos de la ingesta, donde se establece como condición la siguiente:

- F50.3 : Ingesta excesiva asociada con otros trastornos psicológicos

Entre los usos de esta categoría se señala que debe emplearse cuando la sobreingesta ha llevado a la obesidad y se sospecha que esta conducta es una reacción ante eventos estresantes, como aflicciones, accidentes, operaciones quirúrgicas, nacimientos, etc., especialmente en individuos predispuestos. Obesidad como causa de trastornos psicológicos no se codifica en esta categoría, como tampoco aquella que es efecto lateral e indeseado de tratamientos a largo plazo con algunos medicamentos. La CIE-10 considera

que la obesidad puede constituir una motivación para hacer dieta, que a su vez puede provocar síntomas afectivos, como ansiedad, inquietud e irritabilidad, e incluso, síntomas depresivos graves. Esta “depresión de dieta” debe describirse usando códigos de otras secciones, tales como F3 o F4, para los síntomas, más el código F50.8: “Otros trastornos del comer” y un código de E65 para describir el tipo de obesidad. (Lolas, 1992).

#### 2.1.4. Clasificaciones

2.1.4.1. Existen diversos índices cuantitativos para estimar el porcentaje de grasa corporal in vivo. Sin embargo se ha visto que el Índice de Masa Corporal (IMC) o de Quetelet (Peso/talla<sup>2</sup>) expresa mejor la proporción de grasa corporal. (Sanfuentes, 1991; Albala, Díaz & Arroyo, 2000)

Basado en este indicador, la OMS ha definido categorías para evaluar el estado nutricional considerando el riesgo de comorbilidades (WHO, 1997 citado en Albala, Díaz & Arroyo, 2000).

<i>GRADO</i>	<i>IMC (%)</i>	<i>RIESGO</i>
Normal	18,5 – 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29,9	Levemente aumentado
Obesidad	30	Aumentado
Grado I o Leve	30 – 34,9	
Grado II Moderada	35 – 39,9	
Grado III Severa	40 o más	

2.1.4.2. En función de los *rasgos morfológicos del tejido adiposo* la obesidad puede clasificarse en (Valenzuela, 2002):

- Hiperplástica: es aquella en donde el número de adipositos está aumentado y tiende a asociarse a obesidades de inicio infanto-juvenil.

- Hipertrófica: caracterizada por un aumento del tamaño adipositario por excesivo llene de grasa sin que aumente el número de ella y tiende a presentarse generalmente en la adultez

#### 2.1.4.3. En función de la *distribución de grasa*:

- Androide: torácico-abdominal, más propia del hombre y la mujer menopáusica
- Ginoide: femoroglútea, observada de preferencia en la mujer fértil
- Mixta: de distribución homogénea, sin preferencias de sexo.

#### 2.1.4.4. En función de la *edad de comienzo*:

- Infanto-juvenil: inicio antes de los 18 años
- Adulto: inicio desde los 18 años

#### 2.1.4.5. De acuerdo a la *etiología*:

- Primaria o exógena: sin causa precisa
- Secundaria: de causa conocida, es decir, formando parte de una enfermedad como un signo más dentro del síndrome, pudiendo ser hipotalámica, endocrina o medicamentosa.

#### 2.1.5. Evaluación de la obesidad en el adulto (Albala, Díaz & Arroyo, 2000)

La obesidad se caracteriza por una acumulación anormal de tejido graso en el cuerpo, por lo tanto su evaluación nutricional debe considerar necesariamente la medición del componente graso, cuya cantidad normal varía de acuerdo a la edad y el sexo. La evaluación clínica se efectúa de acuerdo al grado de obesidad, a la localización del tejido graso y a las patologías asociadas. Existen diferentes métodos para estimar el porcentaje de grasa corporal, como son:

- *Métodos de laboratorio*: Generalmente utilizados cuando se requiere gran precisión con el fin de validar métodos más simples y de menor costo. Los más utilizados son la Densitometría y la Estimación del agua corporal.

- *Imágenes*: La tomografía computarizada y la resonancia magnética son métodos muy precisos para medir tanto la proporción de grasa total como la distribución topográfica del tejido adiposo. Sin embargo, no son prácticos para un uso clínico de rutina, debido a su alto costo y dificultades en sus condiciones de aplicación.
- *Índice de masa Corporal (IMC)*: Dentro de los numerosos métodos antropométricos, es el más usado actualmente. El IMC se expresa como Peso (en kg) dividido por la Talla elevada al cuadrado. La correlación entre el IMC y la grasa corporal es alta (0,6 a 0,8 dependiendo del grupo de edad) y la correlación encontrada con la talla es baja.
- *Pliegues subcutáneos*: La medición de la grasa corporal subcutánea ha permitido desarrollar ecuaciones de regresión que utilizan la sumatoria de diferentes pliegues cutáneos para predecir el porcentaje de grasa corporal.
- *Distribución de la grasa*: Su medición se efectúa principalmente por antropometría, utilizando la medición de circunferencias de cintura y caderas y la comparación de pliegues subcutáneos del tronco con las extremidades. Durante los últimos 12 años el indicador más utilizado ha sido la razón de circunferencias cintura-caderas, sin embargo, hay evidencia reciente que sugiere que la circunferencia de cintura sola se correlacionaría mejor con la distribución de grasa y con las comorbilidades de la obesidad.

Además de la estimación del componente graso se realiza una evaluación médica con el fin de detectar riesgo cardiovascular u otras comorbilidades. Se considera la historia médica, el examen físico completo, la solicitud de examen de laboratorio básico y la evaluación psicológica y/o psiquiátrica para determinar la presencia o ausencia de patología psiquiátrica y trastornos de la conducta alimentaria (De la Maza, 2000). La conducta alimentaria se evalúa usualmente a través del Cuestionario de Conducta Alimentaria (Sanfuentes, Cumsille & Lolas, 1986 citado en Liberman, Lolas y Sanfuentes, 1998) traducido del *Three Factor Eating Questionnaire* de Stunkard & Messick (1985 citado en Sanfuentes, 1991). Este instrumento evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria: *Restricción Cognitiva* (capacidad de un individuo para controlar su ingesta); *Desinhibición*

(mayor o menor facilidad para desinhibir dicho control) y *Hambre Fisiológica* (expresión de los aspectos biológicos que motivan una ingesta exagerada).

#### 2.1.6. Tratamiento

En la actualidad existe gran interés por el problema terapéutico de la obesidad. Diversos organismos internacionales como la OMS y la FAO<sup>2</sup> destacan la importancia de medidas no farmacológicas, como la dieta y el ejercicio físico, mediante las cuales la mayoría de los pacientes logra reducir su peso corporal, pero cerca de dos tercios de ellos lo recuperan después de un año (Liberman, Lolas & Sanfuentes, 1998). Por lo tanto es importante incluir dentro del tratamiento médico de esta enfermedad medidas tendientes a modificar hábitos alimentarios, ya que se ha comprobado la existencia de trastornos de la conducta alimentaria en una población de sujetos obesos en comparación con otra de sujetos no obesos (Sanfuentes, 1991).

Se señala que es probable que el desarrollo de fenómenos metabólicos adaptativos que llevan al individuo a un balance calórico positivo –la teoría del *set point*- sumado a ciertas alteraciones de la conducta alimentaria contribuyen a explicar el abandono e incumplimiento de la dieta en muchos de los paciente que fracasan (Liberman et al., 1998) .

Hoy en día la terapéutica de la obesidad implica a menudo la realización de un “programa terapéutico”, el cual es multidisciplinario y el (los) objetivo (s) del tratamiento se deben definir en cada paciente de acuerdo con los problemas médicos asociados a la obesidad y no solamente con el logro de un determinado descenso de peso. El problema terapéutico se centra en la prevención de los riesgos y complicaciones del síndrome y no solamente en el aspecto estético.

Se han considerado como cinco los pilares en el tratamiento de la obesidad: dietoterapia, ejercicio físico, terapia conductual, fármacos y cirugía. (Manrique & Moreno, 2000).

El *tratamiento dietético* pretende estimular un cambio perdurable hacia un estilo de alimentación que produzca un efecto sobre la salud global de individuo en el mediano y largo plazo. El énfasis está puesto en la disminución del consumo de grasas totales, grasas

---

<sup>2</sup> Food and Agriculture Organization of the United Nations.

saturadas, azúcares simples y alcohol, fomentando un aumento en el consumo de fibra. Estas medidas han sido consideradas en la elaboración de la Pirámide Alimentaria Chilena y en las Guías Alimentarias del país. (Jury, Olivares & Albala, 2000).

El objetivo del *ejercicio físico* es lograr un balance calórico negativo sostenido a largo plazo. El ejercicio en combinación con la dieta acelera la pérdida de grasa, preserva la masa magra y previene o desacelera la disminución la tasa de metabolismo basal, más efectivamente que la dieta sola. (Albala, Díaz, Uauy & Kain, 2000).

La *terapia conductual* se orienta fundamentalmente a reforzar los cambios de hábitos alimentarios en el paciente obeso. Incluye dos componentes: lograr conscientemente una disminución de alimentos altamente calóricos, reemplazándolos por otros de bajo nivel energético y lograr promover un aumento de la actividad física (Wadden, 2000).

El *tratamiento farmacológico*, desde una perspectiva médica, cumple un rol coadyudante en el manejo del paciente obeso y en algunos casos es imprescindible, pues la dieta y el ejercicio muchas veces no bastan para lograr los objetivos terapéuticos. No obstante hay que considerar que muchas personas aquejadas de obesidad han utilizado fármacos en forma específica y muchas veces abusivas para poder bajar de peso, en especial anorexígenos.

Los fármacos que pueden ser empleados en obesidad se clasifican en tres tipos: los fármacos anorexígenos, los fármacos termogénicos y los fármacos inhibidores de la absorción. Los primeros ejercen su efecto sobre el sistema nervioso central a nivel de receptores o vías adrenérgicas, serotoninérgicas y/o dopaminérgicas. En la literatura no hay consenso respecto de la utilidad de ellos en la obesidad. En general se utilizan en pacientes adultos con un IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup>. Luego, dentro de los fármacos termogénicos, se incluyen los fármacos con efectos simpático 2 y beta 3 agonistas. Entre los primeros se cuentan la cafeína y efedrina y entre los segundos la sibutramina. Resultados de investigaciones indican que es probable que el uso combinado de estos fármacos sea de utilidad para reducir los efectos metabólicos adaptativos de las dietas hipocalóricas. Por último, entre los fármacos inhibidores de la absorción se cuentan la metilcelulosa, las biguanidas y la acarbosa. Estos agentes actúan sobre el sistema digestivo; sus efectos son variables y deben ser considerados en forma individual.

La *cirugía* queda reservada a un grupo especial de paciente con un IMC mayor de 40 kg/m<sup>2</sup> y previa evaluación de comorbilidades (Manrique & Moreno, 2000). De acuerdo al programa de tratamiento para la obesidad de la Universidad Católica de Chile, Manrique & Moreno (2000) señalan que las técnicas de mayor uso son la gastroplastía vertical y la gastroplastía con bypass gastroyeyunal, las que han mostrado muy buenos resultados a largo plazo. En cuanto a las contraindicaciones, según Seijas & Feuchtmann (1997) existen pacientes con algún tipo trastornos de personalidad (en especial de personalidad *borderline*) que se descompensan después de la cirugía, pero los estudios no presentan correlaciones consistentes entre psicopatología y predicción de respuesta psicológica al tratamiento por cirugía.

Para Manrique & Moreno (2000) la mantención es el punto más débil en el tratamiento de la obesidad, siendo necesario, en primer lugar, el reconocimiento de la obesidad como enfermedad crónica que requiere tratamiento permanente, y segundo, que el paciente sea controlado dentro de un programa de mantención estructurado, en que se desarrollen estrategias que hagan permanentes los cambios del estilo de vida que se consiguieron.

Respecto a las comorbilidades psiquiátricas, en la literatura se señala que “El tratamiento de trastornos por ansiedad o depresión en pacientes obesos son de vital importancia ya que de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento (Seijas & Feuchtmann, 1997).

Cabe destacar el hecho de que dentro de los tratamientos convencionales (médico-nutricionales y multidisciplinarios) no es usual incluir las psicoterapias mayores. En cambio una tendencia actual, dentro de los programas multidisciplinarios, es realizar psicoeducación, como una medida de apoyo a los cambios de hábito que se intenta promover en el paciente.

## 2.2. Teorías etiológicas de la obesidad

Se acepta que la obesidad es un síndrome de etiología múltiple (Arteaga, 1997), sin embargo no existe un criterio unificado para ordenar las diferentes teorías etiológicas. No obstante, de acuerdo a la importancia relativa que ciertas teorías otorgan a cada factor, es posible proponer tres clases de formulaciones: teorías predominantemente biológicas; teorías predominantemente psicológicas y teorías interaccionales (Sanfuentes, 1991). Aún no es clara la delimitación y la interrelación de cada una de ellas, hecho que ha impedido delinear más específicamente una taxonomía de esta disponderosis<sup>3</sup>. (Sanfuentes et al., 1998).

### 2.2.1. Teorías biológicas

Es de la fisiología de donde se extraen los primeros estudios acerca de las determinaciones biológicas de la conducta de ingesta. Dentro de las investigaciones clásicas de la fisiología se encuentra la búsqueda de factores relevantes para la experiencia subjetiva de “hambre” y “saciedad”:

Tradicionalmente, la fisiología de la regulación del comportamiento alimentario se ha centrado en *sistemas neuronales de organización dual y antagónica*. Los métodos clásicos de investigación del sistema nervioso –la lesión, la estimulación y el registro bioeléctrico– produjeron información concordante con la existencia de un sistema de atracción y otro de repulsión, a los que se rotuló, en metáfora simplificadora, “centros”. (...) La hiperfagia y el sobrepeso inducidos por la lesión del hipotálamo ventromedial, proporcionales a la destrucción tisular, vinculaban esta región con la supresión de la conducta de ingesta (“saciedad”). (Lolas, 2000, p. 82)

Según el mismo autor, estas nociones deben ser revisadas por tres razones: en primer lugar, las lesiones hipotalámicas no afectan sólo a la conducta alimentaria; en segundo lugar, no se trata de conductas “todo o nada” explicables por mecanismos “*on-off*” y los efectos de la lesión hipotalámica en la conducta dependen del peso previo; y en tercer término, las

---

<sup>3</sup> Alteración del peso corporal.

lesiones hipotalámicas interactúan con factores metabólicos: la lesión ventromedial no sólo causa hiperfagia, también provoca hiperinsulinemia, y aunque ambas perturbaciones están relacionadas, la hiperinsulinemia o algún cambio metabólico asociado, puede incidir en el peso corporal sin la presencia de hiperfagia. Finalmente, se ha demostrado que los cortes en el plano frontal del hipotálamo medial producen hiperfagia y sobrepeso, sugiriéndose de esta manera la participación de sistemas ascendentes y descendentes en los efectos conductuales.

En síntesis, estas observaciones permiten replantear la acción de los mecanismos hipotalámicos como “sistemas distribuidos” de función nerviosa, en los cuales la ingesta sólo es un componente.

Contemporáneamente, se han señalado distintos *factores fisiológicos* como responsables del control de la ingesta y de sus repercusiones ponderales. Tres teorías apoyarían este hecho: lipostática, glucostática y termostática.

En apoyo de la primera está el hecho de que la concentración sanguínea promedio a largo plazo de ácidos grasos libres es directamente proporcional a la cantidad de tejido adiposo del organismo. Por tanto, en sujetos de peso normal, es probable que algunos metabolitos grasos actúen mediante retroalimentación negativa sobre la ingesta, es decir, que a mayor presencia de ciertos metabolitos grasos, se inducirá una disminución en el apetito. Es posible que esta teoría explique razonablemente la regulación a largo plazo de la conducta de ingesta.

La teoría termostática señala la dependencia entre temperatura ambiental e ingesta. De acuerdo a ello la baja térmica induce mayor consumo de alimentos para compensar el gasto metabólico incrementado.

Finalmente, la teoría glucostática encuentra apoyo en el hecho de que un descenso en el nivel de glucosa sanguínea produce un aumento en la ingesta. Existe la posibilidad de que otros nutrientes, por ejemplo los aminoácidos y otras hormonas, cumplan también alguna función en el control del peso y la ingesta. Sin embargo las complejas interacciones entre nutrientes, hormonas, péptidos y neurotransmisores no explican todos los casos de trastornos de la ingesta, siendo probable que sus perturbaciones exhiban como nexo mediador alguna modificación conductual. El rol causal de los trastornos fisiológicos es

motivo de debate, pues sus alteraciones podrían interpretarse como reacciones de una homeostasis alterada por otros mecanismos (Sanfuentes, 1991).

También se ha investigado el papel que cumplen ciertos *neurotransmisores*, como la noradrenalina, la serotonina, el opioides y el péptido *Y*, que participan en la regulación de la frecuencia, duración, tamaño y calidad de las comidas que se eligen. Se ha postulado que los efectos en los neurotransmisores dependientes de la serotonina provocan además trastornos del ánimo y una apetencia exagerada por el consumo en comidas ricas en carbohidratos (CHO); ello ha dado lugar a la descripción de un síndrome denominado “adicción a los carbohidratos”. El consumo excesivo de comidas ricas en CHO podría restaurar la neurotransmisión serotoninérgica y mejorar los síntomas de depresión atípica (Albala, Pérez & Santos, 2000).

Por otro lado, la concentración de casos de obesos a nivel familiar ha sugerido una *etiología genética*, sin embargo, ello es de difícil interpretación por la dificultad de reconocer si ello obedece a una predisposición genética o a la continuación de una tradición en relación a los hábitos alimentarios y estilos de vida, heredados a través de los vínculos familiares. Las observaciones en gemelos univitelinos han sido contradictorias, pero sugieren una interacción genético ambiental. Los estudios de adopción apoyan una susceptibilidad genética, al demostrar una mayor correlación entre la masa corporal de los casos índices con los padres biológicos que con los padres adoptivos (Arteaga, 1997).

### 2.2.2. Teorías psicológicas

El conocimiento sobre los factores genéticos y fisiológicos que participan de la obesidad ha influido en centrar el debate en torno a su etiología sobre factores biológicos. 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 (1972, p. 69) 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 estudios psicoanalíticos sobre obesidad abren el debate sobre la psicogénesis de esta enfermedad, considerando que en ella son determinantes las influencias y perturbaciones durante el desarrollo. Rascovsky (1951 citado en Bustos, Fantuzzi, Greibe & Steiner, 2000) señala que la dependencia oral del obeso es intensa e impide el desarrollo adecuado de los aspectos activos de la etapa sádico-anal, y consecuentemente del desarrollo del instrumento esencial del sadismo, el sistema muscular; esta falta de desarrollo hace que las tendencias agresivas regresen e intensifiquen la estructura oral porque no encuentran un mecanismo más evolucionado para su desarrollo. Moscona (1984) agrega que la predisposición psicológica para la obesidad probablemente se sitúa en el proceso de pasaje de la etapa oral a la etapa anal, en que se produciría una detención en el desarrollo, consistente en una inhibición de la motricidad y la agresión.

Alperovich (1988) señala que ejerciendo la psicoterapia con pacientes obesos pueden observarse tres factores genéticos fundamentales: el énfasis oral precoz y habitual con otorgamiento de comidas engordantes; el aprisionamiento, y la represión de la sexualidad genital con que los padres van marcando la vida del hijo adiposo. Estos tres factores se combinan en proporciones variables. La condición sedentaria del obeso puede estar determinada, entre otros factores, por peculiares estilos de interacción con la familia en la infancia, donde la madre “aprisiona” y el padre deja aprisionar. De esta manera, se irá constituyendo un “superyó<sup>4</sup> obesígeno” (por medio de la internalización de esta pauta de relación) que sigue inmovilizando y engordando también al sujeto desde “dentro” de sí mismo a medida que va creciendo. Este tipo de falencia parental y de interacción con el hijo, así como posteriores vínculos análogos, van creando una de las condiciones necesarias para devenir obeso: el sometimiento a la falta de libertad y movimiento.

Respecto de la determinación de los vínculos tempranos para modular la conducta alimentaria, Bruch (1973 citado en Chandler y Rovira, 2002) enfatiza la dificultad que tiene el obeso para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que lo embargan cotidianamente. La consecuencia

---

<sup>4</sup> Laplanche & Pontalis (1967/2000, p. 419), definen el Superyó como “una de las instancias de la personalidad, descrita por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. Su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al yo. Freud considera la conciencia moral, la autoobservación y la formación de ideales, como funciones del superyó”.

de esto es el comer como respuesta a las emociones más diversas. La herencia de este modo particular de respuesta puede situarse en la incapacidad materna para responder empáticamente a los requerimientos biológicos, afectivos y más tarde sociales del niño. Si las necesidades e impulsos del niño, en un principio poco diferenciados, no han sido confirmados y reforzados, o lo han sido de un modo contradictorio e impreciso, aquél se sentirá perplejo cuando trate de distinguir entre las perturbaciones de su campo biológico y las experiencias afectivas e interpersonales (Bruch, 1972).

Para las formulaciones inspiradas en la teoría del aprendizaje, la obesidad es consecuencia de asociaciones establecidas en el curso de desarrollo en base a los principios del refuerzo. De esta forma, la alteración del peso representa un síntoma derivado de condicionamientos previos, tanto positivos como negativos, adaptativos y desadaptativos. Junto a ello, se encuentra la idea de una cierta dificultad para discriminar adecuadamente claves externas e internas, lo que llevaría a que el comportamiento alimentario sea controlado por una configuración de estímulos -cognitivos y afectivos- que se caracterizan por ser inespecíficos o inapropiados (Booth, 1988 citado en Sanfuentes, 1991).

La teoría del aprendizaje por imitación sostiene que las figuras parentales influyen modelando actitudes y comportamientos relativos a la alimentación. (Cáceres & Pizarro, 2002). En consecuencia, el niño que crece en un ambiente familiar donde alguna de las figuras parentales come en exceso o utiliza el alimento, por ejemplo, como compañero de múltiples situaciones sociales, será muy probable que aprenda los mismos patrones de comportamiento.

Según la teoría constructivista post-racionalista, la obesidad está asociada, en muchos casos, a una “Organización de Significado Personal” al parecer prevalente en los desórdenes alimenticios de carácter psicógeno, cuyo origen puede encontrarse en la ambigüedad de las relaciones vinculares tempranas que se estabilizan sólo estableciendo una relación “sobreinvolucrada” y no diferenciada con una figura de referencia absoluta. Ello genera un significado personal alrededor de un sentido indefinido de ineffectividad personal (Zagmutt, 2000 citado en Cáceres y Pizarro, 2002).

Desde un punto de vista familiar-sistémico, la obesidad es el resultado de un proceso histórico relacional de la familia (Cordella, 1998). Según esta autora, entre las características observadas en las familias con algún (os) miembro (s) obeso (s) se

encuentran una facilitación de la relación de dependencia, una facilitación de las relaciones de cuidado, sobreinvolucración, evitación del conflicto y asignación rígida de roles.

Nos interesa enfatizar el hecho de que, si bien hemos expuesto hallazgos descritos por diferentes corrientes psicológicas que dan 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. Por ejemplo, De la Balze et al. (1971, p. 86) plantean que “la envoltura en una obesidad actúa esencialmente como un mecanismo de defensa (...) como medio que permite al sujeto asegurarse ante el mundo, usando su volumen para evitar la agresión exterior; o en otros casos podría representar la fantasía de un embarazo, etc.”. Otros autores, como Chiozza (1997) o Moscona (1981) concuerdan en señalar la diversidad de significados psicológicos que puede asumir la obesidad para la persona que la porta.

### 2.2.3. Teorías interaccionales

Se agrupan aquí aquellas teorizaciones que explícitamente hacen uso de factores psicológicos y biológicos en un marco unificado e interpretan la obesidad como el resultado de su participación conjunta. Esta interacción debe extenderse también a los *factores socioculturales*, que desempeñan un papel modulador sobre las relaciones psicofisiológicas, y deben tenerse presente en las relaciones etiológicas (Sanfuentes, 1991).

Varios autores han estudiado diferentes aspectos de la *conducta alimentaria*, desde una perspectiva multidimensional. Lolas (2000) explica que, como otras conductas motivadas, la ingesta tiene tres caracteres definitorios. En primer lugar, pueden describirse en ella dos fases, que en conjunto determinan un ciclo motivacional: por un lado está la conducta apetitiva o “buscadora de estímulos” y por otro está el acto consumatorio de la ingesta propiamente tal. En segundo lugar, la motivación para la ingesta es periódica, con

ciclos de actividad y saciedad, y a cada una le corresponden mecanismos fisiológicos distintos. La tercera característica de las conductas motivadas es que parecen estar “energizadas” por una necesidad o carencia, cuya resolución depende de la ejecución del comportamiento alimentario que lo sacia. La potencia relativa de un agente motivador de la ingesta alimentaria es función de experiencias previas, de la etapa del ciclo vital en que se encuentra el individuo y de influencias fisiológicas.

La alteración de la conducta alimentaria ha sido formulada desde la *teoría de la Restricción Cognitiva*<sup>5</sup>, que explica y predice determinados comportamientos, como la ingesta incrementada en la obesidad, además de ofrecer un modelo integrativo y más amplio que el estudio de la conducta alimentaria misma. Con la introducción del término se sugiere una dimensión general de la personalidad que se asocia a desinhibiciones de muy diversos comportamientos y a estados de tensión vital. El concepto de Restricción se refiere a la tendencia de algunas personas a restringir su ingesta como una forma de regular su peso corporal. Los patrones alimentarios estarían determinados por factores fisiológicos que impulsan al deseo de comer y por los esfuerzos para resistir tal deseo. Este esfuerzo cognitivo que actúa como mediador para combatir el impulso a comer se denomina *Restricción* y puede reflejarse en el hecho de hacer dieta (Herman & Mack, 1975 citado en Sanfuentes, 1991).

La Restricción Cognitiva puede operar en personas fenotípicamente obesas como en personas que no lo son, pero que exhiben una tendencia “reprimida” a ingerir nutrientes. Tanto en obesos como en personas “biológicamente programadas” para ser obesas pero que mantienen un peso normal, se suponen altos índices de Restricción; sin embargo, frente a “desinhibidores” como el alimento, sustancias como el alcohol o bajo el efecto de ciertas emociones, se “gatillaría” una conducta paradójal con pérdida transitoria del control cognitivo e ingesta exagerada. Lolas (2000) explica que la Restricción no afirma ser un factor etiológicamente decisivo, sino que más bien puede contribuir a explicar el estado ponderal final de sobrepeso u obesidad. El control cognitivo sobre la ingesta, la adhesión a prácticas de ejercicios físicos con el fin de bajar de peso y el permanente examen de la forma del propio cuerpo, inducen en las personas con alta Restricción un estado de tensión

---

<sup>5</sup> Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43: 647-660.

permanente, predisponiendo el desarrollo de complicaciones psicológicas como ansiedad y depresión (Lolas, 1992).

La teoría de la Restricción se fundamenta en dos planteamientos previos sobre la obesidad:

a) *La teoría de la Externalidad*, (Schachter, 1971 citado en Sanfuentes, 1991) que establece una dicotomía entre claves externas como el olor, sabor, aspecto de los alimentos y claves internas como contracciones gástricas e hipotéticos procesos hipotalámicos relacionados con la ingesta. Los obesos responderían preferentemente a estímulos externos. Los autores que han sometido a prueba esta teoría han llegado a resultados contradictorios, que pueden ser en parte explicados por la dificultad de los sujetos para discriminar entre estímulos internos y externos. Esta teoría linda con las aportaciones de Bruch (1972) sobre experiencias vinculares tempranas y sus ulteriores desarrollos en la comprensión de la psicología del obeso, al subrayar en la incapacidad de estas personas para discriminar hambre de saciedad y hambre de otras sensaciones.

Varios autores (Facchini, 2002; Cordella, 1998; Moscona, 1984) concuerdan en admitir disturbios en la imagen corporal de muchos pacientes obesos al nivel de registros de sensaciones interoceptivas, cenestésicas y exteroceptivas. Las implicaciones del desarrollo temprano del yo en la construcción de la imagen corporal y las consecuencias de estos procesos en obesidades psicógenas, son temas que se abordarán más adelante.

b) *La teoría del Set Point* (Nisbett, 1972 citado en Sanfuentes, 1991) se refiere a la determinación biológica del peso corporal. Este *set point* o peso ideal estaría definido por el número de células adiposas el cual a su vez depende de la dotación genética y de las experiencias nutricionales tempranas. En los obesos este *set point* sería más alto.

De acuerdo con la teoría de la *Restricción*, las discrepancias entre el peso ideal determinado biológicamente y aquél establecido de acuerdo a los cánones de belleza determinados culturalmente, llevan a la aparición de patrones alimentarios peculiares y a una serie de mecanismos de adaptación fisiológicos y psicológicos, como lo es la hipótesis de la desinhibición, donde el autocontrol es temporalmente interrumpido por ciertos elementos con propiedades desinhibitorias, que pueden ser cognitivos, emocionales o

farmacológicos (Sanfuentes, 1991). El fenómeno de la dieta, que refleja la operación de la restricción cognitiva, no es sólo consecuencia de un proceso intrapsíquico o intraorganísmico, es además producto de factores socioculturales sobre la imagen deseada de estructura corporal y apariencia física.

Una consecuencia interesante propuesta en sujetos que puntúan alto en *Restricción*, es que los alimentos habitualmente ingeridos por ellos no son los más apetecidos, sino los “permitidos”, situación que podría incubar una permanente frustración y asociar el comer lo prohibido con el atractivo de la transgresión. De esta manera, resulta concebible que el comer no sea fuente de satisfacciones corporales sino más bien se convierta en fuente de frustraciones (Lolas, 2000).

### **2.3. Algunas características psicológicas asociadas a la obesidad: investigaciones realizadas**

Según Chandler & Rovira (2002), en la literatura se pueden encontrar numerosas comunicaciones sobre las dificultades emocionales que sufren los obesos, pero la interpretación de los datos es difícil de conciliar, por la variedad de muestras utilizadas, de marcos teóricos empleados y por la discrepancia en los métodos de observación; no obstante, la evaluación global puede dejar como corolario, que si bien no ha sido posible demostrar un trastorno específico en la personalidad del obeso, éstos sufren con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos respecto de sujetos no obesos.

Una investigación en nuestro medio realizada por Sanfuentes (1991) en mujeres con sobrepeso y obesidad (N = 46) en comparación con mujeres de peso normal (N = 44), mostró que ciertas dimensiones psicofisiológicas son predictivas de la tendencia a desarrollar obesidad, al actuar principalmente sobre los patrones de ingesta alimentaria. Específicamente mostró que dimensiones del comportamiento alimentario –Restricción, Desinhibición y Hambre- diferencian mujeres con sobrepeso y obesidad de aquéllas de peso normal, también mostró que las mujeres con sobrepeso y obesidad manifiestan mayor ansiedad verbal que las de peso normal; las primeras expresan verbalmente un mayor grado de Hostilidad hacia sí mismas, en cambio, en las de peso normal la dirección de la

hostilidad es mayormente Hacia Fuera; las primeras presentan índices de Neuroticismo<sup>6</sup> más elevados que las segundas; además, como en otras investigaciones, se corrobora que las mujeres con obesidad nutricional presentan mayores niveles de insulina plasmática lo concuerda con datos previos (Pfeiffer, 1989 citado en Sanfuentes, 1991).

Otro de los trastornos psicológicos que se presenta dentro de la población de obesos es la distorsión de la imagen corporal. Se relaciona con la impresión que tienen algunos individuos obesos de que su cuerpo luce vergonzoso y grotesco y que los demás los consideran con desprecio y hostilidad. Generalmente este síntoma puede verse en personas que han sido obesas desde la infancia y según Lolás (1992) en modo alguno representa un fenómeno corriente en los obesos.

También se ha estudiado la relación entre variables socioculturales y obesidad; aquí nos referiremos específicamente a la estigmatización que sufre muchas veces el sujeto obeso. Al respecto, Stunkard & Wadden (1985 citado en Sanfuentes, 1991) señalan que la actitud negativa de la población con normopeso hacia los obesos, lleva a que estos se sientan discriminados socialmente lo que puede traducirse en pérdida de la autoestima, depresión, relaciones interpersonales pobres o aislamiento social. El obeso sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece.

Chandler & Rovira (2002) agregan que la actitud negativa hacia la población de obesos es más corriente en clases socioeconómicas altas, donde la obesidad es reprobada socialmente y prácticamente considerada un “defecto”. En este nivel es evidente la asociación entre el ideal de belleza y de éxito con la “figura magra”. La obesidad puede tener un sentido avergonzante para quien la padece, que se asocia con el abandono personal y con el dejarse llevar por placeres censurables, los que tienen lugar debido a la “falta de voluntad” del individuo, entregado con facilidad a permanentes excesos. Estos autores indican que es frecuente observar en la clínica depresiones reactivas donde presiones socioculturales juegan un papel importante en que el obeso se sienta “culpable y responsable de todos los defectos que se le atribuyen.” (p. 21).

---

<sup>6</sup> El índice de “Neuroticismo” se relaciona con la reactividad autonómica al stress. Los sujetos se ubicarían en el continuo *estabilidad – neuroticismo* de acuerdo con su mayor o menor predisposición fisiológica a activar el sistema nervioso autónomo en presencia de estimulación estresante. (Sanfuentes, 1991)

Behar, Botero, Corsi, Muñoz & Rosales, (1996) realizaron un estudio donde se efectuó un sondeo exploratorio para medir patología alimentaria y el grado de insatisfacción respecto a la imagen corporal entre mujeres diagnosticadas de bulimia y/o anorexia nerviosa, obesidad y mujeres de peso normal, a través del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) y el Inventario de Trastornos Alimentarios (EDI). Se concluyó que la insatisfacción corporal se encuentra igualmente elevada en los grupos de mujeres con bulimia y/o anorexia y obesidad.

En un estudio publicado por la American Psychological Association (Matz, Faith, Foster & Wadden, 2002), que se basó en la evaluación de 79 mujeres aquejadas de sobrepeso y obesidad, señala que el nivel de insatisfacción asociado a la imagen corporal en mujeres obesas presenta una correlación inversa significativa con una alta autoestima. También encontraron que los niveles de insatisfacción corporal presentan una correlación significativa positiva con la internalización de patrones culturales estándar de apariencia y que la insatisfacción corporal presenta también una correlación significativa positiva con vivencias de frustración experimentadas por las pacientes en su adultez, no así con las vivencias de frustración experimentadas en su juventud. Para evaluar la insatisfacción con la imagen corporal utilizaron el “Body Shape Questionnaire” (Cooper, Taylor, Cooper & Fair Burn, 1987 citado en Matz et al., 2002), que evalúa dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la actitud hacia la imagen corporal.

En síntesis, estos investigadores sugieren que la insatisfacción corporal puede ser considerada como una señal de la condición en la que se encuentra la autoestima, y agregan que la consideración de los factores psicológicos e interpersonales en la intervención clínica de la paciente que desea bajar de peso (con sobrepeso u obesidad) es fundamental para que pueda hacer frente a los efectos de la insatisfacción corporal. Por el contrario no encontraron correlación ni asociación alguna entre las variable nivel socioeconómico e insatisfacción corporal en mujeres con sobrepeso y obesidad, aunque señalan que es necesaria una muestra más amplia para determinar con exactitud la existencia o no de asociación entre estas dos variables. Sugieren que su investigación tiene la limitación de haberse basado en métodos de autoreporte por parte de los sujetos de investigación. Los resultados de esta investigación son en particular relevantes para nuestro estudio, como se verá más adelante.

Mediciones sobre el perfil de personalidad de los obesos, evaluados con instrumentos estandarizados (16 PF de Catell), han llevado a López et al. (1989 citado en Sanfuentes, 1991) a las siguientes conclusiones: “Los obesos tienden a ser inestables emocionalmente, autosuficientes, fácilmente culpabilizables, precavidos, introvertidos, ansiosos y dependientes.” (p. 44).

Cáceres & Pizarro (2002) realizaron una investigación que evaluó el funcionamiento psicológico de siete mujeres adultas que padecían de obesidad mórbida y que recibían tratamiento multidisciplinario para la obesidad en el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con el fin de orientar en la elaboración de un perfil prototípico de personalidad, utilizando el Test de Rorschach. Entre los resultados más relevantes destacan la presencia de una tonalidad emocional melancólica y falta de vigor vital en la percepción del mundo y de sí mismas, dando cuenta de un afecto depresivo; alteraciones de la imagen corporal, ya sea porque estuviese simbolizada de manera caótica y/o estuviese connotada desde el rechazo y la devaluación; tendencias a establecer relaciones interpersonales de dependencia, presentando un sentido de sí mismas borroso e indefinido que, probablemente (concluyen las autoras), surge de la ambigüedad de los vínculos tempranos.

Una investigación realizada por Díaz y Lladser (2002, p. 88), en donde estudiaron a ocho mujeres que realizaban tratamiento multidisciplinario en una Clínica privada de nuestro país, a través del Test de Relaciones de Objetos de Phillipson, concluyeron que estas pacientes presentaban “un tipo de funcionamiento con una identidad confusa y cambiante, con límites frágiles, con distorsión del esquema corporal (mayor identificación con hombres por sobre las mujeres)”. En las situaciones grupales las pacientes anticipan devaluaciones, críticas, frustraciones. En situaciones triádicas o edípicas estas pacientes manifiestan dificultad para diferenciarse de la pareja unida, lo que da cuenta que no les es permitido lograr la autonomía y separatividad que la situación triangular requiere. Por último en los vínculos heterosexuales predomina la idealización con escasa cabida al placer corporal mediado por la genitalización.

Las dos investigaciones antes citadas apoyan estudios anteriores que han relacionado obesidad con trastornos al nivel de la percepción interoceptiva. Ello se expresaría en la dificultad que presentarían ciertas personas obesas para percibir,

discriminar y nominar los afectos, fundamentalmente los registros de hambre y saciedad (Zuckerfeld, 1979 citado en Facchini, 2002).

Algunos autores sugieren que en algunos pacientes obesos se observa un peculiar estilo cognitivo denominado “pensamiento operatorio”, que se caracteriza por una tendencia al uso de la acción en presencia de conflictos, menguada fantasía y deficiente expresión verbal de emociones y afectos; esta última característica se ha denominado *alexitimia* (Lolas, 1992).

## **2.4. Cuerpo e imagen corporal**

### 2.4.1. La imagen del cuerpo en su perspectiva psicosomática

Para Weiner (1983 citado en Christian, 1997) la perspectiva psicosomática puede llamársela integrativa, porque concibe el desarrollo de la enfermedad en interacción con diferentes contextos. El comienzo de la enfermedad, su mantención y sus consecuencias tienen componentes sociales, psicológicos, conductuales, fisiológicos y condicionados por el desarrollo, y por lo tanto, una comprensión del enfermar no puede permanecer restringido a su patofisiología.

Doerr (1972 citado en Christian, 1997, p. 52) afirma que: “La medicina científico-natural nos abandona cuando no logra adscribir síntomas a substratos corporales definidos. También encuentra límites en casos en que una misma enfermedad transcurre distinta en individuos diferentes”. Una psicosomática integrativa no implica la aditividad de “datos”, sino exige examinar el poder referencial (plausibilidad) de cada contexto. La tarea es “entender en el lenguaje del otro punto vista lo que significan los fenómenos capturados en el primero” (Weizsäcker, 1982 citado en Christian, 1997, p. 53). A esta comprensión dialéctica aludía Víctor von Weizsäcker con el “círculo de la forma” (*Gestaltkreis*), que en rigor es un modelo metódico.

Una aproximación psicosomática considerará a un organismo como un sistema – compuesto de subsistemas- que cumple funciones de intercambio con su ambiente, “así, en este contexto, no hay “hechos psíquicos” ni “hechos somáticos”; hay solamente fenómenos en la interfase ambiente-organismo”. (Lolas, 1984, p. 174). La consecuencia práctica que

tiene adscribirse a esta perspectiva, supone diferencias en cuanto a los métodos de observación y al lenguaje utilizado para la descripción de fenómenos.

Desde este marco de entendimiento, el concepto de *imagen del cuerpo* supone, en última instancia, un producto del sujeto en interacción, o en otras palabras, la función que tiene lugar en el límite de un sistema:

Se habita un cuerpo físico como un cuerpo psicológico, formado sobre la base de interacciones con otros y de representaciones en la fantasía. Esta imagen del cuerpo es tan importante y tan real como el cuerpo físico, con la diferencia de que obedece a otros principios y no se deja simplemente relegar a la regularidad de las disciplinas nomotéticas. Parece no ser universal sino variar con sus portadores individuales. (Lolas, 1984, p. 92)

La imagen del cuerpo representa una “mezcla” entre el *Körper* y el *Leib*, es decir, una intersección entre el objeto de estudio de las ciencias naturales y entre las “ciencias espirituales”, por así decir. Antropológicamente, la imagen del cuerpo es un modo de existencia humana (Christian, 1997), y sus posibilidades de conceptualización pueden superar el tradicional dualismo entre “cuerpo” y “espíritu”.

#### 2.4.2. Aproximación conceptual y epistemológica: El cuerpo y su representación

El cuerpo al que queremos aludir en este estudio es aquel que se hace representante del cuerpo biológico: es el “cuerpo representado” lo que, siguiendo a Nasio (1996) implica hablar de dos anatomías, una real y una psíquica. De la primera da cuenta la ciencia de la época, en particular la medicina y la biología. La designación de “*cuerpo biológico*” explicita su cualidad “asimbólica”<sup>7</sup>. El segundo es la que se va formando en la percepción interna del sujeto; esta percepción es particular para cada uno y es un mundo constituido de modo caricatural respecto del cuerpo biológico. Puede decirse que es un mundo ficticio, fantasmático y cargado de afectividad.

---

<sup>7</sup> La expresión “*asimbólico*” quiere decir que no se reconoce al cuerpo revestido por una significación, o sea que no se ha realizado como creación simbólica.

En realidad tratamos con una imagen psíquica que no es fiel respecto al cuerpo biológico, reflejándolo de manera parcial. Puede decirse que lo que vincula ambas anatomías, psíquica y biológica, es la percepción.

Se distinguen dos vías de acceso a la percepción que se tiene del objeto: la “externa”, que proviene de los órganos de los sentidos, y la “interna”, que proviene de la serie placer-displacer unidas a las representaciones inconscientes. Los derivados que provienen de la realidad “externa” se organizan mediante el pensamiento en un conjunto de representaciones que se refieren al objeto “externo” de la *realidad material*. Los derivados de la realidad “interna” se organizan como un conjunto de representaciones que constituyen los afectos y pensamientos asociados, para configurar un objeto de percepción “interna”, la *realidad psíquica*, dotada de un sentido o significado (Chiozza, 1998). Al distinguir entre *realidad psíquica* y *realidad material*, nos retrotraemos al principio de la obra de Freud:

La distinción entre percibir un objeto real externo y recordarlo, introduce elementos a considerar que determinan la creación de un espacio nuevo, una realidad individual, que puede denominarse “realidad psíquica”. El objeto que pone en marcha esta operación no es cualquier objeto, es un próximo semejante, primer objeto de satisfacción, primer objeto hostil y único auxiliador. (Ascaso, 2000)

Cuando Freud distingue entre realidad psíquica y realidad material, -o la pregunta por la coincidencia entre lo que es percibido y lo que es recordado- propone un nuevo objeto de estudio y por lo tanto genera problemáticas epistemológicas que conciernen al saber y la realidad.

Según Sami-Ali (1990), Freud se apoya en Kant y plantea la doble afirmación de que tanto la realidad interna –psíquica-, como la externa, es incógnita, y que lo que conocemos como realidad está determinada por nuestro modo de aprehensión de aquélla.

Cassirer (1971 citado en Chiozza, 1998) explica que las representaciones que constituyen el conocimiento no “copian” de manera directa o ingenua la realidad material a través de la reproducción. Por el contrario, la regla consiste en formar “imágenes virtuales o símbolos” de los objetos exteriores. De este enunciado, Cassirer extrae una conclusión: que existen tantas estructuras diferentes del objeto del conocimiento como tan diversos son los puntos de vista en el planteamiento de un problema.

Desde este punto de vista, no tiene sentido hacer coincidir la realidad “objetiva” con la realidad material definida por Freud. La realidad “objetiva” posee atributos de lo corporal y lo psíquico.

En términos de la tradición fenomenológica que encarnó Paul Christian (1997) para la construcción de su “Medicina Antropológica”, lo importante es buscar modos de lenguaje comunes entre el cuerpo objetivo (*Körper*) y el cuerpo representado (*Leib*), este último vivenciado subjetivamente. La percepción, la mirada, el movimiento, el dolor y la experiencia del cuerpo en la enfermedad son temas que encuentran una imbricación común al *Körper* y el *Leib*. A nuestro conocimiento objetivo nunca se presenta el cuerpo por sí solo, sino siempre sólo “un” cuerpo anónimo, mezcla de *Körper* y *Leib*. En una nota de Christian:

En esta determinación personal se trata de que el cuerpo, esencialmente mi cuerpo, tu cuerpo y su cuerpo es, no según criterios de diferenciación individual, sino de “subjetualidad” (*Subjektheit*), como existente (...). La corporalidad es un modo de la existencia humana y por ello toma parte el cuerpo en forma inmediata de la individualidad y particularidad de la persona. (Christian, 1997, p. 214)

El cuerpo del que tratamos en este trabajo es una “imagen del cuerpo”, un reflejo de aquél y cobra el valor de realidad psíquica. Siguiendo a Nasio (1996), tratamos con una “anatomía psíquica” pero que se hace representante de otra que es “real”. Y aquélla imagen es una creación del propio sujeto, que lo distingue de otros sujetos. Lo que llamamos imagen del cuerpo se sitúa en lo íntimo de la relación entre lo psíquico y lo orgánico.

#### 2.4.3. Esquema corporal e Imagen corporal

Un trabajo clásico sobre la imagen corporal pertenece a Schilder (1950) y se basó en la integración de la Fisiología, la Neuropatología y la Psicología (principalmente gracias a los aportes de la Gestalt y el Psicoanálisis). Este autor define *la imagen del cuerpo* como “aquélla representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece” (p. 15). Para Schilder, la imagen corporal trata de algo más que una percepción. Otorga la experiencia inmediata de que existe una unidad

corporal. Schilder prefiere utilizar el término *esquema corporal* para designar esta imagen del cuerpo. Agrega que “aunque proviene de los sentidos no es una mera percepción. Hay en ella, sí, representaciones mentales pero tampoco es una simple representación” y argumenta que no es posible hablar del esquema corporal sin aludir a la percepción y cómo ésta se inscribe en representaciones mentales, lo que implica decir finalmente que el esquema corporal es una *imagen mental* que integra sensaciones provenientes de distintas fuentes: superficie corporal, impresiones táctiles, térmicas, doloríficas, interoceptivas, motilidad, percepción óptica y su relación con el mundo exterior.

Head (1920<sup>8</sup> citado en Schilder, 1950) propone que el esquema corporal alude a un “modelo postural del cuerpo”:

Además de su función como órgano de atención local, la corteza sensorial, es asimismo, la alacena de las impresiones pasadas. Estas pueden surgir en la conciencia como imágenes, pero con mayor frecuencia –como en el caso de las impresiones especiales- permanecen fuera de la conciencia central. Allí, forman modelos organizados de nosotros mismos que podríamos llamar “esquemas”. Estos esquemas modifican las impresiones provocadas por los impulsos sensoriales aferentes, en forma tal que la sensación definitiva de posición o de localización surge en la conciencia cargada de la relación con algo ocurrido anteriormente. La destrucción de estos “esquemas”, por una lesión de la corteza, torna imposible todo reconocimiento de la postura o de la localización de un punto estimulado en la parte afectada del cuerpo”. (p. 15)

La experiencia demuestra que cuando se pierde la orientación de derecha a izquierda con respecto al propio cuerpo, también se pierde la orientación con respecto a los cuerpos de los demás. Un ejemplo clásico de una destrucción tal de estos “esquemas” –en términos de Head- aportado por la neuropsicología, consiste en la descripción de un paciente que sufre la amputación de una pierna y en que se le aparece “el fantasma” del miembro perdido:

(...) el sujeto siente todavía su pierna y experimenta la vívida impresión de que aún la tiene ahí. Hasta puede llegar a olvidarse de que ya no la tiene, y caer al suelo. Este fantasma, esta imagen animada de la pierna, es la expresión del esquema corporal. (Schilder, 1950, p. 17)

---

<sup>8</sup> Head, Sir H., “Aphasia and Kindred Disorders of Speech”. *Brain*, 1920, 43, 87.

La pregunta que retorna de este ejemplo tiene que ver con los mecanismos que intervienen en las relaciones de impresiones aisladas con la unidad corporal. Al respecto, Schilder formula la hipótesis de que la imagen del cuerpo es una *gestalt*, pero aclara que su concepción es dinámica, en el sentido de que, más que de una estructura, se trata de una estructuración continua, en permanente estado de cambio y organización.

Para Schilder, el dolor orgánico desempeña una importante función en el desarrollo de la imagen del cuerpo ya que pone de relieve la sensación de pertenencia y aprehensión corporal.

Los trabajos de Pankow, (1996) quien basada en el trabajo con pacientes psicóticos y psicosomáticos, opina que la imagen del cuerpo viene definida por dos funciones simbolizantes fundamentales que son: primero, el reconocimiento inmediato de un vínculo dinámico entre la parte y la totalidad del cuerpo (*gestalt*) y segundo, la captación posterior no tanto de la forma, sino sobretodo del contenido y el sentido de dicha ligazón dinámica. Ambas funciones las llamó “funciones simbolizantes” porque subrayan una “regla de intercambio, una ley inmanente del cuerpo que viene dada implícitamente por la función fundamental de la imagen del cuerpo.” (p. 99).

En desarrollos posteriores sobre la imagen corporal, encontramos diversos trabajos. Doltó (1984/1997, P. 16) señala que “no debe confundirse la imagen corporal con el esquema corporal”. Doltó, al referirse al esquema corporal, señala que éste corresponde a “una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto con el mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenéstésicas” (p.18). Luego agrega que “Ciertamente, afecciones orgánicas precoces pueden provocar trastornos al esquema corporal” (p.18). Y más adelante dice que “el esquema corporal refiere el cuerpo actual en el espacio a la experiencia inmediata. Puede ser independiente del lenguaje.” (p. 22).

Doltó menciona que el esquema corporal es una abstracción de la vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad y se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia. En cambio, la Imagen corporal, se estructura mediante la comunicación entre

sujetos y la huella, día tras día memorizada, de la frustración libidinal asociada a la comunicación entre sujetos en momentos clave del desarrollo.

Para Doltó la imagen del cuerpo es siempre inconsciente y está constituida por una imagen funcional de base, articulada con la imagen derivada de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones. Doltó agrega que en un inicio, el esquema corporal es el mismo para todos los sujetos, en cuanto representantes de la especie, pero no lo es la imagen corporal, la cual es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Para Doltó la imagen del cuerpo es, siempre, memoria inconsciente de toda la vivencia relacional. Luego agrega que “gracias a nuestra imagen del cuerpo, entrecruzada con nuestro esquema corporal, es que podemos entrar en comunicación con el otro por que no es sino en la imagen del cuerpo donde el pasado inconsciente resuena en la relación presente.

Doltó es enfática en aclarar que la imagen inconsciente del cuerpo no es la imagen, por ejemplo, dibujada o modelada por un niño en la sesión psicoterapéutica, sino que esta imagen ha de ser revelada por el diálogo analítico con el niño, esto quiere decir que el analista no puede interpretar de entrada el material gráfico que el niño le trae; es éste quien, asociando su trabajo, proporciona los elementos para una interpretación de sus síntomas.

Lieberman (1971, en Lieberman et al., 1993) distingue entre:

a) El *esquema del cuerpo*, que se trata de:

Una inscripción del orden de los engramas motores que integra información acerca del cuerpo en distintas posturas y movimientos, incluido en el espacio externo y en relación con los objetos. Integra información derivada de la sensibilidad kinestésica, cenestésica, de los órganos del equilibrio y del dolor. (p. 234)

b) La *imagen del cuerpo* estaría conformada por:

i. Síntesis de imágenes de la superficie del cuerpo que dan cuenta de su estructura y de todos los cambios que sufre el cuerpo a raíz de su movilidad y de su funcionamiento, asibles a partir de la información visual.

ii. Construcciones análogas acerca del estado y funcionamiento al interior corporal. Comprende representaciones analógicas sobre la estructura de los espacios corporales internos, la ubicación y relación entre los órganos, la interrelación entre los espacios entre sí con los espacios del objeto y con el espacio externo.

c) *Representación del cuerpo*, que es “un símbolo<sup>9</sup>, que integra orgánicamente, las múltiples vivencias del cuerpo en funcionamiento e intercambio objetual, sucedidos a lo largo de toda la vida” (Lieberman et al., 1993, p. 233). La transformación simbólica de las experiencias del devenir vital permitirán construir representaciones mentales del cuerpo, que mantienen elementos constantes y nexos invariables, dentro de estados corporales cambiantes. *La representación del cuerpo designaría un símbolo que abarca tanto el esquema corporal como la imagen corporal.*

Lieberman se refiere a “representación del cuerpo”, porque considera que es la designación adecuada para un símbolo que abarca tanto la imagen del cuerpo como el esquema corporal, términos que suelen utilizarse como equivalentes.

Pensamos que el concepto de representación del cuerpo de Lieberman se asemeja al concepto de imagen inconciente del cuerpo de Doltó, en el sentido de que ambos aluden a representaciones inconcientes históricas y ligadas al cuerpo.

La definición que hemos elaborado nosotros de la imagen corporal, en base a los diversos antecedentes citados, es que ésta consiste en la impresión total que un sujeto se hace de su propio cuerpo. Esta imagen es resultado de un proceso de percepción e integración de información proveniente de diversas fuentes, donde por un lado influyen factores más específicamente biológicos como la cenestesia, la motilidad, el tacto, equilibrio, la postura, la interocepción y la visión (ligados más bien al concepto de esquema corporal) y por otro factores más específicamente psicológicos, mediados por el yo, tales

---

<sup>9</sup> Lieberman et al. (1993) define “símbolo” como una creación del aparato simbólico, que a través de procesos sucesivos de discriminación, abstracción y síntesis, logra la cualidad de representatividad abstracta de múltiples experiencias de vinculación del sujeto con objetos humanos e inanimados (...) El duelo por el objeto perdido crea la necesidad de construir un símbolo, el cual, sin negar la pérdida, evoque al objeto”. (p. 219). Rodrigué (en Lieberman et al., 1993, p. 219) define el símbolo desde el punto de vista psicoanalítico como “un objeto capaz de representar al objeto original pero que pueda ser diferenciado no sólo de aquél sino del propio yo”.

como identificaciones, mecanismos de defensa, estado emocional, influencias del superyó, etc.). La Imagen del cuerpo que evaluaremos en este estudio incluye en sí al esquema corporal bajo la influencia del yo; o sea bajo la influencia, en un sentido más amplio, de la imagen inconsciente del cuerpo, que determinará el modo en que cada sujeto “aprehende” su corporalidad. Nuestra formulación puede quedar sugerida en la siguiente pregunta ¿cómo valoran las pacientes la información entregada por sus sentidos respecto a su cuerpo?.

#### 2.4.4. Algunos aspectos de la construcción de la imagen corporal: Apuntes psicoanalíticos

La construcción temprana de la imagen corporal se encuentra ligada a los procesos de *formación del yo y de la identidad* (Moscona, 1984).

El origen del yo y el origen del sentido de realidad son dos aspectos de una misma etapa del desarrollo. En su primera elaboración metapsicológica dada al funcionamiento psíquico, Freud atribuye al yo un papel privilegiado. El yo representa la estructura psíquica que le permite al sujeto no confundir sus procesos internos con la realidad (Laplanche & Pontalis, 1967/2000).

El yo puede ser considerado como un “cuerpo psíquico”, cuerpo constituido de representaciones; en definitiva, un *corpus* espacial, limitado e investido. Freud refiere la imagen de una vesícula viviente para explicar la relación entre un cuerpo y su límite, límite que esencialmente posee una significación económica o energética: sirve para proteger y para mantener una diferencia de nivel entre el interior y el exterior. Este “cuerpo” será también será el punto de partida de una evolución - el aparato psíquico-. En último término, *el aparato psíquico es concebido como el resultado de una especialización de funciones corporales*. Analogía que cobra validez para explicar las funciones del yo y sus relaciones con la función de los aparatos perceptivos y protectores del organismo: “de igual modo que el tegumento constituye la superficie del cuerpo, el sistema percepción-conciencia se halla en la “superficie” del psiquismo” (Laplanche & Pontalis, 1967/2000, p. 469).

El propio cuerpo, y sobretodo su superficie, es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. El cuerpo será visto como un objeto “otro” gracias a la percepción. Pero si el sentimiento de sí –la imagen corporal- aún no se

ha constituido, el niño no podrá ubicar como suya esa percepción ya que carecerá de un órgano “psíquico” que pueda referenciarlo a sí mismo. En alusión al problema del yo y límite corporal, Freud, en un pasaje del *yo y el ello* (1923/2000) señala que:

El yo es ante todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, el mismo, la proyección de una superficie (...) el yo deriva de sensaciones corporales, principalmente de las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar la superficie del aparato psíquico.” (Freud, 1923/2000, pp. 27-28)

Fenichel (1957) proporciona una síntesis muy clara acerca del descubrimiento por el *infans* de los primeros objetos y del proceso de formación del yo. Según este autor, las etapas más tempranas del desarrollo deberán ser referidas por expresiones como “excitación” y “relajamiento”; solamente las etapas posteriores podrán ser descritas en términos más precisos y diferenciados. La vida del niño transcurre en una alternación entre el hambre (y otros estados perturbadores, como el frío) y el estado de sueño. Tales estados perturbadores conducen a un estado de tensión y a un esfuerzo por librarse de esa tensión. Cuando aparecen indicios de un desarrollo arcaico del yo, se abre la posibilidad para el niño de la existencia de un mundo externo que puede hacer algo para aplacar los estímulos y entonces se crea la primera ansia de objetos. Esta primera relación objetal sólo subsiste mientras persiste la ausencia del objeto gratificador. Con la aparición de éste, esta ansia desaparece, para dar lugar al estado de sueño.

Antes de la aparición de este “primer objeto”, el niño depende físicamente de aquéllas personas gracias a cuyos cuidados se mantiene con vida. Pero estas personas no constituyen sus objetos, en un sentido psicológico, dado que el bebé no tiene conciencia del mundo externo, sino tan sólo de su propia tensión o relajamiento. La primera conciencia de un objeto tendrá que surgir de un anhelo de algo que ya le resulte familiar al bebé, algo que tiene la aptitud de gratificar necesidades y que en ese momento no está presente. (p. 49)

Para Liberman et al. (1993) a medida que la construcción de la imagen del cuerpo se torna más compleja, se va constituyendo la *espacialidad y la temporalidad*. La espacialidad como

dimensión exterior al cuerpo, sólo es asequible en tanto se accede a la dimensión tridimensional del cuerpo. La posibilidad de registro y representación de estados corporales y emocionales, dependerá de la inscripción del tiempo como nueva dimensión. Espacio y tiempo, entonces, se integrarán a partir de la construcción progresiva de la imagen corporal, que supondrá a su vez diferencias significativas entre espacio topográfico y espacios internos corporales y mentales, y entre tiempo cronológico y tiempo “interno”, sentando de esta manera las bases del sentimiento de identidad.

Hasta ahora, el yo (*“das Ich”*) es empleado por Freud para denotar una parte determinada de la psique, con características y funciones especiales. Pero el yo también aparece en Freud en alusión a otra acepción, sobretodo en trabajos vinculados al *narcisismo*<sup>10</sup>, como una expresión equivalente al “sí mismo” o al “sentimiento de sí” (*“das Selbst”*). En estos términos, el yo se refiere a la persona tomada como totalidad (incluyendo su cuerpo) para diferenciarla de otras personas. Aunque se reconoce la diferencia entre ambas acepciones, según Strachey (Freud, 1923/2000), no es fácil establecer una línea demarcatoria entre ambos sentidos del vocablo.

De acuerdo a esta última acepción (*“das Selbst”*), el narcisismo toma por objeto la imagen unificante del cuerpo. Entonces el yo, en el narcisismo, se presenta como objeto de amor para el propio individuo. En este sentido, Lacan, (1949 citado en Moscona, 1984) en su comunicación sobre el estadio del espejo como formador de la función del yo - considerada por él como la experiencia narcisista fundamental-, destaca lo que él llama *Estadio del Espejo*, entre los 6 y los 18 meses del desarrollo mental, en los que el niño se regocija curioseando su imagen en el espejo:

La imagen anticipada y reflejada del cuerpo como totalidad reemplaza la angustia del cuerpo fragmentado, vivencia ésta que se adscribe a la prematuridad del ser humano (...) La imagen del cuerpo fragmentado se refleja en el espejo como completa, sin escisiones, creando en el niño una ilusión: la ilusión de la completitud. El niño se identifica con algo que no es, pero que le permite reconocerse. Cuando establece una relación entre su cuerpo y esta imagen, llena un vacío. (Moscona, 1984, p. 58)

---

<sup>10</sup> Freud, S. (1914/1992). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas*. (pp. 65-98). Volumen XIV (1914-16). Cuarta Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Este estadio define una identificación del yo con el otro, es la primera relación intersubjetiva y la primera internalización de una relación. Pero es una relación ilusoria y a esta ilusión puede llamársela, por ahora, imagen “ortopédica”. A partir de esta cuestión es que la formación del yo y la aprehensión del objeto es simultánea.

La mentalización del yo a partir de la construcción de la imagen de sí (“*das Selbst*”), hace del yo una representación esencialmente imaginaria, que tendrá el sello de un primer objeto exterior. Lo fundamental es el hecho de que el adulto, que sostiene al bebé en pie, le ratifique que esa imagen en el espejo es la suya. El adulto es quien anticipa la promesa: “siendo como esa imagen serás”. A su vez, es como si el niño dijera: “eso que está ahí es lo que ven los ojos de mi madre” (Lajonquiere, 1996 citado en Palma & Tapia, 2003, p. 22). El niño se prende –se identifica- de esa imagen (es así como se hace objeto del deseo materno). Entonces, la identificación primordial con la imagen especular, es el soporte de las posteriores identificaciones imaginarias que constituirán el yo. (Palma & Tapia, 2003).

Según Kernberg (1987) existe una confusión considerable respecto a los conceptos de yo y sí mismo en la literatura psicoanalítica. Según este autor, Freud nunca separó lo que nosotros pensamos como la instancia psíquica del yo y el sí mismo (self) y agrega:

Estoy de acuerdo con Laplanche y Pontalis en su amplia discusión de este tema en que Freud siempre mantuvo la ambigüedad, la tensión interna de su concepto *Ich* –para indicar sus propiedades sistémicas así como el hecho de que, como parte de estas propiedades sistémicas, el yo es el asiento de la conciencia y con ella, la conciencia del “self” de uno o del “self” como persona.” (p. 207).

Kernberg propone definir el “self” como una estructura intrapsíquica que se origina en el yo y está claramente incrustada en él, considerándolo al “self” como una entidad psicosocial, interaccional y conductual. El “self” consiste en el sentimiento de sí que experimenta la persona, en tanto suma de las representaciones tanto de sí misma como de los objetos, siendo “una experiencia” más propia de la conciencia.

Nos interesa particularmente esta diferenciación por cuanto nosotros consideramos que es, ante todo, la experiencia del “self” la que se experimenta al vivenciar la propia

corporalidad, elemento central de nuestra investigación en pacientes obesas. Acaso podríamos decir que la imagen corporal, representa y al mismo tiempo sostiene la vivencia del sí mismo, el sentimiento de sí, como un sistema integrado, con límites, con afectos, con contituidad, en interacción con otros y con el entorno, y lo más importante, posee un valor, una cualidad, y por lo tanto, constituye significado, significado que nos interesa develar en la medida de lo posible por medio de los métodos de esta investigación.

## 2.5. Problemáticas clínicas del paciente obeso

Stunkard (1985 citado en Lolas, 1992) plantea que de entre las alteraciones psicológicas más frecuentemente asociadas a la obesidad se encuentran la alteración de la imagen corporal (y consecuentemente la insatisfacción corporal), la ingesta excesiva y complicaciones por hacer dieta.

### 2.5.1. La insatisfacción corporal

A pesar que un descenso del 5% al 10% del peso es considerado exitoso (Manrique & Moreno, 2000) ya que se relaciona con una mejoría en los parámetros metabólicos de comorbilidades relacionadas al peso, no ocurre lo mismo desde la perspectiva del paciente (Stunkard & Wadden; Foster et al., citado en Facchini, 2002), cuyas expectativas muchas veces exceden lo que los tratamientos no quirúrgicos pueden ofrecer. Lo anterior sugiere que la insatisfacción con la imagen corporal no es sólo una motivación frecuente para intentar bajar de peso, sino que también puede ser fuente significativa de un malestar crónico que repercute en la calidad de vida de quien la padece.

Pacientes que bajaron de peso tienen puntajes más cercanos a los sujetos obesos que a los no obesos en mediciones de imagen corporal (Cash, Counts & Huffine, citado en Facchini, 2002). Adami et al. (1998 citado en Facchini, 2002) observaron en pacientes postobesos luego de bajar de peso por cirugía, que aquellos con obesidad de comienzo en la edad adulta, presentaban una mejoría notable en los parámetros de satisfacción respecto de la imagen corporal, no así los pacientes de comienzo a edad temprana, siendo los resultados de éstos últimos similares a los de los obesos. Por lo tanto el peso y la satisfacción corporal no guardan una relación de correspondencia.

Según Albala, Díaz & Arroyo (2000), la evaluación del grado de distorsión cognitiva y afectiva de la imagen corporal en la obesidad<sup>11</sup> es de utilidad para planear una

---

<sup>11</sup> Alude a disturbios de la imagen corporal de tipo cognitivo emocional, que comprenden todo lo referente al grado de satisfacción con la propia imagen, creencias y actitudes. Los trastornos a este nivel se expresan como insatisfacción corporal, imagen corporal negativa, “lenguaje corporal negativo”, odio o menosprecio corporal, etc. (Facchini, 2002)

intervención terapéutica específica y medir los resultados del tratamiento. La evaluación de la imagen corporal debiera ser parte del manejo clínico de la obesidad, considerando que se ha demostrado en estudios de intervención que se obtienen mejores resultados cuando se considera dentro de los objetivos del tratamiento la preocupación por la imagen corporal (Hompson & Tantleff-Dunn, 1998, citado en Albala, Díaz & Arroyo, 2000). Existen varios cuestionarios que se utilizan en el estudio de los trastornos de la imagen corporal, por ejemplo, el MBSQ (Multidimensional Body Self Questionnaire), el BAT (Body Attitude Test), el BSQ (Body Shape Questionnaire) o el Cuestionario de Insatisfacción Corporal de Zukerfeld; sin embargo, sólo este último ha sido adaptado para pacientes obesos.

Por ejemplo, es relevante la diferenciación, en la percepción de los pacientes obesos, entre lo que constituye un peso realista y uno ideal. Es cierto que la insatisfacción con la imagen corporal es una motivación importante para querer bajar de peso, pero puede ser motivo de un significativo impedimento y malestar crónicos que repercuten notablemente en la calidad de vida de quien la padece. El fracaso en alcanzar un objetivo ideal, puede dejar a la persona con un sentimiento de frustración, inadecuación, etc., a pesar de una pérdida de peso significativa (Facchini, 2002).

Considerando estos antecedentes, es posible pensar la obesidad del que consulta disgustado por su aspecto corporal como un *síntoma social* –de la época moderna- es decir, como lugar donde se confronta la discrepancia entre la realidad psíquica y la realidad social (Ascaso, 2000). En este punto nos preguntamos cómo se constituye en el sujeto lo cultural, la imposición de una imagen ideal, y cómo ello deviene impulsor de una condición de malestar psíquico, por ejemplo, en el paciente obeso. Le Breton (2002) destaca el *valor* como eje fundamental de la imagen corporal, siendo éste:

La interiorización que el sujeto hace del juicio social respecto de los atributos físicos que lo caracterizan (...) de acuerdo con la historia personal y con la clase social en la que estructura su relación con el mundo, el sujeto se apropia de un juicio que marca con su impronta la imagen que se hace del cuerpo y su auto estima (p. 146).

Para este autor, la imagen del cuerpo no es un dato objetivo, es esencialmente un valor que refleja la influencia del medio y la historia personal del sujeto. Este valor puede adquirir una tonalidad positiva y negativa, pero en el fondo es el reflejo de una ecuación compleja

entre lo social y lo subjetivo. En el contexto de la modernidad que caracteriza nuestra época, “surge un nuevo imaginario del cuerpo que conquista prácticas hasta entonces inéditos” (p. 151). El cuerpo se impone como un tema predilecto del discurso social, será lugar privilegiado del bienestar (la forma) o del buen parecido (cosmética, dietética, etc.).

Según Lolas, (2000) los ideales de belleza son adoptados por las comunidades humanas e impuestos a sus miembros como modas transitorias internalizadas por éstos. Gran parte del problema clínico de ciertos sujetos obesos de descubre ligado a la imagen que de sí mismas tienen estas personas. Desde el punto de vista anamnóstico, cabe preguntarse hasta qué punto los obesos sienten su cuerpo como “dismórfico”, y desarrollan algún tipo de patología consecutiva a esa percepción (Kreuger, 1989 citado en Lolas, 1992).

#### 2.5.2. El comportamiento alimentario y la práctica de la dieta

Una parte de los trastornos psicológicos asociados a la obesidad derivan de la práctica de hacer dieta. Entre la sintomatología asociada más frecuente se encuentran la debilidad, ansiedad y ánimo depresivo. Se sugieren tres variables significativas (Lolas, 1992): las personas cuya obesidad apareció en la infancia parecen ser más vulnerables; la restricción calórica estricta provoca síntomas con mayor facilidad que la abstinencia total de alimentos; y el tratamiento ambulatorio es más estresante que el realizado en hospitalización. Además, las personas con obesidad severa (IMC mayor o igual a 40) sufren trastornos emocionales más graves durante la dieta que aquellas con obesidad moderada (IMC mayor o igual a 35).

De los patrones anómalos de ingesta, el más estudiado es la bulimia. Alrededor del 5% de las personas obesas lo manifiesta, si bien sin el vómito que frecuentemente le acompaña en los casos de sujetos no obesos (Lolas, 1992). Existe cierta evidencia –la teoría de la Restricción Cognitiva- (Sanfuentes, 1991) de que el hecho de hacer dieta puede asociarse al patrón bulímico de la ingesta. En este sentido, sujetos con altos puntajes en Restricción no responderían adecuadamente a un tratamiento sólo dietético (Lolas, 1992).

El DSM-IV clasifica el “Binge Eating Disorder” (BED) o trastorno de comer por atracones. Este trastorno agrupa aproximadamente entre el 10% y el 30% de los pacientes que consulta para bajar de peso, contra un 2% de la población general (Marcus, 1993;

Robertson, 1997; Fairbuern, 1999 citados en Facchini, 2002). Este subgrupo requeriría un abordaje terapéutico especial ya que tienden a tener un sobrepeso mayor, más cantidad de intentos previos de bajar de peso, mayor comorbilidad psiquiátrica y puntuaciones más elevadas en cuanto a la problemática de la imagen corporal (Marcus et al., 1992; Grilo et al., 1994; Striegel-Moore et al., 1998 citados en Facchini, 2002).

Un aporte del trabajo realizado por Sanfuentes (1991) consiste en proponer una tipificación del paciente obeso en base a dimensiones del comportamiento alimentario y la indicación de tratamientos específicos. Por ejemplo, sujetos con altos índices de *Restricción* se beneficiarían con técnicas que destaquen factores cognitivos y de información (como el contenido calórico de las dietas), aquellos con altos puntajes en *Desinhibición* con técnicas conductuales para afrontar situaciones de stress, por ejemplo, y sujetos con altos puntajes en *Hambre Fisiológica*, con estrategias para afrontar el hambre o anorexígenos usados prolongadamente.

### 2.5.3. La obesidad entendida como adicción al alimento

Algunos autores (Cordella, 1998; Chandler & Rovira, 2002) estudian la participación de la alimentación y todos los procesos que ello genera en la regulación de la ansiedad. Cordella (1998) concuerda con Bruch (1972) al distinguir entre obesidad genética y reactiva. La primera aparece generalmente durante la infancia y los sujetos que la padecen se caracterizan por tener un *set point* elevado en comparación con la población con normopeso, alteración en la integración de la sensación de apetito y regulación de la angustia y el ánimo a través de la ingesta. Los obesos reactivos no necesariamente cumplen con la determinación genética de un *set point* elevado y no tendrían alteraciones en los registros de hambre y saciedad.

Algunos autores (Lieberman, 1971, Rosenfeld, 1960 & Rosolato, 1975 citado en Facchini, 1981) ven en la obesidad una huída maníaca en la cual la comida se utiliza como medio para evitar, a través del cuerpo, una crisis depresiva. Ante la frustración intolerable, muchas veces una situación de pérdida o separación, el enfermo se refugia en la droga o la comida. Sabido es que los hidratos de carbono al producir un aumento de la insulina estimulan la producción de triptófano, precursor de la serotonina (5HT), la que regula el

ánimo y disminuye el apetito. Es posible pensar que algunos niños obesos mantienen un nivel basal de angustia aumentado que requiere ser regulado desde la ingesta. Durante el desarrollo esto tendría como consecuencia concebir un cuerpo representado con múltiples espacios vacíos (las percepciones que fueron bloqueadas y aquellas que no se aprendieron a nominar) y de esta forma ir construyendo una identidad fraccionada (Cordella, 1998).

En opinión de Lolás (2000, p. 88), “es interesante explorar el modelo de las adicciones aplicado a los trastornos de la conducta alimentaria”, aún cuando se trate de una hipótesis. Otros autores, como Moscona (1981) han sugerido también el componente adictivo del alimento, donde su privación ocuparía el mismo lugar funcional que la privación de la droga para el drogadicto. Según esta autora, “en ciertas personas obesas o con tendencia a la obesidad, la comida ha traspasado el umbral de elemento básico que sirve para la supervivencia y que además provoca placer y satisfacción por vía oral incorporativa y ha llegado a transformarse en el objeto de una necesidad compulsiva y a la vez impulsiva” (p. 77). Por *compulsión* se entiende el carácter de imposición coercitiva de la vivencia: el sujeto no puede detenerse ni dejar de comer. Por *impulsiva* nos referimos a lo que Otto Kernberg describe para las neurosis impulsivas y las adicciones:

Me refiero aquí a esta forma de patología severa del carácter en la cual hay una crónica erupción repetitiva de un impulso que gratifica las necesidades instintivas en una forma que es egoditónica fuera de los episodios de impulsividad, pero que es egosintónica y realmente placentera durante el episodio mismo. El alcoholismo, la adicción a las drogas, ciertas formas de obesidad psicógena, o la cleptomanía, son ejemplos clínicos”. (Kernberg, O<sup>12</sup>, en Moscona, 1981, p. 78)

En tal caso, un obeso sometido a la suspensión de la ingesta puede padecer vivencias de autodestrucción, aniquilación y muerte, donde lo que se activa es una angustia de vivencias catastróficas: “cuando un obeso está haciendo régimen, suele producirse el tan conocido “síndrome de abstinencia”, el cual consiste en que todo el organismo parece sentir la interrupción parcial y temporaria de la ingesta como “algo que le falta” y cuya ausencia se

---

<sup>12</sup> Kernberg, O. “Organización de la personalidad borderline”, *A. J. Psychoanalytic Association*, vol. 15, 3, p. 641.

torna intolerable, a tal punto que en ciertos casos el sujeto se siente como si estuviera amenazado de muerte. Algunos pacientes lo expresan claramente, en el contexto de una psicoterapia, como temor a morir de inanición” (Moscona, 1981, p. 78). Dörr (1997) subraya que el grado de egosintonía con respecto al deseo de comer, en pacientes obesos, es mucho mayor respecto de pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa, y en este sentido está aquél más próximo al alcohólico.

Federn (1952/1984) estudia la relación entre los estados maníaco-depresivos y las adicciones en relación con la capacidad del yo de tolerar la frustración o el dolor psíquico.

El maníaco y el adicto tienen en común su ansiedad por evitar (vale decir, su impotencia para tolerar) la frustración *inminente*; la persona deprimida se caracteriza por su impotencia para tolerar la frustración *experimentada*. Muchos se vuelven adictos para eludir la depresión, y muchos adictos se deprimen cuando es frustrada su adicción. (p. 301)

El maníaco y el adicto tienen en común la eliminación de las inhibiciones existentes; el maníaco sentirá un engrandecimiento del yo gracias a la sensación de haber derrotado a la instancia que lo sojuzga; el adicto encuentra en un sustituto (que maneja omnipotentemente) el objeto que lo satisface.

Según el mismo autor, el común denominador a los pacientes de estos tres grupos (maníacos, depresivos y adictos) es “la falla fundamental relativa a su incapacidad para tolerar y sufrir el dolor psíquico” (p. 302).

## **2.6. Aproximación psicológica para una fundamentación de hipótesis**

Se considera habitualmente que una de las motivaciones más importante para iniciar un tratamiento para la obesidad lo constituye la impresión vergonzosa que la persona puede tener de su propio cuerpo. Varios autores concuerdan en esta idea, por ejemplo, Mónica Facchini (2002, p. 30) señala que “la consecuencia psicosocial más importante de la obesidad es la insatisfacción con la Imagen corporal”; luego señala que “El deseo de mejorar la Imagen corporal es a menudo la motivación más importante para intentar bajar de peso”. Zukerfeld (2002) señala que en los pacientes obesos los problemas relacionados con la Imagen corporal se deben tener siempre en cuenta porque en definitiva la mayor

parte de éstos consultan por un malestar vinculado con el aspecto del cuerpo. Chiozza et al. (1997, p. 107) dice que “el deseo de adelgazar no surgió sobre la balanza, sino frente al espejo”. Cash (1990 citado en Facchini, 2002, p. 30) señala que “comparados con los individuos de peso normal, las personas con obesidad presentan más distorsión en cuanto a la percepción de su tamaño corporal, están más insatisfechas y preocupadas con su apariencia física y tienden a evitar situaciones sociales por su apariencia”.

*A partir de estas consideraciones es factible que en las pacientes obesas se encuentren niveles significativos de Ansiedad de Vergüenza asociada a la Imagen Corporal, medida a través del Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal.*

Sin embargo, a pesar de la disconformidad que parecen presentar los pacientes aquejados de obesidad respecto de su Imagen corporal y de cómo esta disconformidad puede ser una de las principales motivaciones para querer bajar de peso, otros autores han descrito la dificultad que presentan estos pacientes para comprometerse con un tratamiento y lograr los objetivos terapéuticos. Por ejemplo, Cormillot & Fuchs (2002) observan que muchos pacientes obesos, aunque manifiestan malestar por su apariencia, no logran comprometerse con el tratamiento y finalmente desertan. Explican la conducta del obeso frente al tratamiento introduciendo el concepto de *dismorfofilia*, que indica la tendencia parcialmente inconciente al apego a la “imagen corporal obesa” y por lo tanto la resistencia a abandonarla, probablemente por los múltiples significados que ésta trae aparejada.

Ahora bien, ¿Por qué las personas portadoras de obesidad necesitarían conservar su peso (o su imagen); ¿No resulta esta afirmación como algo contradictorio?

Cormillot y Fuchs (2002) señalan que se hace necesario considerar que los hábitos alimentarios están determinados por factores psicológicos inconcientes, desarrollados a través de los años, muchos de ellos asociados a intensas experiencias afectivas de la infancia. Chiozza et al. (1997), desde otra línea de pensamiento, llega a plantear la idea del cuerpo del obeso como expresión de un conflicto: cuando el obeso se pone a dieta, se reaniman dos deseos que entran en pugna: “el deseo inconciente de aumentar las reservas adiposas y el deseo conciente de adelgazar. Satisfacer uno de ellos implica frustrar otro, con el displacer correspondiente” (p. 153).

De la Balze et al. (1971, p. 85) indica que pese a que la obesidad puede ser conscientemente rechazada por el sujeto, “la adiposidad está sirviendo y reflejando una situación psíquica” (p. 86). Por lo tanto perder la adiposidad significaría ver derrumbarse la “coraza” que lo defendía; el paciente comienza a sentirse desposeído, desarmado: en una palabra, empieza a angustiarse” (p. 89).

Otros autores también explican la función que podría cumplir el alimento para el obeso. Chandler y Rovira (2002) señalan que:

(...) el sujeto obeso “elige” la comida como objeto -en vez de otros objetos- para su compromiso afectivo, porque “ella” [la comida] no abandona (...) el vacío psíquico juega un papel crucial en la cuestión del no saciarse del obeso (...) si el normal saciarse representa la separación del objeto anhelado (la comida), el comer de más y no sentirse nunca llenos, en pacientes obesos que hemos estudiado, nos hizo pensar en su vano intento de llenar un vacío interior sin límites, vacío que tiene su origen en dañinas experiencias [psicológicas]<sup>13</sup> infantiles de soledad y abandono. (p. 20)

Navarro (1997, p. 92) concuerda con estos autores y sugiere que si la ingestión de comida es el factor decisivo para la obesidad, entonces ocurre que:

El comer se vuelve sustituto del contacto, de la comunicación emocional y en una transformación del amor materno (...) en general, en los obesos existe un *conflicto* entre el deseo de adelgazar y la renuncia al placer de comer (...) el alimento, para el obeso, representa la cosa buena del exterior que necesita incorporar para llenar un vacío interior (...) la comida representa más allá de la satisfacción de la necesidad, también el amor y la seguridad” (pp. 93-96).

La dificultad para poder cumplir con el tratamiento también recibe apoyo desde la teoría de la Restricción Cognitiva, ya que ésta plantea una condición de “stress” permanente en el paciente obeso con altos puntajes en “Restricción”: debe lidiar con determinaciones

---

<sup>13</sup>La palabra entre paréntesis es nuestra; queremos resaltar con ello que se trata de una vivencia del sujeto que es interna, independiente de la conducta explícita, que puede ser equivalente o no con aquélla.

fisiológicas que lo impulsan a comer y con imperativos “culturales” que lo impulsan a hacer dieta.

De acuerdo a la naturaleza de la sub-escala de Ansiedad de Separación del Método de Gottschalk –referencias a abandono, pérdida de apoyo, pérdida de amor u objeto amoroso, o amenaza de tales (ver pág. 65)- es posible pensar que la relación que el paciente obeso establece con su imagen corporal y con el valor afectivo de los procesos de alimentación, podrán ser reflejados en el puntaje para esta sub-escala.

*En acuerdo con lo anterior, afirmamos que en las pacientes en que predomine la Ansiedad de Vergüenza asociada a la Imagen corporal (en cuanto reflejaría una situación de disconformidad hacia su propio cuerpo) por sobre la Ansiedad de Separación asociada a la Imagen corporal (en cuanto reflejaría una situación psicológica de anhelo del cuerpo obeso) probablemente se encontrarán mejores resultados al tratamiento. Creemos que en los casos de pacientes donde se de la situación contraria, es decir, mayores puntajes en Ansiedad de Separación que en Ansiedad de Vergüenza, se encontrarán peores respuestas al tratamiento.*

Por otra parte, y en relación a la posición subjetiva que pueden tomar ciertos pacientes obesos respecto de imperativos socio-culturales hacia su patología, Chandler & Rovira (2002, p. 21) señalan que el individuo obeso muchas veces se encuentra “sintiendo a su cuerpo como feo y grotesco y detestándolo finalmente, al mismo tiempo que se siente culpable y responsable de todos los defectos que se le atribuyen”.

En relación a lo anterior y enfatizando el tema de la culpabilidad en los obesos, De la Balze et al. (1971) señala que la adiposidad puede representar no solo un mecanismo que le permita al paciente regular la angustia sino que además puede llegar a constituir un auto castigo en sí mismo, es decir, un intento del paciente por exponerse a las molestias y complicaciones que esta situación conlleva. El fin sería el de aplacar un sentimiento de culpa cuyo origen se halla fuera de la experiencia conciente del paciente y que forma parte de un desarrollo psicológico particular: “El individuo se ve entonces feo, deforme, repugnante, despreciado y ridiculizado por los demás” (p. 92). Desde esta perspectiva la obesidad constituiría un modo de “tranquilizarse” del obeso, de darse una “buena

conciencia”, pues se hace sufrir en la proporción necesaria para aplacar este sentimiento de culpa, creando, irremediabilmente, un círculo vicioso del cual resulta difícil salir.

Esta idea nos sugiere otro posible significado: la obesidad vendría a constituir un daño auto infligido (algo propio de las dinámicas depresivas y masoquistas). Esta hipótesis también podría ser tentativa de explicar que el obeso se resista a abandonar su obesidad.

Moscona (1981) distingue dos momentos en el ciclo de la obesidad: en el primero predomina una sensación de completitud, derivada de la satisfacción de su deseo de comer. Luego un segundo momento, “donde se produce el deseo de expulsar lo incorporado, vivido como dañino y autodestructivo; pero ante el peligro de sentirse vacío y necesitado, vuelve a repetirse el ciclo” (p. 81). Este hecho sugiere que en el segundo momento el paciente obeso experimenta sentimientos de dolor, malestar e insatisfacción, lo cual lleva a la interrogante de ¿Por qué el paciente persiste en una conducta, que al fin de cuentas, lo hace sufrir?. La hipótesis de los sentimientos de culpa expiados a través de esta conducta alimentaria podría ayudar al paciente a liberarse del sentimiento de estar gozando de un “placer censurable”.

*Dado lo anterior, sugerimos que en las pacientes en que predomine la Ansiedad de Culpa asociada a la Imagen corporal por sobre la Ansiedad de Vergüenza asociada a la Imagen corporal se encontrarán resultados insatisfactorios al tratamiento.*

## **2.7. El concepto psicológico de “asociación” y su importancia en la construcción de una “instrucción estándar” para la obtención de muestras verbales en este estudio.**

### 2.7.1. El Método de Gottschalk

El procedimiento tradicional del método de Gottschalk et al. (1984) para obtener muestras verbales, contempla la inclusión de una “instrucción estándar”, dactilografiada en una tarjeta para ser leída en voz alta al sujeto antes de encender la grabadora. Convencionalmente dicen lo siguiente:

Este es un estudio de hábitos de lenguaje y conversación. Cuando yo haga una señal, quisiera que usted hable durante cinco minutos acerca de alguna experiencia vital interesante o dramática que haya experimentado. Una vez que haya empezado, estaré aquí escuchando, pero preferiría no responder preguntas que usted quisiera hacerme hayan que terminen los cinco minutos. ¿Tiene usted alguna pregunta que quisiera hacerme ahora, antes que empecemos?. Bueno, entonces, puede comenzar. (Gottschalk et al., 1984, p. 27)

La idea principal de esta instrucción es proporcionar al sujeto una situación parecida a la de la entrevista psicoanalítica o a la de un test proyectivo, donde el examinador adquiere la cualidad de una “pantalla en blanco, sobre la cual el sujeto proyecta una parte de la gama de sus reacciones a cualquier situación vital vagamente similar dentro de su experiencia pasada” (Gottschalk et al., 1984, p. 27) Ahora bien, ¿Qué factores intervienen –o determinan- los contenidos verbales elicitados por la “instrucción estándar? Para abordar esta pregunta intentaremos comprender los fundamentos históricos y teóricos que subyacen al método de Gottschalk. En alusión a la pregunta, de Gottschalk et al. (1984) se extrae lo siguiente:

Presumiblemente, aquello de lo cual el sujeto habla durante cualquier muestra verbal depende, en parte, de qué conflictos psicológicos y sentimientos estén siendo fuertemente experimentados en ese momento, es decir, qué sentimientos y conflictos son más intensamente activados y focales en ese momento. Este estado psicológico determina cómo el sujeto percibe la situación experimental y de qué eventos, de su pasado reciente o remoto, se acuerda. (p. 27)

Entonces, el sujeto puesto ante la tarea de hablar sobre una experiencia personal “traumática” tendrá que recurrir a su acopio de recuerdos y el relato elegido tendrá relación, a su vez, con aquellos pensamientos concientes o inconcientes facilitados por el contexto de entrevista.

### 2.7.2. La “asociación libre” de Freud

Cuando Gottschalk señala que ciertos “conflictos” y “sentimientos” pudiesen estar determinando aquello de lo que el sujeto “habla”, posiblemente remite a lo que Freud sugirió como fundamento empírico de su técnica psicoanalítica de la “asociación libre”<sup>14</sup>. En una de sus conferencias dictadas en la Clark University, de Worcester, Massachusetts, en 1909, decía:

(...) no podía creer que una ocurrencia del enfermo, producida por él en un estado de tensa atención, fuera enteramente arbitraria y careciera de nexos (...). En los enfermos bajo tratamiento ejercían su acción eficaz dos fuerzas contradictorias: por una parte, su afán conciente de traer a la conciencia lo olvidado presente en su inconciente, y, por la otra, la consabida resistencia que se revolvía contra ese devenir-conciente de lo reprimido o de sus retoños. (Freud, 1909/1992, p. 26)

De la cita es posible desprender dos ideas capitales: primero, que Freud recurre, para fundamentar su técnica –de investigación de lo inconciente-, a su doctrina de la *represión* y su principal manifestación clínica, la resistencia, explicando la *desfiguración* en las asociaciones verbales producidas por sus enfermos durante el tratamiento psicoanalítico, o, como él también las llamó, *ocurrencias sustitutivas*, es decir, asociaciones en complicidad con lo reprimido y tolerables por el sujeto, pero en “hilación” o en “asociación” con el elemento psíquico reprimido. Y en segundo término a los experimentos de asociación desarrollados por la escuela alemana del siglo XIX y por la escuela de Zurich a principios del siglo XX.

Freud plantea que la memoria practica una selección entre las impresiones que se le ofrecen y tal selección es comandada por principios de placer-displacer, es decir, se olvidan aquéllas experiencias cuyo recuerdo provoca displacer, y en cambio, exteriorizaciones

---

<sup>14</sup> Laplanche & Pontalis (1967/2000, p. 35) definen el método (o la regla) de la asociación libre como un “método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea”.

afectivas de tal recuerdo displacentero pueden abrirse paso a la conciencia por otras vías, gracias a fenómenos psíquicos como el *desplazamiento* y la *condensación*<sup>15</sup>.

Freud destaca, que “todas las impresiones se conservan, por un lado, de la misma manera como fueron recibidas, pero, además de ello, en todas las formas que han cobrado a raíz de ulteriores desarrollos” (p. 266); con ello llega a postular la “atemporalidad” de lo inconciente, es decir, que el conflicto psíquico siempre estará presente, a pesar del paso del tiempo, a través de representaciones actuales (situaciones existenciales, las relaciones interpersonales, etc.).

Para Laplanche & Pontalis (1967/2000, p. 33-34) la técnica de la asociación libre de Freud exige trabajar con algunos supuestos:

- Una “idea” que se ocurre al sujeto, al parecer en forma aislada, constituye siempre un elemento que remite en realidad, conciente o inconcientemente, a otros elementos. Se descubren así series asociativas, que Freud designa con distintos términos: “línea” [Linie], “hilo” [Faden], “encadenamiento” [Verkettung], “tren” [Zug], etc.
- En definitiva, el discurso asociativo no se halla regido pasivamente por leyes generales como las que estableció el asociacionismo. La agrupación de las asociaciones, su eventual aislamiento, sus “conexiones”, su posibilidad de acceso a la conciencia, forman parte de la dinámica del conflicto y las defensas propias de cada sujeto. Son las asociaciones las que pondrán de manifiesto lo que se denominará “complejo”, por la escuela de Zurich.
- Dentro de un complejo asociativo, la “fuerza” de un elemento no permanece siempre unida al mismo en forma inmutable. El juego de las asociaciones depende de factores “económicos”: la energía de “catexia” se desplaza de un elemento a otro, se condensa en los puntos nodales, etc.

---

<sup>15</sup> Consiste en el hecho de que una representación –en este caso, “indiferente”- puede atraer sobre sí todo el acento o interés de otras representaciones originarias.

### 2.7.3. Los experimentos “antiguos” de asociación

Los primeros experimentos de asociación se atribuyen a Francis Galton (1879-1880), quien preparó 75 palabras estímulo (la mayoría nombres), las escribió sobre papeletas separadas y las dejó olvidadas sobre un cajón durante varios días. De tiempo en tiempo se inclinaba para ver las papeletas y ponía en marcha su cronómetro, deteniéndolo en el instante en que ésta le hubo sugerido dos ideas diferentes. Inmediatamente revisó estas dos ideas y buscó en su memoria sus orígenes y relaciones con la palabra estímulo.

Siguió con toda la lista de palabras estímulo cuatro veces a intervalos de más o menos un mes, y juntando luego sus datos se encontró que había revisado 505 ideas en un total de 660 segundos. Estas 505 ideas no eran todas diferentes, aquéllas repetidas databan principalmente de su niñez y juventud, mientras que las que se presentaban sólo una vez solían corresponder a la época adulta de su vida o a hechos bastante recientes. En su estudio introdujo tres maneras de tratar cuantitativamente los datos de la asociación, medidas que siguieron siendo empleadas por experimentadores posteriores (Woodworth & Schlosberg, 1954/1962):

- El tiempo de reacción asociativa
- La frecuencia de repetición de la misma respuesta asociativa
- Una clasificación de las respuestas contando la cantidad que caía en cada una de las clases.

La iniciativa de Galton fue seguida por Wundt en su laboratorio psicológico establecido en Leipzig, en 1879. En 1883 Trautscholdt introdujo en este laboratorio un mejoramiento técnico al proveerse de un experimentador para que anunciara la palabra estímulo y tomara el tiempo. El estudio de Galton se refería a la “asociación libre”, pero Trautscholdt y también Cattell extendieron el experimento a varias formas de “asociación controlada”. En la “asociación libre”, el sujeto está en libertad para dar cualquier respuesta que le sugiera la palabra estímulo, mientras que en la “asociación controlada” se encuentra limitado a dar algún tipo de respuesta prefijada, por ejemplo, lo contrario de la palabra estímulo.

En opinión de Woodworth & Schlosberg, (1954/1962), los experimentos clásicos de asociación han proporcionado considerables conocimientos sobre la forma de operar de la asociación en la memoria y en el pensamiento, pero han contribuido poco para hacer progresar nuestros conocimientos sobre los procesos de formación de enlaces entre palabras u otros fenómenos. Para tal efecto, desde el punto de vista del aprendizaje, Ebbinghaus (1885 citado en Woodworth & Schlosberg, 1954/1962) ofrece experimentos sobre la memoria que pueden resultar más ventajosos. Por ejemplo, este investigador hacía que el sujeto aprendiera material nuevo y luego intentara recordarlo. El experimentador puede variar deliberadamente las condiciones tales como la contigüidad, la frecuencia, la novedad, etc. y rastrear sus efectos sobre la formación de asociaciones, etc.

#### 2.7.4. Observaciones generales sobre las leyes de asociación

¿Bajo qué condiciones un recuerdo puede presentarse nuevamente a la conciencia?. Fröbes (1949) cita tres leyes generales de asociación comprobadas por la experiencia psicológica:

- *Ley de simultaneidad: imágenes*<sup>16</sup> que han estado alguna vez en la conciencia, tienen la tendencia a excitarse nuevamente.
- *Ley de sucesión*: si dos imágenes se han sucedido alguna vez con corto intervalo de tiempo, existe la tendencia a que cuando se presenta la primera imagen se despierta también la segunda.
- *Ley de sustitución*: Supongamos que  $a$  tiene la tendencia de suscitar a  $b$ , y que ahora se nos presenta  $\hat{a}$  que tiene semejanza con  $a$ . Suponiendo que  $\hat{a}$  no ha estado jamás en la conciencia simultáneamente con  $b$ , existe, a pesar de ello, según lo demuestran Müller y Pilzacker, (citado en Fröbes, 1949) una tendencia a que a la presencia de  $\hat{a}$  se reproduzca directamente  $b$ , sustituyéndose en cierta manera  $a$  por su semejante  $\hat{a}$ . La posibilidad de que  $\hat{a}$  evoque a  $b$  depende de: 1) la fuerza de la asociación  $ab$ ; 2) de la

---

<sup>16</sup> Los empiristas ingleses (Locke, Warren, etc.) toman la palabra “imagen” en un sentido muy amplio para designar todos los estados del alma, sean sentimientos, percepciones, ideas, etc. Además, toman la asociación de ideas o imágenes para explicar toda la vida psíquica. (Fröbes, 1949).

semejanza de  $\dot{a}$  con  $a$ ; y 3) de que  $\dot{a}$  esté ya tal vez muy fuertemente ligada con otras muchas imágenes.

#### 2.7.5. El descubrimiento de los “complejos”

En continuidad con los experimentos de asociación de la escuela alemana del siglo XIX, la escuela psicoanalítica de Zurich (Jung, Bleuler, Riklin, entre otros) se propuso entregar las bases empíricas a las hipótesis freudianas acerca de la existencia de elementos psíquicos alejados del espectro de la conciencia y su influencia en la etiología de síntomas neuróticos y en las asociaciones de los pacientes, entendidas estas últimas como síntomas, en el sentido de constituir una “formación de compromiso” entre impulsos que quieren expresarse y resistencias que se oponen. Bleuler concedía gran valor al método de la asociación libre:

En la actividad asociativa se refleja todo el ser psíquico, pasado y presente, con todas sus experiencias y deseos. Con base en ella se puede confeccionar un índice de todos los fenómenos psíquicos que sólo necesitamos descifrar para conocer al hombre completo. (Bleuler, 1905 citado en Frey-Rohn, 1991, p. 22)

Los experimentos de Jung difieren de los de Wundt ya que los de este último se orientaban sobre todo hacia la relación entre asociación y alteración de la atención, mientras que Jung se basó en la relación entre asociación y alteraciones afectivas.

En el análisis de las asociaciones Jung descubrió un aspecto sumamente significativo: ciertas respuestas (que no respondían al sentido de la palabra estímulo) poseían un valor específico para la comprensión de la situación anímica del sujeto. Es decir, que precisamente las alteraciones del proceso asociador de las que hasta entonces no se había hecho caso, como por ejemplo, la “perseveración”, la “prolongación” del tiempo de respuesta, la “ausencia” de reacción, y sobre todo, la “reproducción defectuosa de la palabra inducida, eran todos indicadores de interferencias emocionales a menudo intensas. La comprobación de este hecho indujo a Jung a reconocer la importancia de la observación del aspecto afectivo de las asociaciones para la “investigación experimental de los cambios emocionales patológicos y sus consecuencias” (Jung, 1905 citado en Frey-Rohn, 1991, p.

22). Dichos fallos en la asociación parecían responder a la operatividad de un factor psíquico aún desconocido, ausente de la conciencia o, dicho de otro modo, podían interpretarse como consecuencia de conflictos emocionales subyacentes.

De estos experimentos extrajo Jung la siguiente teoría: en el inconciente de la psique existen *complejos* teñidos emocionalmente, y las perturbaciones en la asociación son indicadores de dichos *complejos*. Jung consideraba al *complejo* como un “conjunto de representaciones (parcial o totalmente inconcientes) relativas a un determinado acontecimiento cargado de emotividad.” (Frey-Rohn, 1991, p. 23).

En relación a los experimentos de asociación de Jung, Freud escribe:

La respuesta a la palabra inductora no puede ser producto del azar, sino que viene forzosamente determinada, en el individuo que responde, por un contenido de representaciones preexistente. Nos hemos habituado a denominar “complejo” a un contenido de representaciones capaz de influir de este modo en la respuesta a la palabra inductora. Esta influencia se manifiesta, tanto porque la palabra inductora evoque directamente el complejo, como porque éste logre entrar en relación con la palabra inductora a través de algunos términos intermediarios.” (Freud, 1906<sup>17</sup>, en Laplanche & Pontalis, 1967/2000, p. 56)

Una experiencia de laboratorio llevada a cabo por Kramer y Stern (citado en Fröbes, 1949) puede ilustrar este método:

De siete sujetos que tomaron parte en el experimento, a unos se les presentó un cuadro y se les hizo de él una minuciosa descripción, a otros se les leyó una historia interesante. De igual forma, en presencia de algunos de estos sujetos se ejecutó una acción mientras en presencia de otros no.. La prueba principal consistió en presentar a cada uno de los sujetos en particular cien palabras inductoras para que reaccionaran a ellas; de éstas, cuarenta y nueve eran indiferentes, veintiuna se referían a la narración, dieciséis al cuadro y catorce a la acción ejecutada. Todos los sujetos debían esforzarse por no dar indicios de sus conocimientos. Un experimentador diverso que no sabía qué sujetos habían tomado parte en

---

<sup>17</sup> Freud, S. (1906/1992). La indagatoria forense y el psicoanálisis. En Freud, *Obras Completas*. (pp. 81-96). Volumen IX (1909-10). Cuarta Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

cada uno de los hechos mencionados pudo determinar, por los resultados de las reacciones, los cuatro sujetos que en realidad habían oído la narración y los tres que habían visto el cuadro; también pudo determinar quiénes habían presenciado la acción; únicamente erró en afirmar que un sujeto había oído la narración no habiéndola oído en realidad.

En las experiencias ordinarias realizadas para descubrir el *complejo* se utilizan, por lo general, datos objetivos que son capaces de delatar al sujeto de experimentación; y aún cuando los sujetos logren reprimir la asociación delatora, se detectan variables cualitativas en el proceso de la asociación, por ejemplo, puede alargarse el tiempo de reacción con la intención, por parte del sujeto, de encontrar una palabra indiferente, o bien éste entrega una reacción sin sentido. (Fröbes, 1949)

#### 2.7.6. Justificación para un nuevo empleo de una “instrucción estándar” al método de Gottschalk

La adecuación de la “instrucción estándar” (ver anexo I) para este estudio se propuso con la finalidad de poder evaluar “ansiedades *asociadas* a la imagen corporal”. Esta innovación a la instrucción estándar convencional del Método de Gottschalk obtiene su fundamentación teórica y empírica a partir de lo expuesto anteriormente acerca de los experimentos “antiguos” de asociación, los experimentos de asociación de la escuela de Zurich, la experiencia de Freud con la “asociación libre” y sus teorizaciones acerca de las instancias psíquicas y los mecanismos involucrados en el acto de recordar, y finalmente, el acopio de material clínico recabado por el Método de Gottschalk.

También, es importante señalar la “ductibilidad” histórica del Método de Gottschalk, en el sentido que posibilita su aplicación a diferentes situaciones de investigación y en coincidencia con una batería de test; por ejemplo, para la codificación de un texto se ha utilizado material obtenido de pruebas proyectivas, como grabaciones de respuestas al TAT de Murray (Murray, 1949 citado en Gottschalk et al., 1984). Las codificaciones en este caso se han hecho con algunas salvedades, pues la persona que habla no hace referencia a sí misma, por lo tanto, para quien eventualmente desee replicar aplicaciones similares no podrá contar con esta categoría temática del análisis de contenido. Incluso la aplicación a otras muestras verbales escritas, como material literario, cartas,

discursos públicos, etc., han obtenido resultados satisfactorios. Lo importante es tener presente que la validez de las conclusiones extraídas de tales aplicaciones dependerá de la pertinencia del diseño de estudio, de los controles, de los métodos de evaluación estadística de los datos y de todos los demás aspectos relevantes del método científico (Gottschalk et al., 1984).

En nuestra investigación, se provee al sujeto de un estímulo inductor de los complejos asociados a la imagen corporal (a saber, “que sitúe gráficamente la percepción acerca de su apariencia física”). Este estímulo se adicionó y se leyó al sujeto inmediatamente antes de la instrucción estándar convencional del Método Gottschalk (a saber, “que hable acerca de alguna experiencia vital dramática o interesante”). Entonces, en la instrucción estándar *modificada*, están presentes dos estímulos: uno *antecesor* que promueve a pensar la percepción sobre la imagen corporal y uno *posterior* que elicitó ansiedades. El estímulo antecesor adquiere mayor potencia si se consideran otros estímulos propios de la situación de investigación, como lo es la evaluación nutricional que se les realiza a los sujetos antes de la entrevista psicológica, la aplicación de la ficha anamnésica (ver anexo IV) que explora aspectos médicos y personales relativos a la obesidad, el contexto y propósito de la entrevista, informado debidamente a través de un “consentimiento informado”, (en cuyo objetivo se explicita la “evaluación de variables psicológicas asociadas a la obesidad”; ver anexo VII), solo por nombrar algunos elementos objetivos.

En definitiva, en la situación de entrevista psicológica se intentó inducir un determinado “contexto asociativo”: lograr reconcentrar la atención del paciente sobre el potencial *complejo* que rodea su imagen corporal y determinar la manera en que, en términos subjetivos, se sitúa respecto de ella.

Ahora bien, cabe hacerse la siguiente pregunta, ¿En qué medida el discurso del sujeto –en cuanto a contenido y forma- representa la experiencia subjetiva de su imagen corporal?; ¿Es posible esperar que el “contexto asociativo” señalado por el estímulo inductor (antecesor) para la percepción de la imagen corporal sea suficientemente poderoso como para que se activen en la producción verbal elementos del *complejo* buscado, tomando en consideración la naturaleza “indirecta” del estímulo (posterior) presente en la

instrucción estándar convencional, que no indica directamente al paciente a hablar sobre su imagen corporal?

Subrayamos que por “naturaleza indirecta” del estímulo inductor (posterior) presente en la instrucción estándar convencional -que elicitó las ansiedades- entendemos la cualidad “distractora” de dicho estímulo, por cuanto no guarda relación directa con el “contexto asociativo” ni con el estímulo inductor (antecesor), proporcionado al sujeto. En otras palabras, el estímulo posterior no induce o “toca” directamente la percepción del sujeto sobre su imagen corporal.

Conociendo estos antecedentes, es difícil estimar *a priori* la fuerza de la asociación inducida en cada muestra verbal; seguramente ha de depender del grado de atención del sujeto puesto en el estímulo inductor antecesor y en general, en el “contexto asociativo”, de la capacidad propiamente tal del inductor para despertar el *complejo* buscado, la configuración psicológica o la dinámica defensiva propia de cada sujeto, que en definitiva tendrá consecuencias en el grado y la forma de la *desfiguración* del material obtenido.

Indicadores de asociación han de buscarse en el número de referencias literales al cuerpo en cada muestra verbal; referencias en torno a la enfermedad y conductas sintomáticas; también, en la detección de elementos cualitativos en el proceso mismo de asociación, tal como los experimentos de la escuela de Zurich nos han enseñado.

## CAPÍTULO 3

### PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

#### 3.1. Objetivo General

Generar conocimiento sobre los tipos de ansiedades asociadas a la Imagen corporal que presenta una muestra de mujeres diagnosticadas de Obesidad Leve, Moderada y Severa que eventualmente resultarán refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar en comparación con otro grupo de mujeres también diagnosticadas de Obesidad Leve, Moderada y Severa que eventualmente resultarán respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, pertenecientes al Nivel Socioeconómico Medio Bajo, Medio y Medio Alto, de entre 18 y 50 años de edad, que viven en el Gran Santiago, durante el año 2004.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- i. Identificar la presencia de Ansiedad de Vergüenza, Ansiedad de Separación, Ansiedad de Culpa, Ansiedad de Muerte, Ansiedad de Mutilación y Ansiedad Difusa, asociadas a la Imagen corporal, en toda la muestra.
- ii. Conocer los niveles en que se presentan los distintos tipos de ansiedades asociadas a la Imagen corporal en toda la muestra.
- iii. Identificar los tipos de Ansiedad asociadas a la Imagen corporal según el Nivel Socioeconómico, en toda la muestra.
- iv. Determinar si existen diferencias entre mujeres obesas que eventualmente resultarán refractarias al tratamiento médico para adelgazar y mujeres obesas que eventualmente

resultarán respondedoras al tratamiento médico para adelgazar en relación a las ansiedades de Separación, Culpa y Vergüenza, asociadas a la Imagen corporal.

v. Determinar si la Ansiedad de Vergüenza asociada a la Imagen corporal predomina sobre las ansiedades de Separación y Culpa en mujeres obesas que eventualmente resultarán respondedoras al tratamiento médico para adelgazar.

vi. Determinar si las ansiedades de Separación y Culpa, asociadas a la Imagen corporal, predominan sobre la ansiedad de Vergüenza en mujeres obesas que eventualmente resultarán refractarias al tratamiento médico para adelgazar.

vii. Explorar el grado de insatisfacción de las pacientes, tanto refractarias como respondedoras, respecto de la percepción asociada a su Imagen corporal.

## CAPÍTULO 4

### PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

#### 4.1. Hipótesis General

Existe relación entre los resultados del tratamiento médico-nutricional para adelgazar (Refractariedad/Responsividad) y los puntajes de algunas sub-escalas de Ansiedad del Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal.

#### 4.2. Hipótesis Específicas

i. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Separación (asociada a la imagen corporal).

ii. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (asociada a la imagen corporal).

iii. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Separación (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la imagen corporal).

iv. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la imagen corporal).

v. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la Imagen corporal), en comparación con mujeres también diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico para adelgazar.

vi. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Separación (asociada a la Imagen corporal), en comparación con mujeres también diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico para adelgazar.

vii. Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (asociada a la Imagen corporal), en comparación con mujeres también diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico para adelgazar.

## CAPITULO 5

### METODOLOGÍA

#### 5.1. Definición de variables

##### 5.1.1. Variables en estudio

###### 5.1.1.1. Ansiedad

###### i. Definición conceptual

Estado psicológico que se manifiesta en la consciencia subjetiva de los niveles consciente y preconscientes, y que también se refleja en los niveles de alerta automática y de actividad postural y kinésica relevantes (Gottschalk et al., 1984).

Lolas (1988, pp. 24-25) define angustia o ansiedad como “un constructo multidimensional, cuyos referentes empíricos proceden de tres “sistemas conductuales” (Lang, 1968)<sup>18</sup>: conductas motoras, expresiones lingüísticas y estados fisiológicos”. Estos tres ámbitos descriptivos corresponden a una “tríada psicofisiológica” e indican la pluralidad de métodos que deben emplearse en su evaluación cuantitativa y cualitativa. La relación entre éstos es complementaria y será el observador quien los “construye” o “infiere” en base a observables empíricos.

Siguiendo la clasificación de los sentimientos propuesta por Schneider (1975 citado en Capponi, 1987/1998) la ansiedad es clasificada dentro de los “sentimientos de estado experimentados como próximos al propio cuerpo”<sup>19</sup>. Según la definición de Capponi

---

<sup>18</sup> Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En Schlien, J. M. (Ed.) *Research in Psychotherapy*, American Psychological Association, Washington, DC.

<sup>19</sup> Los “sentimientos de estado” (por oposición a los “sentimientos de valor”) pueden experimentarse como próximos al propio cuerpo (en tal caso ha de llamárselos “sentimientos vitales”) o como menos próximos al

(1987/1998, p. 126) corresponde a un “trastorno de la afectividad que se presenta como un estado emocional desagradable asociado a cambios psicofisiológicos y que no es respuesta a una situación objetiva como el miedo, sino que es manifestación de un conflicto intrapsíquico”. Los cambios fisiológicos consisten en manifestaciones somáticas como taquicardia, hiperventilación, temblor, sudoración, alteraciones vasomotoras, sensación de debilidad, etc. Y el compromiso psicológico de la ansiedad es referido como un desagradable sentimiento de expectación temerosa frente a un peligro inminente e inevitable, vivido con aprensión, alerta y prolongada tensión. Se ha descrito la angustia como sinónimo de la ansiedad, sin embargo, se les ha dado una connotación diferente: en la ansiedad el compromiso tendría manifestaciones más propias de la esfera neurovegetativa, mientras que en la angustia el acento estaría puesto en la vivencia subjetiva de temor expectante. Al mismo tiempo, se ha descrito la angustia no tanto como un trastorno psicológico, sino como un derivado existencial o una experiencia ontológica del ser humano (Capponi, 1987/1998; May, 1967).

El tipo de ansiedad para el cual se ha diseñado la escala del método de Gottschalk podría denominarse ansiedad “flotante” en oposición a la ansiedad “fija”, reflejada, por ejemplo, en las compulsiones o en la hipocondría. Sin embargo, algunos aspectos de la ansiedad “fija” pueden ser registrados por esta escala, particularmente en los ítemes de contenido que involucran mecanismos psicológicos de desplazamiento y negación (véase el anexo II).

La escala de Ansiedad de Gottschalk et al. (1984) no distingue entre miedo y ansiedad (ansiedad y angustia, respectivamente, según la distinción propuesta por Capponi, 1987/1998), ya que según los autores es imposible hacer tal distinción sobre la base del mero contenido verbal. Se distinguen, en base a la experiencia clínica, seis subtipos de ansiedad: de Mutilación, de Muerte, de Separación, de Culpa, de Vergüenza y Difusa o Inespecífica.

---

cuerpo. Ambos a su vez se sub-clasifican en agradables o desagradables. Sentimientos de estado próximos al cuerpo desagradables serían la fatiga, el agotamiento, el “cuerpo malo”, escalofríos, sensación de flojera, sensación de enfermedad, desasosiego, etc. (Schneider, 1975 citado en Capponi, 1987/1998)

## ii. Definición operacional

La mayor Ansiedad de un sujeto se reflejará en una mayor probabilidad de que hable de incidentes que expresen una amenaza directa o indirecta, lo que involucra una de las seis categorías enumeradas para esta escala (véase el anexo II).

Operacionalmente, el nivel de Ansiedad “Total” se refleja en un puntaje obtenido para la Escala de Ansiedad de Gottschalk, y se obtiene de la suma de los puntajes ponderados en las seis categorías de ansiedad (véase el anexo II).

### 5.1.1.2. Ansiedad de Vergüenza

#### i. Definición conceptual

Para esta sub-escala, al igual que para la sub-escala de ansiedad de Culpa, Gottschalk et al. (1984) se ha basado en conceptualizaciones psicoanalíticas recogidas por Piers & Singer (1953 citado en Gottschalk et al., 1984) para diferenciar culpa de vergüenza. Para el desarrollo de la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza, no se ha intentado distinguir entre lo que Piers & Singer definen como “estructura de vergüenza” y el concepto de “sentimientos de inferioridad”, en los cuales el yo estaría más preocupado por las comparaciones entre criterios externos, comparación entre otros, etc., y menos preocupado por la lucha entre el yo y el ideal del yo (superyó), temática esta última más propia de los sentimientos de culpa.

Para Laplanche (1980/2000) los sentimientos de inferioridad (y por lo tanto, los sentimientos de vergüenza) conciernen a la instancia del *yo ideal*, introducida por Freud en su trabajo *Introducción del Narcisismo*<sup>20</sup>. El *yo ideal* está vinculado con una idealización de la omnipotencia del yo y no es equivalente al concepto de *ideal del yo*, el cual se relaciona más bien con ubicarse frente al yo como su ideal. Los sentimientos de inferioridad y humillación deberían ser ubicados del lado del *yo ideal*, en cambio, los sentimientos de culpa o de pobreza del yo, deberían ser ubicados del lado del *ideal del yo*.

---

<sup>20</sup> Freud, S. (1914/1992). Introducción del narcisismo. En Freud, *Obras Completas*. (pp. 65-98). Volumen XIV (1914-16). Cuarta Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

## ii. Definición operacional

La mayor Ansiedad de Vergüenza de un sujeto se reflejará en una mayor probabilidad de que hable de incidentes que expresen una amenaza directa o indirecta de vergüenza, involucrando algunas de las categorías definidas para esta sub-escala.

Operacionalmente, el nivel de Ansiedad de Vergüenza se refleja en un puntaje obtenido para la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza de Gottschalk. (ver anexo II).

### *5.1.1.3. Ansiedad de Separación*

## i. Definición conceptual

El concepto de Ansiedad de Separación, y los ítemes descriptivos que designan cuáles son las referencias en el discurso codificables bajo este rótulo, se han derivado de la teoría psicoanalítica. Freud (1936 citado en Gottschalk et al., 1984) postuló que en la primera infancia, hasta aproximadamente la edad de uno o un año y medio, el niño sufría de ansiedad de separación por pérdida del objeto amado, real o virtual. Moretti (1987) define la ansiedad de separación como una forma automática de respuesta del yo ante una situación percibida de alta peligrosidad ya que amenaza su estabilidad. El peligro reconocido por el yo es el desamparo.

Se ha considerado este tipo de ansiedad como de significación más primaria y más perturbadora del desarrollo emocional normal que lo que se ha llamado ansiedad de “castración” o mutilación.

## ii. Definición operacional

La mayor Ansiedad de Separación de un sujeto se reflejará en una mayor probabilidad de que hable de incidentes que expresen amenazas directas o indirectas de separación, involucrando algunas de las categorías definidas para esta sub-escala.

Operacionalmente, el nivel de Ansiedad de Separación se refleja en un puntaje obtenido para la sub-escala de Ansiedad de Separación de Gottschalk (ver anexo II).

#### 5.1.1.4. *Ansiedad de Culpa* (Gottschalk et al., 1984)

##### i. Definición conceptual

Para definir Ansiedad de Culpa, Gottschalk et al. se apoyan en los trabajos psicoanalíticos de Piers & Singer (1953 citado en Gottschalk et al., 1984). Estos autores sostienen que la culpa aparece cuando el yo percibe la responsabilidad por haber transgredido ciertas normas o reglas. En términos psicoanalíticos, la culpa sería el resultado del conflicto entre el yo y el *ideal del yo* (superyó). Para Laplanche (1980/2000) en este conflicto entre el yo y el *ideal del yo* se ubica la problemática de la ley y de la ética, y en consecuencia, los sentimientos de culpabilidad o de insuficiencia moral.

Para Lewis (1992 citado en Etxebarría, 2002) la culpa es elicitada por una evaluación negativa del yo respecto a una acción concreta pensada o realizada; el dolor experimentado por el yo tiene que ver con el objeto del daño que se ha hecho.

Para esta sub-escala, - lo mismo que para la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza- no se intenta distinguir si el estímulo para el afecto denominado Ansiedad de Culpa tiene una génesis interna o externa.<sup>21</sup>

##### ii. Definición operacional

La mayor Ansiedad de Culpa de un sujeto se reflejará en una mayor probabilidad de que hable de incidentes que expresen una amenaza directa o indirecta de culpa, involucrando algunas de las categorías definidas para esta sub-escala.

Operacionalmente, el nivel de Ansiedad de Culpa se refleja en un puntaje obtenido para la sub-escala de Ansiedad de Culpa de Gottschalk (ver anexo II).

---

<sup>21</sup> En relación a la sub-escala de Ansiedad de Culpa, ésta asigna idéntico puntaje cuando el yo resulta rebajado producto de sus propios reproches o producto de reproches de otros. Sobre este punto, el lector puede encontrar una discusión en la pág. 200.

#### 5.1.1.5. Insatisfacción Corporal

##### i. Definición conceptual

Trastorno de la imagen corporal de tipo cognitivo emocional (Facchini, 2002) expresado generalmente como afectividad negativa hacia el cuerpo y sus segmentos constitutivos (Garner & Garfinkel, 1982 citado en Behar et al., 1996).

##### ii. Definición operacional

El nivel de insatisfacción corporal se refleja en el puntaje obtenido en el Cuestionario de Insatisfacción Corporal de la Universidad de Dallas (ver anexo VI) y en el puntaje obtenido para el “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” evaluado a través de una *Instrucción Estándar ad-hoc* adjuntada en la “Pauta de Entrevista Anamnética” (ver anexo V).

#### 5.1.1.6. Respuesta al tratamiento médico-nutricional para adelgazar

Esta variable asume dos valores:

##### i. Refratariedad al tratamiento médico-nutricional para adelgazar

- Deserción del paciente durante el período del tratamiento habiendo asistido al menos a las dos primeras sesiones.
- No lograr la reducción de al menos entre un 5 y un 10% del peso corporal al cabo de seis meses a partir de la fecha de inicio del tratamiento.

Estudios anteriores indican que la reducción de entre un 5 a un 10% del peso corporal en pacientes con un IMC menor a 40 kg/m<sup>2</sup> disminuye de manera significativa el riesgo de comorbilidades asociadas a la obesidad, como lo es la tolerancia a la glucosa, la hipertensión arterial y los niveles de lípidos plasmáticos, entre otros (Moreno, 1995 citado en Manrique & Moreno, 2000).

## ii. Responsividad al tratamiento médico-nutricional para adelgazar

- Logro de la reducción del peso corporal de al menos entre 5 y un 10% al cabo de seis meses a partir de la fecha de inicio del tratamiento.

### 5.1.1.7. Nivel Socioeconómico (NSE)

Ubicación de los sujetos en estratos socioeconómicos. Siguiendo la Escala de Clasificación Social de Graffar (Valenzuela, Díaz & Klagges, 1976), estos estratos están definidos en base al prestigio de la ocupación, el nivel de instrucción, la cantidad de ingresos económicos, la calidad de la vivienda que se habita y la calidad del barrio donde se habita (ver anexo III).

Los sujetos pueden ubicarse en los siguientes estratos socio-económicos:

Estrato I	:	Nivel Socioeconómico Alto
Estrato II	:	Nivel Socioeconómico Medio Alto
Estrato III	:	Nivel Socioeconómico Medio
Estrato IV	:	Nivel Socioeconómico Medio Bajo
Estrato V	:	Nivel Socioeconómico Bajo

Estudios anteriores muestran que en países desarrollados como Estados Unidos, Bélgica, Canadá, Alemania, Israel y otros, existe una relación inversa entre NSE y obesidad en mujeres adultas (Sobal & Stunkard, 1989 citado en Rozowski & Arteaga, 1997). En Chile se ha observado una clara relación inversa entre la prevalencia de la obesidad y NSE en mujeres adultas (Berrios, 1994 citado en Vio & Albala, 2000).

## 5.1.2. Variables controladas

### 5.1.2.1. Obesidad

#### i. Definición conceptual

La Obesidad se define como una enfermedad metabólica crónica, heterogénea, determinada por una compleja combinación de interacciones entre factores genéticos-ambientales y que se caracteriza por un aumento del porcentaje de grasa corporal, mayor al 25% en hombres y al 33% en mujeres, cuya magnitud y distribución condiciona la salud del individuo (Albala & Arroyo, 2000).

#### ii. Definición operacional

Dentro de los numerosos índices peso/talla propuestos en la literatura, el más usado actualmente es el IMC (Índice de Masa Corporal). La ventaja de esta medida “son su alta correlación con la grasa corporal y con la mortalidad, su baja correlación con la talla, el hecho de que se construye con datos de recolección rutinaria y la existencia de categoría estándar y monografías de fácil uso.” (Albala, Díaz & Arroyo, 2000, p. 126). El IMC se define como el peso en kilogramos dividido por la talla expresada en metros y elevada al cuadrado ( $IMC = \text{Peso}/\text{Talla al cuadrado}$ ). Basado en este indicador, la Organización Mundial de la Salud ha definido categorías para evaluar el estado nutricional considerando el riesgo de comorbilidades (Albala et al.).

<i>GRADO</i>	<i>IMC (%)</i>	<i>RIESGO</i>
Normal	18,5 – 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 – 29,9	Levemente aumentado
Obesidad	30	Aumentado
Grado I o <i>Leve</i>	30 – 34,9	
Grado II <i>Moderada</i>	35 – 39,9	
Grado III <i>Severa</i>	40	

#### *5.1.2.2. Sexo*

Se trabajó sólo con sujetos de sexo femenino. Estudios anteriores han demostrado que el síndrome de la obesidad exhibe una mayor prevalencia en el sexo femenino y a medida que aumenta la edad (Saldaña & Rossell, 1988 citado en Sanfuentes, 1991; Jadue, Vega, Garrido, Lastra & Escobar, 1997 citado en Albala & Vio, 2000).

#### *5.1.2.3. Data de inicio de la Obesidad*

Con por lo menos 10 años de evolución a la fecha de requerir tratamiento médico-nutricional para adelgazar al Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Estudios anteriores sugieren que la edad de comienzo de la obesidad puede tener repercusiones fisiológicas y psicológicas (Sjostrom & Bjorntorp, 1974 citado en Sanfuentes, 1991).

#### *5.1.2.4. Tratamiento médico-nutricional para adelgazar (Centro de Diagnóstico, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)*

El tratamiento médico-nutricional se realizó en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Su objetivo general es el cambio de hábitos alimentarios y promoción de estilos de vida saludables.

En primer lugar se realiza una evaluación médica general para determinar la situación clínica del paciente, en particular para detectar riesgo y comorbilidades asociadas a la obesidad. Se considera la historia clínica, examen físico completo, antropometría y examen de laboratorio básico: glicemia, nitrógeno ureico, creatinina, perfil lipídico, pruebas hepáticas, insulinemia, hemograma y función tiroidea.

La condición para la población estudiada (IMC mayor o igual a 30) implica un riesgo *per se* al desarrollo de comorbilidades, por lo que el tratamiento enfatiza la reducción de peso a través del control médico-nutricional y el manejo concomitante de las comorbilidades detectadas.

En segundo lugar, se realiza la evaluación y manejo nutricional de las pacientes, que incluye la elaboración de una nueva pauta alimentaria que involucre un menor consumo de grasas y carbohidratos y un mayor consumo de fibra, vitaminas, minerales y un equilibrio respecto al consumo de proteínas. No obstante, la dieta no implica necesariamente que las pacientes comerán menos, sino que comerán mejor, contribuyendo de esa forma a obtener un balance calórico más adecuado al objetivo de pretender disminuir el IMC.

Tras el planeamiento de la estrategia nutricional, en todos los casos, se realizan controles médicos y nutricionales mensuales que se extienden por el período de tratamiento, de una duración aproximada de seis meses, al cabo del cual se evalúa la evolución del paciente. El ejercicio físico, como actividad coadyudante, puede ser recomendada por el equipo profesional pero es opcional, externa al tratamiento médico. En general los pacientes que siguen este esquema no tienen una actividad física regular ni supervisada.

Respecto a la inclusión de fármacos en su esquema de tratamiento podemos señalar que apunta fundamentalmente al manejo de comorbilidades y riesgos asociados. En algunos casos las pacientes utilizan fármacos hipotensores, relajantes musculares o antidepresivos. No obstante el uso de medicamentos anorexígenos es casi nulo, centrándose el tratamiento en el aspecto nutricional y manejo farmacológico de las comorbilidades.

Las pacientes no recibieron tratamiento psicológico, fisiátrico ni ninguna otra ayuda propia de los programas terapéuticos multidisciplinarios que actualmente se practican en algunas clínicas privadas de nuestro medio.

## **5.2. Población y Muestra**

### *i. Población.*

Mujeres de entre 18 y 50 años de edad, con un IMC igual o superior a 30, que presenten un problema de obesidad asociado a ingesta a la fecha de requerir tratamiento médico para adelgazar en el Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, pertenecientes al Nivel Socioeconómico Medio Bajo, Medio y Medio Alto, residentes en el Gran Santiago, durante el año 2004.

## *ii. Muestra.*

### *ii.i. Definición y tamaño*

Se estudió una muestra no probabilística de sujetos voluntarios (Hernández et al., 1998). La muestra en estudio estuvo constituida de un total de 29 mujeres, todas ellas provenientes del Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile que consultaban por un tratamiento médico para adelgazar, entre los meses de Junio y Septiembre del año 2004. En un plazo de seis meses a la fecha de la última evaluación, las 29 mujeres se distribuyeron en dos grupos: un grupo de 24 mujeres estuvo compuesto por sujetos que resultaron *refractarios* al tratamiento médico-nutricional para adelgazar y otro grupo de 5 mujeres estuvo compuesto por sujetos que respondieron *satisfactoriamente* al tratamiento médico-nutricional para adelgazar.

### *ii.ii. Factores de exclusión*

- Pacientes de sexo masculino.
- Pacientes con un IMC inferior a 30.
- Pacientes diagnosticados de Obesidad Severa y posteriormente derivados a cirugía
- Pacientes que no pertenezcan al Nivel Socioeconómico Medio Bajo, Medio o Medio Alto, según la Escala de Clasificación Social de Graffar.
- Pacientes menores de 18 años y mayores de 50 años.
- Pacientes que presenten una data de inicio de la obesidad inferior a 10 años a la fecha de requerir tratamiento.
- Pacientes diabéticas.
- Pacientes cuya obesidad se asocie a un factor ajeno a la ingesta, como puede ser de causa endocrina y por el uso de drogas hipo o hiperglucemiantes.
- Mujeres que, producto de alguna lesión física específica, presenten modificación en la configuración de su esquema corporal.
- Pacientes embarazadas.

### *ii.iii. Selección de la muestra*

Con previa autorización del equipo profesional del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y del Comité de Ética de dicha institución, se seleccionaron las mujeres que cumplieron con los criterios determinados para el estudio.

### **5.3. Tipo y diseño de investigación**

Correlacional prospectivo; se estudió como se comportaron las variables *Ansiedad*, *Ansiedad de Vergüenza*, *Ansiedad de Separación*, *Ansiedad de Culpa (asociadas a la imagen corporal)*, *Insatisfacción corporal* y *el Nivel socioeconómico* con relación a la variable *Respuesta al tratamiento médico-nutricional para adelgazar (Refractariedad/Responsividad)*, homogeneizando las variables *Obesidad*, *Sexo*, *Data de inicio de la Obesidad* y *Tratamiento médico-nutricional para adelgazar*.

Siguiendo la clasificación propuesta por Hernández et al. (1998) el tipo de investigación es *correlacional de tipo comparativo* y el diseño de investigación es *no experimental longitudinal (de panel)*. Para Hernández et al. (1998), los estudios correlacionales “tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto particular)” (p. 62). Sin embargo, también incluye en este tipo de estudios, aquellos que se proponen comparar grupos (p. 198). La investigación correlacional tiene un valor explicativo parcial: cuanto mayor sean las variables correlacionadas y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación. En cuanto al diseño de la investigación, para Hernández et al (1998) la investigación no experimental es aquella que “se realiza sin manipular deliberadamente variables”, es decir no hay manipulación intencionada de las variables independientes, en cambio, se trata de “observar fenómenos tal y como se dan en su contexto experimental, para después analizarlos” (p. 184). Los diseños longitudinales de panel son aquellos en los cuales “el mismo grupo de sujetos es medido en todos los tiempos o momentos” (p. 195). Una ventaja importante de este diseño es que “además de conocer los cambios grupales, se conocen los cambios individuales. Se sabe qué casos específicos introducen el cambio. La desventaja es que a veces resulta muy difícil obtener exactamente a los mismo sujetos para

una segunda medición u observaciones subsecuentes” (p. 196). Conviene utilizar este diseño cuando se tienen grupos o poblaciones específicas y cuando estas poblaciones son relativamente estáticas.

#### **5.4. Instrumentos de medición**

5.4.1. Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal (Gottschalk et al. 1984).

##### 5.4.1.1. Identificación del instrumento

Este método utilizado para el Análisis de la Conducta Verbal ha sido desarrollado y continuamente perfeccionado por Gottschalk y colaboradores. Las primeras publicaciones datan de 1955<sup>22</sup>. Uno de sus objetivos era (y sigue siendo) complementar la usual exploración fisiológica de sujetos humanos sanos y enfermos con información de sus estados psicológicos. Dado que este método se interesa en medir estados psicológicos inferibles del contenido de la comunicación, se lo ha clasificado como perteneciente a la dimensión pragmática de los estudios del lenguaje (Marsden, 1965 citado en Gottschalk et al. 1984).

Autores “clásicos” como Berelson<sup>23</sup> u Osgood<sup>24</sup>, restringen el procedimiento de análisis al contenido manifiesto y centran su atención en categorías descriptivas del mensaje en sí mismo. Pero quienes lo han aplicado a la Psicología, como Gottschalk y Glesser, han destacado su relevancia pragmática:

(...) en que se trata de vincular un conjunto de datos (convencionalmente llamados “textos”) al contexto en que se generan e interpretan. Esto supone un proceso de inferencia por el cual se intenta acceder a una realidad no manifiesta, pero sí eficaz, en la configuración del

---

<sup>22</sup> Gottschalk, L.A. & Hambidge, Jr. (1955). “Verbal behavior analysis: A systematic approach to the problem of quantifying psychological processes”. *J. Proj. Techn.*, 19: 387-409.

<sup>23</sup> Berelson, B. (1952). *Content análisis in communication research*. New York: Free Press.

<sup>24</sup> Osgood, C. E. (1963). Psycholinguistics. En S. Koch (Ed.) *Psychology: A study of a science*, (pp. 244-316). Vol. 6. New York: McGraw-Hill.

mensaje. Esta realidad puede conceptualizarse como características individuales (“estructuras psicológicas”), culturales o sociales. (Lolas, 1994b, p. 11)

El énfasis pragmático, es decir, la vinculación de los emisores al mensaje, lleva a esta técnica más allá de la simple codificación, nos referimos al significado, aspecto relevante a las ciencias humanas. Esta cualidad define un estatuto distintivo, por lo tanto, la técnica de análisis de contenido de Gottschalk puede ser reformulada como análisis de significado a fin de responder a esta exigencia pragmática (Lolas, 1994b).

Una exposición sintética del método en el idioma castellano lo constituye la edición de Gottschalk, L.A., Winget, C., Gleser, G. & Lolas, F., “*Análisis de la Conducta Verbal*” (1984) y corresponde a un suplemento del libro “*The Measurement of Psychological States Through the Content Analysis of Verbal Behavior*”, de Gottschalk & Gleser, (1969 citado en Gottschalk et al., 1984). La presente investigación se basó en esta versión castellana.

#### 5.4.1.2. Descripción del instrumento

*i. Objetivo:* El Método de Análisis de la conducta Verbal de Gottschalk analiza datos de la comunicación humana tanto de sus aspectos formales como de su contenido, con el propósito de deducir de ellos determinados estados emocionales, tomando en consideración aspectos tanto cuantitativos como cualitativos del lenguaje:

En el análisis de contenido se trata de reducir el mensaje original a un sistema de categorías derivado teóricamente y que lo dote de sentido. Se trata por tanto de expresar el mensaje original en términos de un meta-mensaje de categorías, con lo que se logra una reducción importante de la masa de datos, una ordenación del material para propósitos comparativos y la posibilidad de cuantificación (...) el metalenguaje así generado guarda relación con la expresión de afectos y otros estados psicológicos. (Gottschalk et al., 1984, pp. 15-16)

Además, es concebible que la elección de temas, palabras específicas y configuración general del mensaje tengan alguna relación especificable con la estructura psicológica del hablante: “Este método de análisis de contenido no se limita al contenido manifiesto, es

decir, al significado superficial. También pretende analizar el contenido latente, es decir, las capas más profundas anidadas en el contenido.” (p. 22).

En la persona que habla de algún tema, estructurado o no, puede suponerse que sus disposiciones relativamente permanentes a reaccionar (conocidas como “personalidad”) interactúan con los afectos generados en la situación (Lolas, 1994a).

Este método permite, fundamentalmente, la investigación de la influencia de determinadas situaciones patológicas en la expresión de ansiedad y sobre el efecto de manipulaciones o intervenciones de carácter terapéutico (Lolas, 1988).

*ii. Variables:* Este método mide afectos o estados psicológicos cuya definición operacional propuesta por Gottschalk es la siguiente:

Los afectos son estados de sentimiento que poseen los atributos de calidad y cantidad. Los afectos y emociones tienen componentes subjetivos, puramente psicológicos y bioquímicos. Ocurren mezclas continuas de afectos de duración relativamente larga y estos constituyen lo que ordinariamente se denomina estado de ánimo. Sobre el trasfondo del estado de ánimo pueden ocurrir estados de sentimiento y variabilidad relativamente altas, y estos generalmente se denominan emociones. Fluctuaciones relativamente menores de estados de sentimientos que ocurren en forma irregular son a veces llamados afectos, en un sentido estricto (...) este enfoque se opone al concepto de rasgos, definidos como estados afectivos habituales característicos de un individuo”. (Gottschalk & Glesser, 1969 citado en Sanfuentes, 1991, p. 73).

*iii. Enumeración de las escalas*

Este método cuenta con las siguientes escalas (Gottschalk et al., 1984):

- Escala de Ansiedad
- Escala de Hostilidad Dirigida hacia Fuera
- Escala de Hostilidad Dirigida hacia Dentro
- Escala de Hostilidad Ambivalente
- Escala de Alienación Social-Desorganización Personal (Esquizofrenia)

- Escala de Esperanza
- Escala de Depresión

En esta investigación se aplicó la Escala de Ansiedad, que evalúa distintos tipos de ansiedades dependiendo del contexto en que ésta se genera. Sobre la base de la experiencia clínica, se han clasificado seis sub-escalas: Ansiedad de Muerte, de Mutilación, de Separación, de Culpa, de Vergüenza y Ansiedad Difusa o inespecífica.

*iv. La Escala de Ansiedad:* Existe evidencia de que los puntajes de ansiedad para esta escala reflejan, no sólo la conciencia subjetiva de ansiedad de los niveles conciente y preconciente, sino también los niveles de alerta autonómica y de actividad postural y kinésica relevantes.

Para la construcción de la Escala de Ansiedad se ha supuesto (Gottschalk & Glesser, 1969 citado en Gottschalk et al., 1984) que las expresiones de un tipo en particular de ansiedad reflejan una tasa equivalente de ansiedad actual por parte del que habla, ya sea que pertenezca a sentimientos o eventos que ocurren o que potencialmente ocurren en el pasado, presente o futuro.

En segundo lugar, se ha asumido que a mayor ansiedad experimentada por una persona en un determinado momento, mayor será la probabilidad de que hable de incidentes en que expresa ser directamente amenazado, siempre que se comunique verbalmente. Cuando la ansiedad es menos intensa, es más probable que el sujeto la exprese indirectamente por externalización (proyección) o desplazamiento, y por lo tanto, es más probable que hable en términos de otros que son heridos o que se encuentran en una situación peligrosa, o en términos de objetos inanimados, que por ejemplo, son rotos o destruidos. Las negaciones de ansiedad también se contabilizan como indicadores de probable presencia de un bajo nivel de ansiedad (ver anexo II). Existen evidencias empíricas que apoyan estas hipótesis, y han sido informadas por Gottschalk & Glesser (1969, pp. 115-117 citado en Gottschalk et al., 1984).

Otro supuesto específico de esta escala es que los tipos de ansiedad tienen una importancia y relevancia equivalentes para la magnitud de ansiedad generalizada del sujeto

y son, por lo tanto, aditivos. Los puntajes ponderados para todas las afirmaciones que caen en los seis tipos de ansiedad se suman para obtener una medida de ansiedad total.

v. *Forma de aplicación*: “El material de análisis se obtiene a través de una *Instrucción Estándar*, deliberadamente ambigua, por la cual se invita al sujeto a hablar durante cinco minutos de algún suceso dramático o interesante, sin ofrecerle claves no verbales de desacuerdo o asentimiento” (Sanfuentes, 1991, p. 73). La muestra verbal obtenida es grabada y posteriormente mecanografiada, para efectos de codificación y análisis.

Esta instrucción está diseñada para simular aproximadamente una situación de test proyectivo o la entrevista psicoanalítica:

La falta de responsividad verbal del examinador durante el período en el cual el sujeto está hablando, más un intento conciente por parte del examinador de mantener a un mínimo toda clave no verbal que pudiera indicarle sus reacciones al sujeto, tienden a darle al examinador y a la situación total la cualidad de una “pantalla en blanco” sobre la que sujeto proyecta una parte de la gama de sus reacciones a cualquier situación vital vagamente similar dentro de su experiencia pasada. Presumiblemente, aquello de lo que el sujeto habla durante cualquier muestra verbal depende, en parte, de qué conflictos psicológicos y sentimientos estén siendo más frecuentemente experimentados en ese momento (...)” (Gottschalk et al., 1984, p. 27).

Al proponer al sujeto esta *Instrucción Estándar*, no puede evitarse que predominen contenidos y temas negativos (Sanfuentes & Lolas, 1992, citado en Lolas, 1994a) ni afirmar que el estímulo sea neutro con respecto a las emociones expresadas. Lo importante es controlar factores de la situación y poner a los individuos en condiciones comparables. Una ventaja de este método, según Lolas (1988) es que:

Combina la objetividad de las mediciones por cuestionarios heteroadministrados con la dimensión subjetiva, propia de los cuestionarios autoaplicados. Al permitir analizar el habla espontánea de un individuo, dejándole libre elección de temas y vocabulario, está menos expuesto a sufrir las distorsiones propias del deseo de proyectar una imagen favorable, de sí mismo, frecuente en los cuestionarios autoadministrados. (p. 30)

Dado que el rol de la persona que toma la muestra es pasivo y responde a una modalidad estandarizada, no se requiere que sea entrenado profesionalmente; si resulta recomendable que todas las muestra verbales de un estudio en particular sean tomadas por una misma persona (Gottschalk et al., 1984).

En el caso de nuestra investigación, la *Instrucción Estándar* ha sido modificada para obtener muestras verbales de ansiedades asociadas a la experiencia psicológica del cuerpo (ver anexo I). La fundamentación teórica de dicha modificación a la *Instrucción Estándar* se basa, sobre todo, en los experimentos “clásicos” de asociación, en el método de la “asociación libre” de Freud y en los experimentos de asociación realizados por Jung y colaboradores. Como se recordará, se presentó una exposición detallada donde se explicitan los fundamentos teóricos y los alcances de estos experimentos (ver pág. 52).

*vi. Codificación y Cuantificación:* El cálculo de la magnitud de un afecto por medio del análisis del contenido verbal requiere que quienes realicen la codificación sean entrenados rigurosamente para ello. Al respecto, existe un manual con detallada información sobre este procedimiento (Gottschalk et al., 1984).

Pueden resumirse tres etapas fundamentales en la cuantificación (Wigdorsky, 1988) :

a) Una vez que la muestra verbal es grabada y luego transcrita al papel se procede al conteo manual de palabras. A este último se le aplica un factor de corrección que permite comparar puntajes en muestras verbales de distinta longitud (ver anexo IV). A este conteo se aplican diversas reglas especificadas en el manual ya mencionado.

b) El segundo paso consiste en la codificación de las diferentes escalas de afecto. Para ello, según sea la escala de afecto que se quiere cuantificar, se tabula el número de referencias para cada sub-categoría de la escala. El puntaje para cualquier subcategoría se obtiene sumando los pesos<sup>25</sup> de todas las referencias verbales dentro

---

<sup>25</sup> Los pesos se basan en el grado de representatividad o referencia al afecto específico indicado en el contenido verbal y/o grado de compromiso personal implicado.

de la subcategoría. Estos pesos o ponderaciones aparecen al lado de cada subcategoría en las diferentes escalas (ver anexo II).

c) La magnitud de un afecto se obtiene utilizando la fórmula matemática presentada en el anexo IV. Se obtendrá un índice que es el cociente entre la frecuencia ponderada de la aparición de determinadas categorías de contenido y el número de palabras emitidas.

#### 5.4.1.3. Evidencias en torno a confiabilidad y validez

Se ha podido comprobar que las distintas escalas exhiben estabilidades diferentes, pero en general suficientes para trabajar suponiendo que representan una adecuada estimación de los afectos angustiosos de un sujeto determinado, en un contexto determinado (Lolas, 1988).

Estudios tanto de tipo psicológico como fisiológicos, bioquímicos y también farmacológicos han proporcionado validez de constructo a las escalas.

La confiabilidad y validez de este procedimiento en nuestro medio, como también su aplicación transcultural, pueden encontrarse en diversas publicaciones (Gottschalk et. al., 1984; Gottschalk & Glesser, 1969, Gottschalk & Lolas, 1989 citado en Sanfuentes, 1991).

#### 5.4.2. Cuestionario de Insatisfacción Corporal de la Universidad de Dallas (modificado por Rubén Zukerfeld (1986 citado en Montt & Villarroel, 2003)).

Este test, que consta de 12 ítems, es autoadministrado del tipo escala Likert y permite medir la variable *Insatisfacción Corporal* (ver anexo VI). El sujeto puede leer las formulaciones e indicar en qué grado ellas se aplican a sí mismo:

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Frecuentemente
- d) Siempre

Está compuesto por ítemes directos e inversos para su puntuación: los ítemes 1 y 6 se puntúan inversamente, es decir:

Nunca = 3

Algunas Veces = 2

Frecuentemente = 1

Siempre = 0

El resto de los ítemes se puntúan directamente, es decir:

Nunca = 0

Algunas veces = 1

Frecuentemente = 2

Siempre = 3

Los resultados se interpretan como:

Un puntaje entre 0 y 6 indica “Insatisfacción Ausente”

Un puntaje entre 7 y 12 indica “Insatisfacción Standard (población)”

Un puntaje entre 13 y 24 indica “Insatisfacción Intensa”

Un puntaje entre 25 y 36 indica “Insatisfacción Muy Intensa”

Debido a que no se cuenta en nuestro medio con antecedentes respecto a la validez y confiabilidad de este test, es que se tomó en cuenta para este estudio la validación previa realizada a través del criterio de jueces expertos para el trabajo de Memoria de Montt & Villarroel (2003), quienes evaluaron la correspondencia de los ítemes en la medición de la variable Insatisfacción Corporal.

#### 5.4.3. Entrevista Anamnésica.

La entrevista anamnésica abarcará información sociodemográfica y antecedentes de la enfermedad relevantes para el estudio. Además, al final de ella, se contempla la inclusión de una *Instrucción Estándar*, que invita al sujeto a ubicar gráficamente –sobre una línea horizontal- el “Grado de Percepción de Satisfacción” que tiene de su Imagen corporal (ver anexo V). Dicha *Instrucción Estándar* fue incluida en el encabezado de la *Instrucción Estándar* convencional de Gottschalk, y posteriormente leída en voz alta al sujeto (ver anexo I). Además de operar como inductor de la producción de contenidos verbales que guarden algún grado de asociatividad con la imagen corporal, la respuesta gráfica del sujeto a la línea horizontal permitió evaluar, junto con el cuestionario de Insatisfacción corporal, la variable *Insatisfacción Corporal*.

Para el análisis de estos resultados, se acordó dividir dicha línea en diez tramos de igual magnitud (de 1 a 10 y correlativamente, de izquierda a derecha), entendiendo que aquél sujeto que se ubicase en los tramos inferiores indicaría “menor Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” y viceversa (ver anexo V).

#### 5.4.4. Escala de Clasificación Social de Graffar.

Este método fue adaptado a la población chilena en 1976 por Valenzuela, Díaz y Klagges (1976). Describe cinco variables:

- a) Ocupación de los padres: Se consideró como representativa aquella de mayor prestigio, poder e ingreso, fuese del padre o de la madre.
- b) Instrucción de los padres: Se refiere al grado de instrucción sistemática alcanzado por los padres, considerando aquél que sea más alto.
- c) Fuente principal de ingreso: Origen y procedencia de una cantidad de dinero disponible por la familia para gastos de alimentación, vestuario y bienestar.

d) Calidad de la vivienda: Se determina por el tipo de vivienda, calidad de la construcción, estado en que se encuentra, número de personas que la habitan, iluminación, ventilación, etc.

e) Calidad del barrio donde habita la familia: Si éste es residencial, comercial, obrero, popular; considera el tipo de urbanización con que se cuenta.

Cada una de estas variables contiene cinco categorías ordinales que van de la más alta a la más baja. A cada una de éstas se les asigna una nota entre 1 y 5, que sumadas van a determinar la ubicación de los sujetos en el estrato respectivo.

<i>ESTRATO</i>	<i>NOTA</i>	<i>NIVEL SOCIO-ECONÓMICO</i>
Estrato I	5 – 9	Nivel Socioeconómico Alto
Estrato II	10 – 13	Nivel Socioeconómico Medio Alto
Estrato III	14 – 17	Nivel Socioeconómico Medio
Estrato IV	18 – 21	Nivel Socioeconómico Medio Bajo
Estrato V	22 – 25	Nivel Socioeconómico Bajo

Este método posee dos ventajas: primero, es de fácil y rápida aplicación; y segundo, al no tomar en cuenta directamente el ingreso en moneda nacional, permite hacer comparaciones con otros grupos o con el mismo en distintos momentos (Valenzuela et al., 1976).

## **5.5. Procedimientos**

La participación de las pacientes fue voluntaria. Al término de la evaluación nutricional se les explicaron las características y los objetivos del estudio, además de los procedimientos necesarios. A las pacientes que accedieron participar, se les entregó una “Carta de Consentimiento Informado para el Paciente”<sup>26</sup> (ver anexo VII).

---

<sup>26</sup> Proporcionar a los sujetos de investigación este documento legitima la dimensión bioética de este estudio, por cuanto explicita y asegura los deberes –de los investigadores- y derechos –de los sujetos-; aspectos a tener en cuenta en la investigación clínica o social con seres humanos. (Lolas, 2003)

### 5.5.1. Procedencia de las pacientes

Todas las pacientes fueron reclutadas del Centro Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Las pacientes habían sido derivadas a evaluación nutricional desde distintos Servicios del Hospital, en mayor medida desde el Servicio de Endocrinología; no obstante un grupo importante de pacientes realizó “consulta espontánea”, es decir, llegó de manera independiente al Centro de Diagnóstico (ver anexo X, Tabla 1).

### 5.5.2. Recolección de datos

Las pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión en la muestra, posibles de evaluar a través de la revisión preliminar de la ficha médica o en la primera evaluación nutricional y que además accedieron a participar del estudio, fueron llevadas a las oficinas del Programa de Tratamiento para los Trastornos Alimentarios (P.T.T.A.), ubicadas en el Servicio de Endocrinología del Hospital, cuarto piso, lugar donde se practicaron las entrevistas de evaluación, que tuvieron carácter individual y una duración promedio de 45 minutos. En estas oficinas se aplicaron los siguientes instrumentos, en orden cronológico:

- a) Aplicación de *Entrevista Anamnética* (ver anexo V) para recolectar información relevante de considerar en la investigación, principalmente sobre antecedentes biográficos, médicos y psicológicos.
- b) Aplicación de la *Escala de Clasificación Social de Graffar*, para determinar Nivel Socioeconómico (ver anexo III).
- c) Aplicación de la *Instrucción Estándar Modificada* (ver anexo 1) para el Análisis de la Conducta Verbal con su correspondiente registro magnetofónico (una muestra verbal de cinco minutos) y gráfico (la respuesta del sujeto a la línea horizontal para medir el “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal”, anexada al final de la Entrevista Anamnética, ver anexo V).

d) Aplicación del *Cuestionario de Insatisfacción Corporal* de la Universidad de Dallas, modificado por Zukerfeld (ver anexo VI).

Durante el curso del tratamiento los investigadores recibieron información de parte de los profesionales tratantes respecto de posibles factores vitales que eventualmente pudiesen influir en la evolución del tratamiento, a través de un instrumento constituido de tres preguntas abiertas, el cual, tras su aplicación y posterior evaluación, no arrojó antecedentes significativos (ver anexo VIII). Se practicaron tres seguimientos a las pacientes durante el curso del tratamiento; éstos tuvieron como objetivo evaluar junto al profesional tratante la respuesta y comportamiento de las pacientes. Al cabo de seis meses de la fecha de evaluación del último paciente, se realizó el último seguimiento y se configuraron los grupos de acuerdo a los criterios definidos para la variable *Respuesta al tratamiento médico para la obesidad (Refractariedad y Responsividad)* (ver anexo IX).

Respecto a la corrección de los protocolos obtenidos por el Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal, y con el fin de cumplir con exigencias convencionales de entrenamiento en el método, los autores de esta investigación asistieron a clases prácticas dictadas por profesionales del área de la investigación<sup>27</sup>. Esta instancia académica permitió, además, contar con el criterio de jueces para resolver discrepancias respecto de la codificación de los protocolos.

Se conformó además un equipo de trabajo a cargo del Dr. Luis Risco\*, cuyo objetivo fue lograr confiabilidad interevaluadores, a través de la corrección y discusión conjunta de un número representativo de protocolos.

## **5.6. Análisis estadístico**

Los datos fueron ingresados y procesados en computador a un archivo *ad-hoc* a través del programa SPSS para Windows, en las oficinas de estadística del Departamento de

---

<sup>27</sup> A cargo de Eduardo Rodríguez, Investigador del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile y del Programa Regional de Bioética de la OPS/OMS.

\* Sub-director Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Psicología de la Universidad de Chile, y se contó con la asesoría de alumnos ayudantes de las cátedras de Estadística I y II de la carrera de Psicología de la misma Universidad.

#### 5.6.1. Elección del modelo estadístico

Considerando que el nivel de medición de las variables en estudio correspondió a escalas ordinales y que interesaba comparar dos grupos independientes, se optó por el análisis estadístico no paramétrico. Las pruebas no paramétricas han sido definidas por Siegel (1956/1970) como “aquéllas cuyo modelo no especifica las condiciones de los parámetros de la población de la que se sacó la muestra” (p. 52). Algunas suposiciones asociadas con la mayoría de las pruebas utilizadas en estadística no paramétrica son: observaciones independientes y variables de continuidad básica; pero estas suposiciones son pocas y mucho más débiles que las asociadas con las pruebas paramétricas. En comparación con estas últimas, las pruebas no paramétricas no requieren mediciones tan fuertes, se trabaja en la mayoría de los casos con datos de una escala ordinal y algunas veces con datos de escalas nominales (Siegel).

#### 5.6.2. Pruebas utilizadas

Para la hipótesis *i* se utilizó el *Test del Signo* para muestras pareadas; para la hipótesis *ii* se utilizó el *Cálculo de la Probabilidad Exacta basada en la Binomial* para muestras pareadas; para las hipótesis *iii* y *iv* se utilizó la prueba de *Wilcoxon* para muestras pareadas; para las hipótesis *v*, *vi* y *vii* se utilizó la prueba *U de Mann-Whitney* para muestras independientes; por último, para el Objetivo Específico *iii* se utilizó la Prueba de *Kruskal-Wallis* para muestras independientes.

Para la descripción de la muestra, los datos obtenidos se agruparon en tablas de frecuencia, histogramas y gráficos circulares. Los puntajes de las ansiedades se ilustran juntas –excepto los puntajes de la Ansiedad Total– en diagramas de cajas.

En el análisis de los datos también se utilizaron otros estadísticos: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y el Rango Semi-intercuartil.

Para los análisis complementarios, se utilizaron las pruebas de *Wilcoxon*, *U de Mann Whitney* y *Fisher*.

## CAPÍTULO 6

### RESULTADOS

En este capítulo se presentará, en primer lugar, un análisis descriptivo con el total de la muestra, conforme al siguiente orden:

- i. Respuesta al Tratamiento Médico-nutricional para la Obesidad
- ii. Antecedentes anamnésicos
  - ii.i. Características sociodemográficas
  - ii.ii. Antecedentes familiares
  - ii.iii. Antecedentes médicos relacionados con la obesidad
  - ii.iv. Nivel Socioeconómico (NSE)
    - a. Muestra total
    - b. Grupo respondedor
    - c. Grupo refractario
- iii. Variables psicológicas
  - iii.i. Resultados de los puntajes de ansiedades
    - a. Muestra total
    - b. Grupo respondedor
    - c. Grupo refractario
  - iii.ii. Nivel de Insatisfacción Corporal
    - a. Muestra total
    - b. Grupo respondedor
    - c. Grupo Refractario
  - iii.iii. Resultados del Grado de Percepción de Satisfacción Corporal
    - a. Muestra total
    - b. Grupo respondedor
    - c. Grupo refractario
  - iii.iv. Tipos de Ansiedades presentes según el Nivel Socioeconómico

En segundo lugar, se procederá a verificar las hipótesis específicas planteadas. En tercer lugar, se presentarán análisis complementarios a las hipótesis planteadas.

Para finalizar, se presentará un cuadro resumen con los principales resultados.

## 6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

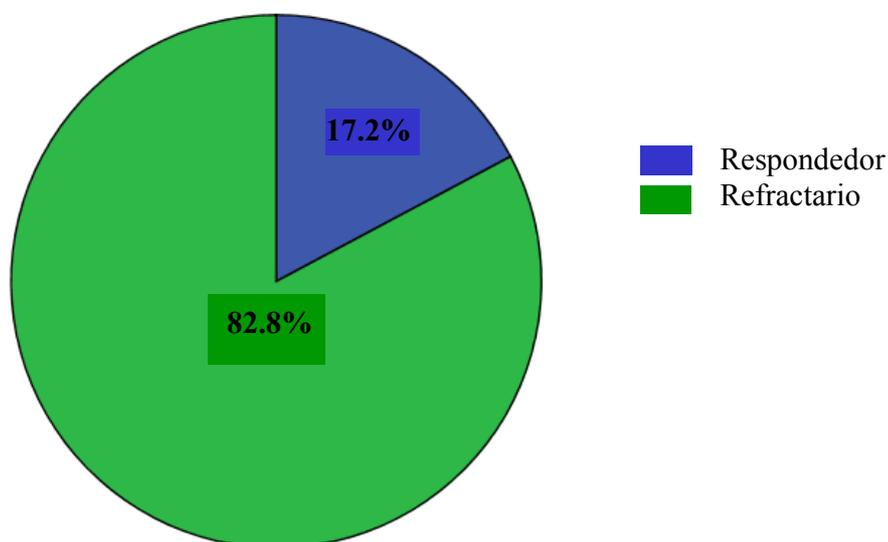
### 6.1.1. Respuesta al Tratamiento Médico-nutricional para la Obesidad

En la Tabla 1 se presentan los resultados al tratamiento médico (Refractariedad/Responsividad) de toda la muestra (N = 29), y se ilustran en el Gráfico 1.

Tabla 1: Respuesta al Tratamiento Médico

	Frecuencia	Porcentaje
Respondedor	5	17.2
Refractario	24	82.8
Total	29	100.0

Gráfico 1: Ubicación de los sujetos en la variable “Respuesta al Tratamiento Médico-nutricional”.  
(29 = 100%)



Se observa que del total de los pacientes evaluados (N = 29) la mayoría resultaron refractarios al tratamiento (N = 24), sólo 5 pacientes respondieron satisfactoriamente.

## 6.1.2. Antecedentes anamnésticos

A continuación se describirá la muestra en términos anamnésticos y sociodemográficos, incluyendo la descripción de la pertenencia al NSE correspondiente.

### 6.1.2.1. Características sociodemográficas

*i. Procedencia del paciente:* Esta variable alude al Servicio del cual fueron derivadas las pacientes reclutadas en la muestra. Se observa que la mayoría de las mujeres que inician tratamiento son derivadas del Servicio de Endocrinología del Hospital (41.4%) o proceden de manera espontánea, es decir, consultan directamente al Centro de Diagnóstico del Hospital (27.6%). Otro porcentaje de pacientes procede del Servicio de Ginecología (13.8%) y del Servicio de Medicina Interna (10.3%). Sólo una paciente procede del Servicio de Psiquiatría (3.4%) y otra procede del Servicio de Cirugía (3.4%).

*ii. Rango etáreo:* Casi la mitad de las mujeres (48.3%) se encuentra en el rango de entre 30 y 39 años de edad, el resto se distribuye casi homogéneamente de entre 18 y 29 años (27.6%) y entre 40 y 50 años (24.1%).

*iii. Situación civil y/o conyugal:* Más de la mitad de las mujeres está casada (62.1%). Otro porcentaje de mujeres está soltera (27.6%), el resto de mujeres está separada y/o convive (10.3%).

*iv. Nivel de estudios:* La mayoría de las mujeres tiene educación media completa (44.8%) o educación técnica (20.7%). Otro porcentaje de mujeres tiene educación universitaria completa (13.8%), secundaria incompleta (10.3%) y universitaria incompleta (6.9%). Sólo una mujer tiene hasta educación básica completa (3.4%).

*v. Ocupación:* Más de la mitad de las mujeres se desempeña como dueña de casa (51.7%). Otro porcentaje importante de mujeres es empleada (34.5%) o trabaja de manera independiente (10.3%). Sólo una mujer es estudiante (3.4%).

### 6.1.2.2. Antecedentes familiares

*i. Con o sin hijos:* Más de la mitad de las mujeres tiene hijos (62.1%). El otro porcentaje de mujeres no tiene hijos (37.9%).

*ii. Con quién vive:* Casi la mitad de las mujeres vive con esposo e hijos (44.8%); otro porcentaje considerable de mujeres vive con el esposo, los hijos y algún miembro de su familia de origen (24.1%). Otro porcentaje de mujeres vive sólo con su familia de origen (13.8%). Dos mujeres viven sólo con su esposo o conviviente (6.9%), otras dos mujeres viven solas (6.9%) y sólo una mujer vive sólo con sus hijos (3.4%).

*iii. Conocimiento del paciente sobre antecedentes de enfermedad mental familiar:* La mayoría de las mujeres no refiere conocer antecedentes de enfermedad mental en su familia (75.9%). Otro porcentaje de mujeres refiere antecedentes de depresión en su familia (13.8%). Sólo dos mujeres refieren conocer antecedentes de enfermedad psicótica en su familia (6.9%) y sólo una refiere conocer antecedentes de trastorno por ansiedad en su familia (3.4%).

### 6.1.2.3. Antecedentes médicos relacionados con la obesidad

*i. Edad de inicio de la obesidad:* Más de la mitad de las mujeres refiere el inicio de su obesidad en la edad adulta (55.2%), otro grupo considerable de mujeres refiere “ser” obesa desde “siempre” (17.2%) o ubica la edad de comienzo de la obesidad en su infancia (10.3%). En términos de la edad de comienzo de la obesidad, esta última categoría –en algunos casos- podría coincidir con la referencia de algunas mujeres de “ser” obesas desde “siempre”. Otro porcentaje de mujeres refiere el comienzo de su obesidad en su juventud (17.2%).

*ii. Tipo de Obesidad:* Más de la mitad de las mujeres presenta Obesidad Leve (55.2%); 9 mujeres presentan Obesidad Severa (31%) y sólo 4 mujeres presentan Obesidad Moderada (13.8%).

*iii. Participación en tratamientos anteriores para la obesidad:* La muestra se distribuye más o menos homogéneamente, predominando la participación en tratamientos nutricionales (27.6%), tratamientos médicos que incluyen uso de fármacos (24.1%) y otro grupo de mujeres que no refieren antecedentes de haber participado antiguamente en algún tratamiento para la obesidad (24.1%). Otro porcentaje de mujeres refiere haber participado de algún tratamiento multidisciplinario (13.8%). Sólo 3 mujeres refieren haber realizado un tratamiento autoadministrado, es decir, sin la tutoría médica (10.3%)

*iv. Antecedentes familiares de Obesidad:* Casi todas las mujeres refieren tener antecedentes de obesidad en su familia (82.8%). Sólo 5 mujeres no refieren tener antecedentes (17.2%).

*v. Antecedentes de enfermedades médicas asociadas a la obesidad:* Más de la mitad de las mujeres tiene alguna enfermedad médica asociada a la obesidad (55.2%). El resto (44.8%) refiere no presentar enfermedades médicas asociadas.

*vi. Conocimiento sobre antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica:* Casi ninguna de las mujeres refiere antecedentes de enfermedad psiquiátrica (89.7%). Sólo 3 mujeres refieren antecedentes (10.3%).

*vii. Uso de fármacos:* La mayoría de las mujeres refiere no usar fármacos (41.4%) o refiere el uso de fármacos no asociados a la obesidad que no son psicofármacos (37.9%). La minoría de las mujeres (13,7%) refiere uso de algún psicofármaco.

#### 6.1.2.4. Nivel Socioeconómico (NSE)

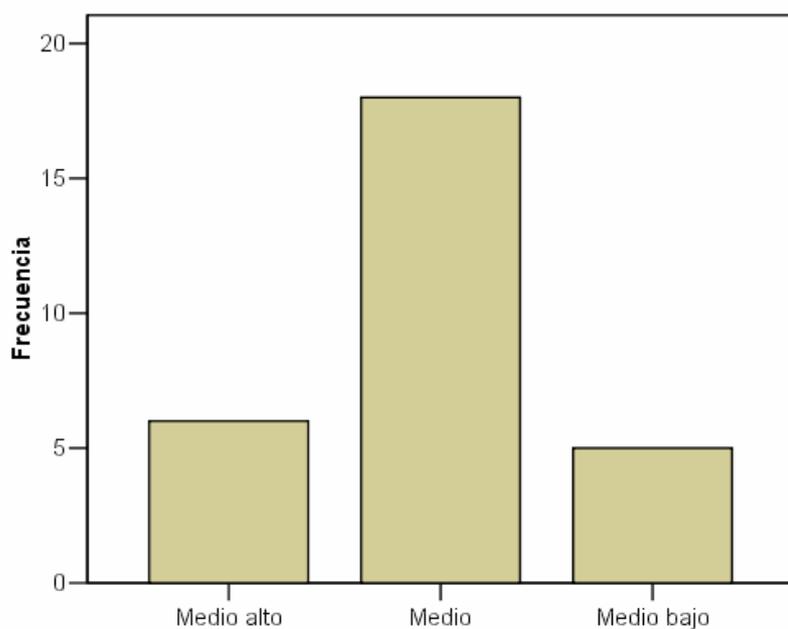
##### *i. Muestra total*

Se presenta a continuación una descripción de la muestra de acuerdo al NSE presentado por todos los sujetos de la muestra (N = 29). En la Tabla 2 se presentan las categorías ordinales de NSE (Medio Alto, Medio y Medio Bajo) y los resultados se ilustran en el Gráfico 2.

Tabla 2: NSE presentado por los sujetos de la muestra de acuerdo a la Escala de Clasificación Social de Graffar.

	Frecuencia	Porcentaje
Medio Alto	6	20.7
Medio	18	62.1
Medio Bajo	5	17.2
Total	29	100.0

Gráfico 2: NSE presentado por los sujetos de la muestra (29 = 100%).



Se observa que más de la mitad de los sujetos se ubican en el NSE Medio (18 = 62.1%), 6 sujetos se ubican en el NSE Medio Alto y 5 sujetos se ubican en el NSE Medio Bajo.

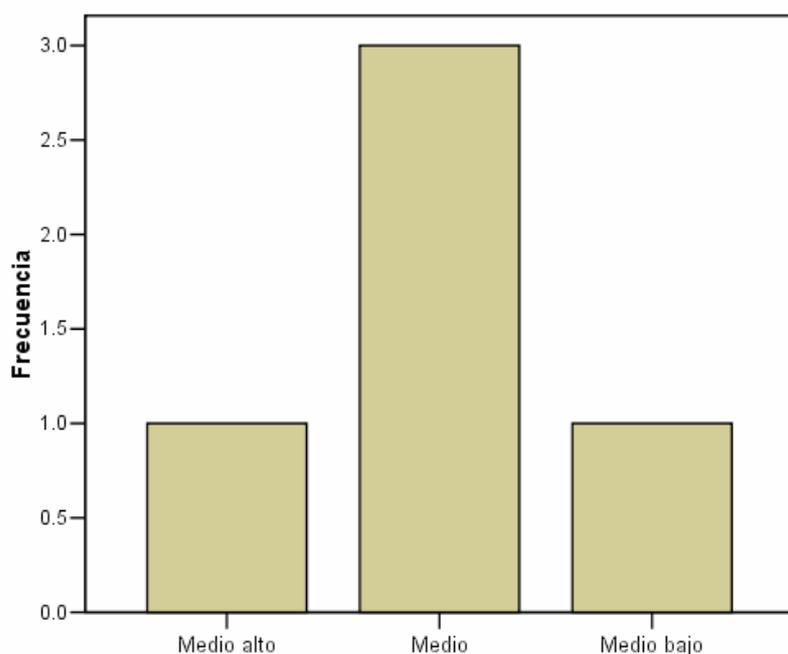
#### *ii. Grupo respondedor*

Los resultados del NSE obtenido por los sujetos del grupo respondedor (N = 5) se presentan en la Tabla 3, y se ilustran en el gráfico 3.

Tabla 3: NSE presentado por los sujetos del grupo respondedor de acuerdo a la Escala de Clasificación Social de Graffar.

	Frecuencia	Porcentaje
Medio Alto	1	20.0
Medio	3	60.0
Medio Bajo	1	20.0
Total	29	100.0

Gráfico 3: NSE presentado por los sujetos del grupo respondedor (5 = 100%).



Se observa que más de la mitad de los sujetos del grupo respondedor se ubican en el NSE Medio (3 = 60%), 1 sujeto (20%) se ubican en el NSE Medio Alto y 1 sujeto (20%) se ubican en el NSE Medio Bajo.

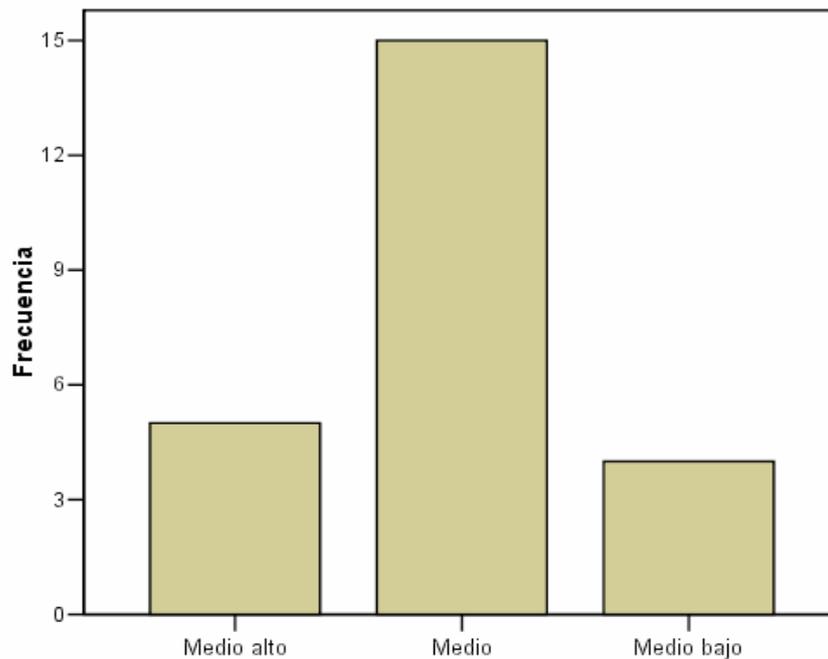
*ii. Grupo refractario*

Los resultados del NSE obtenido por los sujetos del grupo refractario (N = 24) se presentan en la Tabla 4, y se ilustran en el gráfico 4.

Tabla 4: NSE presentado por los sujetos del grupo refractario de acuerdo a la Escala de Clasificación Social de Graffar.

	Frecuencia	Porcentaje
Medio Alto	5	20.8
Medio	15	62.5
Medio Bajo	4	16.7
Total	29	100.0

Gráfico 4: NSE presentado por los sujetos del grupo refractario (24 = 100%).



Se observa que más de la mitad de los sujetos del grupo refractario se ubican en el NSE Medio (15 = 62.5%), 5 sujetos (20.8%) se ubican en el NSE Medio Alto y 4 sujetos (16.7%) se ubican en el NSE Medio Bajo.

### 6.1.3. Variables psicológicas

Se presentan a continuación las variables en estudio: la medición de las ansiedades, el Nivel de Insatisfacción Corporal y el Grado de Percepción de Satisfacción corporal. Para cada una de estas variables, la descripción considera, por separado, a la muestra total (N = 29), al grupo respondedor (N = 5) y al grupo refractario (N = 24). Al final de este capítulo, se contempla la descripción de los tipos de ansiedades presentes según el Nivel socioeconómico.

#### 6.1.3.1. Resultados de los puntajes de ansiedades

##### *i. Muestra total*

Los resultados de las ansiedades obtenidas por la muestra total (N = 29) se presentan en la Tabla 5, y se ilustran en diagramas de Cajas (gráficos 5 y 6).

Tabla 5: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y Rango Semi-intercuartil de los puntajes obtenidos para las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total, en toda la muestra (N = 29).

	Muerte	Mut.	Sep.	Culpa	Ver.	Difusa	ANSIEDAD TOTAL
<i>Mediana</i>	0	1,18	1,95	2,37	1,30	1,20	4,005
<i>Mínimo</i>	0	0	0	0,32	0	0	2,751
<i>Máximo</i>	1,60	3,34	4,06	3,78	4,40	2,33	6,640
<i>Rango Semi-intercuartil</i>	0,83	2,01	1,22	1,04	1,14	0,86	0,637

Grafico 5: Puntajes obtenidos por los sujetos de la muestra (N = 29) en las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza y Difusa.

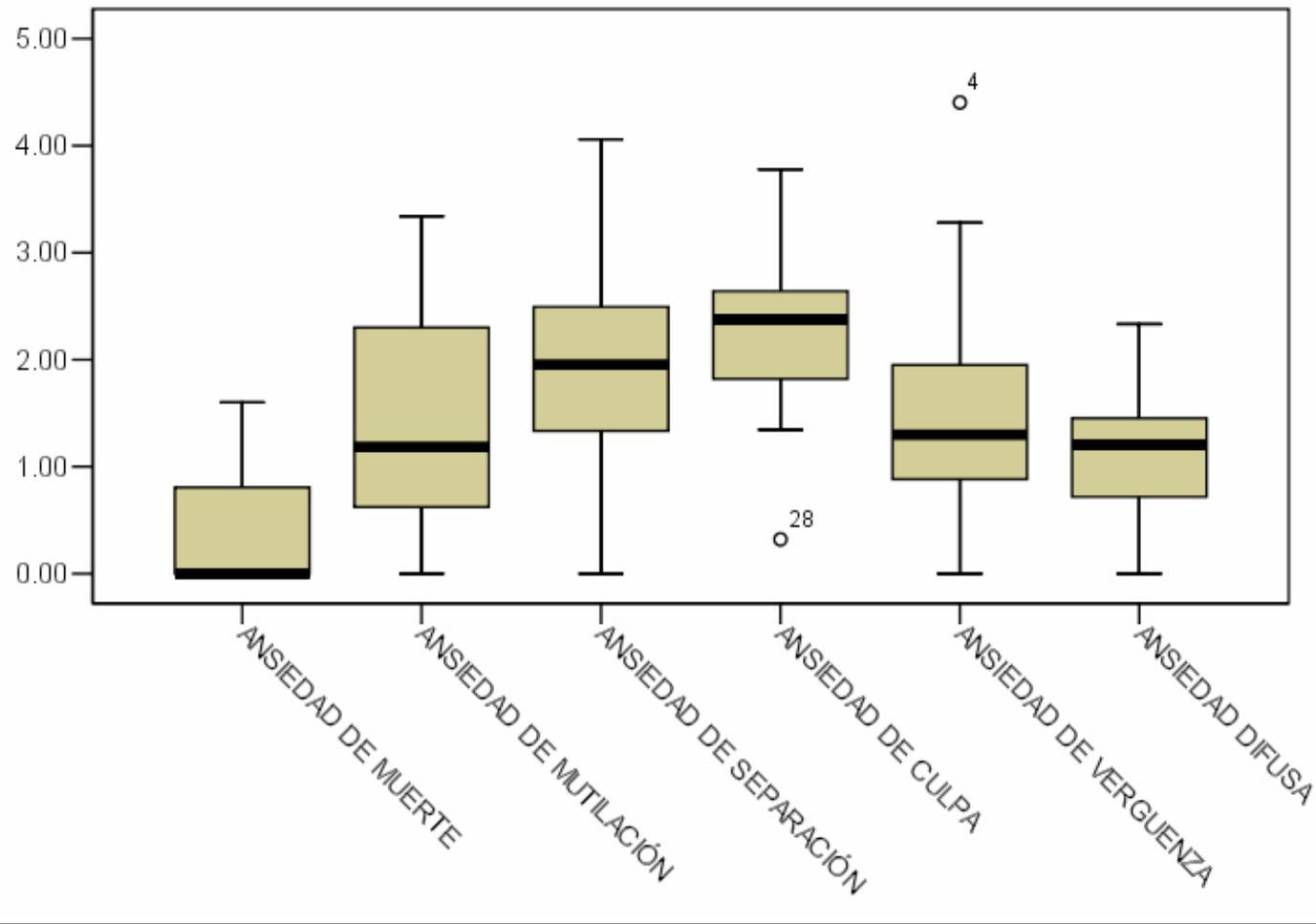
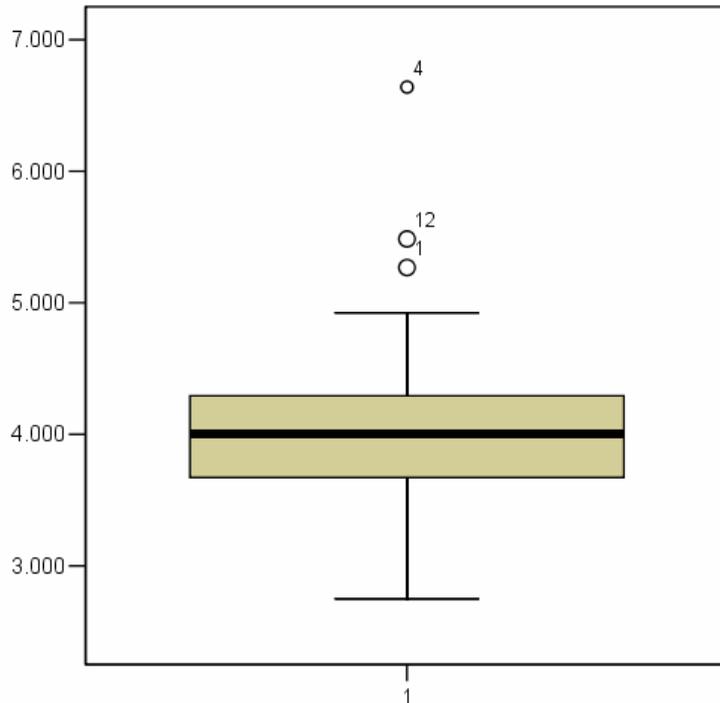


Gráfico 6: Puntajes obtenidos por los sujetos de la muestra (N = 29) en la Ansiedad Total.



Se observa que los puntajes en la *Ansiedad de Muerte* resultaron ser los más bajos en comparación con los puntajes de las otras ansiedades: 19 sujetos obtienen 0 puntos. El puntaje mayor en la Ansiedad de Muerte fue de 1,6 puntos y lo obtuvo un sujeto. Ninguno de los sujetos alcanza los 2 puntos.

En la *Ansiedad de Mutilación*, el puntaje mínimo fue de 0 puntos y lo obtuvieron 7 sujetos; el puntaje máximo fue de 3,34 puntos y lo obtuvo 1 sujeto. 20 sujetos obtienen puntajes menores a 2 puntos. Sólo 9 sujetos obtienen puntajes sobre los 2 puntos.

En la *Ansiedad de Separación* 13 sujetos obtienen puntajes sobre los 2 puntos. El mayor puntaje fue de 4.06 puntos y la obtuvo un sujeto. 5 sujetos obtienen 0 puntos.

Los puntajes obtenidos en la *Ansiedad de Culpa* resultaron ser los más altos en comparación con los puntajes de las otras ansiedades. Se observa que 21 sujetos obtienen puntajes superiores a uno e inferiores a 3 puntos. 18 sujetos obtienen puntajes sobre los 2 puntos. El puntaje mayor fue de 3,78 puntos. No se registran casos con 0 puntos.

En la *Ansiedad de Vergüenza* la mayoría de los sujetos (N = 24), obtienen puntajes menores a 2 puntos, la mayor puntuación la obtuvo un sujeto con 4,4 puntos.

En la *Ansiedad Difusa* la mayoría de los sujetos, (N = 26), obtienen puntajes menores a 2 puntos. 6 sujetos obtienen 0 puntos, la mayor puntuación la obtuvo un sujeto con 2,33 puntos.

En la *Ansiedad Total*, la mayoría de los sujetos (N = 24), obtienen puntajes mayores a 3 y menores a 5 puntos. El menor puntaje fue de 2,75 puntos, y el mayor puntaje fue de 6,64 puntos.

Este análisis da cuenta de los objetivos específicos i y ii.

*ii. Grupo respondedor*

Los resultados de las ansiedades obtenidas por el grupo respondedor (N = 5) se presentan en la Tabla 6, y se ilustran en diagramas de Cajas (gráficos 7 y 8).

Tabla 6: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y Rango Semi-intercuartil de los puntajes obtenidos para las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total, en los sujetos del grupo respondedor (N = 5).

	Muerte	Mut.	Sep.	Culpa	Ver.	Difusa	ANSIEDAD TOTAL
<i>Mediana</i>	0,52	0	2,49	1,83	1,12	0,96	3,99
<i>Mínimo</i>	0	0	1,95	0,32	0	0	3,07
<i>Máximo</i>	1,59	1,85	4,06	3,01	2,57	1,84	5,48
<i>Rango Semi-intercuartil</i>	1,36	1,47	1,45	1,8	1,86	1,12	1,49

Grafico 7: Puntajes obtenidos por los sujetos del grupo respondedor (N = 5) en las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza y Difusa.

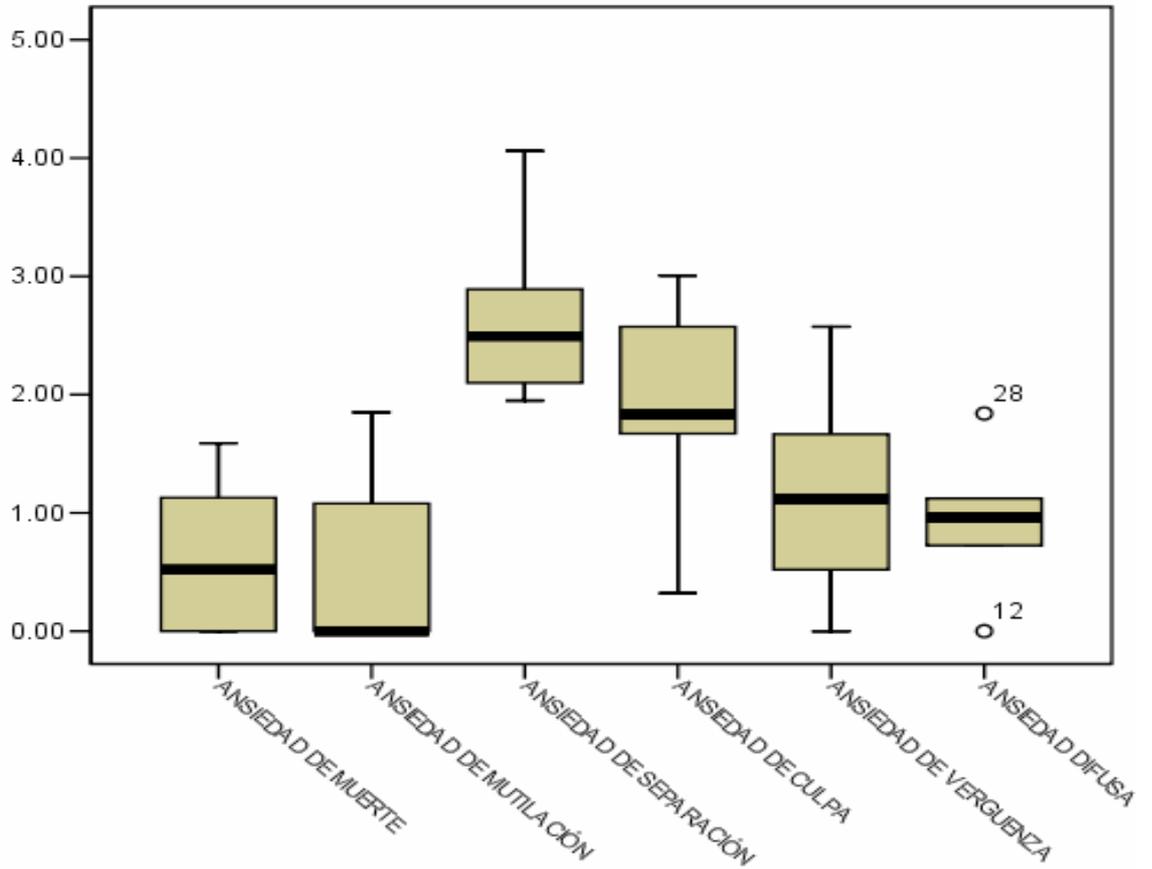
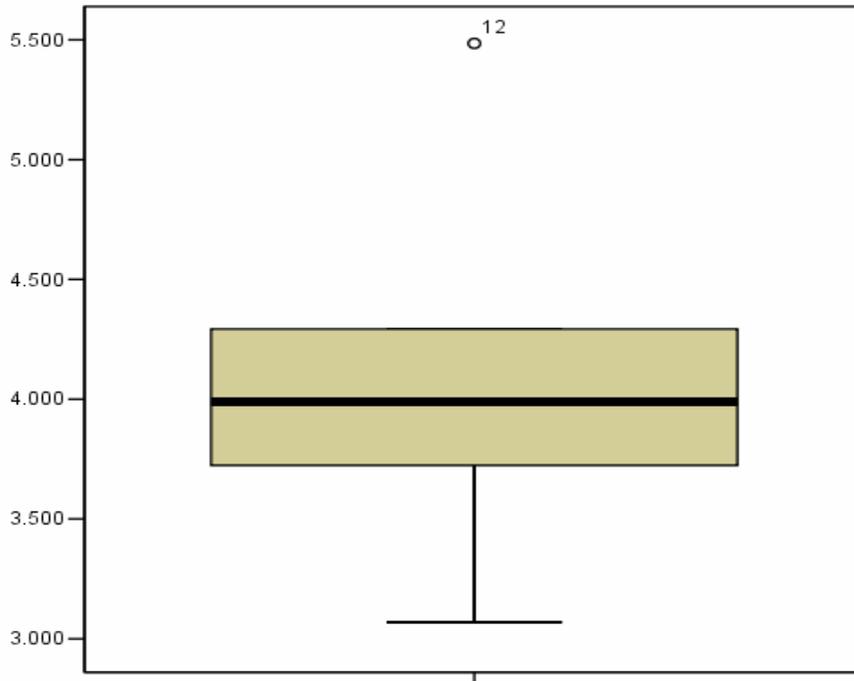


Gráfico 8: Puntajes obtenidos por los sujetos del grupo respondedor (N = 5) en la Ansiedad Total.



Se observa que en el grupo respondedor los puntajes obtenidos en la Ansiedad de Separación resultaron ser los más altos en comparación con las otras ansiedades; cuatro de los cinco sujetos (80%) obtienen puntajes sobre los 2 puntos.

### *iii. Grupo refractario*

Los resultados de las ansiedades obtenidas por el grupo refractario (N = 24) se presentan en la Tabla 7, y se ilustran en diagramas de Cajas (gráficos 9 y 10).

Tabla 7: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y Rango Semi-intercuartil de los puntajes obtenidos para las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total, en los sujetos del grupo refractario (N = 24).

	Muerte	Mut.	Sep.	Culpa	Ver.	Difusa	ANSIEDAD TOTAL
<i>Mediana</i>	0	1,29	1,63	2,41	1,42	1,21	4,01
<i>Mínimo</i>	0	0	0	1,35	0	0	2,75
<i>Máximo</i>	1,6	3,34	3,03	3,78	4,4	2,33	6,64
<i>Rango Semi-intercuartil</i>	0,8	1,58	1,06	1,11	1,01	0,92	0,64

Grafico 9: Puntajes obtenidos por los sujetos del grupo refractario (N = 24) en las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza y Difusa.

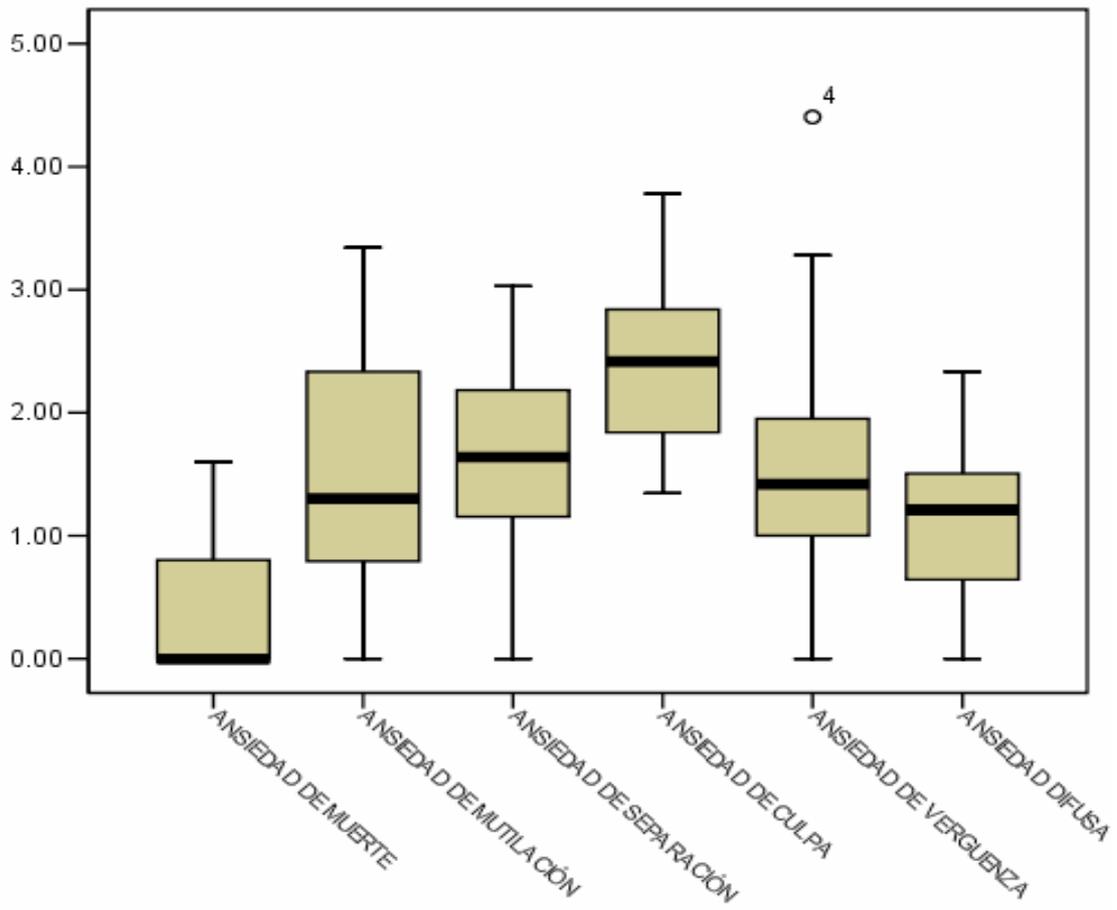
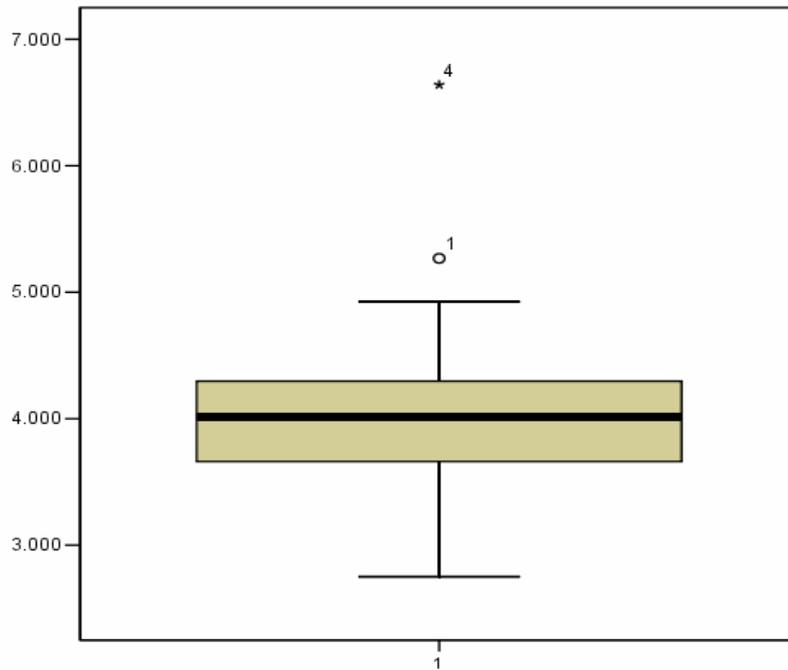


Gráfico 10: Puntajes obtenidos por los sujetos del grupo refractario (N = 24) en la Ansiedad Total.



Se observa que en el grupo refractario los puntajes obtenidos en la Ansiedad de Culpa resultaron ser los más altos en comparación con las otras ansiedades; dieciséis sujetos (66,7% del total de la muestra) obtienen puntajes sobre los 2 puntos. Ambos grupos, respondedor y refractario, muestran puntajes similares para la ansiedad Total.

#### 6.1.3.2. Nivel de Insatisfacción Corporal

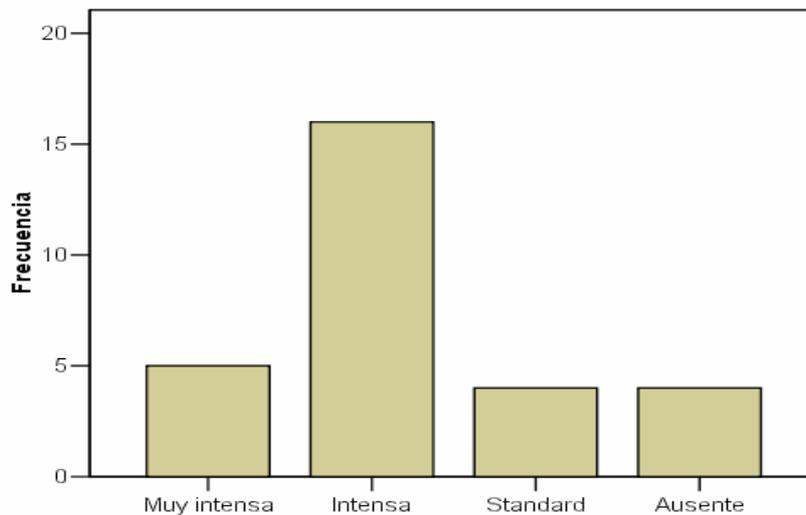
##### *i. Muestra total*

Los resultados obtenidos por los sujetos de toda la muestra (N = 29) al Cuestionario de Insatisfacción Corporal se presentan en la Tabla 8 y se ilustran en el Gráfico 11.

Tabla 8: Nivel de Insatisfacción Corporal presentado por todos los sujetos de la muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción muy Intensa	5	17.2
Insatisfacción Intensa	16	55.2
Insatisfacción Standard	4	13,8
Insatisfacción Ausente	4	13,8
Total	29	100.0

Gráfico 11: Ubicación de los sujetos en los niveles de “Insatisfacción Corporal” (29 = 100%)



Al sumar las frecuencias de los niveles “Insatisfacción muy Intensa” e “Insatisfacción Intensa”, la mayoría de los casos se encuentra en estos dos niveles (N = 21), lo que corresponde al 72.4% del total de la muestra. En los niveles “Insatisfacción Standard” e “Insatisfacción Ausente” se encuentran sólo 8 casos (27.6%).

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Especifico vii.

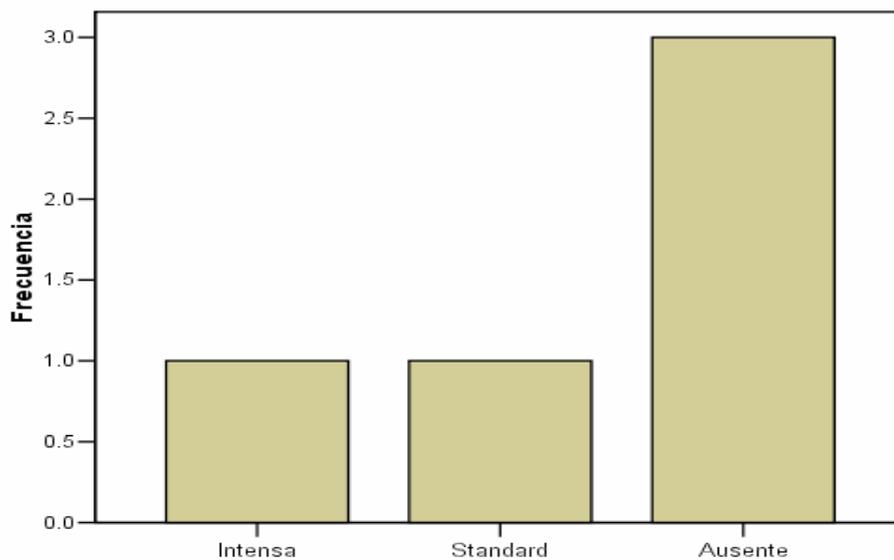
ii. Grupo respondedor

Los resultados obtenidos por los sujetos del grupo respondedor (N = 5) al Cuestionario de Insatisfacción Corporal se presentan en la Tabla 9 y se ilustran en el Gráfico 12.

Tabla 9: Nivel de Insatisfacción Corporal presentado por los sujetos del grupo respondedor

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción muy Intensa	0	0
Insatisfacción Intensa	1	20.0
Insatisfacción Standard	1	20.0
Insatisfacción Ausente	3	60.0
Total	5	100.0

Gráfico 12: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor en los niveles de “Insatisfacción Corporal” (5 = 100%)



No se observan casos en el nivel “Insatisfacción muy intensa”. En cambio, la mayoría de los sujetos del grupo respondedor (3 = 60%) se encuentran en el nivel “Insatisfacción ausente”.

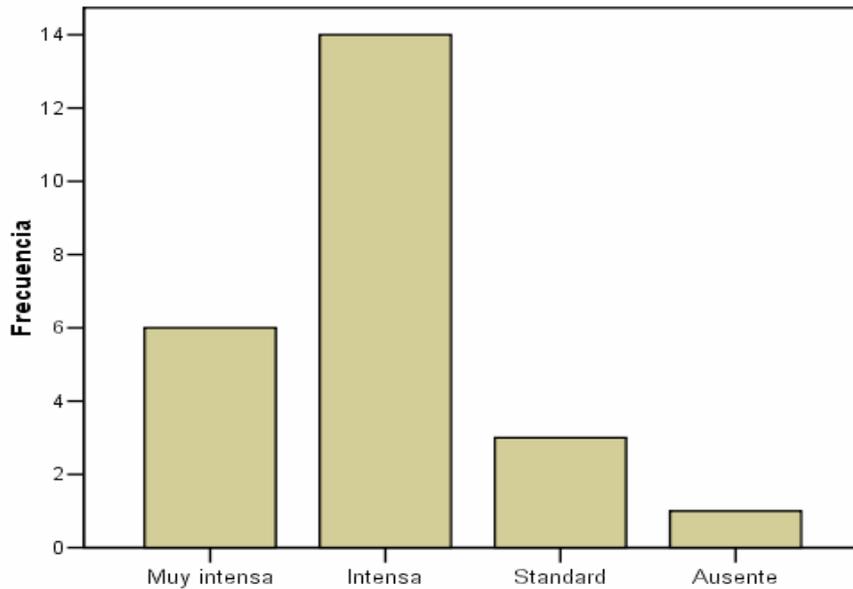
*iii. Grupo refractario*

Los resultados obtenidos por los sujetos del grupo refractario (N = 24) al Cuestionario de Insatisfacción Corporal se presentan en la Tabla 10 y se ilustran en el Gráfico 13.

Tabla 10: Nivel de Insatisfacción Corporal presentado por los sujetos del grupo refractario.

	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfacción muy Intensa	6	25.0
Insatisfacción Intensa	14	58.0
Insatisfacción Standard	3	12.5
Insatisfacción Ausente	1	4.2
Total	24	100.0

Gráfico 13: Ubicación de los sujetos del grupo refractario en los niveles de “Insatisfacción Corporal” (24 = 100%)



Se observa que la mayoría de los sujetos del grupo refractario (20 = 83,3%) se encuentran entre los niveles “Insatisfacción muy intensa” e “Insatisfacción intensa”.

### 6.1.3.3. Resultados del Grado de Percepción de Satisfacción Corporal

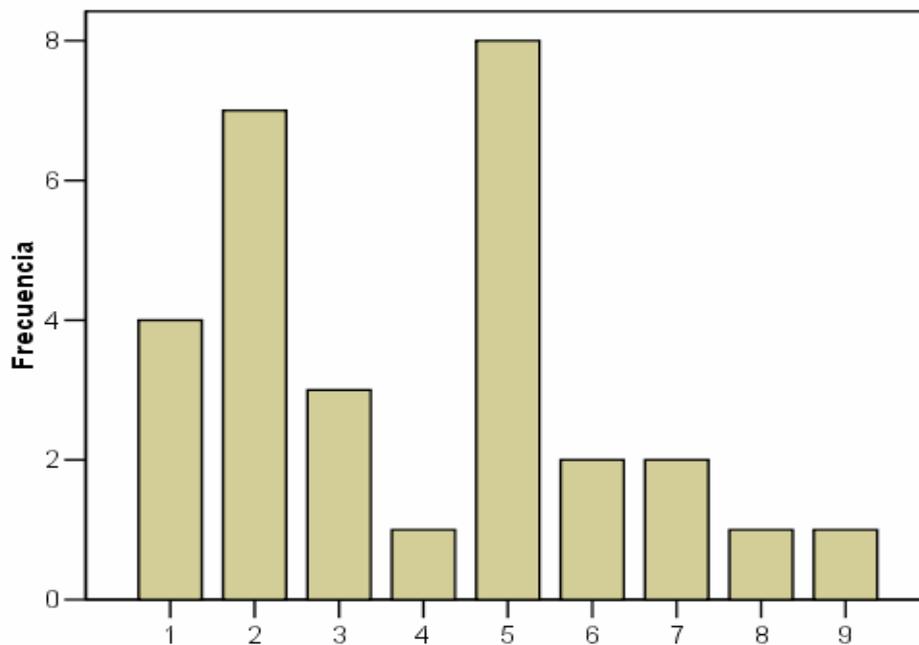
#### *i. Muestra total*

Como se recordará, las pacientes debían marcar sobre un continuo el grado de satisfacción corporal que experimentaban. Los puntajes bajos indican menor satisfacción. Los resultados obtenidos por los sujetos de toda la muestra (N = 29) se presentan en la Tabla 11 y se ilustran en el Gráfico 14.

Tabla 11: “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” presentado por los sujetos de la muestra.

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
1	4	13.8
2	7	24.1
3	3	10.3
4	1	3.4
5	8	27.6
6	2	6.9
7	2	6.9
8	1	3.4
9	1	3.4
10	0	0
Total	29	100.0

Gráfico 14: Ubicación de los sujetos de toda la muestra en los “Grados de Percepción de Satisfacción Corporal” (29=100%).



Se observa que casi la mitad de la muestra (48,2%) se distribuye entre las tres primeras categorías (1,2, y 3), que corresponden al extremo más inferior de la línea horizontal, por tanto, las que representan menor satisfacción corporal; otro grupo considerable de mujeres (27,6%) se ubica en el grado “5”, que corresponde al límite superior del extremo inferior de la línea. Sólo 6 mujeres (20.6%) se ubican en las categorías superiores (6,7,8 y 9), que representarían mayor satisfacción. Ninguna mujer se ubica en el grado “10”, que representaría la “máxima satisfacción”.

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Especifico vii.

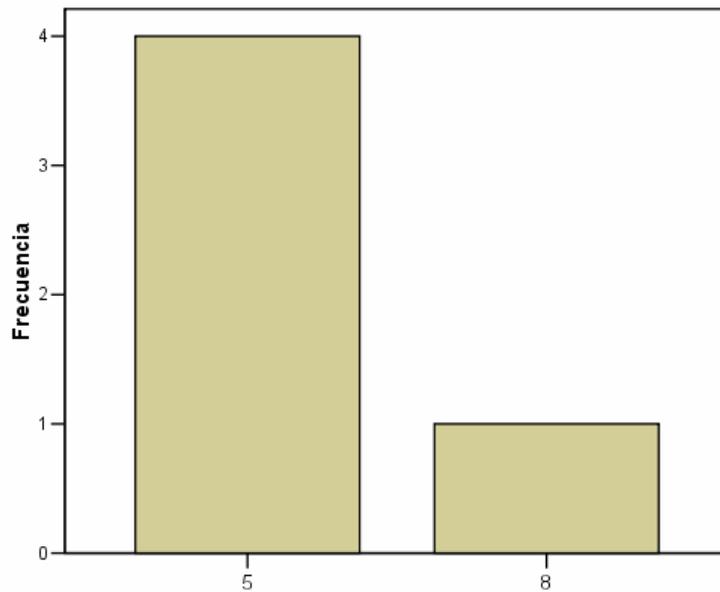
*ii. Grupo respondedor*

Los resultados obtenidos por los sujetos del grupo respondedor (N = 5) se presentan en la Tabla 12 y se ilustran en el Gráfico 15.

Tabla 12: “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” presentado por los sujetos del grupo respondedor.

	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	4	80.0
6	0	0
7	0	0
8	1	20.0
9	0	0
10	0	0
Total	5	100.0

Gráfico 15: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor en los “Grados de Percepción de Satisfacción Corporal” (5 = 100%).



Se observa que la mayoría de los sujetos del grupo respondedor (4 = 80%) se ubican en la categoría “5”, que prácticamente corresponde a la mitad del continuo, es decir, ni muy satisfechas, ni muy insatisfechas con la imagen corporal. Ningún sujeto del grupo respondedor se ubica dentro de las primeras cuatro categorías.

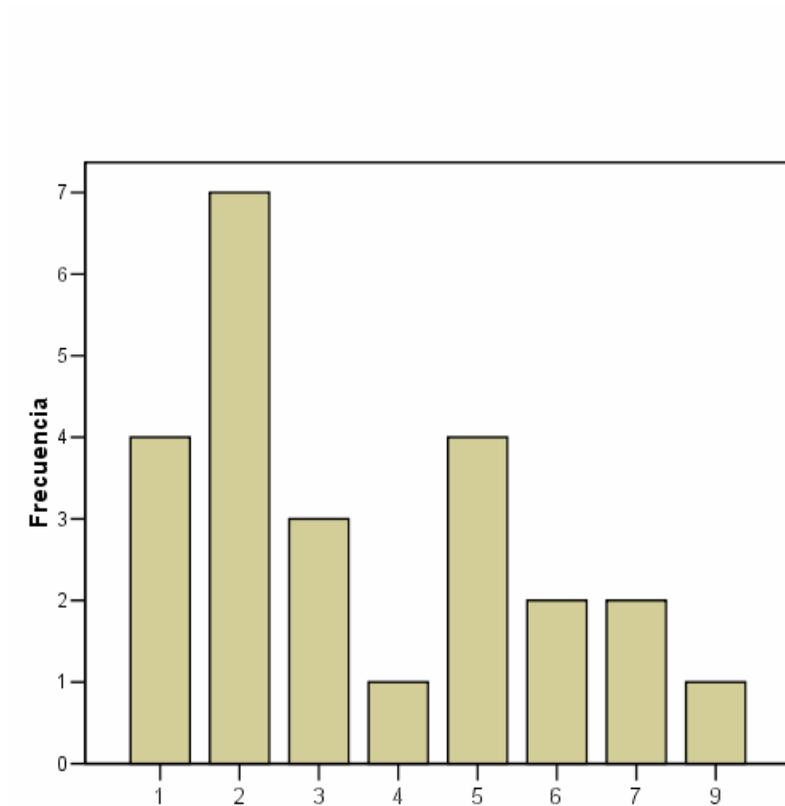
### *iii. Grupo refractario*

Los resultados obtenidos por los sujetos del grupo refractario (N =24) se presentan en la Tabla 13 y se ilustran en el Gráfico 16.

Tabla 13: “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” presentado por los sujetos del grupo refractario.

	Frecuencia	Porcentaje
1	4	16.7
2	7	29.2
3	3	12.5
4	1	4.2
5	4	16.7
6	2	8.3
7	2	8.3
8	0	0
9	1	4.2
10	0	0
Total	24	100.0

Gráfico 16: Ubicación de los sujetos del grupo refractario en los “Grados de Percepción de Satisfacción Corporal” (24 = 100%).



Se observa que más de la mitad de los sujetos del grupo refractario (15 = 62.5%) se encuentran entre las cuatro primeras categorías (1, 2, 3 y 4), las que representan “menor satisfacción corporal”.

#### 6.1.3.4. Tipos de ansiedades presentes según el Nivel Socioeconómico (NSE)

En cumplimiento del Objetivo Específico iii, se presentan a continuación los resultados de los puntajes de las ansiedades obtenidas según el NSE, en las tablas 14, 15 y 16.

Tabla 14: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y Rango Semi-intercuartil de las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en el grupo perteneciente al NSE Medio Alto. (N = 6)

SUJETOS PERTENECIENTES AL NSE MEDIO ALTO							
	Muerte	Mut.	Sep.	Culpa	Ver.	Difusa	ANSIEDAD TOTAL
<i>Mediana</i>	0	0,97	2,00	2,29	1,41	0,98	4,175
<i>Mínimo</i>	0	0	0	1,67	0	0	3,070
<i>Máximo</i>	1,29	2,89	2,11	3,78	1,96	1,56	4,303
<i>Rango Semi-intercuartil</i>	0,71	2,45	1,10	1,73	1,56	1,45	1,051

Tabla 15: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y Rango Semi-intercuartil de las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en el grupo perteneciente al NSE Medio (N = 18).

SUJETOS PERTENECIENTES AL NSE MEDIO							
	Muerte	Mut.	Sep.	Culpa	Ver.	Difusa	ANSIEDAD TOTAL
<i>Mediana</i>	0	1,29	1,83	2,29	1,42	1,21	3,950
<i>Mínimo</i>	0	0	0	0,32	0	0	2,751
<i>Máximo</i>	1,59	2,97	4,06	3,25	3,28	2,33	5,485
<i>Rango Semi-intercuartil</i>	0,88	1,82	1,31	0,82	0,8	1,24	0,627

Tabla 16: Mediana, Puntajes Mínimo y Máximo y Rango Semi-intercuartil de las ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en el grupo perteneciente al NSE Medio Bajo. (N = 5)

SUJETOS PERTENECIENTES AL NSE MEDIO BAJO							
	Muerte	Mut.	Sep.	Culpa	Ver.	Difusa	ANSIEDAD TOTAL
<i>Mediana</i>	0	1,08	2,73	2,56	1,17	1,20	4,293
<i>Mínimo</i>	0	0	0	1,86	0	1,02	3,644
<i>Máximo</i>	1,60	3,34	3,03	3,34	4,40	2,03	6,640
<i>Rango Semi-intercuartil</i>	0,80	2,48	2,20	1,16	2,74	0,67	2,108

Como se observa en las tablas, 14, 15 y 16, los valores centrales representados por las medianas, calculadas en cada uno de los NSE para cada una de las ansiedades, se presentan

en valores relativamente similares. Un análisis comparativo estadístico se presentará más adelante (ver pág.136), para verificar la igualdad o diferencia de estos puntajes.

## 6.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

*Hipótesis i: “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Separación (asociada a la imagen corporal)”.*

Para la comprobación de esta hipótesis, y en consideración al bajo número de pacientes respondedoras (N = 5), se aplicó el *Test del Signo* para muestras pareadas. Con este se analizó los puntajes obtenidos por el grupo respondedor en las sub-escalas de Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Separación (ver Tabla 17).

Tabla 17: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo respondedor al tratamiento médico-nutricional para la obesidad en las Ansiedades de Vergüenza y Separación.

SS	Ptje. Ans. Vergüenza	Ptje. Ans. Separación	Signo
1	1,67	2,49	-
2	0	2,89	-
3	2,57	4,06	-
4	0,52	2,10	-
5	1,12	1,95	-

Consistentemente, se encontró en todos los casos que los puntajes de Ansiedad de Vergüenza resultaron menores que los puntajes de Ansiedad de Separación en el grupo respondedor, hallazgo contrario a la hipótesis formulada.

En relación a la hipótesis de trabajo, al realizar el análisis estadístico, la probabilidad arrojada por el *Test del Signo* fue superior a 0,96 lo que permite aceptar la hipótesis nula y **rechazar la hipótesis planteada.**

Dado que los puntajes de Ansiedad de Separación resultaron superiores a los puntajes de Ansiedad de Vergüenza, se aplicó nuevamente el *Test del Signo* para establecer si hubiese diferencias a favor de la variable Ansiedad de Separación, encontrándose una probabilidad de 0,03 lo que indica que **existen diferencias estadísticamente significativas a favor de la Ansiedad de Separación en el grupo respondedor.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico v.

*Hipótesis ii: “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (asociada a la imagen corporal)”.*

Para la comprobación de esta hipótesis se aplicó el *Cálculo de la Probabilidad Exacta Basada en la Binomial*, debido al escaso número de sujetos que componen el grupo de pacientes respondedoras. Este análisis se realizó con los puntajes obtenidos grupo respondedor en las sub-escalas de Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Culpa (ver Tabla 18).

Tabla 18: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo respondedor al tratamiento para la obesidad en las ansiedades de Vergüenza y Culpa.

SS	Ptje. Ans. Vergüenza	Ptje. Ans. Culpa	Acierto/Fracaso
1	1,67	1,84	Fracaso
2	0	3,01	Fracaso
3	2,57	2,57	Eliminado
4	0,52	1,67	Fracaso
5	1,12	0,32	Acierto

$P(X = 1/4; 0,5)$

Producto de este análisis se obtuvo una probabilidad igual a 0,25 que al compararla con un  $\alpha = 0,05$  permite aceptar la hipótesis nula y **rechazar la hipótesis planteada**.

**Se concluye que en el grupo de las pacientes respondedoras los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza no son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico v.

*Hipótesis iii: “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Separación (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la imagen corporal)”.*

Para la comprobación de esta hipótesis se aplicó la *Prueba de Wilcoxon*, que permite comparar los puntajes obtenidos por el grupo refractario en las sub-escalas de Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Separación (ver Tabla 19).

Tabla 19: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo refractario al tratamiento médico-nutricional para la obesidad en las ansiedades de Vergüenza y Separación.

SS	Ptje. Ans. Ver.	Ptje. Ans. Sep.
1	3,28	0
2	0,88	2,73
3	1,62	2,11
4	4,4	0
5	0	1,92
6	1,75	1,1
7	3,01	0
8	1,96	0
9	2,06	1,21
10	1,17	3,03
11	0,57	0
12	1,21	2,57

SS	Ptje. Ans. Ver	Ptje. Ans. Sep.
13	1,2	1,44
14	0,48	2,18
15	1,21	1,33
16	1,95	1,53
17	1,54	1,75
18	1,57	1,49
19	1,71	1,49
20	1,12	2,84
21	1,3	2,5
22	0,75	2,18
23	0	2,06
24	1,95	1,95

El resultado de la *Prueba de Wilcoxon* indica que al comparar las ansiedades en estudio se obtuvo un  $z = -0,456$  con una probabilidad de 0,324 para una hipótesis de una cola. Este resultado indica que se acepta la hipótesis nula y **se rechaza la hipótesis planteada.**

**Se concluye que en el grupo de las pacientes refractarias los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación no difieren significativamente de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico vi.

*Hipótesis iv: “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (asociada a la Imagen corporal), en comparación con sus propios puntajes en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la imagen corporal)”.*

Para la comprobación de esta hipótesis se aplicó la *Prueba de Wilcoxon*, que permite comparar los puntajes obtenidos por el grupo refractario en las sub-escalas de Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Culpa (ver Tabla 20).

Tabla 20: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo refractario al tratamiento para la obesidad en las ansiedades de Vergüenza y Culpa.

SS	Ptje. Ans. Ver.	Ptje. Ans. Culpa
1	3,28	1,75
2	0,88	2,56
3	1,62	3,36
4	4,4	3,34
5	0	2,57
6	1,75	2,22
7	3,01	1,35
8	1,96	2,64
9	2,06	2,46
10	1,17	1,86
11	0,57	2,5
12	1,21	2,38

SS	Ptje. Ans. Ver	Ptje. Ans. Culpa
13	1,2	2,53
14	0,48	2,14
15	1,21	1,75
16	1,95	2,17
17	1,54	3,25
18	1,57	3,04
19	1,71	1,75
20	1,12	3,04
21	1,3	1,46
22	0,75	1,82
23	0	3,78
24	1,95	1,95

Al análisis de la *Prueba de Wilcoxon* se obtuvo una probabilidad igual a 0,0015 que al compararla con una probabilidad teórica igual a 0,05 ( $\alpha = 0,05$ ) indica que el valor observado se encuentra en la zona de rechazo de la hipótesis nula. Se observa que existen diferencias significativas entre ambas variables. Para determinar la dirección en que se presenta esta diferencia, se comparan las medianas de las variables Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Culpa en el grupo refractario (ver Tabla 21).

Tabla 21: Medianas de las ansiedades de Vergüenza y Culpa en el grupo refractario al tratamiento para la obesidad.

	N	MEDIANA
Ans. De Vergüenza	24	1,4200
Ans. De Culpa	24	2,4175

Se observa que la diferencia significativa entre Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Culpa se presenta a favor de la Ansiedad de Culpa, conforme a la superioridad de los puntajes de Ansiedad de Culpa por sobre los puntajes de Ansiedad de Vergüenza, por lo tanto, **se acepta la hipótesis planteada.**

**Se concluye que en el grupo de las pacientes refractarias los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico vi.

*Hipótesis v. “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (asociada a la Imagen corporal), en comparación con mujeres también diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar”.*

Para la comprobación de esta hipótesis se aplicó la *Prueba U de Mann Whitney* para comparar al grupo respondedor y el grupo refractario, respecto de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza (ver Tabla 22).

Tabla 22: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo respondedor y refractario en la Ansiedad de Vergüenza.

GRUPO RESPONDEDOR	
SS	Ptje. Ans. Ver.
1	1,67
2	0
3	2,57
4	0,52
5	1,12

GRUPO REFRACTARIO	
SS	Ptje. Ans. Ver.
1	3,28
2	0,88
3	1,62
4	4,4
5	0
6	1,75
7	3,01
8	1,96
9	2,06
10	1,17
11	0,57
12	1,21
13	1,2
14	0,48
15	1,21
16	1,95
17	1,54
18	1,57
19	1,71
20	1,12
21	1,3
22	0,75
23	0
24	1,95

Producto de este análisis se obtuvo un  $z = -0,78$  con una significación unilateral de 0,2175 lo que permite aceptar la hipótesis nula y **rechazar la hipótesis planteada.**

**Se concluye que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza en el grupo respondedor no difieren significativamente de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Vergüenza en el grupo refractario.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico v.

*Hipótesis vi. “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Separación (asociada a la Imagen corporal), en comparación con mujeres también diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar”.*

Para la comprobación de esta hipótesis se aplicó la *Prueba U de Mann Whitney* para comparar al grupo respondedor y el grupo refractario, respecto de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación (ver Tabla 23).

Tabla 23: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo respondedor y refractario en la Ansiedad de Separación.

GRUPO RESPONDEDOR	
SS	Ptje. Ans. Sep.
1	2,49
2	2,89
3	4,06
4	2,1
5	1,95

GRUPO REFRACTARIO	
SS	Ptje. Ans. Sep.
1	0
2	2,73
3	2,11
4	0
5	1,92
6	1,1
7	0
8	0
9	1,21
10	3,03
11	0
12	2,57
13	1,44
14	2,18
15	1,33
16	1,53
17	1,75
18	1,49
19	1,49
20	2,84
21	2,5
22	2,18
23	2,06
24	1,95

Producto de este análisis se obtuvo un  $z = -2,113$  con una significación unilateral de 0,0175 lo que permite rechazar la hipótesis nula. Se observa que existen diferencias significativas entre ambos grupo respecto de la variable Ansiedad de Separación. Para determinar la dirección de la variable, se comparan las medianas de ambos grupos en la variable Ansiedad de Separación (ver Tabla 24).

Tabla 24: Medianas de la Ansiedad de Separación en los grupos refractario y respondedor al tratamiento para la obesidad.

	N	MEDIANA
Grupo refractario	24	1,6390
Grupo respondedor	5	2,494

Se observa que la diferencia significativa entre ambos grupos se presenta en favor del grupo respondedor, conforme a la superioridad de los puntajes de Ansiedad de Separación obtenidos por este grupo, hallazgo contrario a la hipótesis formulada.

**Por lo tanto, se rechaza la hipótesis planteada y se concluye que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación en el grupo respondedor son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación en el grupo refractario.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico v.

*Hipótesis vii. “Las mujeres que han sido diagnosticadas de Obesidad y que resulten refractarias al tratamiento médico-nutricional para adelgazar, presentarán puntajes significativamente mayores en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (asociada a la Imagen corporal), en comparación con mujeres también diagnosticadas de Obesidad y que resulten respondedoras al tratamiento médico-nutricional para adelgazar”.*

Para la comprobación de esta hipótesis se aplicó la *Prueba U de Mann Whitney* para comparar al grupo respondedor y el grupo refractario, respecto de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa (ver Tabla 25).

Tabla 25: Puntajes obtenidos por los sujetos (SS) del grupo respondedor y refractario en la Ansiedad de Culpa.

GRUPO RESPONDEDOR		GRUPO REFRACTARIO	
SS	Ptje. Ans. Culpa	SS	Ptje. Ans. Culpa
1	1,84	1	1,75
2	3,01	2	2,56
3	2,57	3	3,36
4	1,67	4	3,34
5	0,32	5	2,57
		6	2,22
		7	1,35
		8	2,64
		9	2,46
		10	1,86
		11	2,5
		12	2,38
		13	2,53
		14	2,14
		15	1,75
		16	2,17
		17	3,25
		18	3,04
		19	1,75
		20	3,04
		21	1,46
		22	1,82
		23	3,78
		24	1,95

Producto de este análisis se obtuvo un  $z = -0,982$  con una significación unilateral de 0,163 lo que permite aceptar la hipótesis nula y **rechazar la hipótesis planteada.**

**Se concluye que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa en el grupo respondedor no difieren significativamente de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa en el grupo refractario.**

Este análisis permite dar cuenta del Objetivo Específico v.

### 6.3. ANÁLISIS COMPLEMENTARIOS

*Análisis i:* Se aplicó la *Prueba de Wilcoxon* para comparar los puntajes obtenidos en las sub-escalas de Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Separación por el grupo refractario (ver anexo XI, Tabla 2)..

El resultado de la *Prueba de Wilcoxon* indicó que al comparar las ansiedades en estudio se obtuvo un  $z = -3,133$  con una significación unilateral de 0,001, con  $\alpha = 0,05$  y  $\alpha = 0,01$ . Se observó que existen diferencias significativas entre ambas variables. Para determinar la dirección en que se presenta la variable, se compararon las medianas de las variables Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Separación (ver Tabla 26).

Tabla 26: Medianas de las ansiedades de Culpa y Separación en el grupo refractario.

	N	MEDIANA
Ans. de Culpa	24	2,4175
Ans. de Separación	24	1,6390

Se observa que la diferencia significativa entre Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Separación se presenta a favor de la Ansiedad de Culpa, conforme a la superioridad de los puntajes de Ansiedad de Culpa por sobre los puntajes de Ansiedad de Separación. **Se concluye que en el grupo de las pacientes refractarias los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación.**

*Análisis ii:* Se aplicó la *Prueba de Wilcoxon* para comparar los puntajes obtenidos por el grupo refractario en las sub-escalas de Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Mutilación (ver anexo XI, Tabla 2).

El resultado de la *Prueba de Wilcoxon* indicó que al comparar las ansiedades en estudio se obtuvo un  $z = -2,707$  con una significación unilateral de 0,035 con  $\alpha = 0,05$ . Se observó que existen diferencias significativas entre ambas variables. Para determinar la dirección en que se presenta la variable, se compararon las medianas de las variables Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Mutilación (ver Tabla 27).

Tabla 27: Medianas de las ansiedades de Culpa y Mutilación en el grupo refractario.

	N	MEDIANA
Ans. de Culpa	24	2,4175
Ans. de Mutilación	24	1,2995

Se observó que la diferencia significativa entre Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Mutilación se presenta a favor de la Ansiedad de Culpa, conforme a la superioridad de los puntajes de Ansiedad de Culpa por sobre los puntajes de Ansiedad de Mutilación. **Se concluye que en el grupo de las pacientes refractarias los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Mutilación.**

Análisis iii: Se aplicó el *Test del Signo* para comparar los puntajes obtenidos por el grupo respondedor en las sub-escalas de Ansiedad de Separación y Culpa (ver anexo XI, Tabla 1).

Producto de este análisis se encontró que en cuatro de los cinco casos los puntajes de Ansiedad de Separación resultaron mayores que los puntajes de Ansiedad de Culpa, siendo la probabilidad arrojada por el *Test del Signo* de 0,188 lo que permite concluir que **en el grupo de las pacientes respondedoras los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación no son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa.**

*Análisis iv:* Se aplicó el *Test del Signo* para comparar los puntajes obtenidos por el grupo respondedor en las sub-escalas de Ansiedad de Separación y Mutilación (ver anexo XI, Tabla 1).

Consistentemente, se encontró en todos los casos que los puntajes de Ansiedad de Separación resultaron mayores que los puntajes de Ansiedad de Mutilación en el grupo respondedor, siendo la probabilidad arrojada por el *Test del Signo* de 0,03 lo que permite concluir que **en el grupo de las pacientes respondedores los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Separación son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Mutilación.**

*Análisis v:* Se aplicó la *Prueba U de Mann Whitney* para comparar al grupo respondedor y el grupo refractario, respecto de los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Mutilación (ver anexo XI, tablas 1 y 2).

Producto de este análisis se obtuvo un  $z = -1,745$  con una significación unilateral de 0,089 con  $\alpha = 0,10$ . Se observó que existen diferencias significativas entre ambos grupo respecto de la variable Ansiedad de Mutilación. Para determinar la dirección de esta diferencia, se compararon las medianas de ambos grupos en la variable Ansiedad de Mutilación (ver Tabla 28).

Tabla 28: Medianas de la Ansiedad de Mutilación en los grupos refractario y respondedor.

	N	MEDIANA
Grupo refractario	24	1,2995
Grupo respondedor	5	0

Se observó que la diferencia significativa entre ambos grupos se presenta en favor del grupo refractario, conforme a la superioridad de los puntajes de Ansiedad de Mutilación obtenidos por este grupo. **Se concluye que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Mutilación en el grupo refractario son significativamente mayores que los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Mutilación en el grupo respondedor.**

Análisis vi: Se aplicó la *Prueba de Kruskal-Wallis* para comparar a los sujetos pertenecientes al NSE Medio Alto, Medio y Medio Bajo, respecto de los puntajes obtenidos en las sub-escalas de Ansiedad de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y en la Ansiedad Total.

Para la Ansiedad de Muerte, se obtuvo una significación unilateral de 0,44

Para la Ansiedad de Mutilación, se obtuvo una significación unilateral de 0,42

Para la Ansiedad de Separación, se obtuvo una significación unilateral de 0,24

Para la Ansiedad de Culpa, se obtuvo una significación unilateral de 0,21

Para la Ansiedad de Vergüenza, se obtuvo una significación unilateral de 0,46

Para la Ansiedad Difusa, se obtuvo una significación unilateral de 0,25

Para la Ansiedad Total, se obtuvo una significación unilateral de 0,36

Estos resultados comparados con una probabilidad teórica = 0,05 lo que indica que **no existen diferencias significativas entre las ansiedades en estudio y el NSE.**

Análisis vii: Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Tipo de Obesidad”.

La variable “Tipo de Obesidad” se dicotomizó en:

- a) Obesidad Leve
- b) Obesidad Moderada y Severa

En la Tabla 29 se presentan las frecuencias de casos en los grupos respondedor y refractario según la variable “Tipo de Obesidad”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 17.

Tabla 29: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor y refractario en la variable “Tipo de Obesidad” (dicotomizada).

	Respondedor	Refractario
Leve	3	13
Moderada y Severa	2	11
Total	5	24

Gráfico 17: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable “Tipo de Obesidad” (dicotomizada).



Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 1,0 con un  $\alpha = 0,05$  lo que indica que se obtuvo la máxima probabilidad, por lo tanto, **no se observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Tipo de Obesidad” (dicotomizada).**

*Análisis viii:* Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Uso de Fármacos”.

La variable “Uso de Fármacos” se dicotomizó en:

- a) Usa medicamentos
- b) No usa medicamentos

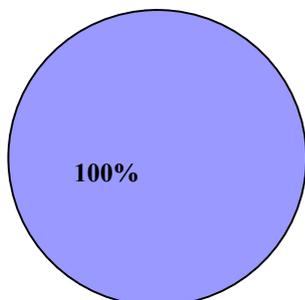
En la Tabla 30 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según el “Uso de Fármacos”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 18.

Tabla 30: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor y refractario en la variable “Uso de Fármacos” (dicotomizada).

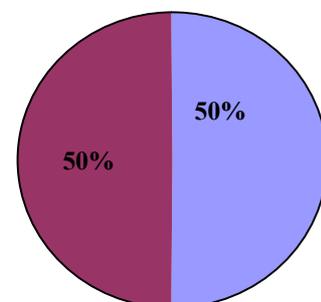
	Respondedor	Refractario
Usa medicamentos	5	12
No usa medicamentos	0	12
Total	5	24

Gráfico 18: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable “Uso de Fármacos” (dicotomizada).

**Grupo Respondedor**



**Grupo Refractario**



■ Usa medicamentos  
■ No usa medicamentos

Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 0,059 con un  $\alpha = 0,10$  lo que indica que **se observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Uso de Fármacos” (dicotomizada). El grupo respondedor presentó “Uso de fármacos” en una proporción significativamente mayor en comparación con el grupo refractario.**

*Análisis ix:* Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Antecedentes Familiares de Obesidad”.

La variable “Antecedentes Familiares de Obesidad” se dicotomizó en

- a) Con Antecedentes
- b) Sin antecedentes

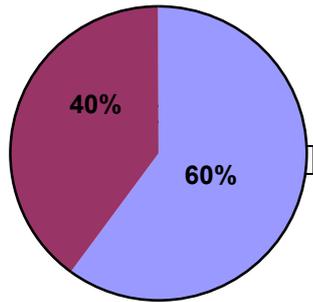
En la Tabla 31 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según los “Antecedentes Familiares de Obesidad”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 19.

Tabla 31: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor y refractario en la variable “Antecedentes Familiares de Obesidad” (dicotomizada).

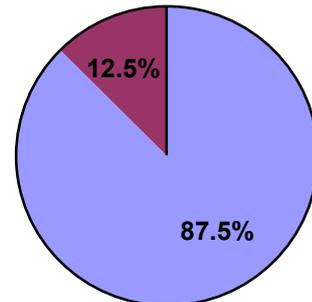
	Respondedor	Refractario
Con antecedentes	3	21
Sin antecedentes	2	3
Total	5	24

Gráfico 19: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable “Antecedentes Familiares de Obesidad” (dicotomizada).

### Grupo Respondedor



### Grupo Refractario



■ Con antecedentes  
■ Sin antecedentes

Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 0,195 con un  $\alpha = 0,05$  lo que indica que **no se observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Antecedentes Familiares de Obesidad” (dicotomizada).**

Análisis x: Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Edad de Inicio de la Obesidad”.

La variable “Edad de Inicio de la Obesidad” se dicotomizó en:

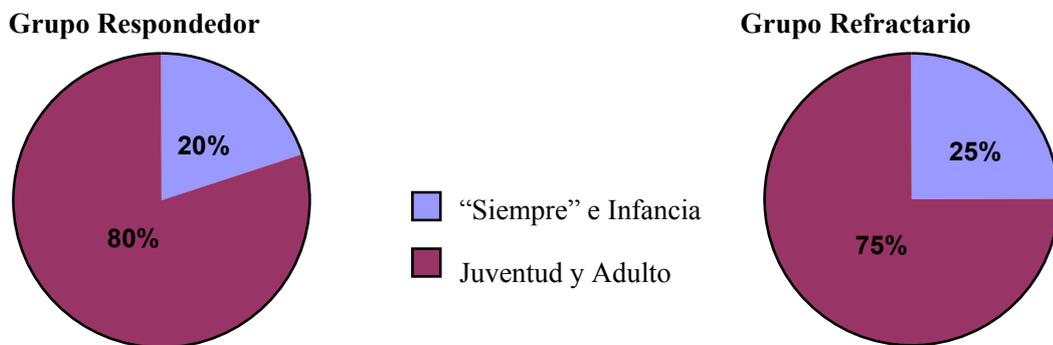
- “Siempre” e Infancia
- Juventud y Edad Adulta

En la Tabla 32 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según la variable “Edad de Inicio de la Obesidad”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 20.

Tabla 32: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor y refractario en la variable “Edad de Inicio de la Obesidad” (dicotomizada).

	Respondedor	Refractario
“Siempre” e Infancia	1	6
Juventud y Edad Adulta	4	18
Total	5	24

Gráfico 20: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable “Edad de Inicio de la Obesidad” (dicotomizada).



Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 1,0 con un  $\alpha = 0,05$  lo que indica que se obtuvo la máxima probabilidad, lo que indica que **no se observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Edad de Inicio de la Obesidad” (dicotomizada).**

Análisis xi: Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Rango Etéreo”.

La variable “Rango Etéreo” se dicotomizó en:

- a) Edades entre 18 y 39 años
- b) Edades entre 40 y 50 años

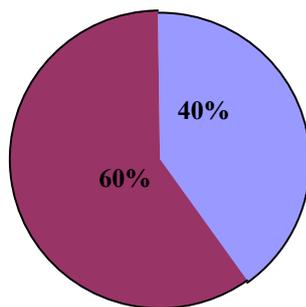
En la Tabla 33 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según el “Rango Etéreo”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 21.

Tabla 33: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor y refractario en la variable “Rango Etéreo” (dicotomizada).

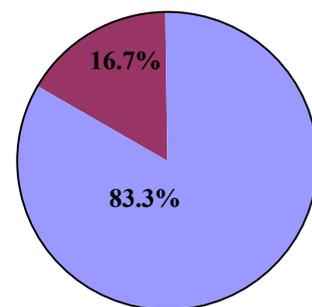
	Respondedor	Refractario
18-39	2	20
40-50	3	4
Total	5	24

Gráfico 21: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable “Rango Etéreo” (dicotomizada).

**Grupo Respondedor**



**Grupo Refractario**



■ 18 – 39 años  
 ■ 40 – 50 años

Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 0,075 con un  $\alpha = 0,10$  lo que indica que se **observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Rango Etéreo” (dicotomizada)**. En el grupo refractario predominan las pacientes en edades que fluctúan entre 18 y 39 años, a diferencia del grupo respondedor, en que la mayor parte de las pacientes presentan edades iguales o mayores a 40 años.

Análisis xii: Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Procedencia del Paciente”.

La variable “Procedencia del Paciente” se dicotomizó en:

- a) Medicina Interna
- b) Otras Procedencias

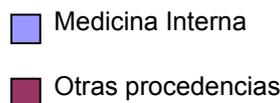
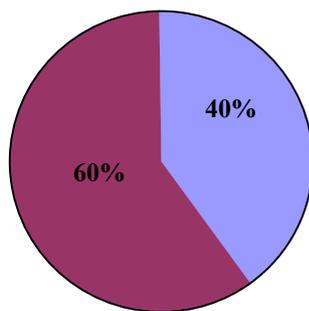
En la Tabla 34 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según la variable “Procedencia del Paciente”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 22.

Tabla 34: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor y refractario en la variable “Procedencia del Paciente” (dicotomizada).

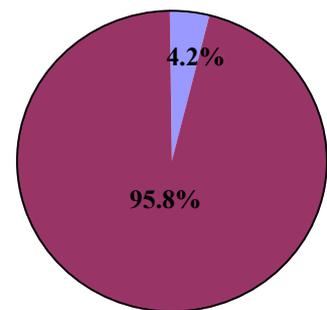
	Respondedor	Refractario
Medicina Interna	2	1
Otras procedencias	3	23
Total	5	24

Gráfico 22: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable “Procedencia del Paciente” (dicotomizada).

**Grupo Respondedor**



**Grupo Refractario**



Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 0,068 con un  $\alpha = 0,10$  lo que indica que se **observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Procedencia del Paciente” (dicotomizada).** El 95.8% de las pacientes del grupo refractario no proviene de Medicina Interna, sino

de otros lugares de procedencia, en cambio, el 40% de las pacientes del grupo respondedor proviene de Medicina Interna.

Análisis xiii: Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Nivel Socioeconómico” (NSE).

La variable NSE se dicotomizó en:

- a) NSE Medio alto
- b) NSE Medio y Medio bajo

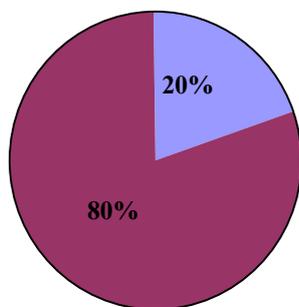
En la Tabla 35 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según la variable “Nivel Socioeconómico”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 23.

Tabla 35: Sujetos del grupo respondedor y refractario pertenecientes al NSE Medio y al NSE Medio y Medio bajo.

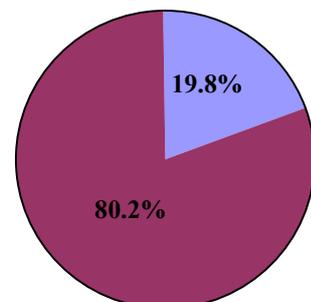
	Respondedor	Refractario
NSE Medio alto	1	5
NSE Medio y Medio Bajo	4	19
Total	5	24

Gráfico 23: Comparación entre el grupo respondedor y el refractario respecto de la variable NSE (dicotomizada).

**Grupo Respondedor**



**Grupo Refractario**



■ NSE Medio Alto  
 ■ NSE Medio y Medio Bajo

Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 1,0 con un  $\alpha = 0,05$  lo que indica que se obtuvo la máxima probabilidad, lo que indica que **no se observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable NSE (dicotomizada)**.

*Análisis xiv:* Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal”.

La variable “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” se dicotomizó en:

- a) Grados de 1 a 4
- b) Grados de 5 a 10

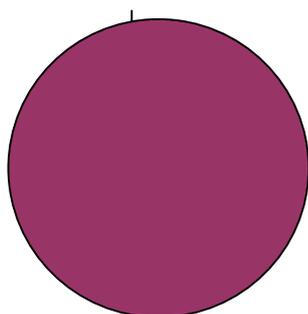
En la Tabla 36 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según la variable “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 24.

Tabla 36: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor a la variable “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” (dicotomizada).

	Respondedor	Refractario
Grado: 1-4	0	15
Grado: 5-10	5	9
Total	5	24

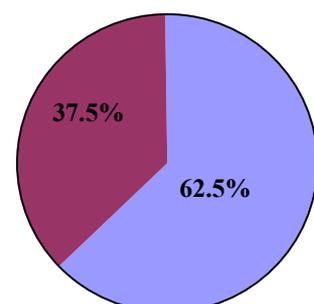
Gráfico 24: Comparación entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” (dicotomizada).

**Grupo Respondedor**



■ Grado: 1 - 4  
■ Grado: 5 - 10

**Grupo Refractario**



Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 0,017 con un  $\alpha = 0,05$  lo que indica que **se observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” (dicotomizada). El grupo refractario presenta menor “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” en comparación con el grupo respondedor.**

*Análisis xv:* Se utilizó la *Prueba de Fisher* para comparar al grupo respondedor con el grupo refractario respecto de la variable “Nivel de Insatisfacción Corporal”.

La variable “Nivel de Insatisfacción Corporal” se dicotomizó en:

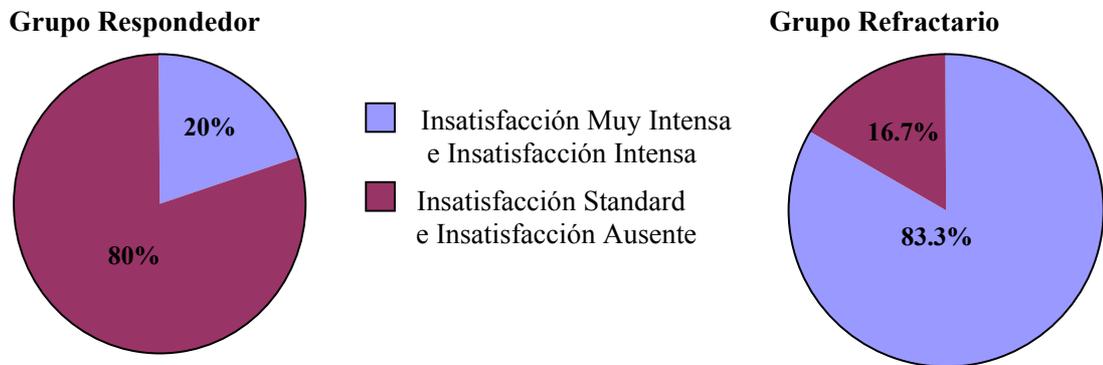
- a) Insatisfacción Corporal Intensa e Insatisfacción Corporal Muy Intensa
- b) Insatisfacción Corporal Standard e Insatisfacción Corporal Ausente

En la Tabla 37 se presentan las frecuencias de casos de los grupos respondedor y refractario según la variable “Nivel de Insatisfacción Corporal”. Los resultados de ambos grupos se ilustran en el Gráfico 25.

Tabla 37: Ubicación de los sujetos del grupo respondedor en la variable “Nivel de Insatisfacción Corporal” (dicotomizada).

	Respondedor	Refractario
Insatisfacción Muy Intensa e Insatisfacción Intensa	1	20
Insatisfacción Standard e Insatisfacción ausente	4	4
Total	5	24

Gráfico 25: Comparación entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Nivel de Insatisfacción Corporal” (dicotomizada).



Al análisis de la *Prueba de Fisher* se obtuvo una probabilidad de 0,013 con un  $\alpha = 0,05$  lo que indica que se **observan diferencias significativas entre el grupo respondedor y el grupo refractario respecto de la variable “Nivel de Insatisfacción Corporal” (dicotomizada)**. El grupo refractario se muestra más insatisfecho con su imagen corporal en comparación con el grupo respondedor.

#### 6.4. CUADROS RESUMEN

A continuación, se presentarán tres cuadros de resumen con los resultados de los análisis estadísticos realizados, y sus correspondientes conclusiones. En el primer cuadro se compara al grupo respondedor con el refractario respecto de las variables en estudio; en el segundo y tercer cuadro se comparan las ansiedades que obtuvieron los más altos puntajes dentro del grupo respondedor y dentro del grupo refractario respectivamente (ver tablas 38, 39 y 40).

Tabla 38: Cuadro de resumen: comparación entre el grupo respondedor (N = 5) y el grupo refractario (N = 24) respecto de las variables en estudio. *P* = Probabilidad estadística encontrada.

<b>NATURALEZA DE LA VARIABLE</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>PRUEBA UTILIZADA</b>	<b>P</b>
<b>VARIABLES PSICOLÓGICAS</b>	<i>Ansiedad de Vergüenza</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas.	U de Mann-Whitney	0,2175
	<i>Ansiedad de Separación</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo respondedor. ( $\alpha = 0,05$ )	U de Mann-Whitney	0,0175
	<i>Ansiedad de Culpa</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	U de Mann-Whitney	0,163
	<i>Ansiedad de Mutilación</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo refractario. ( $\alpha = 0,10$ )	U de Mann-Whitney	0,089
	<i>Nivel de Insatisfacción Corporal (dicotomizada)</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo refractario. ( $\alpha = 0,05$ ) El grupo refractario se muestra más insatisfecho con su imagen corporal en comparación con el grupo respondedor.	Test de Fisher	0,013

	<i>Grado de percepción de Satisfacción Corporal (dicotomizada)</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo respondedor. ( $\alpha = 0,05$ ) El grupo refractario presenta menor “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal” en comparación con el grupo respondedor.	Test de Fisher	0,017
VARIABLES ANAMNÉSTICAS	<i>Nivel Socioeconómico (dicotomizada)</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Test de Fisher	1,0
	<i>Tipo de Obesidad (dicotomizada)</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Test de Fisher	1,0
	<i>Antecedentes familiares de Obesidad (dicotomizada)</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Test de Fisher	0,195
	<i>Edad de inicio de la obesidad (dicotomizada)</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Test de Fisher	1,0
	<i>Rango etáreo (dicotomizada)</i>	Diferencias estadísticamente significativas ( $\alpha = 0,10$ ). El 60% de los sujetos del grupo respondedor tienen entre 40 y 50 años; contra el 16,7% de los sujetos del grupo refractario.	Test de Fisher	0,075
	<i>Procedencia del paciente (dicotomizada)</i>	Diferencias estadísticamente significativas. ( $\alpha = 0,10$ ). El 40% de los sujetos del grupo respondedor procede del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico, contra el 4.2% de los sujetos del grupo refractario.	Test de Fisher	0,068
	<i>Uso de fármacos (dicotomizada)</i>	Diferencias estadísticamente significativas. ( $\alpha = 0,10$ ). El 100% de los sujetos del grupo respondedor usa algún tipo de fármaco, contra el 50% de los sujetos del grupo refractario.	Test de Fisher	0,059

Tabla 39: Cuadro de resumen: comparación de las ansiedades en estudio dentro del grupo respondedor (N = 5). *P* = Probabilidad estadística encontrada.

<i>GRUPO RESPONDEDOR</i>			
<i>VARIABLE</i>	<i>CONCLUSIÓN</i>	<i>PRUEBA UTILIZADA</i>	<i>P</i>
<i>Ansiedad de Separación y Ansiedad de Vergüenza</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor de la Ansiedad de Separación. ( $\alpha = 0,05$ )	Test del Signo	0,03
<i>Ansiedad de Vergüenza y Ansiedad de Culpa</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Cálculo de la Probabilidad Exacta Basada en la Binomial	0,25
<i>Ansiedad de Separación y Ansiedad de Culpa</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Test del Signo	0,18
<i>Ansiedad de Separación y ansiedad de Mutilación</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor de la Ansiedad de Separación. ( $\alpha = 0,05$ )	Test del Signo	0,03

Tabla 40: Cuadro de resumen: comparación de las ansiedades en estudio dentro del grupo refractario (N = 24). *P* = Probabilidad estadística encontrada.

<i>GRUPO REFRACTARIO</i>			
<i>VARIABLE</i>	<i>CONCLUSIÓN</i>	<i>PRUEBA UTILIZADA</i>	<i>P</i>
<i>Ansiedad de Separación y Ansiedad de Vergüenza</i>	No hay diferencias estadísticamente significativas	Wilcoxon	0,324
<i>Ansiedad de Culpa y ansiedad de Vergüenza</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor de la Ansiedad de Culpa. ( $\alpha = 0,01$ )	Wilcoxon	0,0015
<i>Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Separación</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor de la Ansiedad de Culpa. ( $\alpha = 0,01$ )	Wilcoxon	0,001
<i>Ansiedad de Culpa y Ansiedad de Mutilación</i>	Diferencias estadísticamente significativas a favor de la Ansiedad de Culpa. ( $\alpha = 0,05$ )	Wilcoxon	0,035

## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN

#### **Presentación**

Los resultados obtenidos en este estudio indican diferencias entre un grupo de mujeres con obesidad que responde satisfactoriamente al tratamiento médico para adelgazar y otro grupo de mujeres con obesidad que no responde satisfactoriamente al mismo tratamiento. Estas diferencias se reflejan en puntajes obtenidos en algunas sub-escalas de Ansiedad del Método de Gottschalk, en los resultados obtenidos para la medición de la variable “Insatisfacción Corporal” y en algunas variables conocidas a través en la entrevista anamnésica.

Estos resultados sugieren la importancia que tienen algunas de las variables psicológicas en estudio para discriminar entre ambos grupos, respondedor y refractario. Asimismo, los resultados sugieren que algunas de las variables que diferencian ambos grupos podrían tener un valor predictivo para el éxito o fracaso del tratamiento médico para la obesidad en sujetos puestos bajo las mismas condiciones en que se realizó esta investigación: mujeres que presenten Obesidad Leve, moderada o Severa, cuya obesidad se asocie a ingesta, con una data de inicio de su obesidad de a lo menos 10 años, y que participan en un tratamiento médico-nutricional de características similares al ofrecido por el Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico.

Esta investigación ha demostrado la sensibilidad de los instrumentos utilizados para determinar las actitudes o motivaciones de mujeres obesas frente a un tratamiento para adelgazar; nos referimos al Método de Gottschalk para el Análisis de la Conducta Verbal, el Cuestionario de Insatisfacción Corporal y el “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal”. Especialmente interesante resultó el empleo de una *Instrucción Estándar Modificada*, para obtener muestras verbales de ansiedades asociadas al grado de satisfacción con la imagen corporal. Los resultados corroboran experiencias anteriores que muestran la adaptabilidad del método a diversas condiciones de investigación, y

específicamente, los resultados apoyan la factibilidad de realizar adaptaciones a la *Instrucción Estándar* para provocar asociatividad entre variables que se desea estudiar.

En síntesis, podemos caracterizar la muestra de la siguiente forma:

*Grupo de pacientes respondedoras:* En este grupo predomina la Ansiedad de Separación. Son pacientes que en su mayoría tienen entre 40-50 años, casi todas actualmente casadas. Ninguna es profesional y son en su mayoría dueñas de casa. Todas se encuentran consumiendo algún medicamento y casi todas presentan alguna enfermedad asociada la obesidad. Ninguna de ellos asoció el inicio de su obesidad con el embarazo. Todas referían haber realizado algún tratamiento previo para su obesidad. Las pacientes respondedoras obtuvieron puntajes significativamente menores en el Cuestionario de Insatisfacción Corporal y puntajes significativamente mayores en el “Rango de Percepción de Satisfacción Corporal” en comparación con las pacientes refractarias.

*Grupo de pacientes refractarias:* En este grupo predomina la Ansiedad de Culpa. Son pacientes en su mayoría de entre 18 - 40 años. Algunas tienen estudios profesionales y sus actividades laborales son bastante diversas. La mitad de ellas no consume ningún tipo de medicamentos. Estas pacientes asociaron el inicio de su obesidad a las más diversas causas, y un número importante de pacientes lo asoció al embarazo. Solo la mitad de ellas sufre de alguna enfermedad asociada a la obesidad y algunas de ellas estaban realizando su primera experiencia de tratamiento para la obesidad. Las pacientes refractarias obtuvieron puntajes significativamente mayores en el Cuestionario de Insatisfacción Corporal y significativamente menores en el “Grado de Percepción de Satisfacción Corporal”.

### **La Ansiedad de Vergüenza y el Nivel de Insatisfacción Corporal**

La naturaleza de la *Instrucción Estándar* de Gottschalk induce recordar y elicitare temáticas donde el yo ha sufrido experiencias traumáticas o dolorosas. Dado que para ambos grupos los puntajes obtenidos en la sub-escala de Ansiedad Vergüenza resultaron en general inferiores en comparación con lo puntajes de las sub-escalas de ansiedad de Culpa y

Separación, es posible pensar que para la población en estudio la temática de la vergüenza no está dentro de las mayores preocupaciones, versus temáticas como la culpa o la separación, resultado éste contrario a lo esperado. En suma, este resultado parece indicar que la preocupación vergonzosa respecto a la imagen corporal parece no ser tan relevante en comparación a otras preocupaciones respecto a la imagen, como lo son la culpa o la separación. Por lo tanto, la Ansiedad de Vergüenza en sí misma no resultó significativa para explicar la motivación del grupo que respondió al tratamiento.

El hecho de que el grupo refractario obtuviese bajos puntajes en Ansiedad de Vergüenza y altos puntajes en los niveles de insatisfacción corporal, permite pensar que ambos constructos midan cuestiones distintas. La sub-escala de Ansiedad de Vergüenza del Método de Gottschalk mide específicamente lo que se ha definido como “vergüenza” para esta escala, es decir, el yo ante una situación social que lo pone en ridículo o lo humilla. El Cuestionario y el “Grado de Percepción” probablemente miden esta dimensión, pero también otras: En determinadas preguntas, el Cuestionario explora el nivel de culpabilidad (conciente) que el yo experimenta por la apariencia física (ver Anexo VI). El Grado de Percepción explora el “malestar” del yo por la apariencia, y este malestar puede estar determinado por mucho más que un sentimiento de vergüenza, como puede ser el grado de rebajamiento del yo producto de autoreproches por la imagen corporal.

En contraste con los resultados obtenidos en la Ansiedad de Vergüenza, las mediciones realizadas para determinar el nivel de Insatisfacción corporal sí resultaron relevantes para discriminar ambos grupos, respondedor y refractario. Se admite que esta evaluación tenía un carácter “exploratorio”, sin embargo se esperaba encontrar congruencia con los resultados para la Ansiedad de Vergüenza, lo que quiere decir, mayores niveles de insatisfacción en las pacientes respondedoras. Lo curioso es que se obtuvieron resultados exactamente contrarios: Las pacientes refractarias obtienen puntajes significativamente mayores. Pensamos que es necesario interpretar este hallazgo dentro del contexto de los otros resultados y no aisladamente.

## **La Ansiedad de Separación y la Ansiedad de Culpa**

Debe recordarse que se planteó como hipótesis para el grupo respondedor, que éste obtendría mayores puntajes en la Ansiedad de Vergüenza, en comparación con sus propios puntajes en otras sub-escalas y en comparación con el grupo refractario. La lógica de esta hipótesis descansó en el supuesto de que la Ansiedad de Vergüenza sería reflejo de motivaciones estéticas para adelgazar, y permitiría anticipar el éxito en el tratamiento si predominaba sobre otras ansiedades que hipotéticamente podrían interferir en calidad de resistencias al mismo o representar la perpetuidad de la condición homeostática de la obesidad (la Ansiedad de Separación y la Ansiedad de Culpa). Pues bien, se encontró, en primer lugar, que la muestra en general obtuvo bajos puntajes para esta ansiedad y que, al contrario de lo esperado, la Ansiedad de Separación resultó significativamente mayor a la Ansiedad de Vergüenza en el grupo respondedor. Este último resultado reorienta lo esbozado teóricamente hacia una interpretación diferente de la Ansiedad de Separación. Es posible que ella se asocie con la vivencia del paciente de encontrarse distante de un objeto deseado. En el contexto de la enfermedad de las pacientes y de nuestro estudio, este objeto anhelado lo representa una imagen corporal distinta a la cual ellas perciben en sí mismas.

Desde una perspectiva psicosomática, Engel & Schmale (1969 citado en Christian, 1997, p. 64) precisan la función que pueden cumplir los afectos:

Los afectos actúan en cada caso como influencias motivacionales y el yo reacciona al intentar evitar las condiciones que producen afectos desagradables y mantener las que producen estados agradables (...) de esta forma proporcionan los afectos informaciones al yo sobre las funciones y el estado de satisfacción del sí mismo psíquico.

Es posible que las pacientes que consultan con la expectativa de adelgazar deseen “liberarse” de un afecto desagradable, sea de la naturaleza que fuere. De otra forma y sumado a lo anterior, la predominancia de la Ansiedad de Separación en general sobre las otras ansiedades en el grupo respondedor, permite suponer que representaría una condición de insatisfacción del yo, más precisamente, de minusvalía o desamparo (Moretti, 1987). El paciente que consulta, a través de la manifestación de Ansiedad de Separación, comunica su condición de vulnerabilidad psicológica. En este sentido, la ansiedad de Separación

puede considerarse como un afecto movilizador de alto impacto para el yo por su naturaleza misma: Su estrecha ligazón con el narcisismo recuerda al yo su condición de desamparo en la primera infancia. Para estas pacientes el hecho de adelgazar podría representar la promesa para calmar dicho estado de desvalimiento psíquico, en el sentido, por ejemplo, de alejarse de la imagen corporal actual (rechazada) y acercarse hacia una imagen corporal que se aproxime al ideal. Por lo tanto, la predominancia de Ansiedad de Separación podría dar cuenta, en estas pacientes, de una motivación subyacente a buscar una nueva condición de salud.

Esta conclusión refuta el supuesto del que partió esta investigación: que es posible que la Ansiedad de Separación medida a través de la *Instrucción Estándar* adaptada para el Método de Gottschalk represente la fuerza del vínculo del paciente obeso con su imagen corporal actual o con el significado afectivo que tiene para él la comida y los procesos de alimentación, y por lo tanto, que esta ansiedad sea reflejo de resistencias de diversa índole.

Los resultados obtenidos por el grupo respondedor en la ansiedad de Separación son necesarios, pero no suficientes, para explicar el resultado al tratamiento. Estos resultados pueden entenderse, dinámicamente, junto con los resultados obtenidos en la Ansiedad de Culpa por este grupo, los cuales, en general, resultaron más bajos comparados con los de la ansiedad de Separación.

La Ansiedad de Separación refleja una situación de anhelo afectivo, en cambio la Ansiedad de Culpa, refleja una situación de rebajamiento del yo (debido a la culpa y a la crítica); por lo tanto, pensamos que este resultado integrado representa una situación dinámica, en que si la separación puntúa más alto que la culpa deja a la paciente en una situación en que el “anhelo” de cambio es más intenso que el sentimiento de “rebajamiento” como para no lograrlo (caso de la mayoría de las pacientes respondedoras).

Muy distinto es, como se observa en sus puntajes de Ansiedad de Culpa, la situación para el grupo refractario, donde esta relación entre separación y culpa se invierte: Por lo tanto, si el afecto predominante dentro del grupo refractario es el de “rebajamiento del yo” por sobre el de un anhelo de cambio, tendremos una paciente en una situación clínica comprometida, pues la predominancia de un sentimiento de “rebajamiento” deja a la paciente en una condición deficitaria como para enfrentar las dificultades que implica el tratamiento.

Creemos que los resultados del Cuestionario de Insatisfacción Corporal y del grado de Percepción de la Satisfacción corroboran nuestra interpretación, que, tomados en conjunto con los resultados en la Ansiedad de Separación y Culpa, reflejan la situación psíquica del paciente obeso que posteriormente resultó refractario y el del que resultó respondedor al tratamiento.

### **Consideraciones sobre la sub-escala de Ansiedad de Culpa**

Esta fue la Ansiedad que obtuvo los mayores puntajes en comparación con las otras ansiedades, en toda la muestra.

Los análisis estadísticos indican que no hay diferencias significativas para ambos grupos respecto de la Ansiedad de Culpa, sin embargo, como ya se señaló, es destacable el hecho de que los puntajes de esta ansiedad resultaron significativamente mayores dentro del grupo refractario en comparación con sus propios puntajes obtenidos en las otras ansiedades. A propósito de la comparación entre grupos para esta ansiedad, es importante señalar que la sub-escala de Ansiedad de Culpa de Gottschalk no discrimina, dentro de una muestra verbal, entre los reproches o críticas originados en el yo y dirigidos hacia el propio yo, y los reproches o críticas dirigidos desde otros hacia el yo. Para ambas situaciones la sub-escala de Ansiedad de Culpa asigna idéntico puntaje (3 puntos; ver anexo II). Es probable que esta situación pueda subsanarse aplicando la Escala de Hostilidad de Gottschalk ya que permite discriminar finamente cuando el reproche viene desde el yo o desde otro, y en base de tal distinción evaluar el compromiso del yo, y por lo tanto, su grado de rebajamiento.

Se menciona esta dificultad por la cantidad considerable de protocolos donde característicamente se daba una situación o la otra, sin ser adecuadamente discriminadas, y la importancia que tiene en la estimación de la situación psicológica de los sujetos en estudio, sobre todo, si se toman en cuenta los antecedentes proporcionados por Sanfuentes (1991) que mediante la aplicación de la Escala de Hostilidad del Método de Gottschalk en una población de pacientes con sobrepeso y obesidad y otras de peso normal, señaló que las pacientes con sobrepeso y obesidad tienden a expresar mayor Hostilidad Ambivalente (de otros dirigidas hacia el yo) y Hostilidad hacia Dentro (el yo contra el yo) en comparación

con las pacientes de peso normal, que tienden a expresar mayor Hostilidad Dirigida hacia Fuera. Esta autora concluye que las pacientes obesas tienen una mayor tendencia a sentirse receptoras que emisoras de hostilidad. En congruencia con los otros resultados obtenidos en nuestra investigación y desde el marco de interpretación propuesto, es posible pensar que las pacientes refractarias obtendrían mayores puntajes en la Escala de Hostilidad hacia Dentro, en comparación con las pacientes respondedoras.

Respecto de las posibilidades que entrega la sub-escala de Ansiedad de Culpa, resultaría interesante realizar comparaciones entre los grupos respondedor y refractario respecto a la posición defensiva del yo frente a su propia ansiedad, es decir, cuando la culpa es negada, proyectada (la temática verbal “otros culpan a otros”) o es dirigida hacia el sí mismo (ver anexo II). Esta nueva posibilidad de aplicación, más la que entrega la Escala de Hostilidad, permitirían profundizar la línea de interpretación propuesta.

A pesar de la limitación que exhibe la Sub-escala de Ansiedad de Culpa, ésta resultó especialmente sensible para discriminar puntajes dentro del grupo de pacientes refractarias al resultar los puntajes obtenidos para esta sub-escala significativamente mayores a los puntajes obtenidos en todas las otras sub-escalas de Ansiedad. Este resultado refleja la dinámica de las ansiedades dentro del grupo refractario, que comparada con la del grupo respondedor, revela diferencias: En este último se podría decir que predomina la Ansiedad de Separación<sup>28</sup>, en tanto que en el grupo refractario predomina la Ansiedad de Culpa.

### **El nivel de insatisfacción corporal como nodo integrador de los resultados**

A partir de los resultados obtenidos para medir el Nivel de Insatisfacción corporal, surge la siguiente pregunta: ¿Qué determina que en general las pacientes obesas evaluadas estén tan disconformes con su imagen corporal?, y más específicamente, ¿Por qué una paciente puede tener una imagen corporal disminuida y otra paciente, igualmente obesa, no?.

Los resultados obtenidos en la sub-escala de Ansiedad de Culpa pueden resultar

---

<sup>28</sup> Hay que recordar que dentro del grupo respondedor la ansiedad de Separación predominó sobre todas las otras ansiedades, con excepción de la Ansiedad de Culpa, en donde por un caso no se determinaron diferencias estadísticamente significativas (es decir, cuatro de un total de cinco casos presentaron puntajes mayores en la Ansiedad de Separación por sobre la ansiedad de Culpa).

congruentes con los obtenidos en la medición de los niveles de Insatisfacción Corporal, si se tienen presentes algunas concepciones psicoanalíticas sobre la configuración del aparato mental, en particular, la posición defensiva del yo en el conflicto psíquico: Su enfrentamiento a una subestructura del yo llamada *ideal del yo*, introducida por Freud a propósito de su estudio sobre la melancolía:

(...) la melancolía nos ha permitido adentrarnos en la constitución íntima del yo humano. Vemos que una parte del yo se contrapone a la otra, la aprecia críticamente, la toma como objeto, digamos (...) lo que aquí se nos da a conocer es la instancia que usualmente se llama *conciencia moral*; junto con la censura de la conciencia y con el examen de realidad la contaremos entre las grandes instituciones del yo, y en algunas ocasiones hallaremos también las pruebas de que puede enfermarse ella sola. (Freud, 1915/1992, p. 245)<sup>29</sup>.

En el caso de las pacientes evaluadas, el hecho de experimentar altos niveles de disconformidad respecto de un aspecto de sí mismas, como lo es la imagen corporal, hace pensar que en este fenómeno se manifiesta algo del orden de la *conciencia moral*, en el sentido aquí explicitado, sobre todo en referencia a un juicio valórico o moral que tomaría la propia imagen como objeto para cumplir su cometido: rebajar al yo y no solamente en virtud de un juicio estético (que en ese caso debería haberse reflejado en la medición para la Ansiedad de Vergüenza). Para Laplanche (1980/2000, p. 311) este debate entre el yo y su instancia ideal se trata de la personificación de la oposición entre un acusador y un acusado: “Porque el acusador que se jacta de bondad, de ser incluso el modelo de toda bondad, revelará ser no menos malo que el acusado, no menos sádico y cruel”. Esta oposición es descrita como un *clivaje* en el seno del yo, por lo tanto el superyó (estructura que representa, en definitiva, el ideal del yo) es una subestructura que forma parte del conjunto del yo.

Es posible diferenciar dos subgrupos entre las pacientes obesas evaluadas: las que están leve o medianamente disconformes con su imagen corporal y las que lo están

---

<sup>29</sup> Freud, S. (1915/1992). Duelo y melancolía. En Freud, *Obras Completas*. (pp. 235-255). Volumen XIV (1914-16). Cuarta reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

severamente. Pensamos que esta distinción está relacionada en forma directa con los distintos grados de severidad de la *conciencia moral o ideal del yo*.

Considerando la problemática del yo y su instancia ideal, es posible plantearse el siguiente razonamiento: *“Una paciente que con una alta insatisfacción corporal y con una temática predominantemente centrada en la culpa, es una paciente con un nivel de auto reproches más altos que una paciente con una baja insatisfacción corporal y con una temática menos asociada a la culpa”*. Y lo anterior tiene consecuencias no solo para el nivel de conformidad de la paciente para con su cuerpo sino también para su conducta, y en particular, para su conducta hacia el tratamiento médico-nutricional de la obesidad.

Dado lo anterior se puede plantear, a modo de primera hipótesis explicativa, que a mayor nivel de autoreproche que experimenta el sujeto, la autoimagen en particular y, probablemente la autoestima en general, se ven severamente comprometidos y por lo tanto se afecta la autoconfianza. Esta explicación es consistente con los hallazgos encontrados por Matz, Faith, Foster & Wadden (2002), en relación a que la insatisfacción corporal en una población de mujeres obesas se correlaciona inversamente con la autoestima.

Nosotros proponemos que las pacientes con un nivel de Insatisfacción corporal alto y, probablemente, con su autoestima comprometida en forma negativa, en general, no son capaces de llevar a cabo el tratamiento, no confían en sí misma, en el equipo médico o en ambas partes y terminan por abandonar el tratamiento.

Tengamos presente que cuando hablamos de pacientes refractarias estamos hablando de pacientes que en su totalidad fueron desertoras, es decir, no completaron los seis meses con sus respectivos controles médico nutricionales. Se puede decir que son pacientes que presentan un grado de vulnerabilidad psicológica mayor que las pacientes que logran completar su tratamiento. En otras palabras, es factible que las pacientes que presentan un mayor nivel de satisfacción corporal se encuentren en mejores condiciones psicológicas para enfrentar las ansiedades que implica renunciar al equilibrio homeostático que implica su condición de obesidad. El hecho de que las pacientes estén menos disconformes con su imagen corporal, es un reflejo de menor nivel de conflicto psíquico, al encontrarse el yo menos rebajado por sus tendencias autocríticas ya explicadas.

Lo anterior nos lleva a retomar la conceptualización de la obesidad entendida como una adicción. Pensemos en los tratamientos practicados actualmente en pacientes adictos.

Por ejemplo, el modelo de la “comunidad terapéutica”, donde el paciente se ve rodeado de un entorno que no sólo busca aislarlo del medio habitual en donde es posible una recaída, sino que también lo provee de un espacio de contención emocional y protección que apoya la compleja tarea de combatir la dependencia. Y este espacio tiene, indudablemente, el efecto de aumentar la autoestima del paciente, sus sentimientos de seguridad, confianza y aprecio por sí mismo, por medio de nuevos vínculos y actividades. De esta forma se reduce la emergencia de sentimientos angustiosos y/o depresivos que con mucha más frecuencia aparecen fuera del contexto de una comunidad terapéutica.

Autores como Winnicott y Bion han abordado esta temática, y la importancia de la función contenedora durante el proceso psicoterapéutico. La *teoría de continente/contenido* de Bion se asemeja a la de Winnicott (el concepto de *holding*) en cuanto obtiene su fundamento en la relación primitiva del niño con el pecho de la madre: “Cuando tiene hambre, el niño busca algo que alivie su malestar y el pecho resulta ser el continente donde puede volcar esa ansiedad y del cual puede recibir leche y amor, a la par que significación, en forma tal que esa situación sea modificada” (Etchegoyen, 1986/1999, p. 545). Esta idea del *continente/contenido* puede cobrar mayor importancia en el tratamiento de ciertas patologías, como en las adicciones, y puede presentar un modelo para entender la dimensión de la frustración que puede ser gatillada en algunos pacientes obesos ante la expectativa de iniciar una dieta.

Esta idea puede plantear la pregunta por los factores que pueden estar asociados con los mejores resultados obtenidos en los tratamientos en obesidad, pues es notoria la mejora del paciente adscrito a programas multidisciplinarios, donde recibe “todo un dispositivo” de tratamiento que lo pone en una situación de mayor contacto social, de apoyo terapéutico y por lo tanto, de contención (*holding*).

Consideramos que las pacientes que presentan una menor insatisfacción corporal son pacientes que están dando cuenta una situación yoica menos vulnerable, de que existen recursos psicológicos o sociales que les están apoyando de manera más eficiente. Por lo tanto, estas pacientes pueden estar en mejores condiciones como para poder sostener las frustraciones que implica el someterse a un tratamiento dietario. Las pacientes que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad emocional no logran sostener todo lo que conlleva el hecho de tener que cambiar de hábitos alimentarios y renunciar a sus

patrones de ingesta. Creemos que esta mayor vulnerabilidad emocional se refleja, sobre todo, en los mayores puntajes obtenidos en el Cuestionario de insatisfacción corporal.

No obstante hay otras posibilidades para explicar lo que ocurre en el grupo de pacientes refractarias (u otros niveles de análisis). Freud, después de la introducción de una *conciencia moral* (como ya se señaló, a propósito de sus estudios sobre la melancolía) precisó su situación tópica: habrá un sentimiento de culpa normal, conciente, cuya interpretación descansa en la tensión entre el yo y el *ideal del yo*, y es la expresión de una condena del yo por su instancia crítica. Pero agregó un nuevo elemento: lo que después se ha llamado *superyó* que permanece inconciente y se manifiesta como un *sentimiento inconciente de culpa*. Los pacientes en los cuales prevalece un sentimiento así, presumiblemente incurrirán en acciones auto punitivas o autodestructivas. A veces estos impulsos pueden satisfacerse en la condición de la enfermedad; a propósito de esta idea, Freud (1923/2000, p. 50) describe un fenómeno clínico singular:

Hay personas que se comportan de manera extrañísima en el trabajo analítico. Si uno les da esperanza y les muestra contento por la marcha del tratamiento, parecen insatisfechas y por regla general su estado empeora (...) uno termina por convencerse no sólo de que estas personas no soportan elogio ni reconocimiento alguno, sino que reaccionan de manera trastornada frente a los progresos de la cura. Toda solución parcial, cuya consecuencia debiera ser la mejoría o la suspensión temporal de los síntomas, como de hecho lo es en otras personas, les provoca un refuerzo momentáneo de su padecer; empeoran en el curso del tratamiento, en vez de mejorar. Presentan la llamada *reacción terapéutica negativa*.

En el mismo pasaje de esta cita, Freud dice que llega a la intelección de que tras este fenómeno observado en sus pacientes, opera un factor “moral” o “un sentimiento de culpa que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer” (p. 50). A continuación desarrollaremos más acabadamente esta idea.

### **La Ansiedad de Mutilación: su posible relación con el temor inconciente a un castigo**

La definición de la Ansiedad de Mutilación para la Escala de Ansiedad de Gottschalk refiere la preocupación sufrir algún daño físico o por un malestar o temor radicado en el cuerpo. Es posible articular estos elementos de la Ansiedad de Mutilación con la definición para la Ansiedad de Culpa y también con los resultados obtenidos en el Cuestionario de Insatisfacción Corporal y el Grado de Percepción de Satisfacción Corporal, teniendo presente que en las pacientes del grupo refractario prevalece la Ansiedad de Culpa y obtuvieron puntajes mayores en la Ansiedad de Mutilación y en los niveles de Insatisfacción corporal, en comparación con las pacientes del grupo respondedor.

Como se mostró, la presencia de elevados puntajes obtenidos para la Ansiedad de Culpa, es reflejo del debate entre dos instancias psíquicas: yo e *ideal de yo*. Si esta instancia ideal demuestra ser hiperintensa, el yo se resiente, se rebaja y muchas veces se confiesa culpable (similar a los típicos contenidos de culpa propios de los discursos de pacientes aquejados de depresión clínica). Dado lo anterior, no nos resulta en nada extraña la posibilidad de que el yo pueda someterse a un castigo, el cual es inconciente para el sujeto. La mayor presencia de temáticas asociadas a la mutilación dentro del grupo refractario puede asociarse al hecho de anticipar o fantasear un daño físico, como manera de apaciguar –aunque sea momentáneamente- el reproche interno.

De esta manera se configura otra línea explicativa que apunta a que las pacientes tendrán una mayor probabilidad de fracasar al tratamiento en la medida en que, al hallarse dominadas por temáticas de culpa e insatisfacción, presenten motivaciones para conductas de autodaño. El castigo (inconcientemente) añorado lo puede constituir el perjudicarse en la posibilidad de crear una nueva condición de salud y mayor bienestar. Para algunas pacientes puede ser válida la siguiente idea inconciente: “me siento mala, yo soy culpable, no merezco estar mejor”, aunque coexista la idea más próxima a la conciencia “quiero adelgazar”.

Sabemos, no obstante, que lo que explique el resultado al tratamiento de un paciente debe considerar factores particulares a cada cual. Por lo tanto, es posible que en el contexto de una investigación individual (idiográfica), se pudieran encontrar algunos de los

elementos explicativos sugeridos anteriormente, con los matices y la singularidad propia de cada sujeto.

### **Los resultados anamnésicos y sociodemográficos**

Según Lolas (1992), sujetos con obesidad desde la infancia y sujetos con obesidad patológica (en términos de severidad de la enfermedad) probablemente son más vulnerables a presentar sintomatología psicológica, como debilidad, ansiedad o ánimo depresivo, como consecuencia de la práctica de hacer dieta. No obstante los resultados de esta investigación muestran que las pacientes refractarias no necesariamente son las que presentan obesidades más severas.

Tampoco se encontraron diferencias para el resultado del tratamiento según los niveles socioeconómicos, ni respecto de la presencia o ausencia de antecedentes familiares de obesidad. Estos resultados realzan el peso que pueden tener algunas variables psicológicas por sobre factores de otra naturaleza en relación a la respuesta al tratamiento.

La diferencia encontrada entre ambos grupos respecto de la variable “Rango etáreo”, donde el 60% de los sujetos del grupo respondedor tienen entre 40 y 50 años, contra el 16.7% de los sujetos del grupo refractario, no resulta fácil de interpretar, debido a que pueden ser diversos los factores psicológicos, biológicos o sociales que se asocian con este hecho. Sin embargo, si adicionamos a este resultado otros hallazgos relacionados con el grupo respondedor como por ejemplo el “Uso de fármacos”, donde se encontraron diferencias significativas en cuanto en el grupo respondedor todas las pacientes (100%) consumen fármacos en contra de un 50% de las pacientes refractarias, es posible plantear, en términos psicológicos, que las pacientes del grupo refractario son pacientes que ligan con mayor claridad su problema de obesidad con una situación de riesgo vital para su salud. No creemos que sea casualidad el hecho de que todas ellas se encuentren consumiendo algún medicamento, pues esto es un reflejo de la etapa de su ciclo vital y las preocupaciones y dificultades en materia de salud que comienzan a aumentar, para muchas personas, en esta etapa de sus vidas.

Pensamos que, si estas pacientes, en comparación con la refractarias, presentan niveles de insatisfacción corporal más bajos, son mayores en edad y consumen más medicamentos, son pacientes que asumen su enfermedad influidas en mayor medida por el

significado “objetivo” con que se intenta abordar medicamente su enfermedad: como una situación de grave riesgo para su salud y menos afectadas por las consecuencias psicológicas (a veces paralizantes) que están implicadas en su condición de obesidad.

### **La obesidad como enfermedad psicósomática: su relación con factores sociales**

La obesidad se acerca a lo que sugiere Schur (1955 citado en Christian, 1997, pp. 39-40) como modelo de somatización: “El niño responde a las tensiones de necesidad, al dolor y a la angustia sobre todo corporalmente. El cuerpo es una intencionalidad actuante. Estos estados están próximos al cuerpo y por ello se manifiestan en lo somático”. Agrega Schur, que la “desomatización” consiste en la articulación del dolor, la incomodidad y la angustia en las representaciones, la fantasía, la vivencia, y finalmente en el lenguaje. El establecimiento del yo y la maduración de los sistemas somáticos son desarrollos paralelos, y se la puede llamar “maduración psicobiológica” (Schur, citado en Lolas, 1984, pp. 65-66). Por lo tanto, la enfermedad psicósomática puede caracterizarse por un déficit en la constitución yoica y sus funciones (a lo que Schur llama “reosomatización”, o sea, una regresión del yo a modos primitivos de respuesta). Según Christian (1997) en ningún caso debiera tomarse esta teoría psicósomática como global; su objetivo es delimitar un campo distinto al de las neurosis “clásicas”.

Se planteó la obesidad como una condición homeostática donde intervienen múltiples factores: Biológicos, psicológicos e interaccionales, incluido lo cultural y las representaciones sociales.

Es posible plantear que el paciente obeso se encuentra “atrapado” entre una determinación fisiológica y psicológica (o psicósomática, en el sentido de Schur), con la consecuente imposibilidad para abandonar ciertos “hábitos” de alimentación, y el juicio social que percibe por su condición de enfermedad. A propósito de esta idea, pensamos que sería interesante investigar las representaciones sociales hacia la obesidad y caracterizar con más precisión ese juicio social. El padecer del paciente obeso, se haya ñigado, en buena medida, a esta problemática, como lo refleja la teoría de la Restricción Cognitiva:

La restricción se refiere a la tendencia de algunas personas a ejercer control cognitivo sobre la ingesta que media entre el deseo –impulso fisiológico a comer- y la necesidad de

mantener el peso corporal dentro de un rango determinado. Media, por lo tanto, entre las tendencias biológicas y las imposiciones de la cultura. (Sanfuentes et al. 1998, p. 296)

Se podría decir que *esta investigación evaluó, en buena medida, las consecuencias subjetivas que para el paciente obeso tiene el juicio social sobre su imagen corporal*. Juicio que ha pasado a formar parte del propio yo del paciente, por identificación. La contribución de lo social, a propósito de los resultados en la sub-escala de Ansiedad de Culpa el cuestionario de Insatisfacción corporal, es que ese juicio, ahora interno, va a tener una influencia importante en la capacidad del paciente para llevar a efecto el tratamiento médico-nutricional.

No obstante, las influencias sociales no solo guardan relación con un juicio social muchas veces estigmatizador del obeso, sino que al mismo tiempo, y en forma contradictoria, promueve la conducta de ingesta excesiva, por ejemplo, a través de los medios de comunicación. La publicidad no solo invita permanentemente a centrar la atención en la alimentación sino que además promueve una alimentación que, por sus características nutricionales, constituye en sí un factor de riesgo para la salud (comidas excesivamente dulces o ricas en grasas saturadas).

### **Lo asociativo en relación a la imagen corporal**

En base a los hallazgos obtenidos de los experimentos de asociación, es posible pensar que *las pacientes recibieron claves suficientes como para inducir una asociación entre sus ansiedades y la percepción de satisfacción o insatisfacción con su imagen corporal*, a través de la aplicación de la *Instrucción Estándar Modificada*. Sin embargo, como ya se mencionó en el capítulo del marco teórico sobre los experimentos de asociación, no es posible determinar la “fuerza” de la asociación; probablemente ésta dependerá del grado de atención del sujeto puesto en el estímulo inductor (como se recordará, el sujeto debía situar gráficamente el grado de percepción de satisfacción corporal) y del “contexto asociativo”, de la capacidad propiamente tal del inductor para despertar el *complejo* buscado, esto último a vez dependerá de la configuración psicológica propia del sujeto.

En esta investigación, la percepción de satisfacción o insatisfacción respecto a la imagen corporal pudo ser medida a través del *Cuestionario de Insatisfacción Corporal de Zukerfeld* y del *Grado de Percepción de Satisfacción Corporal*. Sobre todo este último instrumento entrega un índice de lo que puede ser el estado en que el yo se percibe en continuidad tanto con registros sensoriales internos y externos. La situación tópica del yo, en este caso, corresponde a lo que Freud (1895/2000) describió como el sistema “percepción-conciencia”, el cual recibe información del mundo exterior e interior, a saber, las sensaciones pertenecientes a la serie placer-displacer y las reviviscencias mnémicas (Laplanche & Pontalis, 1967/2000). Para Freud, la conciencia es un órgano sensorial para la percepción de las cualidades psíquicas; percibe los estados de tensión pulsional y las descargas de excitación, en forma de cualidades de placer-displacer. En otras palabras, la conciencia ofrece un dato de nuestros procesos psíquicos, pero que en su mayor parte son inconcientes.

En este sentido, la respuesta que entrega el sujeto a los instrumentos que evalúan satisfacción o insatisfacción corporal, refleja un estado subjetivo del yo respecto de su apariencia física, estado en que el sujeto ofrece su experiencia perceptiva más inmediata, es decir, conciente, pero en la cual participan de manera importante procesos psíquicos inconcientes.

Ahora bien, pueden obtenerse pistas acerca de la relación del yo con las otras instancias psíquicas (ello y superyó) a través del estudio de las ansiedades inducidas en la muestra verbal y de los niveles de Insatisfacción corporal, ya que al evaluar ansiedades e insatisfacción se está evaluando, en definitiva, la posición del yo frente a estas otras instancias psíquicas, y por lo tanto, la dinámica del conflicto psíquico; cuando estas ansiedades están asociadas a la percepción de satisfacción o insatisfacción respecto a la imagen corporal, se estará evaluando el grado de compromiso del yo frente al conflicto que le genera al sujeto pensar en su apariencia, en este sentido, se evalúa un área específica de conflicto.

Pensamos que si se quisiera evaluar la imagen corporal en su acepción estructural (lo que concierne a su “construcción” en base a las identificaciones constitutivas, que determinan, por ejemplo, la diferencia psíquica entre los sexos) habría que utilizar otros

instrumentos, de preferencia proyectivos, como pueden ser el Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover o el Test de Rorschach.

## CAPÍTULO 8

### CONCLUSIONES

1. Existen diferencias respecto de algunas variables psicológicas y sociodemográficas entre las pacientes del grupo respondedor y las pacientes del grupo refractario.
2. Es posible caracterizar ambos grupos en base a la predominancia ponderal de algunos tipos de ansiedades: En la mayoría de las pacientes del grupo respondedor predomina la Ansiedad de Separación y en las pacientes del grupo refractario predomina la Ansiedad de Culpa.
3. Las pacientes del grupo respondedor obtienen mayores puntajes en la Ansiedad de Separación en comparación con las pacientes del grupo refractario.
4. Las pacientes del grupo respondedor no manifiestan diferencias respecto de la Ansiedad de Vergüenza en comparación con las pacientes del grupo refractario.
5. Las pacientes del grupo respondedor obtienen mayores puntajes en Ansiedad de Separación en comparación con sus propios puntajes en la Ansiedad de Vergüenza y Mutilación.
6. Las pacientes del grupo refractario obtienen mayores puntajes en la Ansiedad de Mutilación en comparación con las pacientes del grupo respondedor.

7. Las pacientes del grupo refractario obtienen mayores puntajes en el Cuestionario de Insatisfacción Corporal de Zukerfeld, en comparación con las pacientes del grupo respondedor.

8. Las pacientes del grupo refractario obtienen menores puntajes en el Grado de Percepción de Satisfacción Corporal, en comparación con las pacientes del grupo respondedor.

9. Las pacientes del grupo refractario obtienen mayores puntajes en Ansiedad de Culpa en comparación con sus propios puntajes en las ansiedades de Separación, Vergüenza y Mutilación.

10. La variable Nivel Socioeconómico no diferenció ambos grupos. Tampoco se observaron relaciones entre los niveles socioeconómicos y las ansiedades en estudio.

11. No se encontraron diferencias entre ambos grupos para las siguientes variables:

- *Tipo de Obesidad* (Leve, Moderada y Severa)
- *Antecedentes Familiares de Obesidad* (Presencia / Ausencia)
- *Edad de Inicio de la Obesidad* (Infantil, Juvenil y Adulta)

12. Se observaron diferencias entre ambos grupos para las siguientes variables:

- *Uso de fármacos*: al momento de la evaluación todas las pacientes que posteriormente resultaron respondedoras al tratamiento consumían algún tipo medicamento. En cambio sólo la mitad del grupo de las pacientes refractarias consumían medicamentos en ese momento.
- *Rango etareo*: el 60% de las pacientes respondedoras se ubica en el rango 40-50 años y el 40% restante no es menor a 30 años. En cambio el 83,3% de las pacientes refractarias se ubica en el rango 18-39 años y solo el 16,7% se ubica en el rango 40-50 años.

- *Procedencia de las pacientes*: el 40% de las pacientes respondedoras viene derivada del Servicio de Medicina Interna, mientras que solo el 4,2% de las pacientes refractarias viene derivada del mismo Servicio.

13. Cabe consignar que los resultados obtenidos en esta investigación son tentativos, en la medida que se trabajó con una muestra pequeña. Se hace necesario realizar nuevas investigaciones con muestras de mayor tamaño para poder determinar la exactitud de los hallazgos antes presentados.

## CAPÍTULO 9

### PROYECCIONES

Los resultados de este estudio tienen un valor que aún es preliminar por cuanto el tamaño de la muestra lo sitúa como un estudio piloto respecto de otro que eventualmente, teniendo características similares, trabaje con una muestra mayor. En consonancia con lo anterior fue que este mismo trabajo de tesis sirvió como base para la elaboración y presentación a concurso de dos proyectos de investigación (DI-2004 y FONDECYT 2004) finalmente no aprobados, que constituyeron una primera tentativa por proyectar nuestra idea de investigación más allá de lo exigido curricularmente por la carrera para la obtención del título profesional de Psicólogo.

Los hallazgos logrados en esta investigación señalan, una vez más, la relevancia que podrían tener ciertos factores psicológicos asociados a la obesidad, tanto en su desarrollo como en su tratamiento.

Específicamente pensamos que las siguientes posibilidades de investigación son relevantes:

1. Indagar sobre la posibilidad de predecir el resultado del tratamiento médico-nutricional de la obesidad por medio de la evaluación de las ansiedades y del nivel de insatisfacción corporal. Pensamos que hay una posibilidad importante de que esto se pudiera lograr dado los hallazgos reunidos en esta investigación. Determinar si se puede o no predecir la respuesta al tratamiento resultaría beneficioso, en primer lugar, por el aporte en cuanto a la generación de nuevo conocimiento (relevancia teórica) y, en segundo lugar, porque resultaría sumamente ventajoso desde un punto de vista económico (beneficio para la institución de salud) y terapéutico (beneficio para el paciente) el hecho de poder saber, al momento que un paciente consulta o está iniciando su tratamiento, que posibilidades tiene de llevarlo a cabo con éxito (esto en el contexto de la salud pública). Permitiría, en el caso de saber qué pacientes tendrían a una mayor posibilidad de cumplir satisfactoriamente con el

tratamiento, una optimización de los recursos ya que orientaría a que se trabaje con un enfoque exclusivamente médico-nutricional con los pacientes que verdaderamente están en condiciones de poder beneficiarse de ello. Y, en el caso de conocer quiénes tienen menos posibilidades de completar el tratamiento médico-nutricional satisfactoriamente, orientaría a complementar con otros tipos de tratamiento. Es probable que las pacientes que presenten altos puntajes de insatisfacción corporal asociados a altos puntajes en las sub-escalas de Ansiedad de Culpa y de Mutilación del Método de Gottschalk, sean candidatas a fracasar en un tratamiento exclusivamente médico nutricional.

2. Sería relevante también determinar cuál de todos los instrumentos anteriormente mencionados pueden presentar una mayor capacidad predictiva, con miras a simplificar los procedimientos psicodiagnósticos implicados en una hipotética tarea predictiva.
3. Siguiendo con la propuesta anterior, nos parece particularmente interesante considerar la aplicación de la Prueba de la Figura Humana de Karen Machover como estímulo inductor de la asociación entre las ansiedades y la imagen corporal inmediatamente antes de la toma de una muestra verbal. Pensamos que por un lado, adicionar esta prueba (cuya aplicación, en términos de procedimiento y tiempo empleado, es muy sencilla) podría fortalecer la inducción de una tonalidad emocional vinculada a la imagen corporal, además de permitir recabar importante información psicológica y así ampliar el conocimiento psicológico que se pudiera obtener de pacientes tanto respondedoras como refractarias.
4. También nos parece necesaria la posibilidad de aplicar la Escala de Hostilidad del Método de Gottschalk, en particular la sub-escala de Hostilidad hacia Dentro, dado que, como fue explicado en nuestra discusión, podría discriminar mejor las temáticas de culpa en comparación con la propia sub-escala de Ansiedad de Culpa, y de esta manera aportar nueva información respecto a la dinámica que siguen ciertos afectos, tomando en cuenta que se ha reportado en estudios anteriores que la hostilidad es una dimensión que discrimina entre sujetos obesos y no obesos (Sanfuentes, 1991). Queda por ver si discrimina entre respondedores y no respondedores.

5. Otra idea que consideramos relevante es intentar construir perfiles psicológicos para el paciente respondedor y para el paciente refractario; esto significa que, dada una exploración más amplia que la que se restringe a estudiar ansiedades y niveles de insatisfacción corporal, se podrían encontrar otros factores, tanto psicológicos, fisiológicos y sociodemográficos, que pudieran relacionarse con las pacientes respondedoras como con las refractarias y, de esta manera, formalizar una batería de test o instrumentos de evaluación, con el objeto de discriminar entre ambos grupos de pacientes. Por ejemplo, la medición de las ansiedades al inicio del tratamiento podría enriquecerse con la evaluación de otras variables que han demostrado importancia en caracterizar la obesidad, como la medición de variables fisiológicas (como la insulina y la glucosa plasmática) o cognitivas, como la Restricción, en especial la dimensión “Desinhibición”. Otras variables relevantes de ser investigadas para ambos grupos con muestras mayores son el rango etareo, si el paciente usa o no usa de fármacos y el lugar de procedencia (Medicina Interna, Endocrinología, consulta “espontánea”, etc.).
6. Dado que los resultados sugieren que posiblemente hay factores psicológicos involucrados en la responsividad o refractariedad al tratamiento, debemos señalar la importancia que podría tener en el futuro poder, en un primer momento, diagnosticar estos factores y luego poder tratarlos. En esa línea podría ser provechoso estudiar los efectos del tratamiento psicoterapéutico de los mecanismos psicológicos implicados en los altos niveles de insatisfacción corporal y/o conflictos vinculados con los sentimientos de culpa.
7. En el campo de la psicofarmacología, se podría evaluar la posibilidad de investigar si la administración de algún medicamento antidepresivo de acción serotoninérgica puede contribuir en mejorar la respuesta al tratamiento en pacientes que, sin presentar un cuadro clínico depresivo propiamente tal, hayan sido diagnosticados como posibles refractarios. Esto porque, como se revisó en nuestra discusión, posiblemente un alto nivel de Insatisfacción corporal y temáticas verbales centradas en la culpa (características grupo refractario), estaría asociado a un cierto “ánimo depresivo”, lo cual, desde esta perspectiva, implica considerar las bases biológicas conocidas para este afecto.

8. En su perspectiva psicométrica, el Método de Análisis para la Conducta Verbal de Gottschalk mostró su sensibilidad para discriminar ambos grupos, en base a los estados afectivos predominantes de los sujetos en estudio. Resultó interesante explorar un nuevo empleo a la *Instrucción Estándar* convencional, al proponer la asociatividad entre las ansiedades y un estímulo antecedente (la “satisfacción” con la imagen corporal). Esta innovación puede abrir futuras perspectivas de aplicación y perfeccionamiento al Método de Gottschalk, y en particular, apoya la adaptabilidad que históricamente ha mostrado el empleo de este método a diferentes situaciones de evaluación, además de su complementariedad en la aplicación conjunta con otros instrumentos.
9. Por otra parte, el criterio utilizado de respuesta satisfactoria al tratamiento médico-nutricional contempla la reducción del peso corporal de entre un 5 a 10% al cabo de 6 meses de iniciado el tratamiento (tiempo en que éste finaliza), sin contemplar un seguimiento posterior. Recordemos que, según los antecedentes expuestos con anterioridad, gran parte de los pacientes recuperan el peso luego de haber finalizado con éxito el tratamiento; por lo tanto es importante tener presente estos hechos a la hora de ponderar los resultados. Dados los antecedentes respecto a los pobres resultados de los tratamientos para la obesidad a largo plazo, urge realizar un estudio que considere seguimientos a plazos mayores para determinar qué variables se podrían asociar a la efectividad de los tratamientos.
10. Por último consideramos que sería importante poder estudiar las representaciones sociales sobre obesidad y explorar la relación entre éstas y una eventual “estigmatización” de los pacientes obesos. De esta manera se podrían ampliar los alcances de esta investigación más propiamente al dominio de lo social y lo cultural.

En la discusión e interpretación de los resultados se mencionaron ciertos estados psicológicos posibles de explicar las dificultades de estos pacientes para cumplir adecuadamente con un tratamiento médico-nutricional, como el estado de rebajamiento del yo, la culpa y la insatisfacción. Estos mismo estados son los que necesitan, eventualmente, de afrontamiento terapéutico en una población de pacientes obesos vulnerable, esto es, con

características semejantes a las detectadas en la población de pacientes refractarias evaluadas en este estudio.

Resulta justo sugerir que deben explorarse vías de intervención para la población estudiada que afecten derechamente los factores detectados en asociación a la refractariedad, esto es, el bajo nivel de satisfacción corporal, la predominancia de ansiedades de culpa y mutilación. En este sentido, esta investigación constituye un fundamento empírico, a pequeña escala, para apoyar futuras investigaciones sobre estas materias.

Se sabe que los resultados terapéuticos son mejores en grupos de pacientes obesos tratados a través de programas multidisciplinarios y sin embargo no hay evidencia de cuánto perduran estos logros. Además, estos programas terapéuticos son aún de uso relativamente escaso ya que a ellos solo pueden acceder las personas de niveles socioeconómicos más altos, siendo la forma menos usual de intervenir sobre la mayor parte de la población obesa, que es través del sistema público de salud. Es en esta dirección hacia donde ha apuntado principalmente nuestra investigación. No obstante, sabemos que el estudio del paciente obeso refractario excede, en lo que a su necesidad se refiere, a los que corresponden a las características de la muestra estudiada.

Las proyecciones teóricas son más difíciles de concebir. Podemos decir, por ahora, que la perspectiva psicosomática ha prestado una valiosa ayuda a nuestra investigación y ha recibido, como retorno, una confirmación empírica de sus principios. Investigar y proceder clínicamente de acuerdo a lo expuesto en este trabajo, será una forma de reposicionar una mirada que, según nosotros, “abre puertas” de cara al progreso que buscamos para nuestra ciencia psicológica.

## BIBLIOGRAFÍA

Abadi, M. (1955). Algunos mecanismos en la psicogénesis de la obesidad. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 3(13), 296-304.

Albala, C., Vio del R. F. & Kain, J. (1998). Obesidad: un desafío pendiente en Chile. *Rev. Méd. de Chile*, 126, 1001-1009.

Albala, C. & Arroyo, P. (2000). "Evaluación de la obesidad en el adulto". *Rev. Chilena de Nutrición*, 1(27), 151-155.

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

Albala, C. & Vio., F. (2000). Obesidad en Chile: una mirada epidemiológica. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 31-43). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

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

Albala, C., Díaz, J. & Arroyo, P., (2000). Evaluación de la obesidad en el adulto. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 125-129). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Alperovich, J. (1988). Génesis y perturbación de la obesidad o "¡Comé y quedáte quieto!". *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 5(45), 1027-1036.

Arteaga, A. (1997). Etiopatogenia de la obesidad. *Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*. 26(4), 13-17.

Ascaso, E. (2000, Noviembre). *Realidad psíquica y realidad social*. Ponencia presentada en el Congreso de la Federación de Asociaciones de Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis, Santiago de Chile.

Behar, R., Botero, J.C., Corsi, P., Muñoz, P. & Rosales, R. (1996). Insatisfacción corporal en los trastornos del hábito del comer. *Rev. de Psiquiatría*, 3/4(12), 200-204.

Blaise, E. (1956). Inhibición de la expresión proyectiva de la agresión; regresión, obesidad. Análisis de la fantasía básica. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 1(13), 53-57.

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

Bruch, H. (1969). Obesity and orality. *Contemp. Psychoanal.*, 5, 129-143.

Bustos, P., Fantuzzi, F., Greibe, C. & 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. & 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.

Capponi, R. (1987/1998). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*?. Quinta edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

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

Chiozza, L., Barbero, L., Busch, D., Chiozza, G. & Funosas, M. (1997). "Las fantasías adiposas en la obesidad". En L. Chiozza, *Del afecto a la afeción* (Segunda Edición, pp. 99-166). Buenos Aires: Alianza Editorial.

Chiozza, L. (1998). *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Chiozza, L. & Green, A. (1998). *Diálogo psicoanalítico sobre psicósomática*. Segunda Edición. Buenos Aires: Alianza Editorial.

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

Courmillot, A. & Fuchs, A. (2002). Dismorfofilia: Otro punto de vista sobre una enfermedad crónica. *Revista Actualidad Psicológica*. Año 1, 5, 2-4.

Christian, P. (1997). *Medicina antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

De la Balze, F., García Reinoso, D. & 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 la Maza, M. Pía (2000). Programa de tratamiento de la obesidad del adulto en el INTA. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 228-231). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Díaz, P. & Lladser, F., (2002). *Descripción de la internalización de relaciones objetales y patrones vinculares predominantes, en mujeres adultas diagnosticadas con obesidad, a través del Test de Relaciones Objetales de Phillipson y el Parental Bonding Instrument*. Tesis para optar al título profesional de Psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Central, Santiago, Chile.

Doltó, F. (1984/1997). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Tercera Reimpresión. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Dörr, O. (1997). *Psiquiatría antropológica*. Segunda Edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

D.S.M. - IV. (1995/2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Séptima reimpresión. España: Editorial Masson S.A.

Etchegoyen, H. (1986/1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Quinta Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Etxebarria, I. (2002). Emociones Sociales I (Culpa, Vergüenza, Orgullo). En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (comp.) *Psicología de la Motivación y la Emoción*. (pp. 373-395). Madrid, España: McGraw-Hill.

Facchini, M. (2002). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*. Año 1, 5, 28-32.

Federn, P. (1952/1984). La psicología del yo y las psicosis. Primera edición en Castellano. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fenichel, O. (1957). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires. Edit. Nova.

Ferrán Aranaz, M. (2001). *SPSS para Windows. Análisis estadístico*. Madrid: McGraw Hill.

Freud, S. (1895/2000). Proyecto de psicología. En Freud, *Obras Completas*. (pp. 323-441). Volumen I (1886-95). Octava Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1909/1992). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En Freud, *Obras Completas*. (pp. 1-52). Volumen XI (1909-10). Cuarta reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923/2000). El yo y el ello. En Freud, *Obras Completas*. (pp. 1-66). Volumen XIX (1923-25). Octava Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Frey-Rohn, L. (1991). El experimento asociativo y el complejo con tinte emocional. En *De Freud a Jung*. Primera edición en castellano. (pp. 21-25). México: Fondo de Cultura Económica.

Fröbes, José, S. J. (1949). *Tratado de psicología empírica y experimental*. Madrid: Editorial Razón y Fé, S. A.

Gottschalk, L., Winget, C., Gleser, G. & Lolas, F. (1984). *Análisis de la conducta verbal*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Gottschalk, L. & Lolas, F. (1987). *Estudios sobre análisis del comportamiento verbal*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Grinberg, L. (1956). La negación en el comer compulsivo y en la obesidad. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, 2(13), 160-169.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Segunda Edición. Colombia: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Hirsch, S. & De la Maza, M. Pía. (2000). Factores psicosociales asociados a la obesidad. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 255-256). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Jung, C. (1987). La Influencia del complejo de tonalidad emocional sobre el valor de la asociación. En Jung, C. *Psicología de la demencia precoz*. Primera edición en castellano. (pp. 47-61). Barcelona: Editorial Paidós.
- Jung, C. (1969). La experiencia de las asociaciones. En Jung, C. *Los complejos y el inconciente*. Primera edición en castellano. (pp. 153-210). Madrid: alianza Editorial.
- Jury, G., Olivares, S. & Albala, C. (2000). La pirámide alimentaria como herramienta en el tratamiento dietético de la obesidad. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 178-186). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Kain, J. & Blair, S. (2000). Inactividad física y obesidad. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 104-109). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Kernberg, O. (1984/1987) *Trastornos graves de la personalidad*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1967/2000). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Laplanche, J. (1980/2000). *La angustia. Problemáticas I*. Primera reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Le Breton, D. (2002). "*Antropología del cuerpo y modernidad*". Buenos Aires: Nueva Visión.

Liberman, D., Grassano de Piccolo, E., Neborak de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1993). *Del cuerpo al símbolo*. Santiago de Chile: Editorial Ananké.

Liberman, C., Lolas, F. & Sanfuentes, M.T. (1991). Restricción: una perspectiva interaccional sobre el comportamiento alimentario. *Revista de Psiquiatría*. VII. 701-705.

Liberman, C., Lolas, F. & Sanfuentes, M.T. (1998). El tratamiento médico de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinaria. *Revista Médica De Chile*. 11(126), 1377-1383.

Liberman, C. (2000). El tratamiento medicamentoso de la obesidad. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 214-219). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Lolas, F. (1978). El método de análisis de contenido de Gottschalk y Gleser en la investigación psiquiátrica. *Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 24, 247-256.

Lolas, F. (1984). *La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Lolas, F. (1986). El estudio de la conducta verbal en clínica. *Rev. Méd. de Chile*, 114, 247-251.

Lolas, F. (1988). La evaluación cuantitativa de la angustia. Un punto de vista psicofisiológico. *Revista Terapia Psicológica*. (0), 24-32.

Lolas, F. (1992). Obesidad y conducta alimentaria. Aspectos diagnósticos y psicométricos. *Acta Psiquiátrica Psicológica. Am lat.*, 38 (2), 113-118.

Lolas, F. (1994). Sobre el lenguaje emocional: Consideraciones críticas sobre método de análisis. *Universidad de Chile. Lenguas Modernas*, 21, 169-178.

Lolas, F. (1994). Contenido, significado y contexto psicológico. Aplicaciones clínicas del análisis de la conducta verbal. *Monografías de Psiquiatría*, 6(VI).

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

Lolas, F. (2000/2003). *Bioética y antropología médica*. Primera reimpresión. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.

Lolas, F. (2003). *Temas de bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Lolas, F., Sanfuentes, M. T., Martín, M., Liberman, C., & Calvillan, M. (1991). Restricción alimentaria y estrés agudo en mujeres. *Revista Médica de Chile*, 119, 1243-1247.

López Ibor, J. J. (1974). *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Editorial Gredos.

Manrique, M. & Moreno, M. (2000). Programa de tratamiento de la obesidad. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 304- 308). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Matz, Faith, Foster & Wadden (2002). Correlates of body image dissatisfaction among overweith women seeking weight loss. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 70, (4), 1040-44.

May, R. (1967). La ansiedad y la culpabilidad en su aspecto ontológico. En R. May, E. Angel & H. Ellenberger (Eds.) *Existencia: Nueva dimensión en Psiquiatría y Psicología*. (pp. 73-80). Madrid: Editorial Gredos.

Montt, D. & Villarroel, A. (2003). Modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para trastornos alimentarios, aplicada a un grupo de pacientes diagnosticados con Bulimia Nerviosa. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Moretti, Y.L. (1987). *Consideraciones teórico clínicas de la ansiedad de separación desde la perspectiva psicoanalítica*. Tesis para optar al título de psicólogo. Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Moscona, S. (1981). Acerca de la adicción a la comida. *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 6, 77-88.

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

Nasio, J. D. (1996). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Navarro, F. (1997). Biopatías endocrino metabólicas. En F. Navarro, (Ed), *Somatopsicodinámica de las biopatías* (pp. 87-108). Valencia: Publicaciones Orgón, de la Escuela Española de Terapia Reichiana.

OPS/OMS. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima Revisión, Publ. 554. Washington.

Palma, E. & Tapia, S. (2003). *Aproximación al concepto de aprendizaje desde la teoría psicoanalítica*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Pankow, G. (1996). Imagen del cuerpo y medicina psicosomática. En M. Békei, (comp.) *Lecturas de lo psicosomático* (pp. 97-109). Segunda Edición. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Poston, W. S., Ericsson, M., Linder, J., Nilsson, T., Goodrick; G. K. & Foreyt, J. P. (1999). Personality and the prediction of weight loss and relapse in the treatment of obesity". *International January of Eating Disorders*, 3(25), 301-309.

Rozowski, J. & Arteaga, A. (1997). El problema de la obesidad y sus características alarmantes en Chile. *Revista Médica de Chile*, 10(125), 1217-1224.

- Sami-Ali (1990). *El cuerpo, el espacio y el tiempo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Sami-Ali (1977/1996). *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Tercera reimpresión. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sanfuentes, M.T. (1991). *Psicofisiología del sobrepeso y la obesidad en la mujer*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Diego Portales.
- Sanfuentes, M.T., Schiattino, I., Jara, S., Larraguibel, M., Liberman, C. & Lolas, F. (1998). Comportamiento alimentario en madres e hijas: restricción cognitiva, sobrepeso y obesidad. *Archivos de Neurobiología (Madrid)* 61(4), 295-306.
- Schilder, P. (1950). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Seijas, D. & Feuchtmann, C. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 26, 38-41.
- Siegel, S. (1956/1970). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Primera edición en español. México: Editorial Trillas.
- Valenzuela, A. (2002). *Obesidad*. Segunda Edición. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Valenzuela, J., Díaz, E. & Klagges, V. (1976). Clasificación social y estado nutricional: Empleo de un nuevo método de Clasificación Social. *Cuadernos Médico Sociales*. Santiago, 1(17), 14-22.
- Wadden, T. (2000). Terapia conductual en relación con la obesidad. En Albala, C., Kain, J., Burrows, R. & Díaz, E. (comp.), *Obesidad: Un desafío pendiente*. (pp. 209-213). Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Wigdorsky, V. (1988). “*Aplicación del Análisis del Contenido Verbal de Gottschalk para evaluar resultados de intervención en crisis*”. Tesis para optar al título de Psicólogo. Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

Woodworth, R. & Schlosberg, H. (1954/1962). *Psicología Experimental*. Tercera Edición. Buenos Aires: Editorial EUDEBA.

Youlton, R. (1989). Obesidad: Consideraciones generales. *Revista Chilena de Pediatría*. 60, (Supl 1), 20-21.

Zukerfeld, R. (2002). Psicoterapia psicoanalítica y obesidad. *Revista Actualidad Psicológica*, año 1, 5, 8-10.

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### **Análisis de la Conducta Verbal: Instrucción Estándar (Modificada)**

“Ahora le voy a mostrar esta línea horizontal, que corre de menos a más, donde quisiera que usted marque haciendo una línea vertical, respondiendo a la siguiente pregunta: ¿Cómo se siente con su apariencia física?.

A continuación, cuando yo haga una señal, quisiera que usted hable durante cinco minutos acerca de alguna experiencia vital interesante o dramática que haya experimentado. Una vez que haya empezado, estaré aquí escuchando, pero preferiría no responder preguntas que usted quisiera hacerme hasta que terminen los cinco minutos. Durante este tiempo registraré, con esta grabadora, lo que usted diga.

¿Tiene usted alguna pregunta que quisiera hacerme ahora, antes de que empecemos?. Bueno, entonces, puede comenzar”.

## ANEXO II

### **Análisis de la Conducta Verbal: Escala de Ansiedad\***

1. Ansiedad de Muerte: Referencias a la muerte, al morir, a amenaza de muerte, o ansiedad acerca de la muerte experimentada por o que le ocurre a:

- a) sí mismo (3)
- b) otros seres vivos (2)
- c) objetos inanimados (1)
- d) negación de ansiedad de muerte (1)

2. Mutilación (Castración): Referencias a heridas o daño físico, o ansiedad en relación con lesiones o daño, o amenaza de tales, experimentadas por o que ocurre a:

- a) sí mismo (3)
- b) otros seres vivos (2)
- c) objetos inanimados (1)
- d) negación (1)

3. Ansiedad de Separación: Referencias a deserción, abandono, ostracismo, pérdida de apoyo, caída, pérdida de amor o de objeto amoroso, o amenaza de tales, experimentadas o sufridas por:

- a) sí mismo (3)
- b) otros seres vivos (2)
- c) objetos inanimados (1)
- d) negación (1)

---

\* Los números entre paréntesis indican el factor de ponderación.

4. Ansiedad de Culpa: Referencias a crítica adversa, abuso, condenación, desaprobación moral, culpa o amenaza de tal experimenta por:

- a) sí mismo (3)
- b) otros seres vivos (2)
- c) negación (1)

5. Ansiedad de vergüenza: Referencias al ridículo, inadecuación, vergüenza, embarazo, humillación, exageración de deficiencias o detalles privados, o amenazas de tales experimentados por:

- a) sí mismo (3)
- b) otros seres vivos (2)
- c) negación (1)

6. Ansiedad no específica o difusa: Referencias en palabras o frases a ansiedad y/o miedo sin distinguir tipo o fuente de ansiedad:

- a) sí mismo (3)
- b) otros seres vivos (2)
- c) negación (1)

## **ANEXO III**

### **Escala de Clasificación Social de Graffar**

#### 1. Ocupación de los padres

Nota 1: Alto prestigio, poder e ingreso económico (Ministros, dueños de grandes empresas, Gerente General, Oficiales FF.AA., etc.).

Nota 2: Alto prestigio, poder e ingreso medio alto (profesionales, ejecutivos, corredores de propiedades y de la bolsa, etc.).

Nota 3: Prestigio e ingreso medio y poder bajo (empleados públicos y privados, agentes, supervisores, obreros especializados, etc.).

Nota 4: Bajo prestigio, poder e ingresos (pescador, obrero, vendedores ambulantes dueños de puestos de feria, dueña de casa, etc.).

Nota 5: Igual a 4 y con actividad inestable (mensajero, cargador, repartidor, vendedor ambulante, etc.).

#### 2. Instrucción de los padres

Nota 1: Universitaria o equivalente (3er. Año a más)

Nota 2: Secundaria completa, Industrial, Comercial, Normal.

Nota 3: Secundaria incompleta

Nota 4: Básica completa

Nota 5: Básica incompleta

### 3. Fuente de ingreso familiar

Nota 1: Fortuna heredada o adquirida

Nota 2: Beneficios u honorarios

Nota 3: Sueldo

Nota 4: Salarios

Nota 5: Socorros públicos o privados (Subsidios se clasifican en 4)

### 4. Calidad de la vivienda

Nota 1: Casa o departamento de gran lujo y máximo confort

Nota 2: Casa o departamento espaciosos y confortables

Nota 3: Construcción sólida, pero modesta y en buen estado de conservación

Nota 4: a) Mal estado de conservación

b) Buen estado, pero con hacinamiento (4 o más hab. Por pieza)

c) Casa prefabricada

Nota 5: Mejoras, pocilga, subterráneo insalubre

### 5. Calidad del barrio

Nota 1: Residencial elegante

Nota 2: Residencial acomodado

Nota 3: Antiguo, de comercio y de valor medio de arrendamiento

Nota 4: Poblado (proximidad a estaciones, fábricas, etc.)

Nota 5: Campamento

Nota 6: Rural

## ANEXO IV

**Fórmula matemática para calcular la magnitud de una emoción. Incluye un Factor de Corrección para el número de palabras por minuto (Gottschalk et al. 1984, p. 54)**

$$\frac{100 (f_1w_1 + f_2w_2 + f_3w_3... f_nw_n + 0.5)}{N}$$

En que:

**fn** es la frecuencia por unidad de tiempo de cualquier tipo de referencia temática verbal.

**wn** es el peso aplicado a esa expresión verbal

**N** es el número de palabras por unidad de tiempo

El Factor de Corrección incluido en la fórmula es el siguiente:

$$\frac{1}{\text{n}^\circ \text{ de palabras}} \times 100$$

## ANEXO V

### Pauta de Entrevista Anamnésica

#### *1. Antecedentes personales*

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

#### *2. Antecedentes familiares*

Hijos:                    NO \_\_\_\_      SI \_\_\_\_      N° \_\_\_\_

Padre y Madre:

Hija única:            SI \_\_\_\_      NO \_\_\_\_      N° hermanos \_\_\_\_

Posición entre ellos N° \_\_\_\_\_

Enfermedades psiquiátricas de padres y/o hermanos    NO \_\_\_\_      SI \_\_\_\_      Cuáles \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con quién vive: \_\_\_\_\_

Muerte de personas significativas: NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ Quién (es) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cuándo \_\_\_\_\_

### *3. Antecedentes relacionados con la obesidad*

Edad de inicio de la obesidad: \_\_\_\_\_

Tratamientos asociados a la obesidad anteriores al realizado en este Servicio:

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ Cuándo \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de obesidad presentada al momento de iniciar tratamiento en este Servicio:

Sobrepeso \_\_\_\_ Leve \_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_ Severa \_\_\_\_

Antecedentes familiares de obesidad: NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ Quién (es) \_\_\_\_\_

Actualmente presenta alguna enfermedad asociada a la obesidad :

NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_Cuál (es) \_\_\_\_\_

Se ha atendido en algún centro de salud mental : NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_

Cuándo \_\_\_\_\_ Por Qué \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usa de fármacos: NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_Cuál (es) \_\_\_\_\_

---

Y ahora, podría Ud. por favor tachar con este lápiz sobre esta línea horizontal, que corre de menos a más, respondiendo a la siguiente pregunta: ¿Cómo se siente con su apariencia física?

---

(-)

(+)

## ANEXO VI

### Cuestionario de Insatisfacción Corporal

Instrucciones: Para cada una de las frases a continuación, evalúe en qué grado se aplican a Ud. (encierre sólo con un círculo para cada una de las frases)

1. Me gusta verme en espejos

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

2. Me siento culpable por mi problema de peso la mayor parte del tiempo

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

3. Tengo vergüenza de que me vean en público

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

4. Prefiero evitar compromisos deportivos o ejercicios al aire libre, debido a mi apariencia

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

5. Me siento perturbada por mi cuerpo en presencia del alguien del sexo opuesto

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

6. Pienso que mi cuerpo es lindo

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

7. Siento que los demás deben pensar que mi cuerpo no es atractivo

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

8. Pienso que mi familia o mis amigos se pueden sentir molestos de ser vistos conmigo

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

9. Me descubro comparándome con otras personas para ver si son más gordas que yo

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

10. Me es difícil disfrutar de actividades por mi apariencia física

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

11. Cuando salgo de compras me doy cuenta del aspecto de mi cuerpo y me resulta desagradable

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

12. Mis pensamientos acerca de mi cuerpo y de mi apariencia son negativos y autocríticos

- a) Nunca      b) Algunas veces      c) Frecuentemente      d) Siempre

## ANEXO VII

### Carta Consentimiento Informado para el Paciente

#### TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

*Estudio de variables psicológicas asociadas a la obesidad femenina.*

#### QUIÉNES PARTICIPARÁN EN EL ESTUDIO

*Los investigadores son los Lic. en Psicología de la Universidad de Chile Felipe Valenzuela Menares y Leonardo Medeiros Ruiz.*

*El Profesor Guía de la Investigación es el Dr. Fernando Lolas Stepke.*

*La Asesora Metodológica y Profesora Patrocinante es la Ps. Iris Gallardo Rayo*

*Colaboran como Asesores el Dr. Claudio Liberman y la Lic. Carolina Valdebenito*

*Tomarán parte de esta investigación, en calidad de sujetos de investigación, aproximadamente 30 pacientes mujeres, consultantes al Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico Universidad de Chile, de entre 18 y 50 años de edad, que estén iniciando tratamiento médico-nutricional para su obesidad, pertenecientes a nivel Socioeconómico Medio Alto, Medio o Medio Bajo, durante el año 2004 y que vivan en el Gran Santiago.*

## *QUIÉNES PATROCINAN LA INVESTIGACIÓN*

*Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.*

*Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*

*Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.*

## *CÓMO SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN*

*La investigación constará de la realización, por parte de uno de los investigadores, de una entrevista psicológica individual a los pacientes que hayan accedido a participar en el estudio. Esta entrevista tendrá una duración aproximada de 50 minutos y se llevará a cabo en las dependencias de la Unidad de Trastornos Alimentarios del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.*

## *BENEFICIOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL PACIENTE*

*El resultado de cada entrevista de investigación (que en definitiva es una evaluación psicológica individual) será facilitado a los tratantes con el fin de que puedan contar con información psicológica adicional sobre el paciente y de esta forma enriquecer el aspecto psicológico del tratamiento. Esto significa que el paciente, al participar de la investigación, contará con una evaluación psicológica adicional gratuita (la entrevista de investigación). La entrevista de investigación será realizada por uno de los investigadores: Lic. Felipe Valenzuela o Lic. Leonardo Medeiros.*

## *RIESGOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA EL PACIENTE*

*Esta investigación no implica ningún riesgo objetivo. Como parte de la investigación no se le administrará ningún fármaco ni se le someterá a ningún tipo de examen físico ni de laboratorio.*

*La entrevista de investigación no adiciona riesgos para el paciente que vayan más allá de los propios de cualquier entrevista psicológica.*

## *CONFIDENCIALIDAD*

*La información obtenida será utilizada exclusivamente por los integrantes del equipo de investigación y de las instituciones patrocinantes. Cualquier comunicación que se realice sobre la investigación una vez que esta haya sido finalizada se realizará en términos impersonales, refiriéndose a grupos de pacientes, sin comprometer a ningún sujeto de investigación en particular. Esto quiere decir que no será identificado ningún paciente que participe de la investigación.*

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

*He sido informado(a) de los términos de mi participación en el “Estudio de variables psicológicas asociadas a la obesidad femenina” y de las medidas que se han tomado para resguardar la información que se produzca. Asimismo, he recibido explicaciones sobre los métodos y procedimientos a emplear en esta investigación, como también sobre su relevancia.*

*Al aceptar participar, entiendo que puedo retirarme de la investigación en el momento que lo desee y por simple declaración, sin explicaciones.*

*Nombre:*

*Rut:*

*Fecha:*

*Firma:* .....



## ANEXO IX

**Protocolos de seguimiento del tratamiento médico. SS = Sujetos**

SS	FECHA INGRESO (1° Control nutricional)	IMC INICIAL	FECHA EV. PSIC.	FECHA EV. RESULTADO AL TRAT.	IMC FINAL Y N° CONTROL ÚLTIMA MEDICIÓN	% DISMINUCIÓN IMC	RESULTADO AL TRAT.
1 (*)	-----	-----	-----	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
2	21 - VI - 04	40.9	21 - VI - 04	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
3	14 - V - 04	36.8	29 - VI - 04	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 3° control
4	6 - VII - 04	41.9	6 - VII - 04	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
5	6 - VII - 04	46.9	6 - VII - 04	3 - III - 05	41.2 (5° control)	12.1%	Respondedora
6	7 - VII - 04	30.8	7 - VII - 04	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
7	20 - VII - 4	37.9	20 - VII - 04	3 - III - 05	37.5 (2° control)	-----	Deserta al 2° control
8	5 - VII - 04	30.7	3 - VIII - 04	3 - III - 05	28.1 (3° control)	-----	Deserta al 3° control
9	9 - VIII - 04	33.1	9 - VIII - 04	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
10	11 - VIII - 4	38.2	11 - VIII - 04	7 - XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control

11	18 – VIII - 4	30.9	18 – VIII - 04	3 – III - 05	27.4 (6° control)	11.3%	Respondedora
12	18 – VIII - 4	35.8	18 – VIII - 04	3 - III - 05	29.6 (6° control)	17.3%	Respondedora
13	19 – VIII - 4	40.0	19 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
14	19 – VIII - 4	31.9	19 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
15	23 – VIII - 4	32.1	23 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
16	25 – VIII - 4	43.5	25 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
17	25 – VIII - 4	43.8	25 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
18	26 – VIII - 4	34.0	26 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
19	26 – VIII - 4	33.2	26 – VIII - 04	3 – III - 05	32.7 (2° control)	-----	Deserta al 2° control
20	26 – VIII - 4	32.1	26 – VIII - 04	7 – XII - 04	-----	-----	Deserta al 1° control
21	19 – VIII - 4	36.1	30 – VIII - 04	3 – III - 05	32.8 (4° control)	9.2%	Respondedora
22	28 – VIII - 4	34.3	30 – VIII - 04	3 – III - 05	32.0 (3° control)	6.7%	Deserta al 3° control
23	1 – IX - 04	30.8	1 – IX - 04	3 – III - 05	-----	-----	Deserta al 1° control
24	2 – IX - 04	43.6	2 – IX - 04	3 – III - 05	42.4% (2° control)	-----	Deserta al 2° control
25	30 – VII - 04	35.1	8 – IX - 04	3 – III - 05	34.5 (2° control)	-----	Deserta al 2° control
26	2 – IX - 04	31.5	8 – IX - 04	3 – III - 05	-----	-----	Deserta al 1° control
27	31 – VIII - 4	42.4	13 – IX - 04	3 – III - 05	-----	-----	Deserta al 1° control

28	31 – VIII - 4	30.8	13 – IX - 04	3 – III - 05	27.8 (5° control)	9.7%	Respondedora
29	27 – VIII - 4	30.8	13 – IX - 04	3 – III - 05	-----	-----	Deserta al 1° control

(\* ) Ficha extraviada.

## ANEXO X

### Antecedentes anamnésicos de la muestra: Tablas de frecuencia

#### 1. Características socio-demográficas

Tabla 1: Procedencia de las pacientes

	Frecuencia	Porcentaje
Serv. Endocrinología Hosp. J. Aguirre	12	41.4
Serv. Psiquiatría Hosp. J. Aguirre	1	3.4
Serv. Cirugía Hosp. J. Aguirre	1	3.4
Serv. Medicina Interna Hosp. J. Aguirre	3	10.3
Consulta “espontánea” al Centro	8	27.6
Diagnóstico Hosp. J. Aguirre	8	27.6
Serv. Ginecología Hosp. J. Aguirre	4	13.8
Total	29	100.0

Tabla 2: Rango etáreo

	Frecuencia	Porcentaje
18-29 años	8	27.6
30-39 años	14	48.3
40-50 años	7	24.1
Total	29	100.0

Tabla 3: Estado civil y/o situación conyugal

	Frecuencia	Porcentaje
Casada	18	62.1
Soltera	8	27.6
Separada	2	6.9
Separada/conviviente	1	3.4
Total	29	100.0

Tabla 4: Nivel de estudios

	Frecuencia	Porcentaje
Universitaria completa	4	13.8
Secundaria completa	13	44.8
Secundaria incompleta	3	10.3
Básica completa	1	3.4
Técnica	6	20.7
Universitaria incompleta	2	6.9
Total	29	100.0

Tabla 5: Ocupación

	Frecuencia	Porcentaje
Dueña de casa	15	51.7
Empleada	10	34.5
Independiente	3	10.3
Estudiante	1	3.4
Total	29	100.0

## 2. Antecedentes familiares

Tabla 6: Con o sin hijos

	Frecuencia	Porcentaje
Con hijos	18	62.1
Sin hijos	11	37.9
Total	29	100.0

Tabla 7: Con quién vive

	Frecuencia	Porcentaje
Esposo o conviviente	2	6.9
Esposo e hijos	13	44.8
Familia de origen	4	13.8
Sola	2	6.9
Incluye 1,2 y 3	7	24.1
Con hijos	1	3.4
Total	29	100.0

Tabla 8: Conocimiento del paciente de enfermedad mental familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión	4	13.8
Psicosis	2	6.9
Trast. Por ansiedad	1	3.4
No refiere	22	75.9
Total	29	100.0

### 3. Antecedentes médicos relacionados con la Obesidad

Tabla 9: Edad de inicio de la Obesidad

	Frecuencia	Porcentaje
“Siempre”	5	17.2
Infancia	3	10.3
Juventud	5	17.2
Adulto	16	55.2
Total	29	100.0

Tabla 10: Tipo de Obesidad

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	16	55.2
Moderada	4	13.8
Severa	9	31.0
Total	29	100.0

Tabla 11: Tratamientos anteriores para la Obesidad

	Frecuencia	Porcentaje
No refiere	7	24.1
Tratamiento auto administrado	3	10.3
Tratamiento medicamentoso no auto administrado	7	24.1
Tratamiento nutricional	8	27.6
Programa multidisciplinario	4	13.8
Total	29	100.0

Tabla 12: Presencia antecedentes familiares Obesidad

	Frecuencia	Porcentaje
No	5	17.2
Si	24	82.8
Total	29	100.0

Tabla 13: Presencia de enfermedades asociadas a la Obesidad

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	44.8
Si	16	55.2
Total	29	100.0

Tabla 14: Presencia enfermedades psiquiátricas

	Frecuencia	Porcentaje
No	26	89.7
Si	3	10.3
Total	29	100.0

Tabla 15: Uso de fármacos

	Frecuencia	Porcentaje
Antidepresivos	1	3.4
Estabilizadores del animo	1	3.4
Ansiolíticos	1	3.4
Hipnóticos	1	3.4
No refiere	12	41.4
Otros medicamentos	11	37.9
Psicofármacos y otros medicamentos	2	6.9
Total	29	100.0

## ANEXO XI

**Tabla 1: Puntajes de ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en los sujetos (SS) del grupo respondedor (N = 5)**

GRUPO RESPONDEDOR							
<i>SS</i>	Muerte	Mutilación	Separación	Culpa	Vergüenza	Difusa	Ansiedad Total
<i>1</i>	1,13	0	2,49	1,84	1,67	0,72	3,724
<i>2</i>	0	0	2,89	3,01	0	1,12	4,293
<i>3</i>	1,59	0	4,06	2,57	2,57	0	5,485
<i>4</i>	0,52	1,08	2,10	1,67	0,52	0,96	3,070
<i>5</i>	0	1,85	1,96	0,32	1,12	1,84	3,990

**Tabla 2: Puntajes de ansiedades de Muerte, Mutilación, Separación, Culpa, Vergüenza, Difusa y Ansiedad Total en los sujetos (SS) del grupo refractario (N = 24)**

GRUPO REFRACTARIO							
SS	Muerte	Mutilación	Separación	Culpa	Vergüenza	Difusa	Ansiedad Total
1	0	2,97	0	1,75	3,28	2,03	5,268
2	1,6	2,34	2,73	2,56	0,88	1,20	4,870
3	0	0,87	2,11	3,36	1,62	1,42	4,270
4	0	3,34	0	3,34	4,4	2,03	6,640
5	0,86	1,24	1,92	2,57	0	1,37	3,754
6	0,81	1,18	1,1	2,22	1,75	1,64	3,672
7	0	2,33	0	1,35	3,01	0	4,005
8	0	2,30	0	2,64	1,96	1,0	4,080
9	0	2,72	1,21	2,46	2,06	2,33	4,924
10	0	1,08	3,03	1,86	1,17	1,02	3,650
11	0	0,89	0	2,5	0,57	0,57	2,751
12	0	0,62	2,57	2,38	1,21	0	3,724
13	0	2,27	1,44	2,53	1,2	1,2	4,189
14	1,24	1,71	2,18	2,14	0,48	1,2	3,905
15	1,29	2,89	1,33	1,75	1,21	1,56	4,303
16	0	0,72	1,53	2,17	1,95	1,45	3,644
17	0	0	1,75	3,25	1,54	0	3,070
18	0,8	1,78	1,49	3,04	1,57	1,73	4,260
19	0	2,61	1,49	1,75	1,71	1,23	4,028
20	0,94	0	2,84	3,04	1,12	1,36	4,570
21	0	1,36	2,5	1,46	1,3	0,72	3,482
22	0	1,77	2,18	1,82	0,75	1,3	4,290
23	0	0	2,06	3,78	0	0	3,990
24	0	0	1,95	1,95	1,95	0	3,300