



Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Psicología

Subdirección de Posgrado

Doctorado en Filosofía con Especialidad en Psicología



PREDICTORES PSICOSOCIALES DE SOBREPESO
Y OBESIDAD EN MUJERES
DE MONTERREY

CECILIA MEZA PEÑA

Tesis como requisito parcial para obtener el Grado de
DOCTOR EN FILOSOFÍA con Especialidad en Psicología

Director de Tesis
DR. JOSÉ MORAL DE LA RUBIA

Monterrey, N.L., México, Julio de 2011

*Dedico este trabajo
a quienes ofreciendo amor y paciencia
me acompañan
en este hermoso andar
mientras voy trazando mi camino.*

Mens sana in corpore sano

Decimus Iunius Iuvenalis

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a CONACyT, por el apoyo brindado para la realización de este proyecto Doctoral con la beca otorgada desde el inicio de mis estudios de posgrado. Su compromiso con la formación de científicos dentro de nuestra sociedad refleja el interés nacional de seguir formando ciudadanos capaces de coadyuvar a la transformación social, tan necesaria en nuestros tiempos de crisis no solo económica ni de seguridad, sino crisis de democracia, de valores, de compromiso, de creer en el valor de nuestro país.

A la Facultad de Psicología y a la misma Universidad Autónoma de Nuevo León, mi Alma Mater, agradezco infinitamente por incentivar me a seguir preparándome profesionalmente, y por el apoyo personal recibido a lo largo de esta trayectoria académico-formativa. Sin los valores y misión compartida de nuestra universidad y mi facultad quizás esto no hubiera formado parte de mis ideales profesionales, sin embargo, al finalizar este producto no puedo pensar en otro camino. Ahora espero que bajo esta plataforma, que me llevará seguro a una nueva aventura profesional, ojalá me posibilite compartir con mis alumnos otra forma de ver el mundo.

Agradezco todo el apoyo recibido por el Mtro. José Armando Peña Moreno, Director de la Facultad de Psicología, quien siempre se ha mostrado dispuesto a brindarnos el apoyo profesional y moral requerido en esta travesía. También agradezco al personal docente y administrativo del posgrado al cual me adscribo, por las oportunidades de aprendizaje, por compartir sus conocimientos y permitirnos crecer en el camino.

Un especial agradecimiento a los revisores de mi tesis, Dra. Mónica Teresa González Ramírez, Dr. Cirilo H. García Cadena y Dr. Benito Daniel Estrada Aranda, ya que sus contribuciones a lo largo de la construcción de este proyecto siempre fueron muy pertinentes. Me honra poder recibir de su parte contribuciones, observaciones a mi trabajo, su amplia trayectoria profesional es para mí una oportunidad de aprender y crecer.

Agradezco infinitamente a la Dra. Claudia Unikel Santoncini, quien desde el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, funge como revisora externa de mi proyecto. Conocer su amplia trayectoria en el campo de la investigación es una fuente de motivación. Para mí es una gran oportunidad compartir este proyecto con personas que muestran trayectorias de gran dedicación y constancia en el trabajo, lo que me transmite un amor por nuestra profesión.

Especialmente y no al final, sino como una mención especial, agradezco al Dr. José Moral de la Rubia, cuya experiencia profesional me ha permitido aprender enormemente, gracias Doc por compartir su sabiduría con sencillez y disponibilidad para este trabajo bajo jornadas largas de trabajo. Es invaluable su tiempo y siempre estaré infinitamente agradecida. Admiro mucho su enorme capacidad intelectual, ha sido un honor para mí trabajar bajo su tutela en este gran proyecto, gracias por escuchar todas mis inquietudes tanto profesionales como personales, en verdad espero algún día parecerme un poquito a usted y poder seguir trabajando en conjunto en otros proyectos.

A todos los que en diferentes espacios me brindaron su apoyo en estos tres años de aventura profesional, en lo profesional, en lo laboral, en lo emocional, en lo social, en lo familiar, de verdad MIL GRACIAS, sin su contención, apoyo, amor, y acompañamiento, seguro esto no podría haber sido posible.

De corazón GRACIAS a todos!

Ceci Meza

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	01
1.1 Antecedentes	01
1.2 Justificación del estudio	06
1.3 Pregunta de investigación	12
1.4 Objetivo general	14
1.4.1 Objetivos específicos	15
1.5 Hipótesis	16
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	19
2.1 Aspectos generales de la obesidad	20
2.2 Obesidad: ¿un problema de salud?	23
2.3 Psicología de la obesidad: en busca de una mayor comprensión del tema	26
2.4 La obesidad como síntoma	28
2.5 La obesidad como un esfuerzo adaptativo del Yo	32
2.6 Consideraciones sobre las aportaciones teóricas del psicoanálisis	44
CAPÍTULO III MÉTODO	50
3.1 Diseño de la investigación	50
3.1.1 Definición conceptual de variables	51
3.1.2 Definición operacional de variables	54
3.2 Instrumentos	55
3.2.1 Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo	55
3.2.2 Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria	57
3.3 Universo-muestral	59
3.3.1 Criterios de Inclusión y exclusión	60
3.4 Técnica de recolección de datos	60
3.5 Análisis estadístico	61
3.6 Aspectos éticos	63
CAPÍTULO IV RESULTADOS	64
4.1 Descripción de la muestra	64
4.2 Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de	

	Funciones del Yo	69
4.2.1	Sentido de realidad, del mundo y de sí mismo	69
4.2.2	Regulación y control de instintos, afectos e impulsos	73
4.2.3	Relaciones objetales	77
4.2.4	Funcionamiento Defensivo	81
4.2.5	Contraste de una estructura de 4 factores correlacionados	84
4.2.6	Diferencia de medias entre mujeres con sobrepeso/obesidad y peso normal	85
4.3	Propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria	86
4.3.1	Extracción de los 11 factores esperados del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria por análisis factorial exploratorio	86
4.3.2	Reducción de ítems pasando de un modelo de 11 a 10 factores consistentes	94
4.3.3	Distribución de los 10 factores	99
4.3.4	Contraste del modelo de 10 factores correlacionados por análisis factorial confirmatorio	100
4.3.5	Contraste de un modelo de 10 factores correlacionados con sólo 3 ó 4 indicadores por factor	103
4.3.6	Fijación de la composición de ítems y factores del cuestionario OQ adaptado	108
4.3.7	Factores de Segundo orden de los 10 factores primarios	109
4.4	Índice de masa corporal (IMC): correlaciones y modelos predictivos	112
4.4.1	Correlaciones con IMC	112
4.4.2	Valoración de las causas de la obesidad y su relación con el IMC	112
4.4.3	Modelo de regresión de IMC	113
4.4.4	Modelos de análisis de trayectorias de IMC	115
4.5	Alteración alimentaria: correlaciones y modelos predictivos	122
4.5.1	Correlaciones y asociaciones de las variables sociodemográficas y funciones del Yo	122
4.5.2	Modelos de regresión lineal	123
4.5.2.1	Puntaje total de Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria	123
4.5.2.2	Factor de Alteración afectiva	131
4.5.2.3	Factor de Antojos alimentarios	134
4.5.2.4	Factor de Motivación para bajar de peso	136
4.5.2.5	Factor de Aislamiento social	138
4.5.2.6	Factor de Defensividad	141

4.5.2.7	Factor de Subingesta	143
4.5.2.8	Factor de Hábitos de salud	145
4.5.2.9	Factor de Sentimientos positivos al comer	146
4.5.2.10	Factor de Comer excesivo	148
4.5.2.11	Factor de Imagen corporal	150
4.6	Predicción de cada factor de OQ con los restantes nueve factores	154
4.7	Modelo de ecuaciones estructurales lineales de alteración alimentaria	156
CAPÍTULO V DISCUSIÓN		165
5.1	Propiedades psicométricas de la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellack y Goldsmith (1993)	165
5.2	Propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007)	167
5.3	Predicción del Índice de masa corporal	169
5.4	Predicción de alteración alimentaria	171
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES		174
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		179
ANEXOS		196

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencia de los grupos de edad	65
Tabla 2. Distribución de frecuencia de grupos por Índice de Masa Corporal	65
Tabla 3. Distribución de frecuencias de la escolaridad	66
Tabla 4. Distribución de frecuencia por nivel socioeconómico	66
Tabla 5. Distribución de frecuencia por estado civil	67
Tabla 6. Distribución de frecuencia por número de hijos	67
Tabla 7. Distribución de frecuencias por tipo de diagnóstico	68
Tabla 8. Distribución de frecuencias de hacer o no dieta actualmente	68
Tabla 9. Distribución de frecuencias de si realizan ejercicio o no	68
Tabla 10. Estadísticos descriptivos de edad, peso, estatura, IMC, edad en que empezó a preocuparse por el peso y horas de ejercicio a la semana	69
Tabla 11. Matriz de patrones de Sentido de realidad (SR)	70
Tabla 12. Matriz del componente factorial de Sentido de Realidad (SR)	71
Tabla 13. Matriz de patrones de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI)	74
Tabla 14. Matriz factorial de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI)	75
Tabla 15. Matriz de patrones de Relaciones Objetales (RO)	77
Tabla 16. Matriz factorial de Relaciones Objetales (RO)	78
Tabla 17. Matriz de patrones de Funcionamiento Defensivo (FD)	81
Tabla 18. Matriz factorial de Funcionamiento Defensivo (FD)	82
Tabla 19. Diferencia de medias en funciones del Yo entre mujeres con sobrepeso/obesidad y peso normal	85
Tabla 20. Matriz patrones del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)	91
Tabla 21. Matriz de patrones del OQ con 70 ítems (sin 20, 25, 30, 32, 44, 47, 63, 74, 76 y 77)	93
Tabla 22. Matriz de patrones de OQ con 64 ítems	96
Tabla 23. Matriz de correlaciones de los 10 factores del OQ	98
Tabla 24. Distribución y ajuste a la normalidad de los 10 factores del cuestionario de sobreingesta alimentaria	99
Tabla 25. Índices de ajuste de los modelos del OQ estimados por GLS	100
Tabla 26. Parámetros estandarizados del modelo de 10 factores correlacionados con 59 ítems	100
Tabla 27. Parámetros estandarizados del OQ con 10 factores correlacionados con 3 ó 4 indicadores cada un, estimados por GLS	103
Tabla 28. Modelo corregido de parámetros estandarizados del OQ con 10 factores correlacionados con 3 ó 4 indicadores cada uno, estimado por GLS	104
Tabla 29. Modelo revisado de parámetros estandarizados del OQ con 10 factores correlacionados con 3 ó 4 indicadores por factor	105
Tabla 30. Consistencia interna de los 10 factores del OQ definidos desde el AFE y los definidos desde el AFC	107
Tabla 31. Correlaciones del puntaje total del OQ con sus componentes	108
Tabla 32. Correlaciones entre las 10 subescalas definidas OQ	109
Tabla 33. Matriz de patrones de segundo orden del OQ	110
Tabla 34. Correlaciones entre los componentes factoriales del OQ	110
Tabla 35. Correlaciones con IMC	111
Tabla 36. Distribución de frecuencias de las causas a las que atribuyen la obesidad y correlación con IMC	112
Tabla 37. Modelo de regresión de índice de masa corporal	113
Tabla 38. Correlaciones y asociaciones de las variables sociodemográficas y funciones del Yo con el puntaje total y los 10 factores del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria	121
Tabla 39. Modelo de regresión del Puntaje Total del Cuestionario de	

Sobreingesta Alimentaria	123
Tabla 40. Matriz factorial rotada forzada a 4 factores	124
Tabla 41. Correlaciones del puntaje total y de los 10 factores del OQ con las puntuaciones factoriales ortogonales de las funciones del Yo	126
Tabla 42. Modelo de regresión del Puntaje Total del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria	127
Tabla 43. Análisis de varianza entre los 3 grupos (calculados con tres funciones del Yo) y contraste de igualdad de varianza por la prueba de Levene	128
Tabla 44. Comparaciones a posteriori	129
Tabla 45. Modelo de regresión del factor de Alteración afectiva	131
Tabla 46. Modelo de regresión del Factor de Alteración afectiva con puntuaciones factoriales ortogonales de las funciones del Yo	132
Tabla 47. Modelo de regresión del Factor de Antojos alimentarios	134
Tabla 48. Modelo de regresión del Factor de Antojos alimentarios con las puntuaciones factoriales ortogonales	135
Tabla 49. Modelo de regresión de Motivación para bajar de peso	136
Tabla 50. Modelo de regresión de Motivación para bajar de peso con las puntuaciones factoriales ortogonales	137
Tabla 51. Modelo de regresión de Aislamiento social	138
Tabla 52. Modelo de regresión de Aislamiento social con las puntuaciones factoriales ortogonales	139
Tabla 53. Modelo de regresión de Defensividad	140
Tabla 54. Modelo de regresión de Defensividad con las puntuaciones factoriales ortogonales	142
Tabla 55. Modelo de regresión de Subingesta	142
Tabla 56. Modelo de regresión de Subingesta con las puntuaciones factoriales ortogonales	144
Tabla 57. Modelo de regresión de Hábitos de salud	144
Tabla 58. Modelo de regresión de Sentimientos positivos al comer	146
Tabla 59. Modelo de regresión de Comer excesivo	148
Tabla 60. Modelo de regresión de Comer excesivo con las puntuaciones factoriales ortogonales	149
Tabla 61. Modelo de regresión de Imagen corporal	150
Tabla 62. Modelo de regresión de Imagen corporal con las puntuaciones factoriales ortogonales	151
Tabla 63. Resumen de los modelos con las funciones del Yo calculadas por suma simple	152
Tabla 64. Resumen de los modelos con las funciones del Yo como puntuaciones factoriales ortogonales	152
Tabla 65. Resumen de los modelos de la cada subescala de OQ pronosticada por las 9 restantes	154

Índice de Figuras

Figura 1. Curva de sedimentación de los autovalores para Sentido de Realidad (SR)	71
Figura 2. Histograma de la variable Sentido de la realidad (SR)	72
Figura 3. Modelo unidimensional para la escala SR por GLS	73
Figura 4. Curva de sedimentación de los autovalores de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI)	74
Figura 5. Histograma de la Variable de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI).	75
Figura 6. Modelo unidimensional para la escala RI por GLS.	76
Figura 7. Curva de sedimentación de los autovalores de Relaciones Objetales (RO)	78
Figura 8. Histograma de la Variable de Relaciones Objetales (RO)	79
Figura 9. Modelo unidimensional para la escala RO por GLS	80
Figura 10. Curva de sedimentación de los autovalores de Funcionamiento Defensivo (FD)	81
Figura 11. Histograma de la Variable de Funcionamiento Defensivo (FD)	82
Figura 12. Modelo unidimensional para la escala FD por GLS	83
Figura 13. Modelo estandarizado de 4 factores correlacionados con 8 indicadores cada uno, estimado por GLS	84
Figura 14. Curva de sedimentación de los 80 ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)	86
Figura 15. Histograma de los residuos del modelo de IMC	114
Figura 16. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados	114
Figura 17. Parámetros estandarizados del primer modelo de análisis de trayectorias de IMC	115
Figura 18. Parámetros estandarizados del primer modelo revisado de análisis de trayectorias de IMC	116
Figura 19. Parámetros estandarizados de la segunda revisión del primer modelo de IMC	117
Figura 20. Parámetros estandarizados de la tercera revisión del primer modelo de IMC	118
Figura 21. Parámetros estandarizados del segundo modelo de IMC	119
Figura 22. Parámetros estandarizados del tercer modelo de IMC	120
Figura 23. Histograma de los residuos estandarizados del OQ	123
Figura 24. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados del OQ	123
Figura 25. Medias en cada puntuación factorial los tres grupos generados por análisis de clúster	130
Figura 26. Histograma de los residuos estandarizados de AF	131
Figura 27. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de AF	132
Figura 28. Histograma de los residuos de AF	133
Figura 29. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados	133
Figura 30. Histograma de los residuos de AN	134
Figura 31. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de AN	135
Figura 32. Histograma de los residuos de MO	136
Figura 33. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de MO	137
Figura 34. Histograma de los residuos de AI	138
Figura 35. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de AI	139
Figura 36. Histograma de los residuos de DE	141

Figura 37. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de DE	141
Figura 38. Histograma de los residuos de SUB	143
Figura 39. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de SUB	143
Figura 40. Histograma de los residuos de SA	145
Figura 41. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de SA	145
Figura 42. Histograma de los residuos de POSI	146
Figura 43. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de POSI	147
Figura 44. Histograma de los residuos de CE	148
Figura 45. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de CE	148
Figura 46. Histograma de los residuos de CO	150
Figura 47. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de CO	150
Figura 48. Parámetros estandarizados del primer modelo	156
Figura 49. Parámetros estandarizados del primer modelo corregido	157
Figura 50. Parámetros estandarizados del segundo modelo	158
Figura 51. Parámetros estandarizados del segundo modelo corregido	160
Figura 52. Parámetros estandarizados del segundo modelo corregido y simplificado (sin PT de OQ)	161
Figura 53. Parámetros estandarizados del modelo de variables latentes	163

RESUMEN

Cecilia Meza Peña

Fecha de Graduación: Julio, 2011

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Psicología

Título de la Tesis: PREDICTORES PSICOSOCIALES DE SOBREPESO Y
OBESIDAD EN MUJERES DE MONTERREY

Número de páginas: 224

Candidato para el grado de Doctor
en Filosofía con especialidad
en Psicología

Área de Estudio: Psicología de la Salud

Propósito y Método del Estudio: Los objetivos de este estudio fueron determinar cuáles variables sociodemográficas y funciones del Yo están relacionadas y permiten predecir índice de masa corporal y alteración alimentaria (sobreingesta y aspectos psicológicos relacionados con el sobrepeso y obesidad). Se utilizaron dos escalas para evaluar los diversos factores psicosociales propuestos, estimando índices de confiabilidad, así como análisis factoriales para determinar la estabilidad de las dimensiones contempladas. Se tomó una muestra de 217 mujeres, 50% con peso normal y 50% con sobrepeso y/o obesidad. Además, se estudió cuáles de las dimensiones en las escalas están relacionadas y permiten predecir índice de masa corporal y alteración alimentaria.

Contribuciones y Conclusiones: Se lograron adecuados niveles de confiabilidad en la evaluación de las funciones del Yo y en los factores que componen el cuestionario de sobreingesta. El análisis de trayectorias reveló que un alto IMC y la inconformidad con la imagen corporal se asocian con la motivación para bajar de peso. Se observó en los datos una mayor presencia de psicopatología depresiva y menor sentido de realidad en las mujeres obesas. Se concluye que el bajo nivel socioeconómico, el menor sentido realidad, inestabilidad emocional e insatisfacción con la imagen corporal, predicen un mayor índice de masa corporal en la muestra.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La obesidad es un problema de salud nacional que contribuye al desarrollo de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial (Abbasi, Brown, Lamendola, McLaughlin & Reaven, 2002), osteoartritis y enfermedades coronarias (Abbasi et al, 2002; Wilson, D'Agostino, Levy, Belanger, Silbershatz & Kannel, 1998). En su desarrollo y prevalencia intervienen factores genéticos, ambientales, culturales, así como de personalidad y conductuales (Moral, 2002; National Institutes of Health, 1998 y Van der Merwe, 2007). La tercera causa de muerte en personas en edad productiva (15 a los 64 años) en México es asociada al sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2007).

La génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores (Cabello & Zúñiga, 2007).

Se ha analizado la pertinencia de incluir la obesidad como categoría diagnóstica dentro del DSM-V con base en argumentos que sostienen la presencia de mecanismos a nivel cerebral que influyen en la adicción a la comida (Volkow & O'Brien, 2007), lo que conlleva una visión de la obesidad como enfermedad. No obstante, diversos son los argumentos contra una visión de la obesidad como trastorno psiquiátrico (Altman, 2008).

La obesidad no es una entidad psicopatológica *per se*, sin embargo, se asocia a una alta presencia de psicopatología: sintomatología de personalidad limítrofe en mujeres obesas, falta de mecanismos de autoregulación, alteraciones en la percepción de la imagen corporal (Sansone, Wiederman & Monteith, 2001); síntomas depresivos en relación al tamaño del cuerpo en las mujeres obesas, (Lim, Thomas, Bardwell, & Dimsdale, 2008); bajo control de impulsos y en particular hacia la comida (Rand & Stunkard, 1978). Mayor presencia de insatisfacción corporal, perfeccionismo, obsesión por el peso, figura y comida, así como baja autoestima (Arias, Sánchez, Gorgojo, Almodóvar, Fernández & Llorente, 2006).

Rovira (s.f.) señala que mientras que no se ha podido demostrar la existencia de un patrón de personalidad específico de la persona obesa, ciertamente hay estudios que señalan una mayor frecuencia de alteraciones psicológicas en este tipo de población, advirtiendo que dichas alteraciones pueden estar determinadas por el tipo de metodología establecida en los estudios presentados.

La obesidad como una enfermedad social, se halla al margen de la base genética de la misma, en donde no obstante la presencia de un componente familiar (Arias et al, 2006), también se advierte sobre la falla en los mecanismos de adaptación de la persona a su entorno social, lo que desencadena la aparición de esta enfermedad (Bellido & Vidal, 2009).

La falta de comprensión médico-nutricional de la obesidad conlleva que la persona obesa sea vista como responsable de lo que come (lo que puede ser cierto), sin embargo, no se valoran los demás componentes psicosociales presentes, mismos que pueden ser determinantes para los cambios en hábitos alimentarios, el ejercicio y la continuidad y adherencia a los tratamientos (Bellido & Vidal, 2009).

La literatura provee de evidencias empíricas que apoyan un modelo psicoanalítico de la obesidad (Bruch, 1973, 2002; Chiozza, 1997; Dolto, 1994; Jones, 1953; Mushatt, 1982; Stunkard, 1976; Winnicott, 1965). Algunas investigaciones en materia de obesidad se han centrado en el análisis de las funciones, fortaleza y desarrollo del Yo de las personas obesas (McCall, 1974; Shestowsky, 1983; Stroe, 1995; Wadden, 1980); otras más, han explorado el poder predictivo de estas funciones (Cramer, 1999). El interés por el análisis de este constructo está en que se considera al Yo como la unidad fundamental organizativa y reguladora de las conductas de la persona (Freud, 1965; González & De las Cuevas, 1992; Stroe, 2005), dado que el Yo media y regula su realidad interna y externa.

La evaluación de las funciones del Yo ha sido empleada para diferentes fines, entre los que podemos contar con el analizar la problemáticas de personalidad en individuos normales, neuróticos y esquizofrénicos (Bellack, Hurvich & Gediman, 1973; Meier, 1982), en estudios del Yo en personas con alcoholismo para analizar en ellos su relación con el apego a un programa de abstinencia (Rymaszewski, 1995), en individuos que consumen drogas para analizar la relación entre funciones del Yo y rasgos de personalidad (Nina, 2007), para analizar los procesos de separación-individuación en personas con trastornos alimentarios, en particular de la bulimia (Wood, 1987), en el bilingüismo (DePinho, 1991), para analizar la relación entre funciones yoicas y creatividad (Erickson, 1982), problemas psicofisiológicos de la piel (Gerdine, 1964) y obesidad (Stroe, 1995), para determinar si hay patrones de funciones del Yo que pueden ser consistentes entre psicopatía y narcisismo (Mackay, 1987), para comparar la organización de las funciones yoicas entre músicos clásicos y de jazz (Fisch, 1982), y para comparar resultados de tratamientos (Coyne, Shroder, Frieswyk, Cerney, Newsom, & Novotny, 1993).

Stroe (1995) trabajó sobre las funciones del Yo en relación con la edad de inicio y la cronicidad de obesidad en pacientes bajo tratamiento para reducción de

peso. Su estudio se basa en el uso de la entrevista clínica para evaluación de las funciones del Yo de Bellak. El interés de Stroe estaba en comparar las funciones del Yo en personas con obesidad y peso normal, encontrando funciones más altas en aquellos que no tenían obesidad. De acuerdo con sus resultados, se constató que quienes lograban mantener la pérdida de peso mostraban funciones yoicas más elevadas comparados con aquellos obesos crónicos. En personas con obesidad crónica o bien en aquellos con recaídas en su tratamiento, se observaron mayor pobreza de recursos del Yo. Sin embargo, su estudio se basa en el uso de entrevista directa con pacientes, bajo los lineamientos propuestos por Bellak para evaluar las funciones del Yo, más no en una forma que permita observar la consistencia interna del instrumento utilizado ni analizando la pertinencia de los factores de los cuales se compone.

Por otra parte, Shestowsky (1983) estudió la relación entre el desarrollo de la identidad del Yo y la obesidad. Su muestra la dividió en grupos de individuos con peso normal, con obesidad de inicio en la infancia y obesidad de inicio en la adolescencia. Las puntuaciones de la identidad del Yo fueron significativamente diferentes en los grupos, observando que la obesidad de inicio en la adolescencia era la que correlacionaba más con los déficits en el desarrollo del Yo.

McCall y Wadden, (1974; 1980) han utilizado el MMPI en escenarios clínicos con pacientes obesos para analizar la fortaleza del Yo, estableciendo ambos autores que el fortalecimiento del Yo lleva a un sentido de control que posibilita la pérdida de peso en los pacientes, concluyendo que la mayor puntuación en la fortaleza del Yo se puede utilizar como predictor del éxito en tratamientos para pérdida de peso en personas obesos.

El análisis de la efectividad de la terapia psicoanalítica para el tratamiento de la obesidad, ha evidenciado su utilidad para la reducción de la insatisfacción con la imagen corporal y la reducción de peso en forma significativa, aún cuando la obesidad no era el motivo de consulta (Rand & Stunkard, 1978).

La literatura señala que además de estos factores intrapersonales, hay factores sociales que deben ser tomados en consideración en el estudio de la obesidad. Algunos estudios señalan la importancia del nivel socioeconómico (en particular del estrato socioeconómico al que se pertenece) en relación con el desarrollo de la obesidad (Kilicarslan et al, 2006; Stunkard, 2000), encontrándose una mayor prevalencia de la obesidad en el nivel socioeconómico bajo. Otros estudios confirman que la relación entre obesidad y nivel socioeconómico se da de forma inversa en las mujeres (Gutiérrez, 1998; Sobal & Stunkard, 1989), siendo mayor la obesidad cuando es menor el nivel socioeconómico.

El papel social de la comida, la forma en que significamos los alimentos, las creencias que subyacen a los diferentes grupos sociales en cuanto a lo que es la delgadez y la obesidad ha sido estudiada en relación a la conducta alimentaria, desde la delgadez extrema hasta la obesidad (Odgen, 2005; Rovira, s.f.); ya que si bien la comida desempeña una función nutricia importante en los seres humanos, también es cierto que a través de la comida manifestamos respuestas sociales de aceptación, rechazo, de amor, poder, entre otras.

A nivel nacional la Revista de Salud Pública de México¹ es una fuente que publica artículos relacionados con la salud. De 1990 (vol. 31) a 2009 (vol.51), ha publicado 20 volúmenes, 116 números, 21 suplementos y 1621 artículos (excluyendo las notas editoriales y las cartas a la editorial). Se analizaron los 1621 títulos de artículos de los últimos 20 años –disponibles en internet- a fin de encontrar referencias de estudios previos en relación al sobrepeso y obesidad de adultos mexicanos (en particular mujeres) y de los factores psicosociales investigados, con el fin de documentarnos sobre estudios en relación a la temática de factores psicosociales, como las funciones del Yo y otros factores que enmarquen en lo psicológico y social.

¹ Disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/anteriores>

Encontramos que del año 1990 a 1999, sólo dos artículos publicados en dicha revista abordan la temática de sobrepeso y obesidad. Del año 2000 a la fecha se han publicado cuatro (4) artículos que versan sobre la obesidad en población infantil, y siete (7) abordan el problema de la obesidad en adultos. Estos estudios de obesidad son en relación con alguna condición de riesgo de salud, más del total solo un artículo aborda los rasgos de personalidad en obesos (Mancilla, Durán, Ocampo & López, 1992), y no propiamente los factores psicosociales. Estos hallazgos nos permiten formular la necesidad de indagar sobre un problema de salud actual de la población mexicana, el cual pareciera haber quedado al margen de las preocupaciones de los profesionales que pueden fungir como promotores de programas de salud que incidan en una mejor calidad de vida para las personas, sobre todo cuando se evidencia que un importante organismo de difusión científica ha ocupado pocos espacios para poner el tema a discusión y escrutinio.

1.2 Justificación del Estudio

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud que contribuyen a muchas otras enfermedades (Himmelgreen, 2007; Montero, 2001) las cuales generan altos costos en atención hospitalaria, siendo el factor económico un motor para la búsqueda de una mejor comprensión del fenómeno (Taylor, 2007).

La necesidad de atención médica por enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad es referida por la Secretaría de Salud como el costo directo de estas condiciones, en donde el gasto económico se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008, pasando de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos. En el año 2008, este gasto representó el 33.2% del gasto público federal (asignado en ese ejercicio fiscal) en servicios de salud a la persona. Se

llega a estimar que en el año 2017 este gasto alcance los 77,919 millones (Secretaría de Salud, 2010).

La pérdida de productividad por muerte prematura atribuible a la obesidad y el sobrepeso, es referida como el costo indirecto de estas condiciones. En este sentido, las pérdidas de productividad por esta causa van de 9,146 millones de pesos en el 2000 a 25,099 millones de pesos en el 2008, con una tasa de crecimiento promedio anual de 13.51% (Secretaría de Salud, 2010).

En 2005, la Organización Mundial de la Salud señalaba que en el mundo había alrededor de 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) que tenían sobrepeso, y al menos otros 400 millones con obesidad. La expectativa a futuro de acuerdo a esta organización es que la obesidad siga en crecimiento, calculando que para el 2015 se podría llegar a tener una población mundial de 2,300 millones de adultos con sobrepeso, mientras que las cifras actuales de obesidad podrán casi duplicarse (Organización Mundial de la Salud, 2006).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) estableció en su reporte de salud del 2008 que México ocupaba el 2º puesto en obesidad en relación a una evaluación de salud entre treinta países. Las tasas de obesidad de mexicanos sólo son superadas por los Estados Unidos (Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2008).

A nivel nacional, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006) (Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández & Sepúlveda, 2006), establecen que la obesidad y el sobrepeso están presentes en el 70% de la población mexicana adulta de ambos sexos, siendo mayor el porcentaje de mujeres con alguna de estas condiciones (71.9% en mujeres) en comparación con el grupo de hombres muestreados (66.7% hombres con sobrepeso y/o obesidad).

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007), señala que tanto el sobrepeso como la obesidad están asociadas a varias de las principales causas de mortandad en el país siendo factores de riesgo responsables de cerca de 50 mil muertes al año, tales como por diabetes, enfermedades cardio y cerebro-vasculares, cáncer de mama entre otras (Secretaría de Salud, 2007).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos del Estado de Nuevo León se ubica arriba del promedio nacional. Siete de cada 10 adultos mayores de 20 años presentan exceso de peso ($IMC \geq 25$), y 78% de este grupo de edad tiene obesidad abdominal. Aunado a esta alta prevalencia del sobrepeso y de la obesidad a nivel nacional, hay quienes estiman que para el 2018 el 90% de la población mexicana sufrirá de sobrepeso y/o obesidad (Rodríguez, 2008).

Diversos estudios señalan que la prevalencia de la obesidad no se da en la misma medida en los diferentes estratos socioeconómicos ni por género (Crosnoe, 2007; Flores, Carrión & Barquera, 2005; Hernández, Peterson, Sobol, Rivera, Sepúlveda & Lezana, 1996). El sobrepeso y obesidad afectan en mayor medida a las mujeres mexicanas en edad reproductiva (Hernández et al., 1996; Olaiz et al., 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007), siendo que el riesgo aumenta después de los 20 años (Hernández et al., 1996, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007). Otros estudios señalan que el sobrepeso de la madre está asociado de forma directa con el sobrepeso del hijo (Flores, Carrión & Barquera, 2005; Junien & Nathanielsz, 2007).

Kilicarslan et al (2006), reportan una mayor prevalencia de obesidad en parientes de primer grado de un persona obesa, esto además de un mayor número de muertes reportadas por hipertensión. Además encuentran que factores socioeconómicos como el desempleo y el bajo nivel educativo tienen un alto impacto en el desarrollo de la obesidad (Kilicarslan et al., 2006; Renman, Engström, Silfverdal & Åman, 1999). Garn, Bailey, Solomon y Hopkins (1981)

indicaban que la presencia de un progenitor con obesidad incrementa a un 40% la probabilidad de que el hijo desarrolle esta condición; cuando ambos padres presentan esta condición la probabilidad aumenta a un 80%.

La revisión de la literatura en torno al tema, revela la existencia del interés por la comprensión de este problema. No obstante, Odgen (2005) ha hablado de las limitaciones de estos tipos de estudio al aislar las variables biológicas, psicológicas y sociales. Un mejor entendimiento del tema debe basarse en la comprensión del ser humano en sus múltiples dimensiones. En particular, las variables psicológicas deben de reconocer su limitación interpretativa de un objeto de estudio desde la forma en cómo se aborda y aísla a la persona de su realidad social y material.

García et al. (2008) establecen que para un mejor abordaje terapéutico del problema, se requiere acceso al conocimiento generado en fechas recientes, por grupos interdisciplinarios, buscando con ello una adecuada capacitación para comprender y contender con estos padecimientos por parte de médicos, nutriólogos, psicólogos y otros trabajadores de la salud; dejando en claro que el mayor entendimiento del problema de la obesidad es un asunto prioritario de las agendas de investigación para promover un mayor conocimiento de la problemática, que en lo futuro incida en estrategias de intervención adecuadas a la realidad psicosocial de los mexicanos.

Antes de iniciar con propuestas para el abordaje psicológico de la obesidad, es necesario identificar las características de funcionamiento psicosocial de las personas que habitan en nuestra sociedad. La importancia de trabajar con la población adulta femenina radica en que son un grupo en donde se presenta mayormente la obesidad, además que al estar en edad reproductiva, son ellas quienes transmiten a sus hijos modelos de cómo vincularse con el alimento y cómo reconocer las señales de hambre-saciedad de su cuerpo (Flores, Carrión & Barquera, 2005; García et al., 2008).

Conocer a la población de mujeres en edad reproductiva posibilitará con los resultados de esta investigación, realizar análisis para futuras propuestas sobre la promoción de cambios en estilos de salud (en particular alimentarios), para que éstos puedan ser aterrizados en sus prácticas de convivencia familiar.

Debido a las expectativas a futuro sobre una marcada tendencia a que la obesidad continúe manifestándose y agravándose, es prioritario lograr una mejor comprensión del tema que nos permita formular mejores estrategias de intervención tanto en forma preventiva como en forma paliativa, aterrizadas en el contexto psicosocial de las mujeres de una determinada población.

El estudio selectivo de algunos aspectos de la personalidad es un trabajo que se realiza para una mejor comprensión del tema (Griffith, 1969). En este trabajo se considera que entender la personalidad de personas obesas puede llevarnos a explorar el nivel de funcionamiento yoico, el cual nos permita identificar cuáles son las áreas problemáticas específicas dentro de la estructura psíquica de un individuo, así como también posibilita una mejor comprensión de la dinámica subyacente y permite inferir la probable etiología.

La relevancia del tema de la obesidad queda sustentada por lo anteriormente expuesto. Sin embargo, metodológicamente queremos hacer patente la pertinencia de abordar la temática desde el estudio de los factores psicosociales.

El trabajo terapéutico que se brinda desde la psicología requiere que los desarrollos científicos apoyen las formulaciones teóricas bajo las cuales se trabaja; o bien que se refuten y formulen nuevas propuestas bajo una sólida argumentación que garantice la eficacia de las intervenciones.

La literatura que existe sobre el tema apunta a la necesidad de hacer estudios con muestras no clínicas, que sean representativas de una población, ya que gran

parte de los trabajos analizados previamente se hacen en contextos clínicos y con muestras pequeñas, además que para caracterizar una población como la de individuos con obesidad, se hace necesario que los estudios incorporen población no obesa a fin de determinar si los factores que se hallan en relación con el problema, son en realidad una característica de dicho grupo poblacional (Mancilla, Durán, Ocampo & López, 1992).

Otro aspecto que destaca de la literatura, es que en materia de constructos psicoanalíticos, hace falta trabajar con mediciones que prueben la confiabilidad de sus constructos, ya que gran parte de las contribuciones provienen de las percepciones de los terapeutas y no de medidas estandarizadas (Stroe, 1995).

En el presente estudio, proponemos analizar las funciones del Yo (sentido de realidad; regulación y control de instintos, afectos e impulsos; relaciones objetales y funcionamiento defensivo) y otros factores psicosociales sobre los cuales hipotetizamos que tienen un valor predictivo y asociado a la obesidad. Esta selección de funciones del Yo, han sido elegidas con base en que son relevantes al estudio de la obesidad, dado que la literatura apunta a una falta de control de impulsos en las personas obesas (Bordo, 1990), dificultades en las relaciones familiares (Braet, 2005), y otros mecanismos de adaptación al medio y de falta de percepción de estímulos internos y externos (Bordo, 1990; Chiozza, 1997). Además, por criterio de economía, se ha optado por sólo incluir las funciones yoicas en las que esperamos encontrar la asociación con el tema de la obesidad, que se incluye en el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007). De este modo, esperamos que nuestro estudio no resulte cansado para las participantes al momento de contestar.

Por otra parte, debemos puntualizar que nuestro objetivo no es validar una escala que evalúe las funciones del Yo, sino analizar aquellos factores psicosociales sobre los cuales esperamos encontrar una relación con la obesidad. El desarrollo original de la propuesta de Bellak para la evaluación de las funciones

del Yo, no se realizó con método de factorización, sino con base en observaciones clínicas de manifestaciones fenomenológicas y de síntomas de pacientes.

Queremos dar apoyo a los modelos teóricos de la obesidad, en particular desde la psicología psicoanalítica del Yo, demostrando la confiabilidad y la validez de los constructos que trabajamos. Nuestro trabajo cobra pertinencia ya que para el desarrollo de la ciencia, es necesario dar soporte empírico a las observaciones sobre fenómenos de conducta, y esta es un área de oportunidad de muchos de los aportes teóricos de la psicología psicoanalítica.

1.3 Pregunta de Investigación

La cultura y los medios de comunicación contribuyen a una errónea y dañina fantasía sobre la reducción de peso, ofreciendo la ilusión de acabar con la obesidad con facilidad y rapidez (Bradshaw, 1988). La eficacia de los tratamientos es cuestionada, ya que de forma continua se ve afectada por el efecto “yo-yo” o rebote (Odgen, 2005), el cual se presenta una vez concluido el periodo de tratamiento.

Diferentes estudios señalan la influencia del género, del contexto familiar y cultural tanto en el desarrollo de la obesidad como en la estabilización del peso tras un tratamiento de reducción (Mumford, Whitehouse & Platts, 1991; Steiger, Stotland, Ghadirian, & Whitehead, 1994). Otros apuntan a que las diferencias de peso corporal, tanto en el desarrollo como el mantenimiento de la obesidad, se deben a situaciones intrapersonales, es decir, de orden psicológico (Sullivan, Cloninger, Przybeck & Klein, 2007). Sin embargo, Kopelman (2000) advierte que el peso corporal esta mediado por factores genéticos, ambientales y psicosociales

los cuales interactúan con los mediadores fisiológicos de consumo y gasto de energía.

Las referencias en la literatura sobre las características de personalidad en pacientes obesos, muestran como limitantes que en muchos de estos estudios se trabaja con pacientes derivados de consulta psiquiátrica y/o psicológica, lo que conlleva a que esta presencia de psicopatología siempre la encuentren como asociada a la obesidad. Además, en muchos de éstos estudios no se incluyen grupos de personas con peso en el rango normal, como para poder establecer los criterios diferenciales en funcionamiento psicosocial.

El interés particular por el estudio de las funciones del Yo y otros factores psicosociales presentes en la obesidad, surge de las observaciones de estos estudios con limitaciones en su población de estudio al referirse a muestras muy pequeñas y en clínicas ya sea para tratamiento psicológico o bien en clínicas para la reducción de peso principalmente, así como de los análisis del proceso de recuperación del peso corporal reportado en la literatura. Consideramos que el modelo propuesto por Bellak (1993) para la evaluación de las funciones del Yo, puede dar luz sobre los procesos regulatorios, de control y de adaptación de personas obesas, así como de otros procesos intrapsíquicos. La falta de control de impulsos en personas con obesidad ha sido ampliamente documentada (Rand & Stunkard, 1978; Thompson, Cook, Clark, & Bardia, 2007), más en una articulación con otras funciones del Yo que pueden estar incidiendo en el desarrollo y prevalencia de este problema de salud.

Nos interesa incluir en nuestro estudio un panorama psicosocial, ya que la diversa literatura en torno al tema apunta a la necesidad de hacer estudios que incluyan factores tanto personales como del contexto para caracterizar de forma más certera a la obesidad. Incluiremos en nuestra concepción de factores psicosociales, diversos procesos subyacentes en la personalidad de los individuos que han desarrollado obesidad y sobrepeso, ya que consideramos que es

necesario ir más allá de la sola identificación de la presencia de cualquiera de estas dos condiciones.

Evaluar los diferentes factores psicosociales y en particular la fortaleza o debilidad de las funciones yoicas asociadas a la obesidad, posibilitaría que en lo futuro se delimiten las acciones terapéuticas necesarias antes de un tratamiento de reducción de peso, de modo que los terapeutas se centren en trabajar en las áreas del Yo y aspectos psicosociales que se hallen en mayor asociación a la obesidad. El tratamiento de la obesidad requiere de la intervención del psicólogo para la facilitación del cambio conductual, lo que conlleva el desarrollo de habilidades autoregulatoras y de autoeficacia, del manejo de emociones e impulsos y del desarrollo de redes sociales de apoyo (Thompson, Cook, Clark, & Bardia, 2007).

Para poder definir nuevas alternativas para el tratamiento de la obesidad, debemos conocer mejor nuestra población, y en particular en un grupo vulnerable, por lo que con el desarrollo del presente estudio planteamos llegar a responder: ¿Cuáles factores psicosociales están relacionados y permiten predecir un mayor índice de masa corporal? ¿Existen grupos de mujeres con sobrepeso u obesidad diferenciales en función de sus características psicosociales?

1.4 Objetivo General

Determinar cuáles variables sociodemográficas y funciones del Yo están relacionadas y permiten predecir el índice de masa corporal y la alteración alimentaria (sobreingesta y aspectos psicológicos relacionados con el sobrepeso y obesidad).

1.4.1 Objetivos Específicos

1. Analizar las propiedades psicométricas de la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellack y Goldsmith (1993), instrumento desarrollado en Estados Unidos de América y del cual se carecen datos psicométricos tanto en la propuesta inicial como en México. Sólo se manejan cuatro de las doce subescalas que lo integran: regulación de afectos, instintos e impulsos, relaciones objetales, funcionamiento defensivo y sentido de realidad.
2. Analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007), con el que se evalúa alteración alimentaria, ya que sus propiedades descritas han sido estudiadas en población estadounidense únicamente.
3. Determinar cuáles variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estatus socioeconómico y número de hijos) y funciones del Yo yo (sentido de realidad, relaciones objetales, regulación de impulsos y funcionamiento defensivo) están relacionadas y permiten predecir el índice de masa corporal.
4. Determinar cuáles variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estatus socioeconómico y número de hijos), antropométricas (índice de masa corporal [IMC]), funciones del yo (sentido de realidad, relaciones objetales, regulación de impulsos y funcionamiento defensivo), aspectos cognitivos (imagen corporal, motivación para bajar de peso, sentimientos hacia la comida), afectivos (alteración) y sociales (aislamiento) se asocian y predicen alteración de la conducta alimentaria (sobreingesta).

1.5 Hipótesis

En relación al objetivo específico uno (Analizar las propiedades psicométricas de la Evaluación de las Funciones del Yo) se hipotetiza que éste en su adaptación a una escala tipo Likert, mostrará valores altos de consistencia interna ($\alpha \geq .70$). En el análisis factorial, se espera obtener soluciones unidimensionales para cada subescala tratada de forma separada, y cuatro factores para el conjunto de los 40 ítems.

En relación al objetivo específico dos (analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria), se hipotetiza que en las diferentes subescalas éste mostrará valores altos de consistencia interna ($\alpha \geq .70$), y en el análisis factorial, se espera obtener factores equivalentes a los definidos por los autores del cuestionario (O'Donnell & Warren, 2007).

En relación al objetivo específico tres (determinar cuáles variables sociodemográficas, funciones del Yo, factores del cuestionario OQ están relacionados y permiten predecir índice de masa corporal) se formulan las siguientes hipótesis:

1. Las mujeres con mayor edad presentarán un mayor IMC.
2. Se espera obtener un mayor IMC en las mujeres de menor nivel socioeconómico acorde con la literatura (Gutiérrez, 1998; Kilicarlsan et al, 2006; Sobal & Stunkard, 1989; Stunkard, 2000).
3. A mayor número de hijos corresponde un mayor IMC.
4. A mayor escolaridad, menor índice de masa corporal.
5. Mujeres solteras presentarán un menor IMC.
6. En relación con las funciones del Yo se espera encontrar mayor índice de masa corporal, a peor regulación de afectos, instintos e impulsos, más

problemas de relaciones objetales, mayor funcionamiento defensivo y peor sentido de la realidad.

7. En relación con los factores del cuestionario OQ se espera mayor índice de masa corporal, a una mayor sobreingesta, mayor frecuencia de conducta de antojos alimentarios, mayor insatisfacción con la imagen corporal, mayor motivación para bajar de peso, mayor alteración afectiva y aislamiento social.

En relación al objetivo específico cuatro (determinar cuáles variables sociodemográficas y funciones del Yo están relacionados y permiten predecir alteración alimentaria definida como sobreingesta y aspectos relacionados con el sobrepeso y la obesidad) se desarrollan las siguientes hipótesis:

1. A menor escolaridad y nivel socioeconómico se espera mayor alteración alimentaria.
2. A menor edad mayor alteración alimentaria.
3. En mujeres obesas se espera una mayor alteración en la conducta alimentaria, así como también una mayor insatisfacción con su imagen corporal (Arias et al., 2006; Lim, Thomas, Bardwell, & Dimsdale, 2008).
4. Se espera que en los grupos de mujeres obesas haya una mayor presencia de alteración afectiva y mayor disfunción yoica (Sullivan, Cloninger, Przybeck & Klein, 2007).
5. En personas obesas se espera un menor sentido de realidad y un menor control de impulsos (McCall & Wadden, 1974,1980; Stroe, 1995), así como un mayor funcionamiento defensivo y mayor presencia de dificultades en las relaciones objetales (Last, 2000; Stroe, 1995).
6. A menor sentido de realidad se espera una mayor insatisfacción con la imagen corporal.
7. A una mayor dificultad en las relaciones objetales se espera obtener un mayor aislamiento social, una mayor defensividad y una mayor alteración afectiva.

8. A mayor funcionamiento defensivo corresponde relaciones interpersonales con mayor alteración afectiva, antojos alimentarios, aislamiento social y una ingesta excesiva asociada con sentimientos positivos al comer.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

*Lo que se presenta en el cuerpo
como un aumento del tejido adiposo,
es decir, una alteración somática,
es, en el alma, un drama inconsciente.*
(Chiozza, 1995)

La obesidad como problema de salud ocupa a la comunidad científica, y el campo de la psicología no ha quedado ajeno a este interés de conocer sus causas, por lo que se han estudiado sus factores en diferentes dimensiones que rebasan la esfera biológica, considerando las dimensiones sociales y psicológicas de la misma. En el presente trabajo se plantea la obesidad como un problema de salud que requiere de una mayor comprensión, presentando la propuesta de diversos teóricos de la psicología psicoanalítica en torno al tema. Expondremos la obesidad como un síntoma de malestar psíquico y como un esfuerzo adaptativo, reflexionando finalmente en los significados inconscientes asociados con este problema, así como en la necesidad de comprender el desarrollo de este problema dentro de una historia particular de vida.

La obesidad es un problema de creciente preocupación en nuestra sociedad, dado que afecta la salud de millones de personas alrededor del mundo (Olaiz et al., 2006; OCDE, 2008; Organización Mundial de la Salud, 2006). Se trata de una enfermedad que puede ser crónica y en la cual confluyen muchos factores, como pueden ser hereditarios, nutricionales, de gasto energético, socioeconómicos y psicológicos. Típicamente se define a la obesidad como un exceso de grasa en el organismo.

La obesidad y el sobrepeso parecieran condiciones sencillas de diagnosticar, sin embargo, la literatura científica ofrece un amplio número de teorías (desde teorías biológicas, sociales y psicológicas) y modelos psicológicos explicativos para este problema (modelos cognitivo, modelo conductual, modelo sistémico, modelo de adicciones). Ningún modelo ni teoría es suficiente por sí mismo para explicar el problema de la obesidad (Chinchilla, 2005; Stroe, 1995; Taylor, 2007). De esta forma, surgen modelos que integran los intereses de las tres principales teorías (lo que se conoce como enfoque biopsicosocial), ofreciendo una perspectiva integral de la conducta alimentaria, en donde se reconoce que esta conducta esta mediada por variables fisiológicas, psicológicas y sociales (Stunkard, 2000; Taylor, 2007).

Abordar el tema de la obesidad desde una perspectiva psicosocial posibilitaría la mejor comprensión de un síntoma fisiológico en un contexto cultural particular. Este proyecto explora aspectos generales de la obesidad, tanto fisiológicos como sociales, para posteriormente centrarse en el modelo propuesto por la perspectiva psicoanalítica, enfatizando en la literatura de la psicología del Yo, en donde se hará una revisión de los aportes de Hartmann y Ana Freud para una mayor comprensión de los ulteriores desarrollos de Bellak.

2.1 Aspectos generales de la Obesidad

Pese a la obviedad de un diagnóstico de sobrepeso y obesidad, existen diferentes métodos desarrollados para medir la masa corporal con la finalidad de obtener medidas mucho más precisas sobre el excedente de grasa corporal. Algunos de esos métodos son la densitometría, impedancia, ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética y técnicas dilucionales. Sin embargo, el alto costo económico de este tipo de métodos ocasiona que en la

práctica clínica se utilicen más frecuentemente datos antropométricos, basados en la medición de peso y talla, circunferencia y pliegues cutáneos (Chinchilla, 2005). Estas mediciones no generan un coste mayor para el profesional para evaluar la grasa corporal de acuerdo a índices que corresponden a cada tipo de medición.

El exceso de grasa es determinado a partir del índice de masa corporal (IMC). El IMC es una medida basada en datos antropométricos, es un parámetro útil para estimar la masa corporal, el cual se usa ampliamente para definir y clasificar la obesidad. Este índice relaciona peso y estatura, y se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre estatura elevada al cuadrado ($IMC = \text{peso en kilogramos} / \text{estatura en metros}^2$). De esta forma, de acuerdo con el IMC, se estima que un rango de masa corporal que va de 25 a 29.9 clasifica como sobrepeso; mientras que es considerado obesidad el tener un IMC mayor o igual a 30.

El IMC ha sido la medida que permite clasificar a las personas de acuerdo a su talla y peso a fin de saber si estos se encuentran dentro de los rangos normales, por debajo de lo normal, con sobrepeso y/o obesidad

Clasificación de la Obesidad		
Según...	Tipos	Características
La edad de aparición	De inicio en la infancia o adolescencia	Se estima que hay obesidad cuando se supera el 20% del peso que le corresponde para su talla. Suele ser rebelde al tratamiento.
	De inicio en la adultez	Se da entre los 20 y 40 años, se define por el índice de masa corporal.
Distribución grasa corporal	Androide, central o abdominal	Se concentra alrededor de la cintura, abdomen alto y fascies. Más común en hombres. Alto riesgo de cardiopatía y DMNID
	Ginoide o glúteo femoral	Acumula grasa en glúteos y muslos. Más común en mujeres. Riesgo de osteoartritis, insuficiencia venosa y litiasis biliar.
	Distribución homogénea	No hay predominancia de concentración grasa en alguna parte específica del

		cuerpo. Implica menores riesgos cardiacos.
Histología del tejido adiposo	Hiperplásica	Suele iniciarse en la infancia. Existe un número de adipocitos muy elevado. Más relacionado con la mujer.
	Hipertrófica	Propia de la obesidad del adulto. Aumenta el tamaño de los adipocitos, pero en número normal. Más frecuente en hombres. Responde mejor al tratamiento que la anterior.
IMC de acuerdo a la OMS	Normal	IMC entre 18.5 – 24.9
	Sobrepeso	IMC entre 25 – 29.9
	Obesidad severa	IMC entre 30 – 39.9.
	Obesidad mórbida	IMC \geq de 40.

Muchos estudios derivan sus estimaciones del IMC a partir del autoreporte de talla y peso de los participantes. El IMC computado a partir del autoreporte de estas medidas ha mostrado confiabilidad en población adulta mexicana de la zona urbana (Osuna, Hernández, Campuzano & Salmerón, 2006; Sánchez, Moral, & Cantú, 2008;; World Health Organization, 1995)., aunque otros estudios han evidenciado la no confiabilidad de este tipo de reportes en población de adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos provenientes de localidades con diferente nivel de urbanización del estado de México (Unikel, Ocampo, Zambrano, 2009).

La obesidad y el sobrepeso son enfermedades que implican serios riesgos para la salud ya que pueden llevar a un individuo a presentar diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, alteraciones respiratorias, hipertrofia muscular, osteoartritis, colitis, gastritis, elevado colesterol y un sin fin de problemáticas asociadas (Abbasi, Brown, Lamendola, McLaughlin & Reaven, 2002; Secretaría de Salud, 2007).

En el desarrollo de la obesidad intervienen factores diversos. La perspectiva biológica da énfasis a los aspectos de herencia genética y a las disfuncionalidades

del organismo que llevan a la manifestación de la obesidad mientras que la perspectiva sociológica trata de comprender los patrones culturales y las diferencias entre subgrupos de personas dentro de una población. La obesidad y el sobrepeso, si bien son entendidos como trastornos que tienen relación con la alimentación, no son condiciones que por sí mismos hayan sido clasificados como un tipo de trastorno psicológico al menos dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) pese a algunas propuestas que existen en relación a la inclusión de la obesidad dentro de dicho manual. La perspectiva psicológica aborda el tema de la obesidad enfocándose en aspectos de personalidad, de cogniciones, de conductas, en relación con la forma de comer o con hábitos de salud relacionados con el control de peso.

2.2 Obesidad: ¿Un problema de salud?

La obesidad es un problema de salud a nivel nacional que contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas (Abbasi, Brown, Lamendola, McLaughlin & Reaven, 2002; Wilson, D'Agostino, Levy, Belanger, Silbershatz & Kannel, 1998). La tercera causa de muerte en México está asociada al sobrepeso y la obesidad, de acuerdo al Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición-ENSANUT 2006 (Olaiz et al., 2006), revelan que la obesidad y el sobrepeso están presentes en el 70% de la población mexicana. Wadden y Stunkard (2004) advierten que la herencia, como factor de de la obesidad, sólo representa el 33% y que por tanto el 66% de la variabilidad de la misma se debe a otro tipo de factores; por lo que la literatura en torno al tema analiza el desarrollo y prevalencia de la obesidad bajo la intervención de factores genéticos, ambientales, culturales, así como de

personalidad y conductuales (Ali & Lindström, 2006; Moral, 2002, National Institutes of Health, 1998; Van der Merwe, 2007).

Actualmente se define la obesidad como un exceso de grasa corporal en el organismo. Este exceso de grasa se determina con base en diferentes tipos de estándares y por tanto de diferentes tipos de medidas de los mismos, los cuales varían en cada época y con cada cultura, correspondiéndose más o menos con las variaciones de la definición de lo que es el tamaño del cuerpo ideal.

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

Montero (2001) señala la existencia de una interpretación de la sociedad en donde se atribuye al obeso elegir el placer y no la salud. Además, advierte que el hecho de que actualmente no haya claridad entre los límites de la obesidad como problema estético y la obesidad como factor de riesgo conlleva una postergación en las formas de paliar este problema, lo cual se reflejará en las consecuencias del mismo, que quizá sean más graves y costosas que la obesidad en sí misma.

Además, cuando se habla de una referencia personal de “sentirse gordo” se suele observar una falta de correspondencia con la realidad, lo que implica una percepción que no es real, implicando en la referencia de lo que es ser obeso, un componente psicológico. En este sentido, Bruch (1973) advierte sobre la existencia de personas delgadas con pensamientos de un obeso.

En respuesta a las interrogantes que suscita el tema de la obesidad se han estudiado tanto sus aspectos biológicos, antropológicos como psicológicos. La psicología ha abordado a la obesidad, tratando de caracterizar a la persona obesa desde diferentes posturas y el objeto del presente trabajo será explorar la postura de la psicología psicoanalítica.

Una de las pioneras en tema de trastornos de la conducta alimentaria desde el enfoque psicoanalítico es Bruch (1973), quien propone distinguir entre dos fases de la obesidad: la primera es de tipo activo o dinámico, en donde se observa un incremento de peso progresivo, y la segunda es de tipo estacionario, la cual se da después de haber alcanzado un cierto peso que permanece estable. Esta precisión sobre las fases de la obesidad sirve para determinar el grado de patología que pudiese manifestarse en el obeso. La autora propone la medida de estabilidad o inestabilidad en la curva de peso en un periodo de tiempo extenso como la medida más precisa para determinar la presencia de patología, restando poder al grado de exceso de masa corporal per se.

Von Noorden (1900) apunta a la existencia de dos tipos de obesidad, una de tipo endógeno, en la que se presenta un metabolismo patológicamente disminuido; y otra de tipo exógeno, en donde se presenta un metabolismo normal, resultando aquí la obesidad como resultado de una diferencia entre el gasto energético y la comida ingerida.

De acuerdo con Bruch (1973), este tipo de diferenciaciones entre tipos y fases de obesidad nos debe conducir a observarla como la manifestación de un tipo especial de patrones adaptativos en donde no sólo intervienen factores fisiológicos, sino que se afectan por el desarrollo de la persona en sus diferentes etapas y con sus diferentes experiencias de vida.

2.3 Psicología de la obesidad: en busca de una mayor comprensión del tema

Las teorías psicológicas en torno a la obesidad surgen desde la distinción de una obesidad de tipo exógeno, en donde no hay alteraciones biológicas que son responsables del exceso de peso corporal, por lo que se busca dar una explicación del problema desde diversos enfoques psicológicos. Stroe (1995) agrupa a las teorías psicológicas en subgrupos, teniendo por un lado al enfoque cognitivo-conductual, por otro las teorías interpersonales y de sistemas y finalmente a las teorías psicoanalíticas. Además, Stroe advierte sobre teorías que integren el aspecto biológico, social y psicológico (Rodin, 1977; Wolman, 1982), buscando explicar la obesidad desde la interacción de estas diferentes variables. No obstante, asumir un enfoque biopsicosocial de la obesidad conlleva la necesidad de posicionarse en torno a una teoría psicológica para abordar este tema.

La teoría psicoanalítica aplicada a la obesidad provee una red compleja de explicaciones hacia el problema. La literatura provee de evidencias empíricas que soportan un modelo psicoanalítico de la obesidad (Bruch, 1973, 2002; Chiozza, 1997; Dolto, 1994; Jones, 1953; Mushatt, 1982; Stunkard, 1976; Winnicott, 1965). Algunas investigaciones en materia de obesidad se han centrado en el análisis de las funciones, fortaleza y desarrollo del Yo de las personas obesas (McCall, 1974; Shestowsky, 1983; Stroe, 1995; Wadden, 1980) y otras han explorado el poder predictivo de estas funciones (Cramer, 1999).

Al igual que Stunkard (1959), Bruch en 1973 advierte sobre la imposibilidad de hablar de las dinámicas de un tipo de personalidad básica para todas las personas obesas, así como tampoco se puede asumir que todas las personas obesas presentan algún tipo de trastorno emocional o patología de la personalidad.

Bruch formula que para muchos obesos su obesidad puede representar una función positiva, como un mecanismo compensatorio ante una vida frustrante y estresante, en donde podríamos ubicar las funciones del Yo, como mecanismo de adaptación a la realidad externa de la persona.

Los esfuerzos de Bruch por dividir a los pacientes obesos por grupos en función de su adaptación psicológica, la llevaron a formular la presencia de tres grupos principales. Uno, de personas competentes que son obesas, en quienes su exceso de peso no se relaciona con un funcionamiento psicológico anormal. Los siguientes dos grupos de obesos se relacionan con problemas psicológicos; caracterizando al segundo de estos grupos por presentar *obesidad del desarrollo*, en donde su obesidad se ha presentado junto al desarrollo del individuo y aunado a ello muchos aspectos de la personalidad presentan problemas. El tercer grupo sería representado por una *obesidad reactiva*, lo que significa que ésta se ha desarrollado como reacción a un evento traumático.

En la obesidad reactiva la sobreingesta y el exceso de grasa parecerían funcionar como un tipo de defensa contra la ansiedad o una reacción depresiva. Éste sería el tipo de patrón más común en personas maduras, quienes tenderían a un mayor consumo de alimentos cuando presentan preocupaciones, tensión emocional, sintiéndose menos competentes para controlar su consumo de comida (Bruch, 1973). No expresan su enojo y se vuelven más bien depresivos.

Un dato interesante que aporta Bruch en relación con las personas obesas es que tienen una tasa más alta de morbilidad y mortalidad por un amplio rango de enfermedades, con la excepción de la tasa de suicidio que es significativamente más baja (Bruch, 1973).

Bruch reporta haber encontrado en las pacientes obesas un rechazo definitivo del embarazo así como de rol maternal maduro, muchas veces aunado al impronunciable deseo de querer seguir siendo una niña. Apunta a que en algunas

mujeres obesas prevalece un sentimiento de perder una parte de sí mismas al momento de nacer, lo que genera un sentimiento de vacío que les lleva a comer. Advierte que, en el caso de las mujeres, el dilema cultural que existe entre los dos roles de maternidad y de atracción sexual representa un problema irresoluble, llevando a una renuncia y huida del conflicto a través de un cuerpo no atractivo y no maternal.

2.4 La obesidad como síntoma

Desde el punto de vista psicoanalítico, la obesidad es un síntoma, el cual se forma como una reacción de compromiso ante un afecto que no es tolerado por el Yo consciente de la persona. Esto nos llevaría a formular que la obesidad de tipo exógeno constituye la parte manifiesta de un problema o conflicto psíquico, el cual no pudo ser resuelto ante fallas de los mecanismos de defensa (Van der Merve, 2007). Estas fallas se deberán al desarrollo de un Yo débil, carente de recursos adaptativos que resuelvan el conflicto. Dado que la configuración de la estructura yoica se desarrolla durante los primeros años de vida de la persona, es importante analizar a la par sus relaciones con el desarrollo psicosexual.

Desde el psicoanálisis clásico, el desarrollo de la obesidad podría estar articulado con experiencias de la etapa oral del desarrollo psicosexual, en donde las actividades de amamantamiento del infante, desde su nacimiento, tienen una función que rebasa lo nutricional, ya que apuntala a la boca como una zona de placer, erógena.

De alguna forma, las sobregratificaciones y las frustraciones dadas en esta primera etapa tienen un impacto en procesos internos de la persona. Estas frustraciones o sobregratificaciones se asocian con las figuras de los padres y con la alimentación. Es por ello que se suele plantear que los adultos con fijaciones

orales pueden volcarse hacia la comida de forma compulsiva, en un intento por recuperar el confort y seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho de la madre proveía un medio seguro. Esta explicación apunta a la fijación dentro de la etapa oral del desarrollo psicosexual, como el elemento de análisis de esta problemática, cuando tiene un inicio en la temprana infancia; mientras que la obesidad de inicio en la segunda infancia está asociada con problemas serios de personalidad (Bruch, 1973).

Veamos otro ejemplo inverso a la sobreingesta de síntoma con una función primaria. Chiozza (1995) propone, dentro de sus formulaciones, que el peso corporal puede dejar de ser un signo para convertirse en un síntoma, desplazando y ocultando al síntoma inicial, que ha motivado y sostiene el deseo de adelgazar. Este deseo de adelgazar lo ubica como un deseo que se inicia frente al espejo, no ante la báscula, cuyo significado es desconocido para la persona que lo manifiesta.

Para Chiozza no se trata de una interpretación de la obesidad desde la oralidad, sino cómo síntoma en donde las fantasías adiposas (aquellas fantasías inconscientes en relación a la obesidad, en particular de la función del tejido adiposo) se vinculan con la meta pulsional. De este modo, propone que el tejido adiposo tendría dos funciones, en relación con las fantasías que genera. La función del tejido adiposo de ser un depósito de grasa de reserva, implicaría esta fantasía primaria, mientras que las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarían fantasías adiposas secundarias.

Chiozza señala que la reserva de energía contenida en forma de tejido adiposo sirve como preparativo para la materialización del crecimiento corporal. “Capacita para el crecimiento”. Con esto advierte que esta energía almacenada y reservada supone un tiempo de espera para poder utilizar estos recursos, los cuales se deberían de movilizar en el momento oportuno. Visto así, pareciera que la persona se prepara para un crecimiento físico continuo equivocando en su

interpretación de la realidad que la preparación debe ser para un crecimiento emocional. Puntualiza Chiozza que si se piensa que el futuro es algo difícil de prever, entonces es válido considerar que ninguna reserva es excesiva. Además, propone que la reserva de energía adiposa es la más eficaz materialización de la autonomía, ya que conlleva la fantasía de autoabastecimiento.

Otra fantasía adiposa se relaciona con el calor corporal, ya que el tejido adiposo se encarga de dispensar calor al cuerpo en las áreas donde se distribuye. De este modo, para Chiozza un exceso de grasa corporal podría ser visto como la manifestación “de un profundo deseo de obtener afecto, cuidado y protección”, a la vez que permite leer una privación afectiva y de protección, en donde el obeso reclama el afecto y cuidado que siente que le faltan.

Acorde con estas postulaciones, la obesidad como trastorno somático quizá expresa un punto de fijación libidinal con un órgano que por su función en un momento ejercía su primacía.

Caparrós y Sanfeliú (1997) advierten que el obeso no sufre de un exceso de apetito, sino de un “ansia” de comer, está aquejado de una forma particular de control sobre sí mismo. Las reflexiones de estos autores en torno al aspecto libidinal, invita a cuestionar si la libido en el caso del obeso se deposita en la grasa (depósitos de grasa acumulada = libido almacenada), porque de ser así sería difícil querer deshacerse de esa grasa, ya que inconscientemente tendría otra significación. Sería como la forma de integrar la sociedad, de integrar al otro, de establecer su identificación.

La propuesta de Chiozza consiste en que la fijación adiposa se daría en el momento de nacer, momento en el cual se debe producir la capacidad energética autónoma como preparativa para el crecimiento de la persona. De este modo, el individuo quedaría atrapado, presa de su cuerpo, ante una realidad que no le corresponde, como una manifestación de su temor a crecer, de la falta de

preparativos para diferenciarse del mundo y de la carencia de recursos para afrontarlo.

En este punto, los trabajos de Bruch (1978) la han llevado a proponer que en el caso de la anorexia ésta representa un temor a la adolescencia y no a la adultez. La pregunta que surge entonces es pensar si la obesidad podría representar también este temor a la adolescencia o bien refiere a ese temor a la vida adulta. La diferenciación entre ambos periodos de vida es importante, pero de igual forma, la adolescencia constituye una forma de prepararse para la vida adulta, por lo que quizá estos temores de enfrentar una vida diferente nos hablan de esa imposibilidad de moverse fuera de las fronteras de un cuerpo infantil, un cuerpo en donde hay marcas importantes que no quieren ser abandonadas.

En nuestra vida, la ganancia de peso es algo normal durante el desarrollo, mientras crecemos tendemos a incrementar de peso, lo que posibilita seguir creciendo. ¿En qué punto esta ganancia de peso pasa a ser algo patológico? Es aquí en donde la psicología psicoanalítica no sólo hablaría de un determinado número dado por valores entre talla y peso, sino por las relaciones que se establecen con el propio cuerpo y con la comida, en donde se expresan afectos que no encuentran otra vía para ser manifestados.

Es así que en las personas con el problema de obesidad resulta interesante analizar la representación simbólica que tiene la comida. Los estudios sobre los significados simbólicos profundos de la comida ubican a ésta como una forma de dar amor, de completar una falta, de estar en comunión con la madre, asimismo como una forma de afirmación del Yo, una cuestión de poder (en el sentido fálico), una vía para manifestar negación, una forma de interacción social o una forma de identidad social y/o religiosa, entre otras (Odgen, 2005; Roth, 1999; Stroe, 1995).

Para Freud la presencia de un síntoma delata la existencia de una laguna del recuerdo, siendo precisamente el síntoma la expresión de eso reprimido. El

síntoma constituye el retorno de lo reprimido, es la forma de expresión de un conflicto psíquico de forma desfigurada e irreconocible, de modo que no angustia al Yo, al menos no al punto de lograr la escisión psíquica, siendo inmune a sus ataques defensivos (Freud, 1925-1926).

Para Freud la base del síntoma se halla en las vivencias de la infancia, las cuales tienen la fuerza para generar un conflicto. Las vivencias tempranas traumáticas, desde esta postura, serían explicadas por la teoría del desarrollo psicosexual, haciendo referencia a la configuración y estructuración psíquica de la persona. Es en razón de ello que el síntoma surge como una consecuencia de defectos en los procesos adaptativos a la realidad externa, la cual deniega la satisfacción de necesidades internas eróticas (Freud, 1965).

2.5 La obesidad como un esfuerzo adaptativo del Yo

Después de que Sigmund Freud hablara del Yo como la estructura psíquica que busca la adaptación a la realidad externa de la persona, muchos otros se han interesado en estudiar las funciones del Yo, desde Hartmann (1958), hasta Anna Freud (1965), Bellak (1949) y otros investigadores.

Freud (1938,1940) concibe la actividad mental, conocida también como el psiquismo, como configurada por dos aspectos, uno lo biológico que engloba las actividades del sistema nervioso, y por otro lado los actos de la conciencia, cuyo entendimiento acompaña el desarrollo del aparato psíquico. La construcción teórica del aparato psíquico deriva del estudio del desarrollo individual de los seres humanos. En esta concepción teórica, se denomina *Ello* al sector de la vida psíquica que contiene todo lo heredado, lo innato, lo constitucional por no decir biológicamente establecido, se denomina *Yo* al sector que se desarrolla bajo la influencia del mundo real exterior, derivado del *Ello*, pero bajo una transformación

particular, la cual hará del *Yo* una instancia mediadora entre las exigencias del *Ello* y del mundo exterior, y finalmente, se denomina *Superyó* a la instancia que contiene las normas morales externas, es la instancia que aboga al perfeccionamiento del hombre, nacido de la influencia de los padres, los educadores, etc. Freud advierte que no obstante la diferencia entre el *Ello* y el *Superyó*, estas dos instancias coinciden en que representan las influencias del pasado: el *Ello*, las heredadas; mientras que el *Superyó* refleja las influencias recibidas de los demás. Por otro lado, el *Yo* estaría determinado por las vivencias propias del individuo; por lo actual y accidental.

El *Yo* posee como característica principal el dominio de la motilidad voluntaria, cuya tarea básica será la autoconservación (Freud, 1938). Esta tarea de autoconservación se desarrollará en dos formas. La primera refiere desde esta propuesta a la percepción de estímulos que amenazan la vida física de las personas, y que la memoria registraría para eludir aquellos demasiado intensos, enfrentar (por adaptación) los estímulos que resulten moderados, así como aprender a modificar el mundo exterior, adecuándolo a sus necesidades, adaptándolo y adaptándose al mismo. La segunda forma de llevar a cabo la tarea de autoconservación se dirige a los esfuerzos hacia el interior, frente a *Ello*, en donde el *Yo* deberá desarrollar el dominio sobre las exigencias del *Ello*, decidiendo si dá acceso a la satisfacción o bien si deberá postergar ésta, o incluso suprimirla. En este esfuerzo de conservación el *Yo* recibe una tensión excitativa la cual se percibe como displacer, y su disminución generará placer, por lo que el *Yo* buscará la descarga de las tensiones que generan displacer. Freud aclara que el *Yo*, así como el *Ello*, buscan el placer, la diferencia estriba en que el *Yo* se halla en contacto con las exigencias del mundo exterior.

Desde el punto de vista de la restricción de los instintos el *Ello* es totalmente amoral, el *Yo* sería la instancia psíquica que se esfuerza en ser moral, mientras que el *Superyó* puede concebirse como hipermoral (Freud, 1923). Estas puntualizaciones sobre esta característica de las instancias psíquicas, nos

permiten ir aclarando la cuestión de las funciones del *Yo*, ya que por su relación con el sistema de percepción, permite establecer un orden temporal a los procesos psíquicos al mismo tiempo que los somete a un examen de la realidad. Es capaz también de aplazar las descargas motoras y dominar la motilidad. Este *Yo* desde la propuesta freudiana se ve enriquecido con la experiencia del mundo exterior, al cual también intenta adaptarse y en última instancia dominar.

El *Yo* es así una especie de instancia psíquica fronteriza, la cual trata de ser un mediador entre el mundo exterior y el *Ello*, por lo que sus esfuerzos son de tipo adaptativo, buscando que éste se adapte al mundo exterior y alcanzar sus deseos mediante actividades que no despierten un conflicto mayor. Para que éstos deseos puedan ser alcanzados sin alterar la relación con la realidad del *Yo*, el *Yo* debe valerse de mecanismos para permitir a las pulsiones emerger, buscar una descarga parcial de las pulsiones y entonces estar en un punto de balance en donde la realidad y pulsiones del *Ello* no estén en conflicto. Freud (1923) nomina al *Yo* como la verdadera residencia de la angustia, ya que el interjuego que realiza como mediador ante las demandas del *Ello* y su esfuerzo de adaptación a la realidad externa, aunado a las exigencias morales del *Superyó*, genera esta angustia constante, de la cual Freud advierte que se desconoce qué es a lo que teme el *Yo* de estas situaciones en su relación con el *Ello* y el *Superyó*. A juzgar por su reacción, el *Yo* sigue las advertencias del principio del placer. Como se señala en la obra freudiana, para el *Yo* el hecho de vivir equivale a ser amado por el *Superyó*, quien también puede aparecer como representante del *Ello*. Es por tanto que entre estas funciones de autoconservación y manejo de la angustia, también entra el control de impulsos en escena.

En un análisis posterior sobre el estudio de la personalidad presentado por Freud (1932-1933), se establece que el *Yo* puede tomarse a sí mismo como objeto, lo cual equivale a ponerse en el lugar de cualquier otro objeto, y por tanto, poder observarse, criticarse. Esta capacidad del *Yo* de evaluarse a sí mismo más adelante sería analizada por Bellack y Goldsmith (1993), la cual desde esta

propuesta se puede descomponer en varias funciones del Yo, como es la capacidad de juicio, de procesos de pensamiento, funcionamiento sintético-integrativo y funcionamiento autónomo.

Son reiteradas las advertencias sobre que el Yo es la parte organizada del *Ello*, dado que de él emerge, es por esto que ambos buscan el placer. Se les distingue cuando entran en conflicto (Freud,1925-1926). El síntoma desde la clínica psicoanalítica, es el resultado del conflicto psíquico, conflicto entre estas dos instancias, entre las demandas internas de descarga y el lidiar con la realidad externa. Los síntomas siempre hacen partícipes al Yo, ya que representan impulsos reprimidos pero que han tenido una manifestación en la organización yoica. El Yo se vale de ellos a su vez para obtener ventajas, ya que puede ser usado por el Yo para aminorar las exigencias del *Superyó* o bien para rechazar una exigencia del mundo del mundo exterior. Es pues que el Yo se adapta al síntoma para gozar de este tipo de ventajas.

Quizás sea importante aclarar que para la concepción psicoanalítica, el Yo y el *Superyó* son por sí mismos inconscientes, y dado que normalmente son inconscientes, pueden permanecer en tal estado. Esto quiere decir que la persona no sabe nada de sus contenidos, por lo que se precisa de una ardua labor para hacérselos conscientes. Debemos recordar que el trabajo del psicoanálisis es develar este inconsciente, a fin de que la persona comprenda el significado del síntoma y este ya no sea necesario, ya que el conflicto que manifestaba ha sido descifrado. Desde las postulaciones freudianas, se denomina inconsciente a un proceso psíquico el cual no es observable, sino cuya existencia es supuesta, deducida por sus efectos.

En análisis terminable e interminable, Freud (1937) asevera que una de las formas de determinar el fin del tratamiento analítico con un paciente, estará dado por la alteración del Yo. Esta alteración del Yo es entendida por el juego que se hace con el Yo del paciente con el cual se alía el terapeuta para poder proceder

con el tratamiento, y que en este contexto, ese es el *Yo* normal del paciente. Cuando se trabajan terapéuticamente las preocupaciones del paciente, sus síntomas, se debe observar un cambio en la forma de las relaciones de su *Yo* con el resto de las instancias psíquicas, una organización quizás más adaptada a la realidad y con mayor dominio de las partes incontroladas de su *Ello*. En este sentido, este cambio en las funciones yoicas sería un indicador de la posible terminación del tratamiento analítico. Este cambio es lo que Freud concibe como alteración del *Yo*, no referida como una disfunción, sino en el sentido de que lo reordena, pero altera la lógica inicial de su funcionamiento.

Freud (1938-1940) propone la hipótesis de un aparato psíquico adecuadamente integrado y desarrollado bajo el influjo de las necesidades vitales; el cual bajo ciertas condiciones da lugar a los fenómenos de la conciencia humana. Esta formulación hipotética es parte central en los fundamentos y base de la psicología psicoanalítica. Se trata de una elaboración intelectual la cual posibilita reconocer que las situaciones del mundo exterior y dependencias pueden ser reproducidas y/o reflejadas por nuestro pensamiento, lo cual nos brinda ese conocimiento necesario para comprender el mundo exterior, preverlo y modificarlo; así como prever y modificar nuestras conductas para adaptarnos a esas exigencias de la realidad externa.

En la obra freudiana no se presenta el análisis completo del aparato psíquico, sino más bien bosquejado a través de diferentes publicaciones en las que el autor hace reflexiones teóricas en torno a los constructos teóricos que propone. En estos trabajos, se ha presentado al *Yo* como esa estructura psíquica que se encuentra en contacto con el mundo exterior, con la realidad, por lo que se ha adaptado a la recepción y a la exclusión de estímulos; su función de autoconservación es la que posibilita el prever las consecuencias de los actos de la persona, buscando satisfacer los deseos del *Ello*, pero usando a la angustia como una señal de peligro para su integridad, ya que ante todo busca una seguridad.

La función yoica de prueba de realidad es efectuada a fines de evitar la confusión entre las percepciones internas y las de la realidad externa. Además sirve para protegerse de los peligros a que expone el demandante *Ello*, ya que una demanda pulsional exacerbada pone en peligro la relación del *Yo* con la realidad, lo cual a su vez es angustiante. Es por esto que Freud advierte que el *Yo* se halla en un combate en dos frentes: el interior (*Ello*) y el exterior (la realidad); con ambos, emplea los mismos métodos de defensa, siendo la protección contra el enemigo interno inadecuada. Aquí Freud advierte que es debido a la vida íntima en común con el *Ello* que el *Yo* haya mayor dificultad para escapar de los peligros a los que este incita, sufriendo por daños transitorios.

En la obra freudiana el *Yo* cobra igual importancia tanto para la formación como para la modulación de conductas, en personas neuróticas así como psicóticas. Los posteriores esfuerzos de Anna Freud (1936) por analizar un poco más la función yoica estuvieron centrados en los procesos defensivos, describiendo con mayor rigor los mecanismos de defensa. En contraste con los esfuerzos de Anna Freud, Hartmann (1958) se enfocó más en los esfuerzos adaptativos del *Yo*, en cómo las conductas de las personas se ajustaban a las demandas de la sociedad. Esta visión de Hartmann estaba más enfocada en la autonomía del *Yo*. Es de esta forma, que la psicología americana del *Yo* se ha enfocado más en los esfuerzos adaptativos conscientes del *Yo*.

Las funciones del *Yo* se desarrollan, y de acuerdo con las teorías freudianas, durante el curso de los primeros años de vida y son las encargadas de mantener la razón y el buen sentido. El *Yo* representa esa parte de la personalidad que se hace evidente a través de conductas que procuran la adaptación al medio ambiente y los procesos internos. En el mejor de los casos, el *Yo* es gobernado por el principio de realidad y es por tanto la instancia que da estructura a nuestras conductas.

La diferenciación básica de la escuela americana de la psicología del Yo es que ésta da mayor énfasis a las influencias ambientales, sociales y familiares sobre las funciones del Yo. Se enfoca en las interacciones de la persona con el ambiente en el aquí y ahora, particularmente en el grado en cómo la persona maneja sus principales roles y tareas, en las fortalezas y deficiencias yoicas, el cómo su historia de desarrollo impacta hoy día las funciones del Yo, así como el grado en el cual el ambiente externo influye en una adaptación exitosa (Hartmann, 1958, 1964).

En la psicología del Yo, se parte del supuesto de que las personas nacen con una capacidad innata para funcionar en forma adaptativa. La persona se ve involucrada en un proceso de desarrollo biopsicosocial a lo largo de su vida, en donde el Yo funciona como una fuerza activa y dinámica para manejar, adaptarse y modelar el ambiente externo.

El Yo es considerado como la estructura de la personalidad que es responsable de negociar entre las necesidades internas del individuo y el mundo externo, teniendo la capacidad para funcionar de manera autónoma, pero es sólo una parte de la personalidad, por lo que debe ser entendida en relación con factores internos y externos. Para Hartmann (1964), el proceso de adaptación realizado por el Yo es continuo, reflejándose en los intentos que éste hace para equilibrar las tensiones intra e intersistémicas en las conductas.

El Yo contiene las funciones básicas necesarias para que el individuo se adapte de forma exitosa a su ambiente. Estas funciones son innatas y se desarrollan a lo largo de la maduración de la persona y en la interacción con factores biopsicosociales.

Las funciones más importantes del Yo se deben a la relación con el mundo exterior real, y los estados patológicos del yo, en donde no se halla un adecuado desempeño de alguna de sus funciones, se puede deber a que la realidad externa

es intolerablemente dolorosa, o bien porque las pulsiones internas (del *Ello*) se han tornado tan demandantes, que es imposible su conciliación con el mundo exterior.

La comprensión de las funciones yoicas desde el psicoanálisis tiene una vital importancia para el desarrollo de una intervención terapéutica. En el concepto del Yo se fundamenta el constructo de mecanismos de defensa, la angustia y también de procesos transferenciales.

Definir las diversas funciones del Yo para una mejor comprensión del mismo así como para determinar el tipo de intervenciones que se deben realizar con un determinado paciente, es una tarea que ha ocupado a muchos investigadores. Esto es porque el concepto de las funciones del Yo tiene uso clínico directo en el enlace de lo descriptivo y lo dinámico (Bellak y Goldsmith, 1993).

Bellak concibe al Yo como la unidad de organización de la personalidad, misma que tiene funciones específicas que permite la adaptación a estímulos tanto internos como externos para la regulación de la conducta. Después de un largo proceso de investigación, desarrollaron una lista de 12 funciones del Yo a las que consideraron necesarias y suficientes para describir la personalidad del individuo (Bellak y Goldsmith:1993) de acuerdo con categorías y criterios de saturación, lo cual permite una evaluación de dichas funciones no sólo en pacientes esquizofrénicos y neuróticos, sino incluso en personas normales.

Las 12 funciones que proponen Bellak y Goldsmith (1993) son: prueba de realidad; juicio; sentido de realidad; regulación y control de instintos, afectos e impulsos; relaciones objetales; procesos de pensamiento; regresión adaptativa al servicio del Yo; funcionamiento defensivo; barrera a los estímulos; funcionamiento autónomo; funcionamiento sintético-integrativo y dominio-competencia. La forma en cómo los autores definen estas funciones es la siguiente:

i. Prueba de Realidad. Se entiende como la función que evalúa la sensación subjetiva de la persona acerca de la precisión de sus percepciones. Refleja el grado en que la persona está en contacto con su Yo interno. Los componentes de esta función son la diferenciación entre estímulos internos y externos, la exactitud de la percepción, la conciencia reflexiva así como la prueba de realidad interna.

ii. Juicio. Evalúa la comprensión y valoración de situaciones hipotéticas o reales, y las evaluaciones que hace la persona sobre las consecuencias que conllevan las acciones o conductas que realiza en relación a estas situaciones. Los componentes de esta función son la anticipación de las consecuencias, la manifestación en conductas de esa anticipación y la adecuación emocional de dicha anticipación.

iii. Sentido de realidad del mundo y del sí mismo. Evalúa la experiencia subjetiva, por lo general preconsciente, de la integridad dinámica única, tanto mental como físicamente, de uno, definida por límites establecidos de forma clara entre el Yo y las demás personas, el medio físico y social. Los componentes son: el grado de desrealización, el grado de despersonalización, la autoidentidad y la autoestima, la claridad de límites entre la propia identidad y el mundo.

iv. Regulación y control de instintos, afectos e impulsos. Evalúa la habilidad para tolerar la frustración y la forma en cómo se manifiestan o expresan los impulsos. Esta función se compone de la directividad de la expresión del impulso y la efectividad del mecanismo de postergación.

v. Relaciones objetales. Evalúa el tipo y la extensión de las relaciones interpersonales, incluyendo cómo se percibe a los otros como entidades diferentes, y el grado en que los patrones afectivos de relaciones del pasado temprano influyen en las relaciones presentes. Los componentes de esta función incluyen el grado y clase de relación, el grado en el cual se percibe a los otros diferentes de uno mismo, así como la constancia objetal.

vi. Procesos de pensamiento. Evalúa el estilo global del lenguaje de la persona, observando el grado de adaptación en la memoria, la concentración y la atención. De este modo, sus funciones se componen de memoria, concentración y atención, capacidad para formar conceptos y proceso primario y secundario.

vii. Regresión adaptativa al servicio del Yo. Evalúa la capacidad del Yo para iniciar una disminución parcial, temporal, controlada de sus propias funciones para favorecer sus propios intereses (para promover la adaptación). Los componentes de esta función son la relajación progresiva de la agudeza cognoscitiva y las nuevas configuraciones.

viii. Funcionamiento defensivo. Evalúa las medidas empleadas para enfrentarse a los elementos perturbadores del contenido mental, la ansiedad y el conflicto intrapsíquico. Los componentes de esta función son la debilidad o intrusión de las defensas así como el éxito o fracaso de estas defensas.

ix. Barrera de estímulos. Evalúa la reacción ante los estímulos internos y externos inanimados, que proporcionan señales propioceptivas; así como la reacción hacia estímulos que vienen del propio cuerpo pero que chocan con los órganos sensoriales. Se compone esta función del umbral para los estímulos y la efectividad del manejo de la entrada excesiva de estímulos.

x. Funcionamiento autónomo. Evalúa la intrusión del conflicto, la ideación, el afecto y/o el impulso en el funcionamiento. Los componentes de esta función son el grado de libertad del impedimento en los aparatos autónomos primarios y de la autonomía secundaria.

xi. Funcionamiento sintético-integrativo . Evalúa la reconciliación de las demandas a menudo conflictivas del *Ello*, el *Superyó* y el mundo exterior, así como las incongruencias dentro del Yo. Se compone de dos aspectos, el grado de

reconciliación de funcionamiento de incongruencias y el grado de relación con los eventos.

xii. Dominio-competencia. Evalúa la forma en cómo se desempeña la persona en relación con su capacidad para interactuar, dominar y afectar activamente en su medio. De este modo, sus componentes son la competencia, entendida como el desempeño de la persona en relación con sus capacidades para interactuar, dominar y afectar su ambiente; otro componente es el sentido de competencia de la persona (elemento subjetivo de la competencia) y el tercer componente es el grado de discrepancia entre la competencia real y el sentido de competencia.

El desarrollo del Yo se da de forma secuencial como resultado de factores constitucionales, el cubrir las necesidades básicas, la identificación con otros, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, el desarrollo y dominio de tareas del desarrollo, la efectiva resolución de problemas y la adaptación. El interés por el análisis de este constructo está en que se considera al Yo como la unidad fundamental organizativa y reguladora de las conductas de la persona (Freud, 1965; González & De las Cuevas, 1992; Stroe, 2005).

Desde esta postura, la obesidad sería vista como expresión del desarrollo defectuoso del Yo (Mushatt, 1982). El Yo como unidad fundamental organizativa y reguladora de las conductas realiza un conjunto de funciones específicas y cuando se presenta un desarrollo defectuoso de esta instancia, las diferentes funciones realizan esfuerzos insuficientes para liberar la carga tensional generada por los deseos internos y la necesidad de adaptarse a la realidad externa, por lo cual se produce el síntoma.

Con base en las observaciones empíricas reportadas en la literatura y haciendo un análisis de las funciones yoicas propuestas por Bellack y Goldsmith, podríamos advertir que al menos en cuatro de ellas se tendría que poner especial interés para analizar el fenómeno de la obesidad:

La primera de estas funciones sería el sentido de realidad, del mundo y del sí mismo. Ésta logra expresar la propia experiencia subjetiva, por lo general preconsciente, de la integridad dinámica única, tanto mental como físicamente, definida por límites establecidos de forma clara entre el Yo y las demás personas, es decir, el medio físico y social. Esta función se equipara al sentimiento de autonomía de una persona. En este apartado, las autopercepciones del individuo en relación con su sobrepeso y con las interacciones sociales, han representado un área de interés para investigar (Mendelson & White, 1985; Stunkard & Sobal, 1995; Van der Merve, 2007).

El sentido del sí mismo como parte de las funciones yoicas podríamos articularlo con la integración de la imagen corporal. Para la formación de la imagen corporal, se hace necesario el movimiento. Cuando el cuerpo está en reposo, no se siente con tanta intensidad como cuando se mueve. Schilder (2000) propone que, cuando comemos o bebemos, algo del mundo exterior se agrega a la imagen de nuestro cuerpo. Asimismo, conforme con las teorías psicoanalíticas de la formación de la estructuración psíquica, al igual que nuestra identidad, nuestra imagen corporal es un fenómeno social.

La segunda de estas funciones sería la encargada de la regulación y control de instintos, afectos e impulsos. De esta función dependería la habilidad para tolerar la frustración y la forma en cómo se manifiestan o expresan los impulsos. Braet (2005) reporta que las personas obesas puntúan más alto en cuestionarios de rasgos de impulsividad, además de señalar que, ante estímulos de comida, presentan una respuesta más pronta que ante estímulos neutros, muchas veces ignorando las sensaciones internas de saciedad.

La tercera de las funciones refiere a las relaciones objetales, buscando en ellas observar el tipo y la extensión de las relaciones interpersonales, incluyendo el cómo se percibe a los otros como entidades diferentes y el grado en que los

patrones afectivos de relaciones del pasado temprano influyen en las relaciones presentes. En este sentido, son diversos los autores que hablan de la calidad de las relaciones familiares en las personas con obesidad, en donde se suelen observar la falta de límites claros y falta de autonomía entre los miembros de la familia; otras veces se reporta el uso familiar de la comida como un modo para expresar afecto, o para reforzar o mantener conductas en el seno de la familia (Braet, 2005; Bruch, 1995, Odgen, 2005; Roth, 1999). Otras veces se suele advertir de la falta de apoyo familiar cuando la persona obesa trata de bajar de peso, incluso boicoteándose de forma subrepticia el tratamiento, lo cual es un indicador de las funciones de la obesidad y la sobreingesta de comida en las relaciones establecidas dentro de la familia (McKnight, 2006; Van der Merve, 2007).

La cuarta de las funciones que pensamos que resulta interesante observar en personas obesas se refiere al funcionamiento defensivo, el cual muestra todas las medidas empleadas para enfrentarse a los elementos perturbadores del contenido mental, la ansiedad y el conflicto intrapsíquico. La ansiedad volcada hacia la comida como una forma de paliarla ha sido ampliamente estudiada.

La idea de analizar estas funciones radica en considerar que un déficit yoico en estas áreas puede obstaculizar los esfuerzos de la persona para comprometerse en conductas autoregulatoras, lo cual generaría esa constante dificultad de la persona obesa para controlar su peso y/o sus hábitos de alimentación y de ejercicio (Rand & Stunkard, 1978).

2.6 Consideraciones sobre las aportaciones teóricas del psicoanálisis

¿De dónde deriva la palabra obesidad? Obesidad deriva del latín obēsus, que significa "corpulento, gordo o regordete". Ēsus es el participio pasado de edere

(comer), con *ob* (enfrentamiento u oposición), agregado a éste con lo que interpretaríamos *obesus* como “que en su comer se añade una oposición o lucha”. La referencia a *obesus* aparece sólo en el latín clásico en la forma de participio pasado. Esto lleva a plantear que *obesus* refiere al acto de *haber comido*, sin la precisión del tiempo y sin la precisión de especificidad de la acción, es un tiempo pasivo. Con el participio pasado se expresa un estado adquirido y una acción pasada, anterior a la del verbo principal en una oración, por lo que advierte un aspecto perfectivo. De este modo, la obesidad podríamos traducirla como un estado corporal adquirido en un pasado, como una forma de mejorar la situación de la persona. El tiempo en que se desarrolla no tendría sentido, ya que la presencia del síntoma no necesariamente se corresponde al tiempo en que se desarrolla la acción adaptativa, y se desconoce el por qué se elige la acumulación de grasa en el cuerpo como forma de adaptación.

Debemos comprender que asumir que los adultos pueden volcarse hacia la comida de forma compulsiva dadas sus fijaciones orales, equivaldría a asumir un intento por recuperar el confort y seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho de la madre proveía un medio seguro. Esto lleva a cuestionarse sobre si esta necesidad de recuperar ese confort tendría que ver con una forma de narcisismo primario. Un narcisismo en donde no cabe el mundo externo y entonces no hay una adecuación de las funciones yoicas. En este punto en particular proponemos reflexionar en cuanto a la propuesta de Bellack sobre ciertas funciones del Yo aterrizadas a la obesidad, ya que podrían ser indicadores de algún tipo de deterioro en relación con este problema.

Aunado a contemplar a la obesidad como un problema de adaptación y falta de regulación de las conductas dados los influjos del conflicto psíquico, el modelo psicoanalítico apunta a que la obesidad suele entrañar un significado inconsciente.

Hemos advertido que la obesidad como síntoma puede ser comprendida como la forma de resolución de un conflicto psíquico en donde el aumento de la

grasa corporal representaría la forma menos angustiante de resolverlo, o simplemente de manifestar a un nivel consciente ese deseo reprimido, deseo que, no obstante, sigue imprimiéndose en el cuerpo y causando reacciones ante él.

Entonces, ¿qué escribe el obeso en su cuerpo? No habría forma de saberlo en lo general, pero a observar por las dimensiones de su cuerpo, podemos ver que el obeso imprime un mensaje energético (kilocalorías = energía *almacenada*); el cual de poderlo expresar, lo gritaría.

Por otro lado, el obeso es visto como una persona con un hambre insaciable, que no llena. Al tratar de saciar el hambre fisiológica, pareciera que lo que quiere saciar es ese deseo insatisfecho ahora corporizado. Podríamos preguntarnos sobre la función del deseo en el obeso y cómo este articula a la obesidad como síntoma de ese malestar psíquico. Las observaciones de la conducta de comer en el obeso nos llevan a ver que éste no satisface el deseo, no con la comida, sino que lo equivoca, lo confunde, lo retaca, lo re-toca, lo ataca.

De esta forma, la obesidad puede ser un signo de un deseo no satisfecho nunca, que nunca da la talla, ya que es un deseo incestuoso. El castigo por desear es esa constante insatisfacción que luego trata de llenar. Sin embargo, el obeso no tiene hambre fisiológica, por esto la comida no llena la falta ni cubre el deseo, por eso no se satisface ni siente su estómago lleno. Su hambre es carnal, es sexual, es incestuosa. Su deseo no se logra reprimir, se corporiza. Con todas las cosas que se come el obeso ante la falta de expresión de sus afectos, debemos preguntarnos si será que con un gran tamaño evita ser devorado por el otro (Meza y Moral, 2011).

Lo que le falta es su aceptación. Su asumirse castrado o asumir la angustia de castración, y que en el caso de las mujeres la obesidad se podría entender desde el complejo de castración. Cualquiera de estas versiones no asumidas conllevaría el no aceptar la ley de la prohibición del incesto. Es aquí que la obesidad sería la forma de evadir dicha ley, corporizando aquello que le genera placer. Sin

embargo, las apreciaciones sociales de la persona obesa, no logran más que perpetuar su calidad de la persona sufriente. Bruch (1973) señala que a las mujeres obesas se les devalúa al lugar de las mujeres promiscuas, al referirse a ambas de formas bastante semejantes, considerándolas como personas que no tienen autocontrol ni respeto, son estúpidas, depresivas, están desesperadas, son unas fracasadas.

En su correlato con el deseo, pareciera que el obeso aspira a que el deseo subsista corporizado, por eso la renuncia a dejar de comer, por eso la dificultad para bajar de peso. Si se baja de peso se pierde el deseo. He aquí que el cuerpo es el punto de partida y el punto final de la pulsión, plena dimensión del autoerotismo en juego.

El obeso, al querer ser más, quiere ser él siendo en el otro. Tiene hambre, hambre de deseo, de ser deseado (por la madre o por el padre). Éste es su malentendido con el otro. ¿Por qué no se satisface? Será porque el deseo del otro está insatisfecho y lo descubre incompleto, porque la boca no se satisface con la comida, sino con el placer de la boca. Quizá, como señalan Heiker y Miller (1996), lo conveniente para muchos casos de obesidad exógena sería el buscar descargar a la persona de “cierto peso” mediante la acción de la palabra.

Otro aspecto a destacar de la obesidad es esa necesidad de identificación de la que se hace objeto. El obeso no se reconoce en el espejo, se oculta tras esos cúmulos de grasa, sin embargo, cuando logra desaparecer alguna cuantiosa cantidad de grasa, muchas veces no se reconoce en ese nuevo cuerpo. De este modo, la grasa corporal puede ser vista como una barrera, no es sólo una protección, sino una máscara, un disfraz para expresar ese deseo, de ser deseante, deseable, de esa búsqueda de ser reconocido por el otro, para reconocerse a sí mismo. No profundizaremos en lo referente a los problemas que la imagen corporal puede desencadenar ante la obesidad, ya que consideramos

que este aspecto se tendría que desarrollar de una forma más amplia para aclarar nuestra postura, quizá perdiendo el objeto de nuestra exposición.

Hemos de considerar además el cómo estas personas se posicionan en relación con los significados culturales de la obesidad, ya que mientras en grupos sociales con un bajo nivel socioeconómico puede ser vista como un signo de salud y bienestar (Rand & Stunkard, 1978), en personas con mayor nivel socioeconómico suele tener una connotación negativa, siendo vista como un mal no deseado, como una enfermedad a combatir. Esto nos pone de manifiesto que ante una persona obesa deben hacerse consideraciones sobre las causas particulares de su obesidad, desde que ésta se empieza a gestar, aunado a la exploración de factores culturales, sociales y biológicos, los cuales no pueden ser apartados de la evaluación psicológica de este problema.

La obesidad no puede ser considerada como un tipo especial de trastorno mental que deba incluirse en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 1992), dado que en su desarrollo inciden diferentes factores como hemos venido advirtiendo. La presencia de factores biológicos y una estabilidad emocional en personas obesas dificultan establecer un parámetro de lo que es característico de la obesidad.

Quizá hablar de un tipo de personalidad en los obesos sea imposible (Bruch, 1973; Stunkard, 1959), dados los múltiples factores que inciden. El lenguaje del inconsciente no es claro y aunque es un mismo síntoma en distintas personas, expresa una dolencia particular en cada una de ellas, cuyo significado sólo puede abstraerse de la historia personal de cada individuo. Por lo tanto, lo adecuado es el tratamiento individual que, aunque pueda considerar componentes caracterológicos comunes (débil control de impulsos, falta de límites del Yo en relación con el otro, familias con límites borrosos entre sus miembros), siempre requiere profundizar en los aspectos idiosincrásicos de cada persona (renuncia a

la adultez, temor a la sexualidad, corporización del afecto, realización del deseo incestuoso, búsqueda de confort oral, entre otros), que el análisis posibilita observar.

CAPÍTULO III

MÉTODO

En este apartado presentamos el método elegido para llevar a cabo la investigación, así como los instrumentos con los cuales se llevan a cabo las mediciones. Abordamos también la forma de selección de la muestra, los criterios de inclusión y exclusión establecidos, la técnica de recolección de datos y análisis estadísticos realizados para cubrir los objetivos. Finalmente se abordan aspectos éticos implícitos en la investigación.

3.1. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación para el presente estudio es transversal correlacional, en donde se analiza la relación que existe entre las variables de índice de masa corporal, alteración de la conducta alimentaria (sobreingesta y aspectos psicológicos relacionados con el sobrepeso y obesidad), funciones del Yo y variables sociodemográficas.

Variabes predichas:

Índice de masa corporal, el cual se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la estatura en metros ($IMC = \text{peso [kilogramos]} / \text{estatura [metros}^2\text{]}$), lo que corresponde al índice de Quetelet (1871).

Alteración de la conducta alimentaria que se mide con el puntaje total de los factores del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ; O'Donnell & Warren, 2007).

Variables predictoras:

Funciones del Yo (regulación de afectos, impulsos e instintos, relaciones objetales, funcionamiento defensivo y sentido de la realidad), alteración alimentaria (sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con el comer, racionalizaciones, motivaciones para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social y alteración afectiva) y variables sociodemográficas (edad, escolaridad, estatus socioeconómico, número de hijos, ocupación y estado civil).

3.1.1 Definición conceptual de variables

Los factores psicosociales son aquellos factores tanto psicológicos como sociales que inciden en la presencia de un fenómeno. Se han tomado las definiciones originales de Bellack y Goldsmith (1993) para la definición de las funciones del yo, así como las definiciones de los factores originales del cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007). A continuación la definición de los factores que se han incluido en el presente estudio:

- a) Funciones del Yo: conjunto de funciones que forman la unidad fundamental organizativa y reguladora de las conductas de la persona. De las funciones del Yo que evalúan Bellak y Goldsmith (1983), sólo se toman cuatro:
 - i. Sentido de realidad del mundo y del sí mismo. La experiencia subjetiva, por lo general preconsciente, de la integridad dinámica única, tanto mental como físicamente, de uno, definida por límites establecidos de forma clara entre el Yo y las demás personas, el medio físico y social.

- ii. Regulación y control de instintos, afectos e impulsos. La habilidad para tolerar la frustración y la forma en cómo se manifiestan o expresan los impulsos.
 - iii. Relaciones objetales. El tipo y la extensión de las relaciones interpersonales, incluyendo el cómo se percibe a los otros como entidades diferentes, y el grado en que los patrones afectivos de relaciones del pasado temprano influyen en las relaciones presentes.
 - iv. Funcionamiento defensivo. Medidas empleadas para enfrentarse a los elementos perturbadores del contenido mental, la ansiedad y el conflicto intrapsíquico.
- b) Alteración alimentaria: En este trabajo el puntaje de alteración alimentaria empleado hace referencia a la sobreingesta y aspectos psicológicos (afectivos, conductuales, cognitivos y sociales) relacionados con el sobrepeso y la obesidad, como la preocupación por la imagen corporal, sentimientos que se experimenta al comer, hábitos de salud, estado de ánimo, hacer dietas, querer bajar de peso, incurrir en antojos alimentarios, racionalizaciones del comer en exceso y aislamiento social. O'Donnell y Warren (2007) las definen de la siguiente forma:

Variables conductuales

- i. Sobreingesta alimentaria. La tendencia a comer en exceso, a seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre.
- ii. Subingesta alimentaria. Refiere a la tendencia de no comer lo suficiente para saciar el hambre.
- iii. Hábitos de salud. Refiere a la regularidad con la que una persona participa en conductas que se consideran como buenas prácticas de salud, indicando la disposición a seguir una rutina diaria que sea consistente con la conservación de

un peso corporal sano, incluyendo aquí una hábitos de alimentación saludable y de ejercicio.

Variables cognitivas

- iv. Expectativas relacionadas con el comer. Se refiere a los resultados positivos que se esperan como consecuencia de ingerir alimentos.
- v. Antojos alimentarios. Con ellos se refiere a un intenso deseo por comer algo en particular y representan un obstáculo importante para aquellos que están tratando de bajar de peso, ya que pueden llevar a la búsqueda de los alimentos fantaseados y/o deseados.
- vi. Racionalizaciones. Reflejan la tendencia a justificar las acciones para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso sano.
- vii. Motivaciones para bajar de peso. Refiere a la disposición a realizar cambios en el estilo de vida actual de la persona, con el fin específico de reducir el peso corporal.
- viii. Imagen corporal. Refiere a la satisfacción con la representación mental de la figura corporal, su tamaño y su forma (Slade, 1994).
- ix. Defensividad. Refiere a las autoafirmaciones idealizadas, que buscan satisfacer una expectativa ideal de sí mismo.

Variable social

- x. Aislamiento social. Refiere a la relativa escasez de recursos sociales para establecer contacto y/o comunicación con otras personas.

Variable afectiva

- xi. Alteración afectiva. Refiere a la presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden afectar los esfuerzos para bajar de peso.

3.1.2. Definición operacional de las variables

Para la medición de las variables sociodemográficas y antropométricas, se empleó un cuestionario general (véase anexo 2), donde se incluyen las siguientes:

1. Edad	Años cumplidos
2. Nivel de educación	Ultimo año/nivel completado
3. Nivel socioeconómico (clase social)	Baja Media Baja Media Media Alta Alta
4. Estado civil	Soltera Casada Divorciada Viuda Separada Unión libre Otro
5. Estatura	Metros
6. Peso	Kilogramos

Para la medición de las variables psicodinámicas que refieren a las funciones del Yo, se empleó el Cuestionario para la evaluación de las funciones de Yo de Bellack y Goldsmith (1993) (véase anexo 4), incluyéndose 4 de estas funciones y un total de 40 ítems, correspondiéndose los indicadores de la siguiente forma:

Funciones del Yo	Ítems
1. Sentido de realidad del mundo y del sí mismo (SR)	1 al 10
2. Regulación y control de instintos, afectos e impulsos. (RI)	11 al 20
3. Relaciones objetales. (RO)	21 al 30
4. Funcionamiento defensivo. (FD)	31 al 40

Para la medición de variables de alteración alimentaria en donde se incluyen aspectos cognitivos, afectivos, sociales y conductuales que predicen alteración

alimentaria, se utilizó el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007) (véase anexo 3), incluyéndose de forma original 11 factores y un total de 80 ítems, correspondiéndose los indicadores de la siguiente forma:

Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria	Ítems
1. Defensividad (DE)	12, 17, 31, 43, 48, 62, 76
2. Motivación para bajar de peso (MO)	18, 21, 26, 34, 38, 54, 66, 80
3. Sobreingesta alimentaria (SO)	1, 3, 4, 8, 13, 53, 69, 78
4. Subingesta alimentaria (SU)	5, 25, 40, 41, 44, 47, 63, 77
5. Antojos alimentarios (AN)	9, 28, 36, 56, 60, 73
6. Hábitos de salud (SA)	6, 11, 35, 39, 50, 61, 72
7. Imagen corporal (CO)	7, 23, 33, 59, 70, 75
8. Aislamiento social (AI)	14, 24, 46, 49, 52, 64, 68, 71
9. Alteración afectiva (AF)	10, 20, 27, 29, 42, 45, 67
10. Racionalizaciones (RA)	2, 30, 32, 55, 57, 58, 65, 74
11. Expectativas relacionadas con el comer (EX)	15, 16, 19, 22, 37, 51, 79

3.2 Instrumentos

Para el desarrollo de la presente investigación se diseñó un cuestionario de autoaplicación que aborda las diferentes variables psicosociales contempladas: variables sociodemográficas; funciones del Yo y variables de alteración alimentaria en donde se incluyen los aspectos cognitivos (antojos alimentarios, expectativas relacionadas con el comer, racionalizaciones, motivaciones para bajar de peso e imagen corporal), conductuales (sobreingesta alimentaria, subingesta alimentaria y hábitos de salud) sociales (aislamiento social) y afectivos (alteración afectiva).

El formato del instrumento utiliza preguntas en escala tipo Likert, en donde se incluyen una adaptación del Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo para la evaluación de la personalidad, originalmente desarrollado por Bellak y Goldsmith (1993) además del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) de O'Donnell y Warren (2007).

3.2.1 Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo

Para el análisis de la personalidad, se utilizó una adaptación del cuestionario de entrevista clínica para la evaluación de las funciones del Yo, desarrollado por Bellak y Goldsmith (1993). Este cuestionario fue traducido del inglés al español por Velásquez Arellano de la Universidad Nacional Autónoma de México bajo la revisión técnica de Romero Aguirre de la Universidad Intercontinental; la traducción es publicada fue 1993 por Manual Moderno. Habiendo revisado nosotros esta traducción nos encontramos satisfechos con la misma, ya que no se han encontrado discrepancias con el original, por lo que consideramos que es aceptable este trabajo y retomamos esta versión de traducción de Velásquez Arellano.

Las funciones del Yo surgen de un amplio proceso en donde se describieron y clasificaron las conductas de individuos esquizofrénicos, neuróticos y de funcionamiento normal a partir de entrevistas grabadas (Bellak & Hurvich, 1969). Un grupo de expertos trabajó de forma independiente, escuchando las grabaciones, formulando constructos y clasificándolos. Al final, se llegó a 12 funciones del Yo, las cuales por efecto del principio de parsimonia consideraron los autores que eran adecuadas (suficientes y necesarias).

Elegimos utilizar este cuestionario, ya que la evaluación de las funciones del Yo proporcionan un amplio perfil de la personalidad, otorgando información específica sobre la naturaleza y grado de las disfunciones del Yo, (Bellak & Goldsmith, 1993). De este modo, al identificar las áreas problemáticas específicas dentro de la estructura psíquica de una persona, se posibilita una mejor comprensión de la dinámica subyacente y de la probable etiología.

Se realizó una adaptación del formato de entrevista clínica, dado que fue diseñado para ser utilizado en entrevista directa entre terapeuta y paciente (Bellack & Goldsmith, 1993). En nuestra adaptación incluimos sólo 4 funciones del

Yo, sobre las cuales hipotetizamos que habrá relación con el IMC. Estas funciones son: sentido de realidad, regulación y control de instintos, afectos e impulsos, relaciones objetales y funcionamiento defensivo. Cabe mencionar que la forma de construcción del cuestionario original así como la definición de las 12 funciones del Yo, no siguió un proceso de factorización ni de cálculo de consistencia interna, sino que fue desarrollado desde un proceso de observación de síntomas y manifestaciones fenomenológicas de pacientes y de un proceso de abstracción teórica. Así se trata más bien de una propuesta para el análisis de las funciones, la cual requiere de datos empíricos para evaluar su confiabilidad y validez.

La adaptación consiste en la construcción de una escala tipo Likert con las preguntas del cuestionario para la evaluación de las funciones del Yo de Bellak, en donde las opciones de respuesta son: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = algunas veces, 3 = con frecuencia y 4 = siempre, en donde 0 refleja un grado de funcionamiento óptimo y 4 el funcionamiento más pobre o mínimo. En cada función del Yo se incluyen las 10 preguntas, de modo que la escala total se compone de 40 preguntas.

3.2.2 Cuestionario de Sobreingesta alimentaria

Para el análisis de las variables de imagen corporal, aislamiento social, motivaciones, alteración afectiva y sobreingesta se utilizó el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, (título original Overeating Questionnaire, conocido por sus siglas en Inglés como OQ) de William E. O'Donnell y W.L. Warren (2007), cuya versión en español fue traducida por Susana Olivare Bari, bajo la revisión técnica de Juan Manuel Mancilla Díaz, para la editorial de Manual Moderno.

Elegimos el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, ya que es un instrumento completo que mide aspectos que se relacionan con la obesidad, tales como hábitos, pensamientos y actitudes, los cuales nos interesan conocer. El

diseño original del Overeating Questionnaire (OQ por sus siglas en inglés) proporciona normas para población de diferentes edades, desde niños hasta adultos mayores, basado en el análisis de los resultados de población estadounidense ($N = 1788$), cuyas edades iban de los 9 hasta los 98 años.

El cuestionario se compone de 80 preguntas con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 a 4): 0 = para nada, 1 = un poco, 2 = moderadamente, 3 = bastante y 4 = muchísimo. El tiempo requerido para contestarlo es de 20 minutos aproximadamente y su lectura es fácil.

El OQ ha mostrado una adecuada confiabilidad a lo largo de su desarrollo. Las estimaciones alfa de consistencia interna se encuentran entre .79 y .88 para las 11 subescalas, con un valor mediano de .82, en una muestra de 1788 participantes, mientras que los cálculos de confiabilidad test-retest se hallan en un rango que va de .64 a .94, con una mediana de .88 en un intervalo de una semana para una muestra de 24 participantes. La validez de sus constructos fue analizada por medio de correlaciones entre las escalas que componen el instrumento y los resultados de los análisis factoriales que examinaban las relaciones entre las respuestas proporcionadas por los reactivos de la prueba. Además de observar la validez de constructos se realizaron pruebas para determinar la validez discriminante, encontrando que las puntuaciones del OQ y el historial de peso informado para tres grupos dentro de la muestra de estandarización (peso normal, sobrepeso y obesidad), brindaron evidencia pertinente a la validez discriminante.

O'Donnell y Warren proponen en el OQ seis escalas que permiten medir hábitos y actitudes que se relacionan de manera específica con comer y con el mantener un peso corporal sano. Estas escalas son:

Sobreingesta alimentaria

Subingesta alimentaria

Antojos alimentarios

Expectativas relacionadas con comer

Racionalizaciones

Motivaciones

El OQ cuenta con cuatro escalas que refieren a los hábitos generales de salud y al funcionamiento psicosocial, en el que se llevan a cabo los esfuerzos por bajar de peso. Estas escalas comprenden:

Hábitos de salud

Imagen corporal

Aislamiento social

Alteración afectiva

Se incluye además una escala de Defensividad la cual consiste de 7 reactivos que denotan autoafirmaciones idealizadas. Esta escala ha sido diseñada para determinar la disposición de la persona para responder al cuestionario, por lo que una puntuación elevada en esta escala ($T \geq 70$) habla del carácter dudoso en la interpretación de los datos.

3.3 Universo Muestral

El universo de donde se extrajo la población lo configuraron un total de 1,133,814 de personas, habitantes de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, con una población femenina de 573,937 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2006). De este total de mujeres habitantes de la ciudad de Monterrey, 303, 506 mujeres oscilan entre los 15 a los 49 años de edad (INEGI, 2006), siendo de este grupo de mujeres de donde se extrajo la muestra.

Se empleó un muestreo no probabilístico por cuotas de grupos de IMC: 50% sobrepeso y obesidad y 50% peso normal. El total de participantes fue de 217

mujeres adultas jóvenes cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 40 años de edad, residentes en la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.

3.3.1. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres residentes de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León.
- De 20 a 40 años cumplidos.
- 50% con peso normal, 50% con sobrepeso/obesidad.
- Aceptar de forma voluntaria la participación en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres con peso por debajo del rango normal.
- Aquellas personas que rechazaron participar en el estudio y/o que dejaron incompletos los protocolos.

3.4. Técnica de Recolección de Datos

Para la recolección de la información se empleó un formato de entrevista auto-administrado el cual permitió obtener datos de sociodemográficos de la persona participante, así como las estimaciones respecto a edad, talla y peso a fin de poder determinar el índice de masa corporal, además de los protocolos del cuestionario para la evaluación de las funciones del Yo, así como del cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, los cuales posibilitaron la exploración de las dimensiones psicosociales del estudio.

Para la medición de talla y peso se empleó una báscula clínica con estadímetro, marca Nuevo León, modelo clínica 160, la cual permite medir

estatura hasta 1.95 metros, así como hacer lectura directa de peso en 2 varas una de 140 kilos y otra de 20 kilos, para un máximo de 160 kilogramos.

Para la colección de los datos se implementaron dos estrategias: (1) evaluación en clínica de salud privada para control de peso e (2) invitación a la Facultad de Psicología a través de los alumnos de licenciatura, en cuyas instalaciones se realizaba la toma de medidas antropométricas así como la aplicación del cuestionario. En un principio se planeó hacer el estudio casa por casa, pero dadas las dificultades que generaba para el registro de datos antropométricos (medición de peso y talla), además de la inseguridad por la violencia que se presentaba en la localidad al tiempo de efectuar el presente estudio, es por ello que se descartó este procedimiento. Gracias a la facilitación de las instalaciones de la clínica de Salud en donde se evaluaron a 60 mujeres, así como de la Facultad de Psicología a donde acudieron el resto de las participantes (157), se configuró la muestra bajo la invitación a mujeres de diferentes grupos de peso, hasta completar el total de las cuotas de grupos de IMC requeridas.

3.5 Análisis Estadístico

Para el análisis de la información se recurrió a los programas de análisis computacional SPSS 16 y AMOS 15. Las pruebas estadísticas que se realizaron en relación con los objetivos planteados.

Objetivo 1 (propiedades psicométricas de la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellack & Goldsmith, 1993) y objetivo 2 (propiedades psicométricas del cuestionario OQ de O'Donnell & Warren, 2007).

La consistencia interna se estima mediante el coeficiente alpha de Cronbach (García-Cadena, 2006) La estructura dimensional se determina por análisis

factorial exploratorio y confirmatorio. Para el análisis factorial exploratorio se emplea análisis de Componentes Principales con una rotación no ortogonal (Oblimin). El número de factores se fija con base en 3 posibles criterios: (1) autovalores iniciales mayores a 1 (Kaiser, 1960), punto de inflexión de la curva de sedimentación de los autovalores iniciales (Cattell, 1966) y la expectativa en función del cuestionario. Para el análisis factorial confirmatorio se usa Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS), al ser una técnica más robusta a la violación del supuesto de falta de normalidad multivariada. Se manejan los once índices de ajuste antes mencionados. Las puntuaciones en las escalas se calculan por suma simple de ítems. Se contrasta el ajuste de la distribución a una curva normal por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Objetivo 3 (determinar cuáles variables sociodemográficas y funciones del Yo están relacionadas y permiten predecir índice de masa corporal) y objetivo 4 (determinar cuáles variables sociodemográficas, funciones del Yo y aspectos de alteración alimentaria están relacionadas y permiten predecir alteración alimentaria).

Se estiman correlaciones por el coeficiente producto-momento de Pearson con los criterios (IMC, puntaje total y factores de alteración alimentaria), se estiman modelos por regresión lineal múltiple, empleando el método *Stepwise*. Sólo se incluyen variables con correlación significativa con el criterio. Para superar problemas de colinealidad se introducen componentes factoriales ortogonales al manejar las cuatro funciones del Yo. Conocidas las correcciones y resultados de los diversos modelos de predicción, se proponen modelos de senderos y ecuaciones estructurales para predecir IMC y aspectos de alteración alimentaria.

Los modelos se estiman por el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS), al ser un método más robusto a la violación del supuesto de

normalidad (Moral, 2006). Se contemplan once índices de ajuste: tres descriptivos básicos (función de discrepancia [$FD_{mín}$], chi-cuadrado [χ^2], cociente entre chi-cuadrado y sus grados de libertad [χ^2/gf]; dos poblacionales de no centralidad (parámetro de no centralidad poblacional [$PNCP = FD_0 = NCP / n$] y residuo cuadrático medio de aproximación [$RMSEA$] de Steiger-Lind); además se consideraron cuatro índices comparativos (índice de bondad de ajuste [GFI] de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida [$AGFI$], índice normado de Bentler [NFI] e índice incremental de ajuste por el coeficiente delta 2 de Bollen [IFI]). Los valores de buen ajuste para los índices son: $p > .05$ para χ^2 , cociente χ^2/gf y $FD < 2$, $PNCP < 1$, $RMSEA < .05$, $AGFI$ y $NFI > .90$, así como GFI e $IFI > .95$; los valores adecuados son: $p > .01$ para χ^2 , cociente χ^2/gf y $FD < 3$, $PNCP < 2$, $RMSEA < .08$, $AGFI$ y $NFI > .80$, así como GFI e $IFI > .85$ (Moral, 2006).

3.6 Aspectos éticos

En el presente estudio tomamos en cuenta las recomendaciones hechas por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP, 2007) y de la Asociación Americana de Psicología (APA) sobre los aspectos éticos para la investigación con seres humanos (Sales & Folkman, 2000; APA, 2002).

En virtud de ello, se dio a los participantes la información referente a los propósitos generales del estudio, garantizando la confidencialidad de la información que se genere en el proceso.

Se solicitó la participación voluntaria, y una vez que la persona aceptó y aseguró comprender la importancia del estudio y de la necesidad de veracidad al aportar información, se proporcionó el cuestionario, en donde se solicitaba la firma de consentimiento para utilizar la información derivada del estudio con fines de

investigación. Toda la información fue tratada de forma respetuosa y confidencial, manteniendo el anonimato de los datos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El apartado de resultados está dividido en diferentes apartados en correspondencia con los objetivos. Se inicia con la descripción de la muestra. Se continúa determinando las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida: evaluación de las funciones del Yo de Bellak y Goldsmith (1993) y el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007). A continuación se estudian las correlaciones con IMC, se estima un modelo de predicción por regresión lineal múltiple y se proponen, estiman y contrastan modelos por análisis de trayectoria. Posteriormente se estudian las correlaciones con el puntaje total y los factores del cuestionario OQ. Se estiman modelos de predicción por regresión lineal múltiple. Para superar problemas de colinealidad introducidos por las funciones del Yo, se acude al análisis de componentes principales y se calculan puntuaciones factoriales ortogonales para las 4 funciones. Finalmente se proponen, estiman y contrastan modelos de análisis de trayectorias y de ecuaciones estructurales.

4.1 Descripción de la muestra

La muestra está constituida de 217 mujeres de la Ciudad de Monterrey, cuyas edades oscilan entre los 20 y 40 años, con una media de 26 y una moda de 20 (véase Tabla 1).

Tabla 1.
Distribución de frecuencia de los grupos de edad

Grupos de Edades	<i>f</i>	%
20-24	127	58.5
25-29	33	15.2
30-34	18	8.3
35-40	39	18.0
Total	217	100

El 49.3% de las participantes se encuentra dentro de un rango de peso normal de acuerdo a su Índice de Masa Corporal, mientras que el grupo de sobrepeso representa un 25.3% de las participantes y el grupo de obesidad otro 25.3% (véase Tabla 2).

Tabla 2.
Distribución de frecuencia de grupos por Índice de Masa Corporal

Grupos por Índice de Masa Corporal	<i>F</i>	%
Peso normal (IMC= 24.99 o <)	107	49.3
Sobrepeso (IMC= 25 – 29.99)	55	25.3
Obesidad (IMC= 30 o >)	55	25.3
Total	217	99.9

Así se tiene la mitad de la muestra con sobrepeso y obesidad y la otra mitad con peso normal (prueba binomial: $p = .89$). Ambos grupos difieren en edad ($t(190.41) = -5.26, p < .01$) con una diferencia media de cuatro años y medio. Las mujeres con sobrepeso y obesidad tiene más edad ($M = 28.25, DE = 7.52$) que aquéllas con ($M = 23.69, DE = 5.01$). La distribución ($\chi^2(3, N = 217) = 16.71, p < .01$) y promedio de número de hijos ($Z_U = -3.66, p < .01$) es diferencial, teniendo más hijos el grupo con sobrepeso y obesidad que el de. También es diferencial el nivel socioeconómico ($Z_U = -2.34, p = .02$), perteneciendo a una clase social más baja aquellas mujeres con sobrepeso y obesidad. La distribución del estado civil es diferencial ($\chi^2(4, N = 217) = 9.46, p(\text{exacta}) = .02$). Hay más solteras entre las mujeres con, más casadas, divorciadas, separadas y en unión libre entre las mujeres con sobrepeso y obesidad. Ambos grupos sólo son equivalentes en el nivel de escolaridad ($Z_U = -1.81, p = .07$). Si con estas variables diferenciales se predice el pertenecer o no al grupo de o sobrepeso/obesidad por regresión

logística binaria, estimando el modelo por el método de pasos progresivos hacia adelante por el criterio condicional, se obtiene un modelo significativo ($\chi^2(2, N = 217) = 30.02, p < .01$), donde se mantiene la hipótesis nula de ajuste a los datos por la prueba de Hosmer-Lemeshow. ($\chi^2(8, N = 217) = 3.55, p = .89$), aunque es un poco pobre en varianza explicada y capacidad de clasificación. Sólo la edad y el nivel socioeconómico ingresan en el modelo. Se explica el 17% de la varianza por el criterio de Nagelkerke y se clasifica de forma correcta al 68% de las participantes. Por lo tanto, el efecto de las variables sociodemográficas, aunque significativo, es de bajo impacto.

El 1.4% de las participantes tiene estudios de primaria, 5.1% de secundaria, 40.6% de preparatoria, 41.9% de licenciatura y 3.2% de maestría. El 7.8% de las participantes recurre a la respuesta de otro nivel, pero ninguna especifica cuál (véase Tabla 3).

Tabla 3.
Distribución de frecuencias de la escolaridad

Ultimo nivel educativo alcanzado	F	%
Primaria	3	1.4
Secundaria	11	5.1
Preparatoria	88	40.6
Licenciatura	91	41.9
Maestría	7	3.2
Otro	17	7.8
Total	217	100

El 69% de la muestra dice pertenecer a clase media, el 18% a media alta, el 11% a media baja, 1% a clase baja y otro 1% a clase alta (véase Tabla 4).

Tabla 4.
Distribución de frecuencia por nivel socioeconómico

Nivel Socioeconómico	f	%
Baja	3	1.4
Media Baja	23	10.6
Media	150	69.1
Media alta	39	18
Alta	2	.9
Total	217	100

El 71 % de las participantes son solteras, 25.8% casadas y 2.3% divorciadas o separadas y el 0.9% viven en unión libre (véase Tabla 5).

Tabla 5.
Distribución de frecuencia por estado civil

Estado civil	<i>f</i>	%
Soltera	154	71.0
Casada	56	25.8
Divorciada	3	1.4
Separada	2	.9
Unión libre	2	.9
Total	217	100

Un 73.7% de las mujeres encuestadas no tiene hijos, y en aquellas mujeres que sí reportan tener hijos, la moda fue de 2 (véase Tabla 6).

Tabla 6.
Distribución de frecuencia por número de hijos

Número de hijos	<i>f</i>	%
Ninguno	160	73.7
1	16	7.4
2	25	11.5
3	15	6.9
4	1	0.5
Total	217	100

El 88% de las participantes no reportan presentar enfermedades, 4.6 % presentan enfermedades no son asociadas con la obesidad (gripa, gastritis, migraña), mientras que el 7.4% restante sí reporta tener diagnóstico de alguna de las diversas enfermedades asociadas con la obesidad: hipertensión (2.8%), diabetes (0.9%), hipotiroidismo (2.3%), hipercolesterolemia (0.9%) y síndrome metabólico (0.5%) (Véase Tabla 7).

Tabla 7.
Distribución de frecuencias por tipo de diagnóstico

Diagnóstico de	<i>f</i>	%
Hipertensión	6	2.8
Diabetes	2	.9
Hipertiroidismo	1	.5
Alto colesterol	2	.9
Hipotiroidismo	5	2.3
Síndrome metabólico	1	.5
Otro	9	4.1
Ninguno	191	88.0
Total	217	100

El 79.7% de las participantes no hace dieta al momento de completar el cuestionario, mientras que el 20.3% restante si realiza dieta (véase Tabla 8).

Tabla 8.
Distribución de frecuencias de hacer o no dieta actualmente

Hace dieta actualmente	<i>f</i>	%
Si	44	20.3
No	173	79.7
Total	217	100

Del total de las participantes, 34.1% reportan hacer ejercicio con un promedio de 1.7 horas a la semana ($DE = 3.58$) (véanse Tabla 9 y 10).

Tabla 9.
Distribución de frecuencias de si realizan ejercicio o no

Practica ejercicio	<i>f</i>	%
Si	74	34.1
No	143	65.9
Total	217	100

El promedio de edad es de 26 años con una desviación estándar de 6.79 y una mediana de 23. El promedio de peso es de 68.99 kilogramos con una desviación estándar de 17.88 y una mediana de 65, el promedio de estatura es de 1.61 metros con una desviación estándar de 6.5 centímetros y una mediana de 1.60 metros. El índice de masa corporal promedio es de 26.44 con una desviación estándar de 6.30 y una mediana de 25.39 (véase Tabla 10).

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos de edad, peso, estatura, IMC, edad en que empezó a preocuparse por el peso y horas de ejercicio a la semana

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>EEM</i>	<i>Mdn</i>	<i>Mo</i>
Edad en años	26	6.79	.461	23	20
Peso en kilos	68.99	17.88	1.21	65	53
Estatura en metros	1.61	.065	.004	1.60	1.60
IMC	26.44	6.30	.427	25.39	19.53
Horas de ejercicio a la semana	1.74	3.58	.032	.000	.000

La participante promedio es de género femenino, con una media de edad de 26 años, que se considera de clase media, con estudios terminados de licenciatura o de media superior, soltera, sin hijos, actualmente no hace dieta, no practica ejercicio, tiene una estatura de 1.61 metros, un peso de 70 kilos y un índice de masa corporal de 26, que corresponde a ligero sobrepeso, no tiene complicaciones médicas relacionadas con el sobrepeso o la obesidad ni reporta enfermedades. Debe señalarse que la mitad de la muestra tiene, una cuarta parte sobrepeso y otra cuarta parte obesidad.

4.2 Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Funciones del Yo

Se analiza cada una de las cuatro funciones seleccionadas del cuestionario de forma independiente, ya que el autor las generó desde la definición teórica, pero no a través del análisis factorial. Se espera unidimensionalidad para cada función y consistencia interna alta ($\alpha \geq .70$). Las cuatro funciones analizadas son: (1) sentido de realidad, del mundo y de sí mismo [SR], (2) regulación y control de instintos, afectos e impulsos [RI], (3) relaciones objetales [RO] y (4) funcionamiento defensivo [FD].

4.2.1 Sentido de realidad, del mundo y de sí mismo

La matriz de correlaciones muestra buenas propiedades para la extracción de factores. Su determinante tiende a cero $|R| = 0.24$. El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es alto ($KMO = .74$). Se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad (variables independientes) por la prueba de Bartlett ($\chi^2(45) = 303.05, p < .01$).

Por el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1) se definen 3 factores que explican 51.06% de la varianza total. Al rotar la matriz de componentes factoriales por rotación Oblimín (no ortogonal), se obtiene un primer componente con 4 ítems con cargas factoriales mayores a .35 (SR2, SR4, SR7 y SR8), por el contenido de los mismos se puede denominar *sentido de irrealidad*. Su consistencia interna es baja ($\alpha = .51$). El segundo está conformado por dos ítems con cargas factoriales mayores a .60 (SR1 y SR6), por su contenido se puede denominar *sensaciones extrañas en el cuerpo*. También su consistencia interna es baja ($\alpha = .56$). El tercero está formado por 4 ítems con cargas factoriales mayores a .46 (SR3, SR5, SR9 y SR10), por su contenido se puede denominar *síntomas disociativos*. De igual forma que los dos anteriores cuenta con una consistencia interna baja ($\alpha = .56$) (véase Tabla 11). El primero tiene una correlación moderada-baja con el tercero ($r = .32$) y baja con el segundo ($r = -.09$). El segundo y tercero son independientes ($r = -.03$).

Tabla 11.
Matriz de patrones de Sentido de realidad (SR)

Ítems	Componentes		
	1	2	3
SR7 ¿Siente su cabeza o otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual?	.714	-.336	-.116
SR8 ¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío?	.709	.004	-.024
SR2 ¿Los ambientes familiares le parecen extraños?	.615	-.026	-.017
SR4 ¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o explotará?	.364	.359	.322
SR1 ¿Siente usted que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen?	.180	-.779	.117
SR6 ¿Hay partes de su cuerpo que se sienten extrañas o irreales?	.186	-.612	.352
SR3 ¿Piensa en usted mismo como en dos o más personas?	-.196	-.151	.765
SR5 ¿Tiene la sorpresiva sensación de que algo que sucede le ha sucedido antes?	-.059	-.003	.611

SR10 ¿Siente que hoy usted no es la misma persona que era ayer o anteayer?	.238	-.083	.563
SR9 ¿Siente que la vida es como un sueño o una película?	.364	.313	.461

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimín. La rotación convergió en 12 iteraciones.

Por el criterio de Cattell (número de factores por encima del punto de inflexión de la curva de sedimentación de los autovalores iniciales), se podría reducir a un factor, al quedar el punto de inflexión en el segundo autovalor (véase Figura 1).

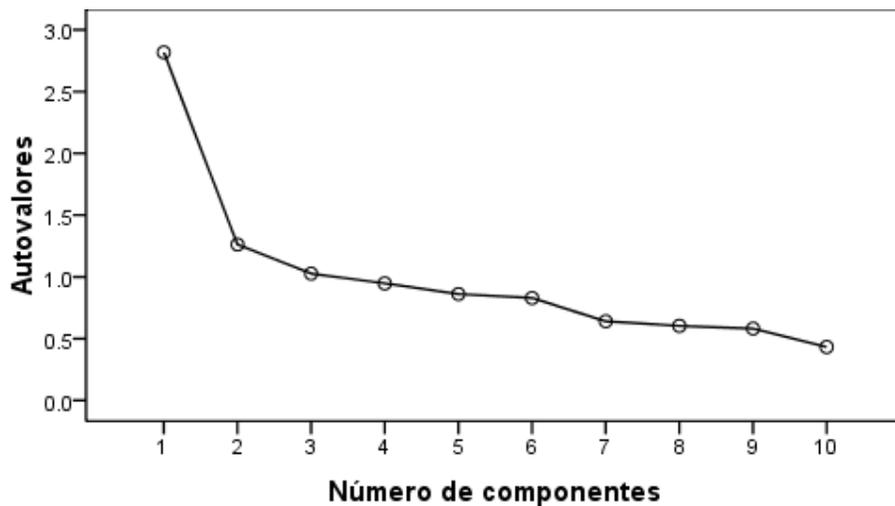


Figura 1. Curva de sedimentación de los autovalores para Sentido de Realidad (SR)

Al forzar la solución a un sólo factor, estructura hipotetizada, todos los ítems presentan una saturaciones mayores a .40 y la varianza explicada es del 28.18%. La consistencia interna de los 10 ítems es alta ($\alpha = .70$), cuando en la solución multifactorial se obtenían consistencias bajas. Por lo tanto se mantiene la unidimensionalidad buscada para la escala con sus 10 ítems (véase Tabla 12).

Tabla 12.

Matriz del componente factorial de Sentido de Realidad (SR)

Ítems	Componente
SR1 ¿Siente usted que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen?	.515
SR2 ¿Los ambientes familiares le parecen extraños?	.494
SR3 ¿Piensa en usted mismo como en dos o más personas?	.465
SR4 ¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o explotará?	.403
SR5 ¿Tiene la sorpresiva sensación de que algo que sucede le ha sucedido antes?	.407
SR6 ¿Hay partes de su cuerpo que se sienten extrañas o irreales?	.634
SR7 ¿Siente su cabeza o otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña?	.612

que lo usual?	
SR8 ¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío?	.554
SR9 ¿Siente que la vida es como un sueño o una película?	.522
SR10 ¿Siente que hoy usted no es la misma persona que era ayer o anteayer?	.640

Se crea la variable de sentido de la realidad (SR) por medio de la suma sin ponderar de los 10 ítems. La distribución de SR es asimétrica positiva ($Sk = 1.18$, $EE = 0.16$) y leptocúrtica ($K = 1.94$, $EE = 0.33$), es decir, se sesga hacia valores por debajo de la media y adopta un perfil apuntado. Su mediana ($Mdn = 5$) y moda ($Mo = 3$) quedan por debajo de la media ($M = 6.23$). Su rango es de 0 a 25 con una desviación estándar de 4.40. No se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1,66$, $p = .01$) (véase Figura 2).

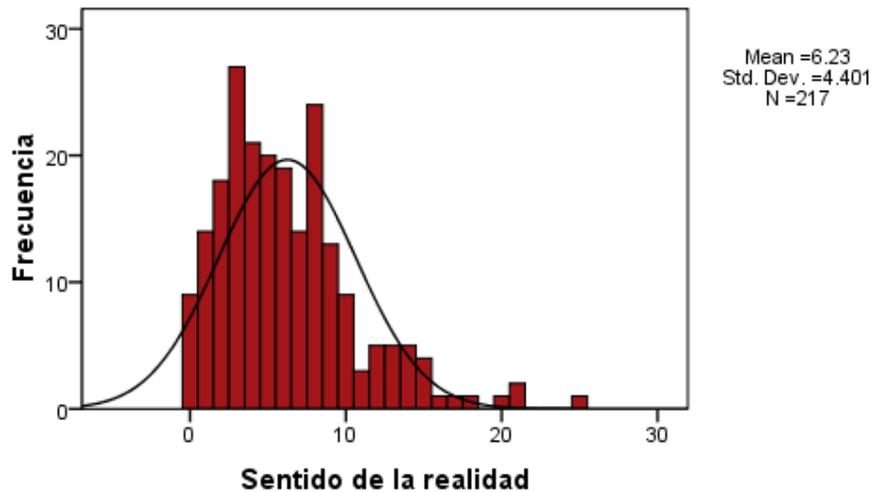


Figura 2. Histograma de la variable Sentido de la realidad (SR).

Se contrasta el modelo unidimensional con 10 indicadores por análisis factorial confirmatorio. Se emplea como método para estimar la función de discrepancia Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Todos los parámetros son significativos. Los índices de ajuste son adecuados ($\chi^2/df = 2.02$, $GFI = .93$, $AGFI = .90$, $FD = 0.33$, $RMSEA = .07$), aunque el modelo estructural se rechaza por la prueba chi-cuadrada ($\chi^2 (35, N = 217) = 70.56$, $p < .01$) (véase Figura 3).

Chi-2 (35, N = 217) = 70.56, Chi-2/gl = 2.02,
 GFI = .93, AGFI = .90, FD = 0.33, RMSEA = .07

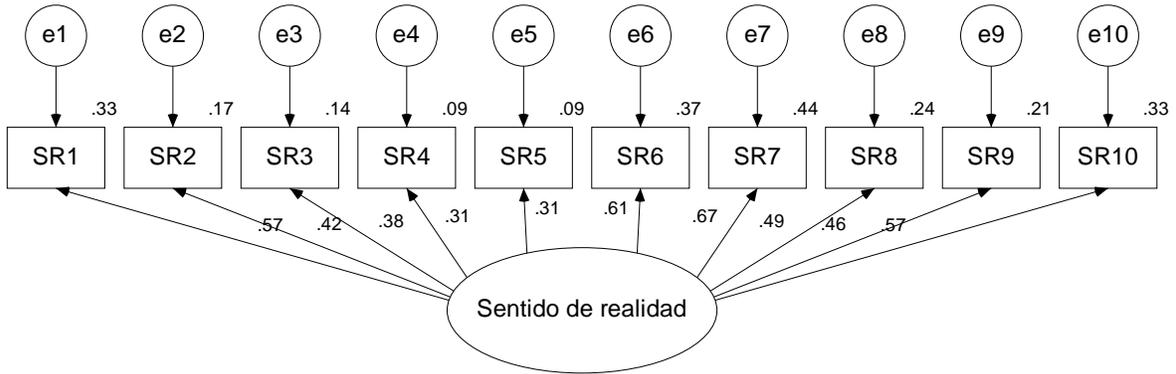


Figura 3. Modelo unidimensional para la escala SR por GLS

4.2.2 Regulación y control de instintos, afectos e impulsos

La matriz de correlaciones muestra buenas propiedades para la extracción de factores. Su determinante tiende a cero $|R| = 0.22$. El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es de .66, que es un valor adecuado. Asimismo, se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad (variables independientes) por la prueba de Bartlett ($\chi^2 (45) = 325.08, p < .01$).

Por el criterio de Kaiser se definen 3 factores que explican 53.61% de la varianza total. Al rotar la matriz de componentes factoriales por rotación Oblimín (no ortogonal), se aparece un primer componente con 4 ítems con cargas factoriales mayores a .59 (RI14, RI15, RI19 y RI20), por el contenido de los mismos se puede denominar *impulsividad e inestabilidad emocional*. Su consistencia interna es adecuada ($\alpha = .61$). El segundo está conformado por tres ítems con cargas factoriales mayores a .61 (RI11, RI12 y RI13), por su contenido se puede denominar *excitabilidad*. También su consistencia interna es adecuada ($\alpha = .67$) y al eliminar el ítem SR13 sube a buena ($\alpha = .70$). El tercero está formado por 3 ítems con cargas factoriales mayores a .57 (RI16, RI17 y RI18), por su contenido se puede denominar *problemas de control de impulsos antisociales y*

suicidas. Su consistencia interna es baja ($\alpha = .52$) (véase Tabla 13). El primero tiene una correlación baja con el tercero ($r = .23$) y con el segundo ($r = -.17$). La correlación del segundo y tercero también es baja ($r = -.07$).

Tabla 13.

Matriz de patrones de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI)

Ítems	Componentes		
	1	2	3
RI19 ¿Se siente incapaz de controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos?	.744	.167	-.130
RI20 ¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar?	.649	.052	.167
RI15 ¿Es usted una persona impaciente?	.614	-.244	.046
RI14 ¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo?	.593	-.238	.081
RI11 ¿Tiene usted un fuerte impulso de estar físicamente activo?	-.151	-.838	.024
RI12 ¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo?	.040	-.817	-.041
RI13 ¿Tiende a ser emotivo y excitable acerca de las cosas?	.147	-.618	-.027
RI16 ¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien?	-.005	.034	.810
RI17 ¿Siente una necesidad irresistible de matarse?	-.094	-.062	.753
RI18 ¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que considera malos?	.132	.076	.570

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimín. La rotación convergió en 7 iteraciones.

Por el criterio de Cattell, se reduciría a tres factores, al quedar el punto de inflexión en el cuarto autovalor (véase Figura 4).

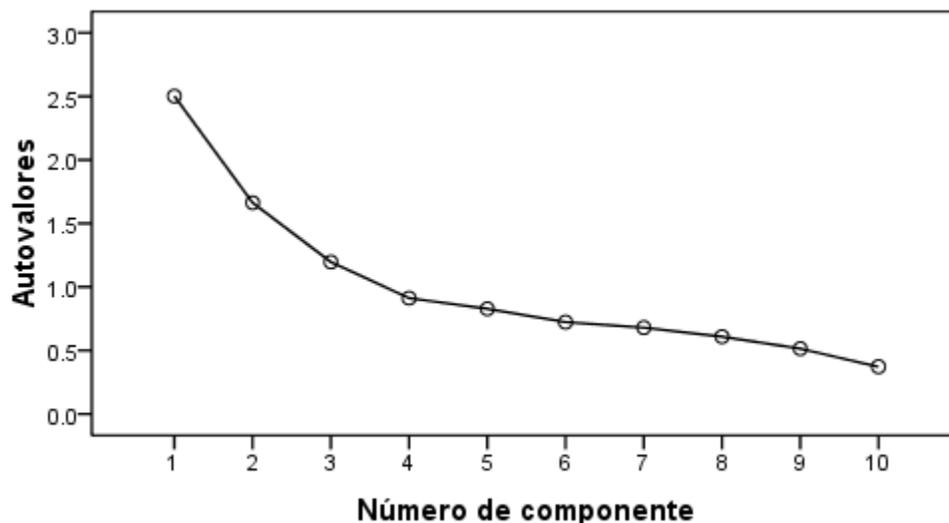


Figura 4. Curva de sedimentación de los autovalores de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI)

Al forzar la solución a un sólo factor, estructura hipotetizada, todos los ítems presentan una saturaciones mayores a .35 y se explica el 25.02% de la varianza total. La consistencia interna de los 10 ítems es adecuada ($\alpha = .65$) y no mejora al eliminar ninguna de ellos. Por lo tanto se puede mantener la unidimensionalidad buscada para la escala con los 10 ítems (véase Tabla 14).

Tabla 14.

Matriz factorial de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI)

Ítems	Componente
RI15 ¿Es usted una persona impaciente?	.654
RI14 ¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo?	.652
RI12 ¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo?	.551
RI20 ¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar?	.547
RI13 ¿Tiene a ser emotivo y excitable acerca de las cosas?	.508
RI11 ¿Tiene usted un fuerte impulso de estar físicamente activo?	.455
RI16 ¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien?	.408
RI19 ¿Se siente incapaz de controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos?	.384
RI17 ¿Siente una necesidad irresistible de matarse?	.375
RI18 ¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que considera malos?	.356

Se crea la variable de Regulación de instintos, afectos e impulsos (RI) por medio de la suma sin ponderar de los 10 ítems. La distribución de RI es simétrica positiva ($Sk = 0.27$, $EE = 0.16$) y mesocúrtica ($K = 0.50$, $EE = 0.33$), ajustándose a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.09$, $p = .19$). La media ($M = 11.71$), mediana ($Mdn = 11$) y moda ($Mo = 10$) prácticamente coinciden. Su rango es de 0 a 27 con una desviación estándar de 4.58 (véase Figura 5).

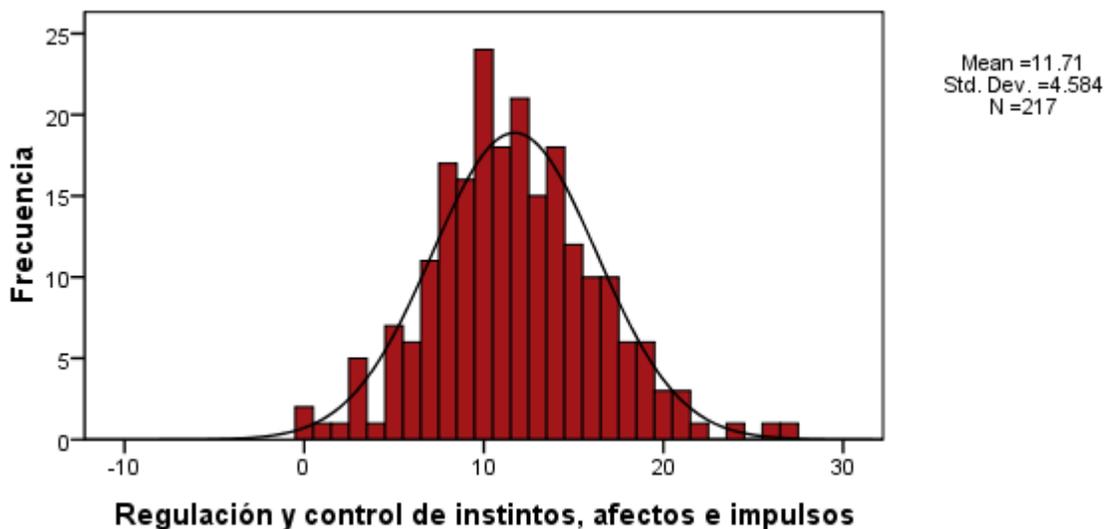


Figura 5. Histograma de la Variable de Regulación y control de instintos, afectos e impulsos (RI).

Se contrasta el modelo unidimensional con 10 indicadores por análisis factorial confirmatorio. Se emplea como método para estimar la función de discrepancia Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Dos parámetros (RI16 y R18) no son significativos, pero el ajuste es adecuado ($\chi^2/gf = 2.95$, $GFI = .90$, $AGFI = .85$, $FD = 0.48$, $RMSEA = .09$). Al revisar los índices de mejora, se observa correlación entre los residuos de los ítems 1 y 9. Al contemplar esta correlación y volver a estimar el modelo, se logra que todos los parámetros sean significativos y mejora ligeramente los índices de ajuste, que siguen tomando valores adecuados ($\chi^2/gf = 2.75$, $GFI = .91$, $AGFI = .86$, $FD = 0.43$, $RMSEA = .09$), aunque el modelo estructural se rechaza por la prueba chi-cuadrada ($\chi^2 (34, N = 217) = 93.69, p < .01$) (véase Figura 6).

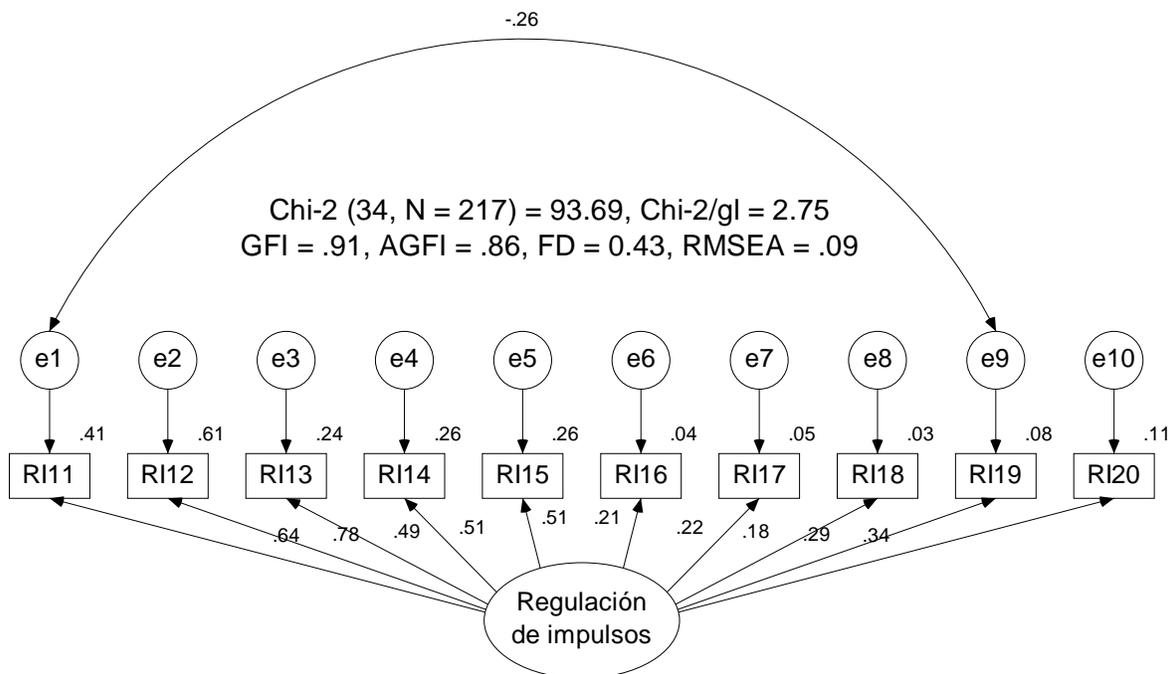


Figura 6. Modelo unidimensional para la escala RI por GLS.

4.2.3 Relaciones objetales

La matriz de correlaciones muestra buenas propiedades para la extracción de factores. Su determinante tiende a cero $|R| = 0.25$. El índice de adecuación de la

muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es alto ($KMO = .71$). Asimismo, se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad (variables independientes) por la prueba de Bartlett ($\chi^2 (45) = 289.82, p < .01$).

Por el criterio de Kaiser (autovalores iniciales mayores a 1) se definen 4 factores que explican 62.14% de la varianza total. Al rotar la matriz de componentes factoriales por rotación Oblimín (no ortogonal), se aparece un primer componente con 4 ítems con cargas factoriales mayores a .61 (RO21, RO22 y RO24), por el contenido de los mismos se puede denominar *aislamiento social*. Su consistencia interna es baja ($\alpha = .59$). El segundo está conformado por 2 ítems con cargas factoriales mayores a .74 (RO26 Y RO30), por su contenido se puede denominar *empatía y altruismo*. Su consistencia interna es muy baja ($\alpha = .39$). El tercero está formado por 3 ítems con cargas factoriales mayores a .68 (RO27, RO28 Y RO29), por su contenido se puede denominar *rasgos de dependencia*. Su consistencia interna es adecuada ($\alpha = .63$). El cuarto está formado por 2 ítems con cargas factoriales mayores a .65 (RO23 y RO25), por su contenido se puede denominar *relaciones inestables*. Su consistencia interna es baja ($\alpha = .52$), (véase Tabla 15). El primero tiene correlaciones bajas con el cuarto ($r = .15$) y el tercero ($r = -.27$). Las correlación del segundo con el tercero es baja y negativa ($r = -.07$); y la correlación del tercero con el cuatro también es baja y negativa ($r = -.15$). Las restantes correlaciones no son significativas.

Tabla 15.
Matriz de patrones de Relaciones Objetales (RO)

Ítems	Componentes			
	1	2	3	4
RO22 ¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias?	.789	-.098	-.032	.001
RO24 En general, ¿desea que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de usted?	.735	-.118	.133	.224
RO21 ¿Siente que nadie es en realidad su amigo?	.618	.283	-.280	-.242
RO30 ¿Obtiene satisfacción personal ayudando a los demás?	-.048	.780	.099	-.024
RO26 ¿Es usted capaz de ponerse en el lugar de los demás y sentir lo que ellos sienten?	-.037	.749	-.008	.126
RO28 ¿Es usted sobredependiente de alguna relación o se aferra a ella?	-.081	-.057	-.812	.077
RO29 ¿Se siente rechazado si alguien importante para usted no le está proporcionando toda su atención?	.132	.160	-.727	-.019
RO27 Cuando alguien importante para usted está ausente, ¿siente que se ha ido para siempre?	-.027	-.138	-.688	.052
RO25 ¿Le atrae la misma clase de persona con la que ha tenido	-.096	.082	-.086	.860

problemas antes?				
RO23 ¿Si usted establece una relación íntima con alguien, se rompe rápidamente?	.290	.043	-.079	.654

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimín. La rotación convergió en 10 iteraciones.

Por el criterio de Cattell, se reduciría a cuatro factores, al quedar el punto de inflexión en el quinto autovalor (véase Figura 7).

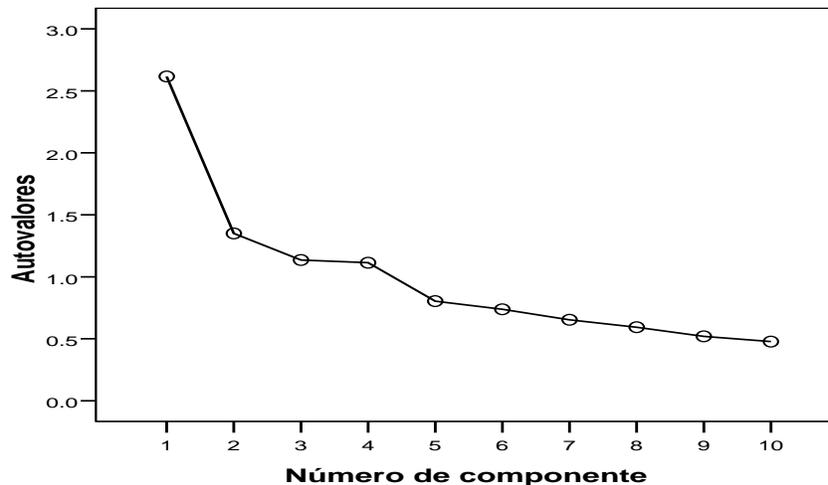


Figura 7. Curva de sedimentación de los autovalores de Relaciones Objetales (RO).

Al forzar la solución a un sólo factor, estructura hipotetizada, 8 ítems presentan una saturaciones mayores a .40 y se explica el 32.57% de la varianza total. La consistencia interna de los 10 ítems es adecuada ($\alpha = .63$), mejorando al eliminar los ítems 26 y 30, con lo que se obtiene una consistencia interna alta con 8 ítems ($\alpha = .70$). Por lo tanto se puede mantener la unidimensionalidad buscada para la escala con 8 ítems, eliminando RO26 y RO30 (véase Tabla 16).

Tabla 16.
Matriz factorial de Relaciones Objetales (RO)

Ítems	Componente 1
RO29 ¿Se siente rechazado si alguien importante para usted no le está proporcionando toda su atención?	.673
RO28 ¿Es usted sobredependiente de alguna relación o se aferra a ella?	.610
RO22 ¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias?	.599
RO23 ¿Si usted establece una relación íntima con alguien, se rompe rápidamente?	.590
RO21 ¿Siente que nadie es en realidad su amigo?	.586
RO27 Cuando alguien importante para usted está ausente, ¿siente que se ha ido para siempre?	.533
RO24 En general, ¿desea que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de	.529

Se crea la variable de relaciones objetales (RO) por medio de la suma sin ponderar de los 8 ítems (no incluyendo RO26 y RO30). La distribución de RO es asimétrica positiva ($Sk = 0.65$, $EE = 0.16$) y leptocúrtica ($K = 0.80$, $EE = 0.33$), no ajustándose a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.65$, $p = .01$), se sesga hacia valores bajos (relaciones objetales menos problemáticas). La media ($M = 6.56$) y mediana ($Mdn = 6$) coinciden, pero la moda queda por debajo ($Mo = 4$). El rango de la distribución es de 0 a 20 con una desviación estándar de 4.37 (véase Figura 8).

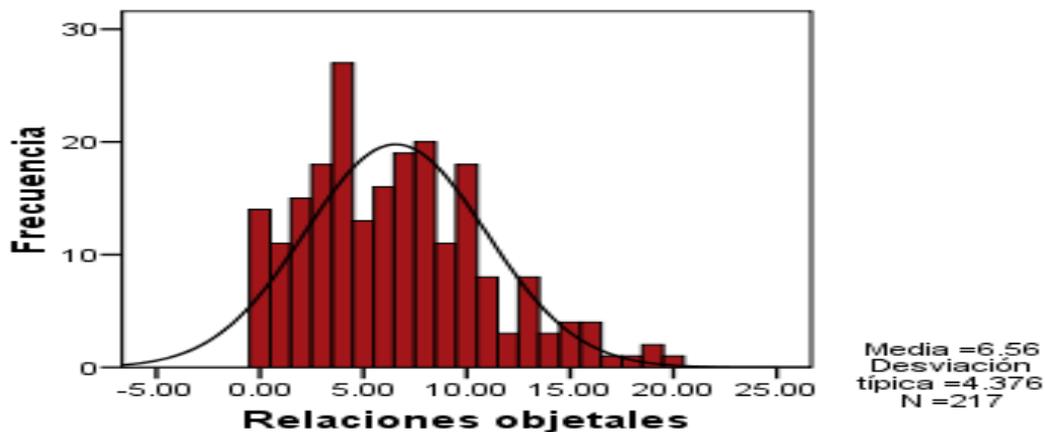


Figura 8. Histograma de la Variable de Relaciones Objetales (RO).

Se contrasta el modelo unidimensional con 8 indicadores (sin RO26 y RO30) por análisis factorial confirmatorio. Se emplea como método para estimar la función de discrepancia Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Todos los parámetros son significativos. Los índices de ajuste son adecuados ($\chi^2/df = 2.74$, $GFI = .94$, $AGFI = .88$, $FD = 0.25$, $RMSEA = .09$), aunque el modelo estructural se rechaza por la prueba chi-cuadrada ($\chi^2 (20, N = 217) = 54.76$, $p < .01$) (véase Figura 9).

Chi-2 (20, N = 217) = 54.76, Chi-2/gl = 2.74
 GFI = 0.94, AGFI = .89, FD = 0.25, RMSEA = .09

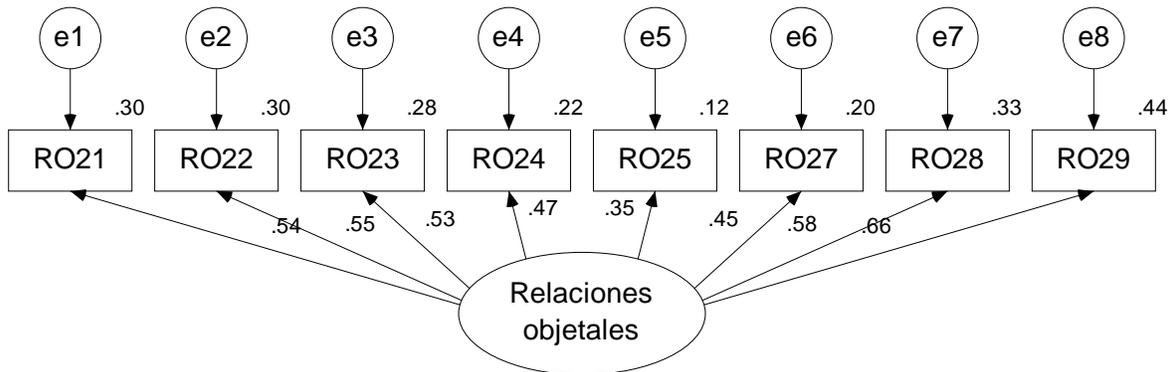


Figura 9. Modelo unidimensional para la escala RO por GLS.

4.2.4 Funcionamiento Defensivo

La matriz de correlaciones muestra buenas propiedades para la extracción de factores. Su determinante tiende a cero $|R| = 0.18$. El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es alto ($KMO = .81$). Asimismo, se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad (variables independientes) por la prueba de Bartlett ($\chi^2 (45) = 362.76, p < .01$).

Por el criterio de Kaiser se definen 2 factores que explican 42.38% de la varianza total. Al rotar la matriz de componentes factoriales por rotación Oblimin (no ortogonal), aparece un primer componente con 7 ítems con cargas factoriales mayores a .34 (FD31, FD32, FD33, FD36, FD37, FD38 y FD39), por el contenido de los mismos se puede denominar *ansiedad descontrolada*. Su consistencia interna es alta ($\alpha = .73$). El segundo está conformado por 3 ítems con cargas factoriales mayores a .37 (FD34, FD35 y FD40), por su contenido se puede denominar *defensas inmaduras y débiles*. Su consistencia interna es muy baja ($\alpha = .36$) (véase Tabla 17). La correlación entre ambos factores es positiva baja ($r = .26$). Debe señalarse la dificultad para etiquetar los factores, cuyo contenido es bastante heterogéneo.

Tabla 17.

Matriz de patrones de Funcionamiento Defensivo (FD)

Ítems	Componentes	
	1	2
FD31 ¿Las cosas lo trastornan fácilmente?	.774	-.027
FD33 ¿Es usted una persona ansiosa?	.721	-.025
FD32 ¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué?	.661	.179
FD38 ¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras?	.588	.136
FD36 ¿Tiene pesadillas?	.547	-.349
FD39 ¿Siente que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria?	.490	.263
FD37 ¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted?	.347	.334
FD35 ¿Se le dificulta comprender los chistes que escucha?	-.128	.781
FD40 ¿Cree que si no piensa en sus problemas desaparecerán por si solos?	.196	.545
FD34 ¿Se siente usted como si se estuviera desbaratando?	.248	.371

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimín. La rotación convergió en 19 iteraciones.

Por el criterio de Cattell, se reduciría a un factor, al quedar el punto de inflexión en el segundo autovalor (véase Figura 10).

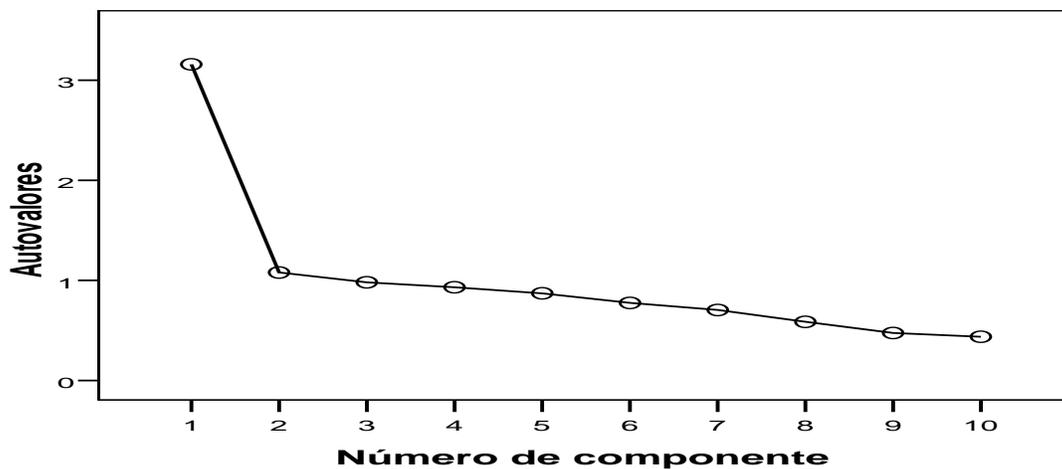


Figura 10. Curva de sedimentación de los autovalores de Funcionamiento Defensivo (FD).

Al forzar la solución a un solo factor, estructura hipotetizada, se explica el 31.58% de la varianza total y 8 ítems presentan saturaciones mayores a .49. Los ítems 35 y 36 tienen saturaciones de .32. La consistencia interna de los 10 ítems es alta ($\alpha = .74$), mejorando al eliminar los ítems 35 y 36 ($\alpha = .75$). Por lo tanto se puede mantener la unidimensionalidad buscada para la escala con 8 ítems, eliminando FD35 y FD36. Al factorizar los 8 ítems y considerar un solo factor se obtienen cargas mayores a .49 (véase Tabla 18).

Tabla 18.

Matriz factorial de Funcionamiento Defensivo (FD)

Ítems	Componente 1
FD31 ¿Las cosas lo trastornan fácilmente?	.722
FD32 ¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué?	.736
FD33 ¿Es usted una persona ansiosa?	.683
FD34 ¿Se siente usted como si se estuviera desbaratando?	.445
FD37 ¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted?	.509
FD38 ¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras?	.629
FD39 ¿Siente que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria?	.625
FD40 ¿Cree que si no piensa en sus problemas desaparecerán por si solos?	.491

Se crea la variable de funcionamiento defensivo (FD) por medio de la suma sin ponderar de los 8 ítems (no incluyendo FD35 y FD36). La distribución de FD es ligeramente asimétrica positiva ($Sk = 0.57$, $EE = 0.16$) y mesocúrtica ($K = 0.03$, $EE = 0.33$), no ajustándose a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.43$, $p = .03$). La media ($M = 7.05$) y mediana ($Mdn = 7$) coinciden, pero la moda queda por debajo ($Mo = 5$). El rango de la distribución es de 0 a 23 con una desviación estándar de 4.45 (véase Figura 11).

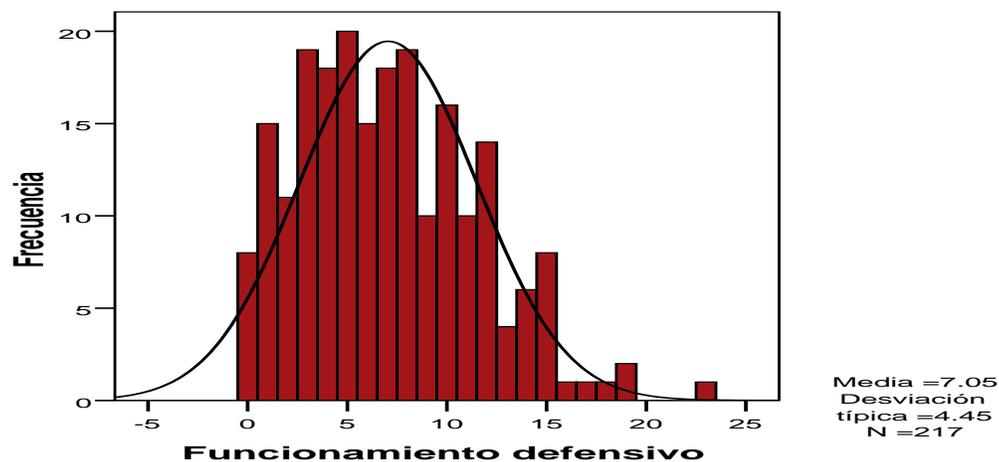


Figura 11. Histograma de la Variable de Funcionamiento Defensivo (FD).

Se contrasta el modelo unidimensional con 8 indicadores (sin FD35 y FD36) por análisis factorial confirmatorio. Se emplea como método para estimar la función de discrepancia Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Todos los parámetros son significativos. Los índices de ajuste son de buenos ($GFI = .96$, $AGFI = .93$, $FD = 0.16$) a adecuados ($\chi^2/gl = 2.75$ y $RMSEA = .06$). El modelo

estructural se podría mantener por la prueba chi-cuadrada con una $p > .01$ (χ^2 (20, $N = 217$) = 35.01, $p = .02$) (véase Figura 12).

Chi-2 (20, N = 217) = 35.01, $p = .02$, Chi-2/gl = 2.75
 GFI = .96, AGFI = .93, FD = 0.16, RMSEA = .06

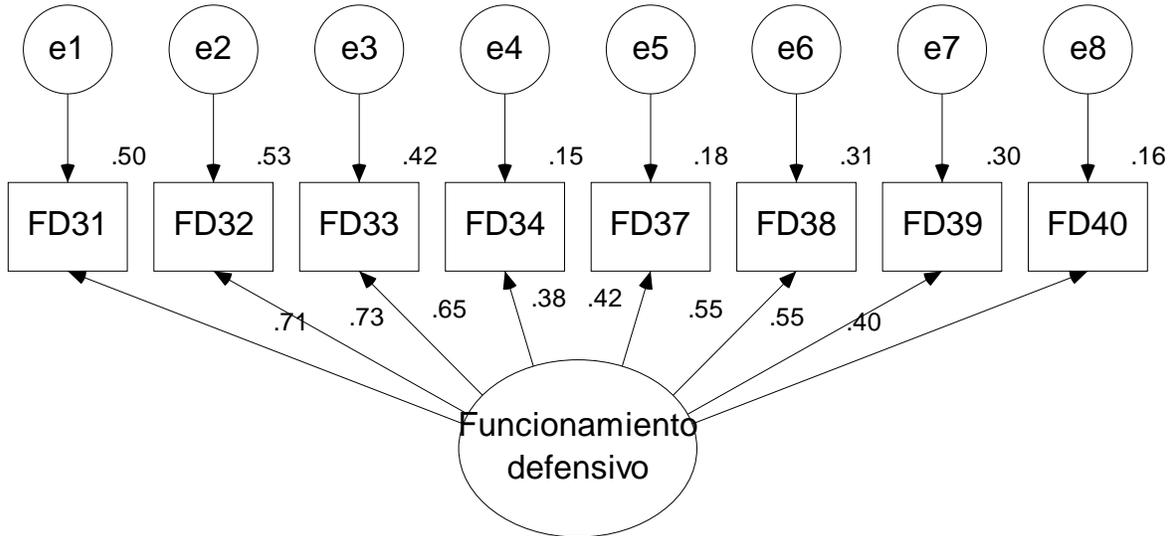


Figura 12. Modelo unidimensional para la escala FD por GLS.

4.2.5 Contraste de una estructura de 4 factores correlacionados

Si se contrasta un modelo de 4 factores correlacionados se consigue un ajuste de bueno (RMSEA = .02, PNCP = 0.29, χ^2 /gl = 1.14) a adecuado (FD = 2.39, GFI = .85, AGFI = .83, χ^2 (453) = 516.30, $p = .02$). Para lograr dicho ajuste se reduce cada factor a 8 indicadores (de SR se elimina 3 y 4 y de RI 11 y 12), además se introducen 5 correlaciones entre los residuos (véase Figura 13). Los valores de consistencia de los factores con 8 ítems varían de .62 (RI) a .75 (FD), con una media de .68.

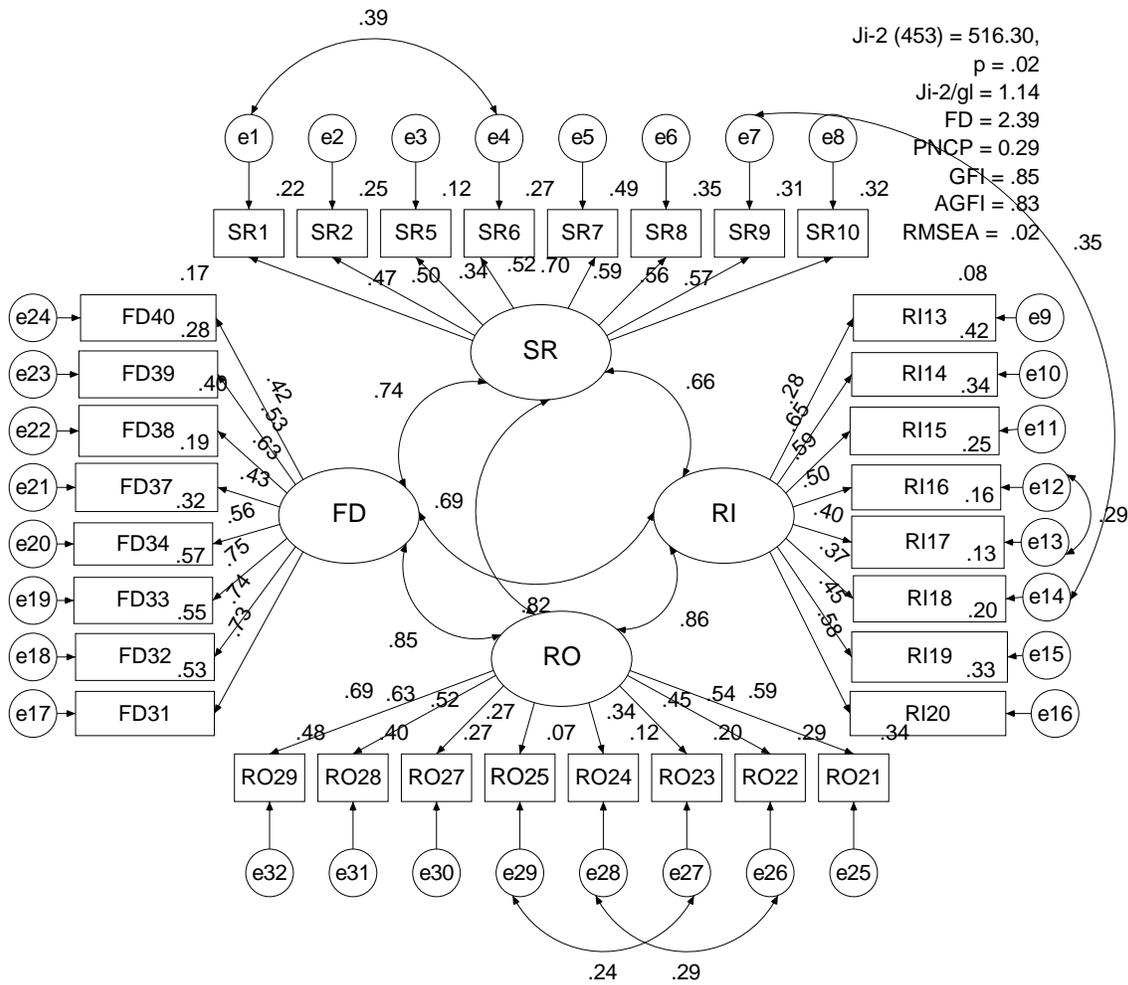


Figura 13. Modelo estandarizado de 4 factores correlacionados con 8 indicadores cada uno, estimado por GLS

4.2.6 Diferencia de medias entre mujeres con sobrepeso/obesidad y peso normal

Debido a la ligera pérdida de consistencia interna y considerando los valores de ajuste de los modelos unidimensionales, se mantienen las escalas SR y RI con sus 10 ítems originales. Resultan diferenciales las escalas de sentido de la realidad (SR) y relaciones objetales (RO). Las mujeres con sobrepeso y obesidad tienen peor sentido de la realidad y mayores dificultades para establecer relaciones objetales. Los promedios de las mujeres con sobrepeso/obesidad en regulación de instintos, afectos e impulsos (RI), así como en funcionamiento

defensivo (FD) son más altos, pero no resultan estadísticamente significativos (véase Tabla 19).

Tabla 19

Diferencia de medias en funciones del Yo entre mujeres con sobrepeso/obesidad y peso normal

Funciones del Yo	IMC	Descriptivos					Contraste	
		N	M	DE	RM	SR	Z _U	p
SR	< 25	107	5.59	4.03	100	10700.5	-2.09	.037
	> = 25	110	6.85	4.66	117.75	12952.5		
RI	< 25	107	11.32	4.81	104.88	11222	-.96	.339
	> = 25	110	12.09	4.34	113.01	12431		
RO	< 25	107	5.99	4.21	100.46	10749.5	-1.98	.048
	> = 25	110	7.11	4.48	117.30	12903.5		
FD	< 25	107	6.73	4.42	104.64	11197	-1.01	.312
	> = 25	110	7.36	4.47	113.24	12456		

SR = Sentido de la realidad, RI = Regulación y control de instintos, afectos e impulsos, RO = Relaciones objetales y FD = Funcionamiento defensivo.

4.3 Propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria

4.3.1 Extracción de los 11 factores esperados del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria por análisis factorial exploratorio

La matriz de correlaciones muestra buenas propiedades para la extracción de factores. Su determinante tiende a cero $|R| < 0.01$. El índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es alto ($KMO = .78$). Asimismo, se rechaza la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz identidad (variables independientes) por la prueba de Bartlett ($\chi^2 (3160) = 9182, p < .01$).

Por el criterio de Kaiser se definen 22 factores que explican el 69.87% de la varianza total. Con base en la expectativa se fuerza la solución a 11 factores que explican el 53.27% de la varianza total. Esta reducción no se puede justificar por el criterio de Cattell, ya que el punto de inflexión de la curva de sedimentación se ubica en el autovalor 6 (véase Figura 14).

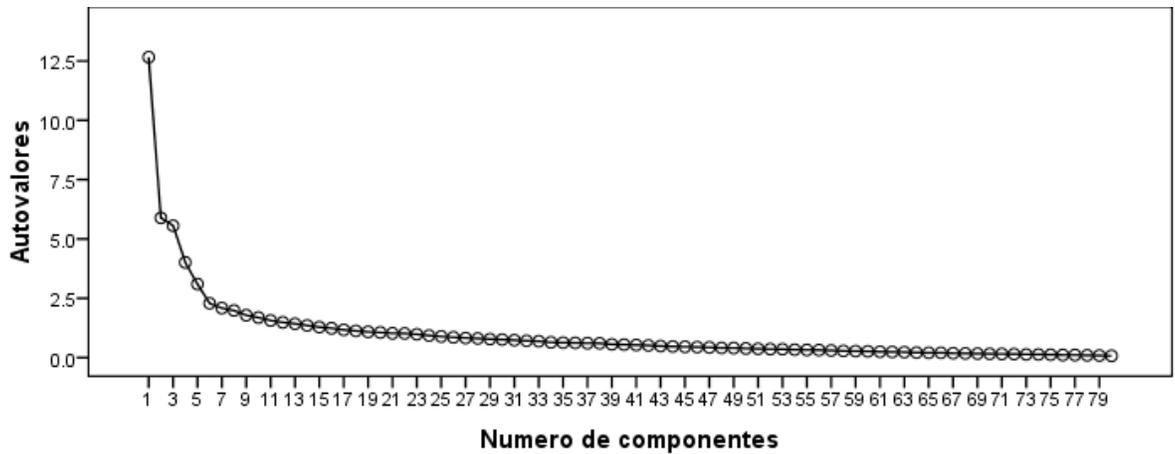


Figura 14. Curva de sedimentación de los 80 ítems del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ).

Tras rotar la matriz de componentes por rotación Oblimín se definen los siguientes componentes factoriales (véase Tabla 20).

El primer componente está integrado por 9 ítems, de los cuales 7 corresponden al factor esperado de alteración afectiva (AF): [27] tiendo a preocuparme todo el tiempo, [29] siento temor con frecuencia, [45] con frecuencia me siento tensa, [42] mi vida está llena de estrés, [10] es frecuente que me sienta triste y melancólica, [67] me siento deprimida la mayor parte del tiempo, y [20] me preocupa mi futuro. Todos ellos tienen cargas mayores a .50, excepto el último con una carga de .35. También tienen su saturación más alta un ítem de aislamiento social ([49] con frecuencia me siento sola) que además cuenta con el mayor peso en este primer componente (.71) y un ítem de racionalizaciones ([30] peso demasiado por la forma en que funciona mi cuerpo), con una carga alta (.45). Estos dos ítems son congruentes con el contenido dominante de alteración afectiva de carácter ansioso-depresivo. La consistencia interna de los 9 ítems es alta ($\alpha = .83$) que mejora si se elimina el ítem con carga más baja (el 20), pasando a .85. Si la consistencia se estima sólo con los 7 ítems de alteración afectiva, ésta es alta ($\alpha = .80$), mejora si se elimina el ítem 20 ($\alpha = .83$) y sube hasta .85 si se añade el ítem 49. Así el factor de alteración afectiva se podría definir con 7 ítems, seis de los originales (10, 27, 29, 42, 45 y 67) y el ítem 49 de aislamiento social.

El segundo componente está integrado por 8 ítems, de los cuales 7 corresponden al factor esperado de hábitos de salud (SA): [11] llevo una dieta balanceada, [39] me ejercito con regularidad para controlar mi peso, [50] hago mucho ejercicio, [6] me cuido de lo que como, [35] evito los alimentos que engordan, [72] tengo buenos hábitos de salud, [61] hago ejercicio todos los días, incluso cuando me siento cansado. Todos ellos tienen cargas mayores a .40. También tiene su carga más alta y de .50 el ítem 25 (hago más ejercicio del que debería para bajar de peso) que corresponde al factor de subingesta alimentaria, pero resulta congruente con el contenido dominante de hábitos de ejercicio y control de la calidad alimentaria. La consistencia interna de los 8 ítems es alta ($\alpha = .79$) y mejora ligeramente si se elimina el ítem no esperado (25) ($\alpha = .80$). Así nos podríamos quedar con los 7 originales del factor de hábitos de salud (6, 11, 35, 39, 50, 61 y 72).

El tercer componente está integrado por los seis ítems del factor esperado de antojos alimentarios (AN): [36] cuando tengo hambre, fantaseo con mi comida preferida, [60] cuando tengo planes para una comida especialmente buena, me la imagino de antemano, [73] ver anuncios en revistas o en la televisión hace que se me antojen ciertos alimentos, [28] cuando deseo cierta comida, busco el modo de conseguirla, [9] hay comidas que se me antojan muchísimo y [56] tengo un deseo intenso por ciertos alimentos. Todos tienen cargas mayores a .50. La consistencia interna de los seis ítems es alta ($\alpha = .81$) y no mejora con la eliminación de alguno de ellos.

El cuarto componente está integrado por ocho ítems, de los cuales 7 corresponden al factor esperado de aislamiento social (AI): [68] me cuesta trabajo acercarme a los demás, [64] evito las fiestas y reuniones sociales, [52] me siento incómoda cuando estoy con otras personas, [71] se me dificulta hablar con los demás, [14] no me siento a gusto en situaciones sociales, [46] evito la cercanía con otra persona, y [24] soy tímida. Los siete ítems tienen cargas mayores a .40.

También tiene su carga factorial más alta el ítem 47 (me respeto más a mí misma cuando estoy delgada) que corresponde al factor esperado de subingesta. La carga es baja (.33) y no resulta muy congruente. La consistencia interna de los 8 ítems es alta ($\alpha = .74$) y mejora si se elimina el ítem no congruente ($\alpha = .77$). Al factor original de aislamiento social le falta el ítem 49 que tiene un peso muy fuerte en el primer componente (.71) y muy bajo en este cuarto componente (.13). Por lo tanto se podría reducir a 7 ítems (14, 24, 46, 52, 64, 68 y 71).

El quinto componente está formado por 6 de los 7 ítems del factor esperado de defensividad (DE): [48] siempre estoy atenta, [17] siempre tomo buenas decisiones, [31] siempre estoy feliz, [12] siempre estoy de buen humor, [43] siempre hago lo correcto, y [62] siempre digo la verdad. La consistencia interna de los 6 ítems es alta ($\alpha = .78$) y no mejora al eliminar ninguno de ellos.

El sexto componente está formado por 4 de los 8 ítems del factor esperado de subingesta alimentaria (SU): [5] hay ocasiones en las que casi me mato de hambre, [40] hay días que como nada, [41] me altero mucho cuando subo uno o dos kilos, y [77] cuento las calorías de lo que como. La consistencia interna de estos 4 ítems es adecuada ($\alpha = .64$). Si se elimina el ítem 77 con carga baja (-.36) mejora ligeramente la consistencia interna, pero sigue tomando un valor adecuado, menor a .70 ($\alpha = .65$). Las cargas de los tres ítems restantes son mayores a .50.

El séptimo componente está formado por 10 ítems de los cuales 8 corresponden al factor esperado de motivación para bajar de peso (MO): [80] llevaría una dieta balanceada para poder bajar de peso, [34] para bajar de peso haría lo que me dijera el médico, [66] haría cambios en mi estilo de vida para poder bajar de peso, [54] realmente quiero bajar de peso, [26] haré ejercicio si eso me ayuda a bajar de peso, [21] estoy esforzándome por alcanzar mi meta de reducción de peso que me gustaría conseguir dentro de los próximos seis meses, [18] quiero conseguir ayuda para mis problemas de peso, [38] participaría en

grupos de apoyo si eso me ayudara a bajar de peso. Todas las cargas factoriales son mayores a .40. También tienen su saturación más alta el ítem 44 (siempre me preocupa subir de peso), y el ítem 63 (siempre estoy a dieta), que corresponden al factor de subingesta y son congruentes con el contenido dominante. La consistencia interna de los 10 ítems es alta ($\alpha = .88$) y no mejora al eliminar ninguno de ellos. Si nos quedamos con los 8 ítems originales de motivación para bajar de peso la consistencia interna es alta ($\alpha = .87$).

El octavo componente está formado 8 por ítems, de los cuales 6 corresponden al factor esperado de imagen corporal (CO): [59] tengo mejor apariencia que la mayoría de la gente, [70] me agrada mi cuerpo, [75] tengo un cuerpo sensual, [33] a otras personas les gusta cómo me veo, [23] me siento orgullosa de cómo me veo, y [7] me agrada mi figura. Estos 6 ítems tienen cargas mayores a .50. Los ítems 76 (le agrado a todo el mundo) y 32 (peso demasiado porque nadie me da ánimos para bajar de peso) presentan sus saturaciones más altas en este componente. El primero con una carga mayor a .40 y el segundo mayor a .30. Los dos hacen referencia aspectos motivacionales. La consistencia interna de los 8 ítems es alta ($\alpha = .76$) y mejora si se elimina el ítem 32 ($\alpha = .87$). Con los 6 ítems de imagen corporal se obtiene una consistencia interna también de .87. Así el factor de imagen corporal se podría reducir a 6 ítems (7, 23, 33, 59, 70 y 75).

El noveno componente está integrado por 11 ítems. Aparecen 7 de los 8 ítems correspondientes al factor esperado de sobreingesta alimentaria (SO): [13] me he dado un atracón de comida, [69] me excedo cuando como, [53] le oculto a los demás el hecho de que como en exceso, [78] me cuesta trabajo controlar las cantidades que como, [4] si sobran alimentos después de una comida, me los acabo en vez de guardarlos, [1] siempre como en exceso, y [3] no puedo decir "no" cuando me ofrecen comida en las fiestas. Estos 7 ítems presentan cargas factoriales mayores a .30. Aparte tienen su saturación más alta y mayor a .50 tres ítems del factor esperado de expectativas relacionados con el comer (EX): [19] cuando me he sentido alterada, como para sentirme mejor, [16] como para

olvidarme de mis problemas, y [15] cuando me siento triste, quiero comer. Estos tres ítems hacen referencia a una sobreingesta motivada por alteración emocional, siendo congruente con los anteriores. Asimismo, el ítem 74 (tengo exceso de peso por problemas de salud) tienen su carga más alta en este componente (.34), aunque corresponde al factor de racionalizaciones y su contenido es poco congruente. Al calcular la consistencia interna de los 11 ítems se obtiene un valor alto ($\alpha = .85$). Mejora al eliminar el ítem 74 ($\alpha = .86$). Si nos quedamos con los 7 ítems de sobreingesta y los tres de expectativas relacionadas con el comer se está definiendo un factor de comer excesivo con consistencia interna alta (1, 3, 4, 13, 15, 16, 19, 53, 69 y 78). Los 7 ítems de sobreingesta originales (sin 8) también tienen una consistencia interna alta ($\alpha = .80$). El ítem 8 tiene su carga más alta en el undécimo componente (racionalizaciones) (.39) y su segunda carga más alta aparece en el factor esperado de sobreingesta (.36). Al incluirlo la consistencia interna se incrementa ligeramente ($\alpha = .81$).

El décimo componente está integrado por 4 ítems que corresponden al factor esperado de expectativas relacionadas con el comer: [51] me siento tranquila después de comer, [79] me siento más amigable después de comer, [22] siento mi cuerpo más relajado cuando como, y [37] comer me hace sentir bien. La consistencia interna de estos 4 ítems es alta ($\alpha = .75$) y hacen referencia a sentimientos positivos durante y después de la comida. Difieren claramente de los tres ítems de sobreingesta por alteración afectiva que saturaron el noveno componente, pero se esperaban en este décimo. Por lo tanto nos quedamos con 4 ítems (22, 37, 51 y 79) y lo denominamos sentimientos positivos al comer (POSI).

El undécimo componente está integrado por 6 ítems de los cuales 5 corresponden al factor esperado de racionalizaciones (RA): [65] tengo exceso de peso porque soy baja de estatura, [55] las personas que son parte de mi vida agravan mis problemas de peso, [58] las personas importantes en mi vida me animan a comer en exceso, [57] mi agitada rutina no me permite ponerme a dieta, [2] peso demasiado porque otros miembros de mi familia pesan demasiado.

También tiene su carga factorial más alta el ítem 8 (siento que siempre me debería comer todo lo que tengo en mi plato) que corresponde al factor de sobreingesta. La consistencia interna de los 6 ítems es baja ($\alpha = .54$). No mejora al eliminar ninguno de los ítems.

Tabla 20.

Matriz patrones del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)

Ítems	Componentes										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
AI_49	.710	-.013	.008	.133	-.160	-.071	.068	.021	.088	.046	-.185
AF_27	.687	.039	-.020	.014	.004	-.023	-.070	-.022	-.018	.103	.061
AF_29	.682	.140	-.058	.076	-.110	.011	.132	.040	.140	.083	.046
AF_45	.679	-.016	.046	.006	-.056	-.084	-.128	-.042	-.009	.032	-.021
AF_42	.627	.022	-.014	.044	.080	-.061	-.004	-.029	.062	.048	.046
AF_10	.607	-.072	.182	.076	-.105	-.134	.104	.115	-.032	-.028	.127
AF_67	.525	-.011	.008	.212	-.094	-.068	.022	.033	.062	.009	.185
RA_30	.446	-.199	-.109	.031	.064	.141	-.266	-.025	.200	.059	.049
AF_20	.351	.018	.197	-.141	.229	-.091	-.141	.089	-.131	-.130	.071
SA_11	.022	.665	.044	.126	.148	.200	-.052	-.113	.037	-.175	-.091
SA_39	-.051	.658	-.101	-.103	-.038	-.210	-.180	-.113	.018	.037	.094
SA_50	.008	.627	-.061	-.218	-.007	-.244	-.019	-.055	-.037	.158	-.004
SA_6	.149	.625	-.033	.093	.078	.112	-.149	-.136	-.034	-.218	-.158
SA_35	.154	.563	.001	.022	.029	.150	-.313	-.096	-.106	-.014	-.172
SA_72	-.053	.514	.090	-.093	.270	.012	.232	-.135	-.130	.065	.068
SU_25	-.077	.498	.076	.008	-.085	-.107	.037	.231	.043	.068	.052
SA_61	-.113	.448	-.148	-.155	-.078	-.353	-.091	-.055	.020	.318	.034
AN_36	-.065	.114	.796	-.018	-.130	.193	-.072	.079	.032	.086	-.072
AN_60	.006	.044	.750	.132	.109	.000	.052	.069	-.025	.103	-.071
AN_73	-.116	.054	.689	-.019	.004	-.172	.046	.067	.035	.148	.068
AN_28	.158	-.074	.605	-.119	-.168	-.060	-.002	-.190	.204	.063	.027
AN_9	.051	-.271	.533	-.014	.089	-.170	-.225	-.183	-.029	-.159	.016
AN_56	.125	-.104	.503	-.035	-.138	-.024	-.179	-.089	.251	.050	.000
AI_68	.118	.057	.011	.717	-.151	.018	.023	-.145	-.135	-.119	.197
AI_64	-.004	-.129	-.031	.716	.202	-.146	.038	.074	.078	-.075	-.048
AI_52	-.004	-.040	.044	.688	-.077	.000	-.090	.001	.058	.040	-.172
AI_71	-.016	-.012	.093	.635	-.202	.004	-.018	-.210	-.161	-.061	.301
AI_14	.013	-.120	-.056	.580	.024	.020	.004	.241	.118	.102	-.149
AI_46	.129	.144	-.109	.574	-.072	.026	.002	-.098	-.074	.115	.017
AI_24	.069	.113	.200	.417	-.149	.032	.103	-.012	-.245	.004	.282
SU_47	.108	.030	.069	.328	.157	-.174	-.181	.209	.065	.317	-.144
DE_48	.149	.061	-.098	-.094	.704	-.075	.052	.130	-.029	.177	-.100
DE_17	-.118	-.043	.030	-.029	.676	.121	.010	-.070	.066	-.213	.036
DE_31	-.222	-.119	-.057	-.143	.608	-.009	-.174	-.173	.001	.165	.014
DE_12	-.179	-.134	.009	-.109	.605	.033	-.192	-.092	.113	.106	-.063
DE_43	-.027	.233	-.011	.050	.567	-.011	.038	-.177	-.042	.013	.029
DE_62	.013	.051	-.029	-.001	.544	-.010	-.021	-.118	-.250	-.053	.115
SU_5	.333	-.059	.104	.073	.115	-.628	-.048	.109	-.023	-.024	.002

SU_40	.317	-.043	-.001	.001	.071	-.600	.063	.027	-.117	-.022	-.037
SU_41	.008	.196	.126	.081	-.135	-.566	-.330	-.079	-.043	-.040	.071
SU_77	-.183	.347	-.108	.092	-.129	-.357	-.165	-.064	.175	.015	-.134
MO_80	-.026	.097	.047	.003	.087	-.022	-.831	.003	.047	-.044	.026
MO_34	-.010	.005	.206	-.104	.039	.004	-.717	-.065	-.269	.093	.018
MO_66	.036	.011	.007	.068	.065	.020	-.717	.112	.125	-.098	.121
MO_54	.082	-.091	.026	.024	.014	-.078	-.705	.217	.097	-.138	.073
MO_26	-.061	.155	.041	-.009	-.085	-.116	-.658	-.017	-.180	.062	.044
MO_21	-.008	.255	-.147	.124	.049	.124	-.590	.160	.151	.012	-.147
SU_44	.187	.120	.011	.006	-.097	-.344	-.573	-.065	.002	.002	-.000
MO_18	.139	-.177	-.053	-.060	.062	.073	-.553	.233	.142	-.022	.176
MO_38	.089	-.016	.012	.084	.130	-.002	-.435	.159	.128	.243	-.015
SU_63	-.025	.333	-.191	-.019	.046	-.131	-.420	-.112	.292	-.045	-.025
CO_59	.090	.030	-.043	-.002	-.038	.142	-.127	-.713	-.097	.172	.015
CO_70	-.155	.042	-.048	-.017	.160	.060	.166	-.661	-.066	.099	-.041
CO_75	-.061	.115	.066	.040	.106	.046	.178	-.633	.010	.015	-.081
CO_33	-.039	.091	.054	-.103	.149	-.145	.180	-.592	-.049	-.013	-.031
CO_23	-.145	.152	.066	-.038	.196	-.015	.340	-.529	.000	.132	-.118
CO_7	-.149	.164	.105	-.029	.144	-.043	.341	-.518	-.109	.044	-.130
DE_76	-.077	.091	.119	-.059	.281	-.028	.001	-.457	.142	-.203	-.040
RA_32	.077	.193	-.035	-.053	-.018	.207	-.090	.307	-.121	.116	.260
EX_19	.178	.063	.109	.041	-.087	.144	-.022	-.019	.627	.161	-.030
EX_16	.209	-.050	.174	-.069	-.158	.060	.022	-.052	.619	.243	-.089
EX_15	.197	-.085	.256	-.081	-.200	.049	-.013	-.160	.566	.061	-.082
SO_13	.054	-.062	.070	-.057	.084	-.075	-.026	.047	.561	.042	.051
SO_69	.049	-.142	.088	.049	-.087	-.046	-.115	.024	.521	.139	.315
SO_53	-.129	.104	.008	.175	-.160	-.445	-.023	.136	.468	.039	.104
SO_78	.119	-.083	-.060	.011	-.070	-.192	-.184	.051	.446	.292	.208
SO_4	-.028	.145	.254	.120	.152	.149	.037	.154	.440	.030	.285
SO_1	.015	-.150	.083	.089	.007	-.117	-.055	.147	.369	.105	.365
RA_74	.200	.063	.031	.010	-.007	.026	.028	.206	.345	-.202	-.058
SO_3	.121	-.021	.136	.126	.071	.154	-.125	-.056	.311	.118	.201
EX_51	.112	.005	.153	-.064	.131	.173	.006	-.093	.043	.681	-.022
EX_79	.020	-.026	.056	.032	-.054	-.091	.006	-.118	.037	.629	.029
EX_22	.123	-.038	.176	.125	.182	.025	.052	.103	.070	.605	.117
EX_37	.096	.029	.372	-.029	-.042	.092	.056	-.188	.114	.506	.003
RA_65	.062	-.051	.026	.040	.048	.025	-.042	.212	-.265	.137	.541
RA_55	.059	-.041	.014	.039	-.023	-.192	.007	.032	.174	.098	.492
RA_58	.021	-.048	-.033	-.053	-.024	.048	-.030	-.310	.237	.018	.408
SO_8	.165	.187	.176	.069	.326	.068	.129	.063	.356	-.199	.394
RA_57	.161	-.173	-.042	.119	.067	.080	-.152	-.240	.042	-.136	.351
RA_2	.029	-.013	-.043	-.072	-.029	.017	-.134	.160	.153	-.097	.334

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimin. La rotación convergió en 45 iteraciones.

4.3.2 Reducción de ítems pasando de un modelo de 11 a 10 factores consistentes

Se vuelve a factorizar eliminando los 10 ítems que no encajaron bien en la solución de 11 factores esperados (20, 25, 30, 32, 44, 47, 63, 74, 76 y 77). Se reproducen según las expectativas ocho factores: alteración afectiva (10, 27, 29, 42, 45, 49 y 67) ($\alpha = .85$), antojos alimentarios (9, 28, 36, 56, 60 y 73) ($\alpha = .81$), motivación para bajar de peso (18, 21, 26, 34, 38, 54, 66 y 88) ($\alpha = .87$), aislamiento social (14, 24, 46, 52, 64, 68 y 71) ($\alpha = .77$), defensividad (12, 17, 31, 43, 48 y 62) ($\alpha = .78$), imagen corporal (7, 23, 33, 59, 70 y 75) ($\alpha = .87$), sentimientos positivos al comer (22, 37, 51 y 79) ($\alpha = .75$) y comer excesivo (1, 3, 4, 13, 15, 16, 19, 53, 69 y 78) ($\alpha = .86$). Todas las cargas factoriales son mayores a .40, salvo los dos últimos ítems del factor de comer excesivo (1 y 3). Si se eliminan estos la consistencia interna baja a .84. Sólo hay ligeros problemas en tres factores. Al factor de subingesta se le añade el ítem 61 de hábitos de salud con una carga de -.47. No obstante, su inclusión hace descender la consistencia interna de .65 a .61. El factor de hábitos de salud pierde el ítem 61, cuya carga es de .34. Al no incluirse éste ítem la consistencia interna baja de .80 a .78. El factor de racionalización pierde el ítem 58 que presenta baja consistencia, su carga más alta de -.37 aparece en el factor de comer excesivo y la segunda más alta de -.31 en el de racionalización; éste queda reducido a cinco ítems (2, 8, 55, 57 y 65) con una consistencia baja ($\alpha = .50$) (véase Tabla 21).

Tabla 21.

Matriz de patrones del OQ con 70 ítems (sin 20, 25, 30, 32, 44, 47, 63, 74, 76 y 77)

	Componente										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
AI_49	.749	-.005	-.047	.095	-.133	-.026	-.022	.014	.042	.022	.171
AF_45	.717	.080	.115	-.032	-.006	-.071	.021	.001	-.020	-.025	.022
AF_27	.712	-.035	.087	-.005	.037	-.001	.059	-.004	-.022	.115	-.063
AF_29	.703	-.091	-.094	.051	-.104	-.005	.121	.022	.142	.083	-.031
AF_42	.641	-.004	.013	.029	.112	-.048	.039	-.009	.066	.016	-.036
AF_10	.601	.166	-.079	.070	-.094	-.123	-.101	.097	-.053	-.002	-.150
AF_67	.532	-.013	.023	.246	-.047	-.105	-.073	-.006	.080	.017	-.083
AN_36	-.052	.785	.078	-.015	-.133	.160	.108	.082	.011	.104	.038
AN_60	.044	.752	-.062	.090	.088	.027	.064	.087	-.063	.096	-.025

AN_73	-.154	.697	-.063	.017	-.008	-.204	.018	.107	.041	.180	-.074
AN_28	.138	.615	-.004	-.097	-.137	-.078	-.081	-.157	.207	.052	.018
AN_9	.079	.531	.227	.010	.147	-.153	-.255	-.203	.005	-.218	.061
AN_56	.130	.514	.177	-.006	-.082	-.041	-.109	-.073	.253	.024	.072
MO_80	-.024	.039	.820	-.007	.082	-.044	.149	-.016	.089	-.067	-.023
MO_34	-.016	.198	.726	-.113	.040	-.057	.052	-.106	-.237	.077	-.051
MO_66	.060	.005	.718	.063	.078	.014	.055	.105	.140	-.102	-.098
MO_54	.101	.022	.702	.008	.020	-.050	-.059	.198	.077	-.127	-.100
MO_26	-.029	.005	.691	-.010	-.077	-.158	.131	-.065	-.144	.071	.001
MO_21	-.016	-.131	.570	.111	.026	.092	.290	.157	.156	-.012	.124
MO_18	.157	-.057	.561	-.086	.061	.086	-.141	.192	.134	-.035	-.203
MO_38	.116	-.007	.476	.146	.192	-.034	-.052	.129	.159	.232	.141
AI_64	-.005	.011	-.058	.742	.233	-.123	-.075	.126	.094	-.116	.090
AI_68	.095	-.009	-.011	.719	-.168	-.014	.063	-.176	-.091	-.102	-.176
AI_52	.014	.082	.066	.690	-.046	.042	-.008	.066	-.017	.071	.158
AI_71	-.029	.058	.033	.649	-.206	-.007	-.011	-.228	-.108	-.015	-.261
AI_14	.035	-.043	-.013	.605	.063	.073	-.091	.268	.125	.071	.180
AI_46	.133	-.125	.011	.558	-.088	.006	.142	-.122	-.036	.096	-.001
AI_24	.089	.144	-.070	.413	-.167	.040	.067	-.056	-.225	.077	-.290
DE_48	.171	-.095	-.036	-.092	.699	-.056	.072	.150	-.055	.177	.063
DE_17	-.122	.060	-.022	-.032	.669	.106	.039	-.052	.065	-.247	-.064
DE_31	-.187	-.053	.184	-.119	.648	.027	-.118	-.174	-.012	.157	.019
DE_12	-.144	.008	.209	-.092	.628	.072	-.125	-.109	.092	.083	.092
DE_62	.018	-.023	.041	.026	.558	-.052	.034	-.158	-.222	-.073	-.077
DE_43	-.025	.006	-.072	.037	.558	-.017	.300	-.089	-.045	.041	-.076
SU_5	.350	.115	.046	.053	.114	-.607	-.096	.098	.004	-.093	.009
SU_40	.302	.025	-.077	-.035	.042	-.595	-.066	.023	-.105	-.086	-.007
SU_41	.036	.139	.299	.050	-.141	-.556	.150	-.051	-.036	-.043	-.056
SA_61	-.163	-.162	.124	-.076	-.072	-.475	.341	-.028	.089	.358	.102
SA_11	-.018	.056	.029	.096	.081	.097	.736	-.041	.053	-.148	.024
SA_6	.138	-.040	.133	.038	.022	.069	.699	-.079	-.060	-.156	.049
SA_35	.112	-.004	.305	.017	.000	.050	.619	-.053	-.083	.020	.123
SA_39	-.127	-.112	.186	-.060	-.075	-.366	.613	-.071	.095	.090	-.025
SA_50	-.057	-.071	.036	-.179	-.045	-.375	.547	.000	-.007	.230	.047
SA_72	-.063	.091	-.237	-.110	.226	-.069	.528	-.072	-.117	.115	-.113
CO_59	.076	-.062	.130	.000	-.006	.112	.028	-.740	-.077	.167	.037
CO_70	-.158	-.045	-.188	-.022	.174	.046	.073	-.670	.002	.028	.102
CO_75	-.062	.058	-.195	.019	.102	.038	.137	-.610	.017	.002	.104
CO_33	-.086	.078	-.224	-.076	.167	-.182	.111	-.526	-.002	-.036	.095
CO_7	-.154	.111	-.363	-.032	.141	-.060	.179	-.497	-.057	-.006	.168
CO_23	-.143	.097	-.372	-.047	.208	-.050	.180	-.479	.033	.068	.157
RA_58	-.016	-.048	.049	-.021	-.006	.000	-.114	-.374	.280	.019	-.313
EX_19	.228	.078	.019	-.010	-.106	.176	.080	-.036	.648	.091	.063
EX_16	.219	.153	-.021	-.063	-.141	.069	-.057	-.050	.645	.185	.173
EX_15	.192	.248	-.004	-.071	-.179	.056	-.073	-.150	.606	-.011	.178
SO_69	.064	.071	.114	.052	-.078	-.039	-.152	.032	.566	.117	-.215
SO_13	.082	.054	.032	-.062	.088	-.042	-.071	.050	.558	.022	.010
SO_53	-.111	-.026	.038	.220	-.146	-.448	.027	.140	.546	.022	.065
SO_4	-.024	.215	-.022	.079	.081	.112	.178	.122	.498	.004	-.302
SO_78	.137	-.087	.215	.033	-.046	-.177	-.160	.032	.468	.287	-.089
SO_1	.002	.066	.066	.116	.009	-.112	-.180	.152	.393	.134	-.304

SO_3	.175	.127	.101	.024	.020	.191	.049	-.062	.328	.052	-.260
EX_51	.110	.163	-.010	-.067	.133	.179	-.019	-.079	.020	.680	-.013
EX_79	.028	.049	.007	.064	-.018	-.080	-.103	-.121	.035	.648	.015
EX_22	.125	.185	-.059	.087	.145	.055	-.028	.112	.071	.584	-.211
EX_37	.079	.368	-.058	-.013	-.027	.090	.025	-.148	.113	.527	-.011
RA_65	.072	.028	.047	-.015	-.002	.008	-.068	.163	-.238	.140	-.631
SO_8	.164	.148	-.138	.005	.248	.067	.268	.096	.383	-.172	-.472
RA_55	.011	-.013	.025	.105	-.009	-.246	-.127	-.002	.238	.144	-.388
RA_2	.031	-.060	.148	-.089	-.050	.006	-.031	.123	.159	-.075	-.348
RA_57	.130	-.021	.137	.107	.079	.053	-.116	-.251	.088	-.177	-.348

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimín. La rotación convergió en 41 iteraciones.

Si se eliminan los ítems 61 de hábitos de salud y 58 de racionalizaciones, se obtienen los factores esperados, salvo que el de racionalización queda reducido a tres ítems, dos de ellos con cargas menores a .40. El ítem 55 tiene su carga más alta en sobreingesta (.32). El ítem 3 (no puedo decir NO cuando me ofrecen comida en las fiestas) satura en el factor de comer excesivo, lo que corresponde a la expectativa original. Por lo tanto se considera mejor desestimar los ítems de racionalizaciones (2, 55, 57 y 65) y forzar la solución a 10 factores.

Con los 64 ítems restantes se reproduce los 10 factores esperados con cargas factoriales mayores a .40 y todos con valores de consistencia interna altos, salvo el de subingesta con una consistencia adecuada ($\alpha = .65$). La varianza total explicada es 56.98%:

- Alteración afectiva (7 ítems): 10, 27, 29, 42, 45, 49 y 67 ($\alpha = .85$).
- Antojos alimentarios (6 ítems): 9, 28, 36, 56, 60 y 73 ($\alpha = .81$).
- Motivación para bajar de peso (8 ítems): 18, 21, 26, 34, 38, 54, 66 y 80 ($\alpha = .87$).
- Aislamiento social (7 ítems): 14, 24, 46, 52, 64, 68 y 71 ($\alpha = .77$).
- Defensividad (6 ítems): 12, 17, 31, 43, 48 y 62 ($\alpha = .78$).
- Subingesta (3 ítems): 5, 40 y 41 ($\alpha = .65$).
- Hábitos de salud (6 ítems): 6, 11, 35, 39, 50 y 72 ($\alpha = .78$).

- Sentimientos positivos al comer (4 ítems): 22, 37, 51 y 79 ($\alpha = .75$)
- Comer excesivo (11 ítems): 1, 3, 4, 8, 13, 15, 16, 19, 53, 69 y 78 ($\alpha = .86$).
- Imagen corporal (6 ítems): 7, 23, 33, 59, 70 y 75 ($\alpha = .87$)

Por lo tanto en la adaptación se tiene que el reactivo 49 (con frecuencia me siento sola) debe considerarse un indicador de alteración afectiva y no de aislamiento social. El factor de subingesta se reduce considerablemente a tres ítems con consistencia interna adecuada. El factor de expectativas al comer se fracciona para configurar dos nuevos factores. Por una parte se define como un factor consistente de sentimientos positivos al comer y por otra parte se integra con los ítems de sobreingesta para definir un factor de comer excesivo. El factor de racionalizaciones no se reproduce adecuadamente y tiene consistencia interna baja, por lo que se considera mejor ignorarlo. Por lo demás, los restantes factores se reproducen bien, siendo necesario sólo reducir un indicador en hábitos de salud (ítem 61), aislamiento social (ítem 49), defensividad (ítem 76). La escala se reduciría a 64 ítems, es decir, pierde 16, de los cuales 8 son los ítems del factor de racionalizaciones (véase Tabla 22).

Tabla 22.
Matriz de patrones de OQ con 64 ítems

Ítems	Componentes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AF_27	.718	-.022	.092	.013	.057	.004	-.038	-.070	.015	-.010
AI_49	.711	-.090	-.045	.084	-.167	-.082	.046	-.060	.055	.051
AF_45	.700	.070	.090	-.047	-.015	-.097	-.039	-.008	-.019	-.058
AF_29	.686	-.105	-.092	.068	-.089	-.034	-.104	-.067	.166	-.020
AF_42	.636	.030	-.014	.005	.121	-.039	-.061	-.028	.052	-.083
AF_10	.620	.194	-.067	.104	-.047	-.117	.121	.048	-.018	-.128
AF_67	.546	-.018	.048	.262	-.022	-.087	.104	.029	.110	.005
AN_36	-.036	.754	.056	-.028	-.155	.149	-.105	-.135	.023	-.074
AN_60	.059	.725	-.061	.095	.091	.018	-.029	-.087	-.016	-.040
AN_73	-.151	.712	-.065	.026	.006	-.211	-.031	-.196	.051	-.113
AN_28	.141	.596	.004	-.094	-.147	-.082	.091	-.056	.224	.150
AN_9	.088	.477	.252	.001	.128	-.150	.301	.211	.033	.230
AN_56	.128	.468	.170	-.039	-.119	-.041	.109	-.049	.256	.066
MO_80	-.035	.007	.810	-.012	.072	-.041	-.148	.054	.116	-.025
MO_34	-.002	.208	.731	-.080	.046	-.051	-.053	-.075	-.211	.057

MO_66	.056	-.020	.705	.057	.084	.025	-.043	.119	.190	-.144
MO_26	-.026	.017	.701	.018	-.068	-.134	-.133	-.032	-.118	.043
MO_54	.106	.004	.690	.002	.030	-.036	.064	.140	.109	-.245
MO_18	.152	-.072	.549	-.068	.085	.063	.151	.047	.197	-.243
MO_21	-.049	-.185	.529	.066	-.009	.079	-.306	-.033	.144	-.167
MO_38	.082	-.078	.466	.096	.144	-.051	.050	-.246	.174	-.083
AI_68	.105	.008	.015	.780	-.099	.002	-.018	.139	-.028	.133
AI_71	.011	.120	.072	.731	-.115	.043	.055	.106	-.036	.162
AI_64	-.036	-.033	-.078	.681	.225	-.138	.065	.045	.059	-.137
AI_52	-.021	.004	.052	.662	-.071	-.003	.010	-.134	-.018	-.027
AI_46	.092	-.153	.013	.582	-.076	-.039	-.142	-.146	-.006	.113
AI_14	-.008	-.120	-.051	.533	.023	.032	.070	-.149	.096	-.239
AI_24	.137	.217	-.035	.505	-.071	.078	-.021	.024	-.148	.019
DE_48	.156	-.115	-.038	-.152	.665	-.072	-.088	-.211	-.075	-.098
DE_17	-.119	.035	-.018	-.070	.662	.100	-.008	.233	.087	.070
DE_31	-.178	-.050	.202	-.157	.616	.042	.113	-.167	-.024	.184
DE_12	-.147	-.026	.219	-.150	.582	.075	.130	-.100	.083	.145
DE_62	.047	-.016	.083	.043	.575	-.032	.015	.094	-.208	.202
DE_43	-.031	.006	-.058	.038	.562	-.035	-.286	-.071	-.035	.120
SU_40	.248	-.009	-.058	-.024	.037	-.655	.039	.028	-.089	-.004
SU_5	.307	.064	.064	.036	.097	-.642	.076	.054	.023	-.067
SU_41	.015	.152	.322	.083	-.116	-.554	-.169	.062	-.007	.035
SA_11	-.017	.056	-.002	.077	.072	.114	-.737	.124	.038	.037
SA_6	.152	-.043	.128	.042	.020	.101	-.674	.167	-.068	.108
SA_39	-.132	-.064	.192	-.052	-.069	-.310	-.644	-.041	.093	.069
SA_35	.120	.002	.280	-.007	-.029	.087	-.637	-.054	-.131	.042
SA_50	-.074	-.030	.035	-.177	-.056	-.348	-.594	-.212	-.028	.022
SA_72	-.040	.132	-.210	-.076	.249	-.045	-.512	-.063	-.089	.132
EX_51	.106	.199	-.012	-.055	.127	.170	-.003	-.678	.032	.065
EX_79	.007	.082	.015	.083	-.025	-.103	.054	-.670	.022	.095
EX_22	.129	.243	-.058	.112	.182	.061	.011	-.525	.138	-.142
EX_37	.082	.393	-.049	.006	-.027	.094	-.030	-.509	.132	.142
EX_19	.171	-.035	.017	-.028	-.146	.110	-.045	-.117	.704	.107
EX_16	.164	.051	-.031	-.117	-.208	.023	.056	-.230	.651	.098
SO_69	.054	.084	.126	.072	-.031	-.035	.165	-.041	.635	-.076
EX_15	.143	.133	-.008	-.115	-.245	.009	.092	-.044	.615	.201
SO_4	-.009	.224	-.011	.105	.139	.131	-.130	.082	.587	-.124
SO_13	.039	.018	.020	-.101	.072	-.071	.062	-.033	.570	-.054
SO_53	-.161	-.078	.042	.173	-.173	-.454	-.064	-.048	.524	-.112
SO_78	.108	-.079	.219	.027	-.036	-.175	.136	-.245	.501	-.072
SO_8	.192	.194	-.113	.070	.350	.083	-.199	.272	.492	-.116
SO_3	.172	.110	.122	.072	.064	.178	.010	.047	.472	.073
SO_1	.001	.104	.078	.150	.075	-.104	.188	-.062	.464	-.199
CO_70	-.154	-.073	-.122	.005	.147	.055	-.023	-.013	.022	.745
CO_59	.102	-.054	.192	.049	-.017	.144	.008	-.119	-.043	.741
CO_75	-.066	.005	-.134	.037	.064	.037	-.089	.017	.069	.701
CO_33	-.096	.030	-.158	-.055	.134	-.190	-.072	.033	.024	.627

CO_7	-.163	.062	-.306	-.018	.103	-.065	-.132	.014	-.033	.626
CO_23	-.161	.040	-.316	-.042	.163	-.065	-.140	-.069	.060	.609

Método de extracción: Componentes Principales. Método de rotación: Oblimín. La rotación convergió en 20 iteraciones.

Los factores presentan correlaciones de bajas a moderadas, siendo el factor más correlacionado con los demás el de alteración afectiva y el más independiente el de hábitos de salud (véase Tabla 23).

Tabla 23.

Matriz de correlaciones de los 10 factores del OQ

	AF	AN	MO	AI	DE	SUB	SA	POSI	COMER	CO
AF	1									
AN	.203	1								
MO	.186	.024	1							
AI	.290	.054	.018	1						
DE	-.094	.022	.014	-.160	1					
SUB	-.106	-.029	-.113	-.044	.069	1				
SA	.077	.074	-.071	.010	-.099	.034	1			
POSI	-.094	-.139	-.028	.020	.028	.065	.023	1		
COMER	.301	.238	.166	.104	-.033	-.025	.122	-.168	1	
CO	-.171	.120	-.167	-.148	.126	.066	-.172	-.037	-.194	1

AF = Alteración afectiva, AN = Antojos alimentarios, MO = Motivación para bajar de peso, DE = Defensividad, SUB = Subingesta, SA = Hábitos de salud, POSI = Sentimientos positivos al comer, COMER = Comer excesivo y CO = Imagen corporal.

4.3.3 Distribución de los 10 factores

La consistencia interna de los 64 ítems es alta ($\alpha = .85$). Las distribuciones de los factores de alteración afectiva ($p = .05$), motivación para bajar de peso ($p = .52$), defensividad ($p = .16$) y hábitos de salud ($p = .16$) se ajustan a una curva normal. Se aproxima a la normalidad la distribución de imagen corporal ($p = .03$). Las distribuciones de antojos alimentarios, aislamiento social, subingesta, sentimientos positivos al comer y comer excesivo muestran asimetría positiva y apuntamiento, es decir, se concentran en puntuaciones bajas, alejándose del perfil de la campana de Gauss (véase Tabla 24).

Tabla 24.

Distribución y ajuste a la normalidad de los 10 factores del cuestionario de sobreingesta alimentaria

Factores	N	M	DE	Sk	K	Z _{K-S}	p
Alteración afectiva	217	6.80	5.109	0.829	0.808	1.360	.050
Antojos alimentarios	217	8.13	5.045	0.822	0.213	2.022	.001
Motivación para bajar de peso	217	14.84	7.911	-0.005	-0.777	.817	.516
Aislamiento social	217	4.00	3.794	1.273	1.522	2.441	.000
Defensividad	217	14.01	3.915	-0.161	-0.498	1.121	.162
Subingesta	217	2.18	2.346	1.496	2.495	2.947	.000
Hábitos de salud	217	8.07	4.451	0.465	0.131	1.122	.161
Sentimientos positivos al comer	217	4.12	3.305	1.097	1.496	1.821	.003
Comer excesivo	217	8.70	7.269	1.602	3.240	2.097	.000
Imagen corporal	217	10.97	5.354	-0.084	-0.796	1.423	.035

EE de Sk = .165 y EE de K = .329.

4.3.4 Contraste del modelo de 10 factores correlacionados por análisis factorial confirmatorio

Se contrasta el modelo de 10 factores correlacionados con 64 ítems por análisis factorial confirmatorio por el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Los índices de ajuste son algo pobres (véase Tabla 25) y resulta un indicador del factor de hábitos de salud no significativo (ítem 50) y 22 correlaciones no significativas. Se eliminan estos elementos no significativos del modelo y se vuelve a estimar. De nuevo los índices de ajuste son algo pobres (véase Tabla 25) y salen dos indicadores no significativos (ítem 39 del factor de hábitos de salud e ítem 21 de motivación para bajar de peso) y 7 correlaciones no significativas. Se eliminan estos elementos y se estima el modelo por tercera vez. Nuevamente hay dos indicadores no significativos (ítem 72 de hábitos de salud e ítem 53 de sobreingesta) y una correlación (entre subingesta y motivación para bajar de peso) que se aproxima a la significación estadística ($p = .08$). Se eliminan los dos indicadores, pero se conserva la correlación. Al estimar el modelo todos sus parámetros son significativos, salvo una correlación (entre alteración afectiva y defensividad), la cual se elimina. Finalmente se obtiene un modelo con todos sus parámetros significativos (véase Tabla 26). El ajuste sigue siendo pobre, pero mejora en relación con los anteriores modelos ($FD = 8.27$, $PNCP = 0.69$, $\chi^2 (1638, N = 217) = 1786.55$, $p = .01$, $\chi^2/gf = 1.09$, $RMSEA = .02$, $GFI = .72$ y $AGFI = .70$) (véase Tabla 25).

Tabla 25.

Índices de ajuste de los modelos del OQ estimados por GLS

	64 ítems	63 ítems	61 ítems	59 ítems
Iteraciones	64	64	23	28
<i>FD</i>	9.765	9.686	9.040	8.271
<i>PNCP</i>	0.957	1.042	0.920	0.688
χ^2	2113.637	2092.141	1952.728	1786.549
<i>gl</i>	1907	1867	1754	1638
<i>p</i>	.001	.000	.001	.006
χ^2/gl	1.108	1.120	1.113	1.091
<i>RMSEA</i>	.022	.024	.023	.020
<i>GFI</i>	.694	.693	.704	.720
<i>AGFI</i>	.666	.668	.680	.697

Tabla 26.

Parámetros estandarizados del modelo de 10 factores correlacionados con 59 ítems

Modelo	Parámetro				Residuo			
	β	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	var	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(AF)-1->[AF_10]	0.583	0.084	6.929	.000	0.660	0.098	6.727	.000
(AF)-2->[AF_27]	0.515	0.073	7.085	.000	0.734	0.075	9.793	.000
(AF)-3->[AF_29]	0.542	0.077	7.088	.000	0.706	0.083	8.505	.000
(AF)-4->[AF_42]	0.672	0.060	11.264	.000	0.549	0.080	6.846	.000
(AF)-5->[AF_45]	0.861	0.053	16.379	.000	0.259	0.090	2.868	.004
(AF)-6->[AI_49]	0.497	0.080	6.181	.000	0.753	0.080	9.420	.000
(AF)-7->[AF_67]	0.514	0.084	6.146	.000	0.736	0.086	8.556	.000
(SA)-8->[SA_6]	0.678	0.084	8.112	.000	0.540	0.113	4.771	.000
(SA)-9->[SA_11]	0.544	0.088	6.183	.000	0.704	0.096	7.352	.000
(SA)-10->[SA_35]	0.737	0.083	8.846	.000	0.457	0.123	3.725	.000
(AN)-11->[AN_9]	0.394	0.091	4.338	.000	0.845	0.071	11.820	.000
(AN)-12->[AN_28]	0.696	0.058	11.991	.000	0.516	0.081	6.388	.000
(AN)-13->[AN_36]	0.753	0.048	15.681	.000	0.432	0.072	5.970	.000
(AN)-14->[AN_56]	0.622	0.066	9.372	.000	0.613	0.083	7.412	.000
(AN)-15->[AN_60]	0.775	0.049	15.864	.000	0.399	0.076	5.271	.000
(AN)-16->[AN_73]	0.655	0.063	10.362	.000	0.571	0.083	6.901	.000
(AI)-17->[AI_14]	0.429	0.086	4.978	.000	0.816	0.074	11.005	.000
(AI)-18->[AI_24]	0.485	0.070	6.931	.000	0.764	0.068	11.243	.000
(AI)-19->[AI_46]	0.402	0.076	5.293	.000	0.838	0.061	13.700	.000
(AI)-20->[AI_52]	0.470	0.077	6.067	.000	0.779	0.073	10.722	.000
(AI)-21->[AI_64]	0.543	0.072	7.553	.000	0.705	0.078	9.037	.000
(AI)-22->[AI_68]	0.943	0.039	24.089	.000	0.112	0.074	1.514	.130
(AI)-23->[AI_71]	0.766	0.048	16.106	.000	0.414	0.073	5.685	.000
(DE)-24->[DE_12]	0.740	0.066	11.154	.000	0.452	0.098	4.601	.000
(DE)-25->[DE_17]	0.586	0.075	7.762	.000	0.657	0.088	7.422	.000
(DE)-26->[DE_31]	0.609	0.073	8.377	.000	0.629	0.089	7.099	.000

(DE)-27->[DE_43]	0.463	0.091	5.066	.000	0.786	0.085	9.297	.000
(DE)-28->[DE_48]	0.588	0.080	7.326	.000	0.654	0.094	6.928	.000
(DE)-29->[DE_62]	0.473	0.082	5.747	.000	0.776	0.078	9.981	.000
(SU)-30->[SU_5]	0.657	0.092	7.130	.000	0.568	0.121	4.682	.000
(SU)-31->[SU_40]	0.665	0.100	6.663	.000	0.558	0.133	4.201	.000
(SU)-32->[SU_41]	0.428	0.100	4.287	.000	0.817	0.085	9.562	.000
(MO)-33->[MO_18]	0.647	0.061	10.527	.000	0.581	0.080	7.310	.000
(MO)-34->[MO_26]	0.464	0.086	5.385	.000	0.785	0.080	9.815	.000
(MO)-35->[MO_34]	0.702	0.063	11.153	.000	0.508	0.088	5.752	.000
(MO)-36->[MO_38]	0.818	0.059	13.866	.000	0.331	0.096	3.430	.001
(MO)-37->[MO_54]	0.649	0.067	9.693	.000	0.579	0.087	6.678	.000
(MO)-38->[MO_66]	0.738	0.049	15.093	.000	0.456	0.072	6.315	.000
(MO)-39->[MO_80]	0.793	0.042	18.956	.000	0.371	0.066	5.598	.000
(CO)-40->[CO_7]	0.718	0.054	13.335	.000	0.485	0.077	6.282	.000
(CO)-41->[CO_23]	0.762	0.052	14.595	.000	0.420	0.080	5.280	.000
(CO)-42->[CO_33]	0.477	0.080	5.989	.000	0.773	0.076	10.176	.000
(CO)-43->[CO_59]	0.461	0.081	5.702	.000	0.787	0.075	10.560	.000
(CO)-44->[CO_70]	0.950	0.040	23.591	.000	0.098	0.076	1.287	.198
(CO)-45->[CO_75]	0.421	0.086	4.922	.000	0.823	0.072	11.424	.000
(CE)-46->[SO_1]	0.410	0.084	4.851	.000	0.832	0.069	12.039	.000
(CE)-47->[SO_3]	0.748	0.038	19.755	.000	0.440	0.057	7.757	.000
(CE)-48->[SO_4]	0.613	0.062	9.918	.000	0.624	0.076	8.245	.000
(CE)-49->[SO_8]	0.525	0.078	6.748	.000	0.725	0.082	8.874	.000
(CE)-50->[SO_13]	0.386	0.079	4.869	.000	0.851	0.061	13.943	.000
(CE)-51->[EX_15]	0.748	0.050	15.023	.000	0.441	0.074	5.921	.000
(CE)-52->[EX_16]	0.820	0.041	19.973	.000	0.327	0.067	4.855	.000
(CE)-53->[EX_19]	0.856	0.037	23.188	.000	0.267	0.063	4.215	.000
(CE)-54->[SO_69]	0.687	0.063	10.958	.000	0.528	0.086	6.128	.000
(CE)-55->[SO_78]	0.379	0.098	3.877	.000	0.856	0.074	11.567	.000
(POSI)-56->[EX_22]	0.768	0.056	13.694	.000	0.410	0.086	4.756	.000
(POSI)-57->[EX_37]	0.748	0.038	19.755	.000	0.440	0.057	7.757	.000
(POSI)-58->[EX_51]	0.655	0.059	11.121	.000	0.571	0.077	7.394	.000
(POSI)-59->[EX_79]	0.391	0.087	4.478	.000	0.847	0.068	12.394	.000
(SA)-123-(AF)	0.367	0.104	3.524	.000				
(AN)-124-(AF)	0.277	0.095	2.908	.004				
(SU)-126-(AF)	0.436	0.103	4.236	.000				
(CE)-127-(AF)	0.271	0.088	3.096	.002				
(POSI)-128-(AF)	0.377	0.093	4.053	.000				
(CE)-129-(AN)	0.531	0.074	7.197	.000				
(POSI)-130-(AN)	0.674	0.073	9.293	.000				
(DE)-131-(AI)	-0.328	0.091	-3.583	.000				
(MO)-132-(DE)	0.236	0.097	2.432	.015				
(CO)-133-(DE)	0.252	0.095	2.662	.008				
(MO)-134-(SU)	0.224	0.104	2.149	.032				
(CO)-135-(MO)	-0.339	0.084	-4.014	.000				
(CE)-136-(MO)	0.247	0.071	3.500	.000				
(POSI)-137-(CO)	0.264	0.073	3.628	.000				

(CE)-138-(POSI)	0.594	0.071	8.357	.000
------------------	-------	-------	-------	------

El análisis factorial confirmatorio indica que el factor de hábitos de salud posee peores indicadores y es el más independiente y sólo correlaciona con alteración afectiva que es el factor más relacionado con los demás. Aislamiento social sólo tiene correlación significativa con defensividad, siendo también bastante independiente.

4.3.5 Contraste de un modelo de 10 factores correlacionados con sólo 3 ó 4 indicadores por factor

Se contrasta un modelo de 10 factores correlacionados simplificado en indicadores (de 4 a 3 por factor): alteración afectiva (AF) (10, 29, 42 y 45), hábitos de salud (SA) (6, 11 y 35), antojos alimentarios (AN) (28, 36, 60 y 73), aislamiento social (AI) (24, 64, 68 y 71), defensividad (DE) (12, 17, 31 y 48), subingesta (SU) (5, 40 y 41), motivación para bajar de peso (MO) (34, 38, 66 y 80), imagen corporal (CO), (7, 23, 33 y 70), comer excesivo (CE) (3, 15, 16 y 19) y sentimientos positivos al comer (POSI) (22, 37, 51 y 79). Se contemplan 15 correlaciones. Estos indicadores se seleccionan desde la Tabla 26.

Al calcular los parámetros del modelo por GLS la correlación entre el factor de subingesta y de motivación para bajar de peso no es significativa ($r = .09$, $p = .38$) (véase Tabla 27). En este modelo los índices de ajuste mejoran en comparación con el modelo con 64 ítems y se muestran más adecuados ($FD = 3.70$, $\chi^2(650, N = 217) = 798.68$, $p < .01$), $\chi^2/gf = 1.23$, $PNCP = 0.69$, $RMSEA = .03$, $GFI = .80$, $AGFI = .78$). Cuando se elimina esta correlación y se vuelve a calcular el modelo un indicador del factor de subingesta (ítem 40) no resulta significativo, por lo que se elimina y sustituye por el ítem 77 que anteriormente se desechó por baja carga factorial (véase Tabla 20). Así se conserva el número de indicadores que sólo son tres. Además se elimina la correlación entre alteración afectiva y subingesta también por falta de significación estadística, una vez sustituido el ítem 40 por el 77 y hecho el cálculo. Estimado el modelo sin la correlación no significativa todos

sus parámetros resultan significativos, incluyendo el ítem 77 (véase Tabla 28). El ajuste del modelo mejora en comparación con el modelo de 64 ítems, y los índices se muestran más adecuados ($FD = 3.70$, $\chi^2 (651, N = 217) = 801.50$, $p < .01$), $\chi^2/df = 1.231$, $PNCP = 0.70$, $RMSEA = .03$, $GFI = .80$, $AGFI = .78$).

Tabla 27.

Parámetros estandarizados del OQ con 10 factores correlacionados con 3 ó 4 indicadores cada un, estimados por GLS

Modelo	Parámetros				Residuos			
	β	EE	t	p	S ²	EE	t	p
(AF)-1->[AF_10]	0.472	0.088	5.370	0.000	0.777	0.083	9.369	0.000
(AF)-2->[AF_29]	0.492	0.082	6.027	0.000	0.758	0.080	9.416	0.000
(AF)-3->[AF_42]	0.652	0.074	8.816	0.000	0.575	0.096	5.974	0.000
(AF)-4->[AF_45]	0.635	0.073	8.650	0.000	0.596	0.093	6.388	0.000
(SA)-5->[SA_6]	0.748	0.068	10.984	0.000	0.440	0.102	4.320	0.000
(SA)-6->[SA_11]	0.593	0.072	8.296	0.000	0.648	0.085	7.630	0.000
(SA)-7->[SA_35]	0.724	0.067	10.820	0.000	0.475	0.097	4.903	0.000
(AN)-8->[AN_28]	0.728	0.052	14.100	0.000	0.470	0.075	6.251	0.000
(AN)-9->[AN_36]	0.761	0.045	16.937	0.000	0.421	0.068	6.145	0.000
(AN)-10->[AN_60]	0.747	0.048	15.454	0.000	0.442	0.072	6.128	0.000
(AN)-11->[AN_73]	0.644	0.055	11.708	0.000	0.585	0.071	8.256	0.000
(AI)-12->[AI_24]	0.481	0.065	7.353	0.000	0.769	0.063	12.226	0.000
(AI)-13->[AI_64]	0.404	0.070	5.795	0.000	0.837	0.056	14.871	0.000
(AI)-14->[AI_68]	0.919	0.044	20.801	0.000	0.156	0.081	1.926	0.054
(AI)-15->[AI_71]	0.795	0.047	16.825	0.000	0.368	0.075	4.897	0.000
(DE)-16->[DE_12]	0.785	0.054	14.617	0.000	0.384	0.084	4.557	0.000
(DE)-17->[DE_17]	0.628	0.066	9.577	0.000	0.606	0.082	7.360	0.000
(DE)-18->[DE_31]	0.689	0.058	11.897	0.000	0.525	0.080	6.582	0.000
(DE)-19->[DE_48]	0.507	0.078	6.499	0.000	0.743	0.079	9.408	0.000
(SU)-20->[SU_5]	0.607	0.106	5.729	0.000	0.632	0.128	4.922	0.000
(SU)-21->[SU_40]	0.737	0.125	5.884	0.000	0.457	0.185	2.472	0.013
(SU)-22->[SU_41]	0.287	0.105	2.730	0.006	0.917	0.061	15.147	0.000
(MO)-23->[MO_34]	0.515	0.075	6.891	0.000	0.735	0.077	9.560	0.000
(MO)-24->[MO_38]	0.789	0.058	13.556	0.000	0.377	0.092	4.108	0.000
(MO)-25->[MO_66]	0.771	0.047	16.558	0.000	0.406	0.072	5.663	0.000
(MO)-26->[MO_80]	0.817	0.044	18.572	0.000	0.332	0.072	4.614	0.000
(CO)-27->[CO_7]	0.714	0.051	14.076	0.000	0.490	0.072	6.757	0.000
(CO)-28->[CO_23]	0.767	0.049	15.804	0.000	0.412	0.074	5.528	0.000
(CO)-29->[CO_33]	0.506	0.069	7.289	0.000	0.744	0.070	10.577	0.000
(CO)-30->[CO_70]	0.965	0.042	23.219	0.000	0.069	0.080	0.864	0.388
(CE)-31->[EX_15]	0.818	0.035	23.613	0.000	0.331	0.057	5.846	0.000
(CE)-32->[EX_16]	0.877	0.029	29.922	0.000	0.231	0.051	4.503	0.000
(CE)-33->[EX_19]	0.831	0.035	23.559	0.000	0.310	0.059	5.296	0.000
(CE)-34->[SO_3]	0.512	0.069	7.403	0.000	0.738	0.071	10.432	0.000
(POS)-35->[EX_22]	0.744	0.052	14.345	0.000	0.446	0.077	5.769	0.000
(POS)-36->[EX_37]	0.801	0.042	19.186	0.000	0.359	0.067	5.369	0.000
(POS)-37->[EX_51]	0.673	0.050	13.390	0.000	0.547	0.068	8.071	0.000

(POSI)-38->[EX_79]	0.493	0.068	7.214	0.000	0.757	0.067	11.222	0.000
(SA)-77-(AF)	0.380	0.113	3.351	0.001				
(AN)-78-(AF)	0.363	0.105	3.449	0.001				
(SU)-79-(AF)	0.440	0.119	3.691	0.000				
(CE)-80-(AF)	0.348	0.098	3.545	0.000				
(POSI)-81-(AF)	0.358	0.101	3.540	0.000				
(CE)-82-(AN)	0.565	0.068	8.287	0.000				
(POSI)-83-(AN)	0.708	0.061	11.688	0.000				
(DE)-84-(AI)	-0.357	0.081	-4.422	0.000				
(MO)-85-(DE)	0.233	0.092	2.534	0.011				
(CO)-86-(DE)	0.260	0.085	3.069	0.002				
(MO)-87-(SU)	0.090	0.103	0.879	0.380				
(CO)-88-(MO)	-0.327	0.082	-4.002	0.000				
(CE)-89-(MO)	0.246	0.070	3.486	0.000				
(POSI)-90-(CO)	0.269	0.066	4.103	0.000				
(CE)-91-(POSI)	0.547	0.067	8.132	0.000				

Tabla 28.

Modelo corregido de parámetros estandarizados del OQ con 10 factores correlacionados con 3 ó 4 indicadores cada uno, estimado por GLS

	Parámetro				Residuo			
	β	EE	t	p	S ²	EE	t	p
(AF)-1->[AF_10]	0.266	0.110	2.411	0.016	0.929	0.059	15.861	0.000
(AF)-2->[AF_29]	0.444	0.093	4.794	0.000	0.803	0.082	9.742	0.000
(AF)-3->[AF_42]	0.670	0.086	7.746	0.000	0.552	0.116	4.765	0.000
(AF)-4->[AF_45]	0.581	0.087	6.691	0.000	0.663	0.101	6.577	0.000
(SA)-5->[SA_6]	0.742	0.071	10.395	0.000	0.449	0.106	4.230	0.000
(SA)-6->[SA_11]	0.582	0.076	7.707	0.000	0.661	0.088	7.525	0.000
(SA)-7->[SA_35]	0.697	0.070	9.951	0.000	0.514	0.098	5.260	0.000
(AN)-8->[AN_28]	0.699	0.055	12.646	0.000	0.511	0.077	6.606	0.000
(AN)-9->[AN_36]	0.758	0.046	16.415	0.000	0.426	0.070	6.081	0.000
(AN)-10->[AN_60]	0.736	0.050	14.796	0.000	0.458	0.073	6.250	0.000
(AN)-11->[AN_73]	0.656	0.054	12.106	0.000	0.570	0.071	8.023	0.000
(AI)-12->[AI_24]	0.497	0.063	7.864	0.000	0.753	0.063	11.967	0.000
(AI)-13->[AI_64]	0.410	0.069	5.942	0.000	0.832	0.057	14.671	0.000
(AI)-14->[AI_68]	0.912	0.042	21.744	0.000	0.169	0.076	2.212	0.027
(AI)-15->[AI_71]	0.803	0.045	17.718	0.000	0.356	0.073	4.894	0.000
(DE)-16->[DE_12]	0.773	0.056	13.875	0.000	0.402	0.086	4.667	0.000
(DE)-17->[DE_17]	0.648	0.067	9.708	0.000	0.581	0.086	6.718	0.000
(DE)-18->[DE_31]	0.686	0.059	11.570	0.000	0.530	0.081	6.521	0.000
(DE)-19->[DE_48]	0.502	0.078	6.423	0.000	0.748	0.078	9.533	0.000
(SU)-20->[SU_5]	0.422	0.113	3.734	0.000	0.822	0.096	8.593	0.000
(SU)-21->[SU_77]	0.652	0.130	5.031	0.000	0.575	0.169	3.398	0.001
(SU)-22->[SU_41]	0.511	0.106	4.820	0.000	0.739	0.108	6.816	0.000
(MO)-23->[MO_34]	0.521	0.074	7.084	0.000	0.729	0.077	9.518	0.000
(MO)-24->[MO_38]	0.764	0.056	13.735	0.000	0.417	0.085	4.909	0.000
(MO)-25->[MO_66]	0.824	0.040	20.561	0.000	0.320	0.066	4.844	0.000
(MO)-26->[MO_80]	0.822	0.040	20.663	0.000	0.324	0.065	4.953	0.000
(CO)-27->[CO_7]	0.744	0.045	16.501	0.000	0.446	0.067	6.651	0.000
(CO)-28->[CO_23]	0.802	0.042	19.000	0.000	0.357	0.068	5.278	0.000

(CO)-29->[CO_33]	0.550	0.066	8.339	0.000	0.697	0.073	9.594	0.000
(CO)-30->[CO_70]	0.933	0.037	25.261	0.000	0.130	0.069	1.885	0.059
(CE)-31->[EX_15]	0.816	0.035	23.272	0.000	0.334	0.057	5.831	0.000
(CE)-32->[EX_16]	0.875	0.030	29.626	0.000	0.234	0.052	4.516	0.000
(CE)-33->[EX_19]	0.825	0.036	23.206	0.000	0.319	0.059	5.433	0.000
(CE)-34->[SO_3]	0.509	0.069	7.424	0.000	0.741	0.070	10.600	0.000
(POSI)-35->[EX_22]	0.741	0.053	13.993	0.000	0.450	0.079	5.735	0.000
(POSI)-36->[EX_37]	0.800	0.043	18.642	0.000	0.359	0.069	5.225	0.000
(POSI)-37->[EX_51]	0.673	0.051	13.213	0.000	0.547	0.069	7.970	0.000
(POSI)-38->[EX_79]	0.472	0.071	6.668	0.000	0.778	0.067	11.659	0.000
(SA)-77-(AF)	0.458	0.126	3.630	0.000				
(AN)-78-(AF)	0.208	0.120	1.736	0.083				
(CE)-79-(AF)	0.306	0.107	2.864	0.004				
(POSI)-80-(AF)	0.322	0.112	2.878	0.004				
(CE)-81-(AN)	0.546	0.070	7.787	0.000				
(POSI)-82-(AN)	0.703	0.062	11.297	0.000				
(DE)-83-(AI)	-0.382	0.080	-4.760	0.000				
(MO)-84-(DE)	0.193	0.090	2.135	0.033				
(CO)-85-(DE)	0.246	0.088	2.803	0.005				
(CO)-86-(MO)	-0.375	0.078	-4.834	0.000				
(CE)-87-(MO)	0.254	0.067	3.798	0.000				
(POSI)-88-(CO)	0.253	0.066	3.831	0.000				
(CE)-89-(POSI)	0.538	0.068	7.887	0.000				
(MO)-90-(SU)	0.303	0.106	2.861	0.004				

Se observa que el ítem 10 como indicador del factor de alteración afectiva es débil por lo que se sustituye por el ítem 27. Al hacer el cálculo resulta mejor indicador y más homogéneo con los tres restantes. Una correlación se aproxima a la significación estadística, la de alteración afectiva con antojos alimentarios, por lo que se elimina. El modelo restante tiene todos sus parámetros significativos (véase Tabla 29) y se puede afirmar que muestra un ajuste adecuado a los datos ($FD = 3.65$, $\chi^2 (652, N = 217 = 788.95, p < .01)$, $\chi^2/gf = 1.210$, $PNCP = 0.63$, $RMSEA = .03$, $GFI = .81$, $AGFI = .78$), ligeramente mejor que el modelo simplificado inicialmente propuesto.

Tabla 29.

Modelo revisado de parámetros estandarizados del OQ con 10 factores correlacionados con 3 ó 4 indicadores por factor

Modelo	Parámetro				Residuo			
	β	EE	t	p	S ²	EE	t	p
(AF)-1->[AF_27]	0.522	0.086	6.058	0.000	0.728	0.090	8.097	0.000
(AF)-2->[AF_29]	0.516	0.089	5.785	0.000	0.733	0.092	7.956	0.000
(AF)-3->[AF_42]	0.556	0.086	6.455	0.000	0.691	0.096	7.218	0.000

(AF)-4->[AF_45]	0.540	0.091	5.934	0.000	0.708	0.098	7.211	0.000
(SA)-5->[SA_6]	0.730	0.069	10.536	0.000	0.467	0.101	4.607	0.000
(SA)-6->[SA_11]	0.593	0.075	7.923	0.000	0.648	0.089	7.297	0.000
(SA)-7->[SA_35]	0.705	0.068	10.311	0.000	0.503	0.096	5.222	0.000
(AN)-8->[AN_28]	0.676	0.057	11.922	0.000	0.543	0.077	7.082	0.000
(AN)-9->[AN_36]	0.771	0.046	16.736	0.000	0.406	0.071	5.720	0.000
(AN)-10->[AN_60]	0.728	0.050	14.454	0.000	0.470	0.073	6.403	0.000
(AN)-11->[AN_73]	0.642	0.055	11.740	0.000	0.588	0.070	8.363	0.000
(AI)-12->[AI_24]	0.521	0.062	8.397	0.000	0.729	0.065	11.265	0.000
(AI)-13->[AI_64]	0.406	0.070	5.841	0.000	0.835	0.056	14.785	0.000
(AI)-14->[AI_68]	0.912	0.041	22.478	0.000	0.168	0.074	2.268	0.023
(AI)-15->[AI_71]	0.804	0.044	18.183	0.000	0.354	0.071	4.981	0.000
(DE)-16->[DE_12]	0.783	0.055	14.304	0.000	0.386	0.086	4.505	0.000
(DE)-17->[DE_17]	0.619	0.067	9.224	0.000	0.616	0.083	7.411	0.000
(DE)-18->[DE_31]	0.696	0.058	12.015	0.000	0.516	0.081	6.409	0.000
(DE)-19->[DE_48]	0.536	0.076	7.018	0.000	0.712	0.082	8.695	0.000
(SU)-20->[SU_5]	0.408	0.111	3.676	0.000	0.834	0.090	9.228	0.000
(SU)-21->[SU_77]	0.584	0.117	4.994	0.000	0.659	0.137	4.827	0.000
(SU)-22->[SU_41]	0.563	0.106	5.321	0.000	0.683	0.119	5.720	0.000
(MO)-23->[MO_34]	0.559	0.069	8.157	0.000	0.687	0.077	8.952	0.000
(MO)-24->[MO_38]	0.757	0.056	13.422	0.000	0.427	0.085	4.996	0.000
(MO)-25->[MO_66]	0.823	0.039	21.005	0.000	0.322	0.065	4.991	0.000
(MO)-26->[MO_80]	0.832	0.038	22.022	0.000	0.307	0.063	4.882	0.000
(CO)-27->[CO_7]	0.775	0.040	19.568	0.000	0.399	0.061	6.505	0.000
(CO)-28->[CO_23]	0.843	0.036	23.488	0.000	0.290	0.060	4.789	0.000
(CO)-29->[CO_33]	0.615	0.058	10.630	0.000	0.622	0.071	8.756	0.000
(CO)-30->[CO_70]	0.913	0.033	27.787	0.000	0.166	0.060	2.761	0.006
(CE)-31->[EX_15]	0.806	0.037	22.070	0.000	0.350	0.059	5.944	0.000
(CE)-32->[EX_16]	0.876	0.031	28.705	0.000	0.232	0.054	4.333	0.000
(CE)-33->[EX_19]	0.814	0.037	22.149	0.000	0.337	0.060	5.625	0.000
(CE)-34->[SO_3]	0.519	0.070	7.468	0.000	0.731	0.072	10.125	0.000
(POSI)-35->[EX_22]	0.749	0.054	13.905	0.000	0.439	0.081	5.435	0.000
(POSI)-36->[EX_37]	0.797	0.045	17.883	0.000	0.365	0.071	5.150	0.000
(POSI)-37->[EX_51]	0.661	0.053	12.501	0.000	0.562	0.070	8.035	0.000
(POSI)-38->[EX_79]	0.481	0.070	6.897	0.000	0.769	0.067	11.478	0.000
(SA)-77-(AF)	0.551	0.132	4.166	0.000				
(CE)-79-(AF)	0.260	0.104	2.501	0.012				
(POSI)-80-(AF)	0.205	0.102	2.010	0.044				
(CE)-81-(AN)	0.503	0.071	7.089	0.000				
(POSI)-82-(AN)	0.697	0.063	11.122	0.000				
(DE)-83-(AI)	-0.403	0.079	-5.122	0.000				
(MO)-84-(DE)	0.191	0.089	2.157	0.031				
(CO)-85-(DE)	0.259	0.087	2.977	0.003				
(MO)-86-(SU)	0.344	0.105	3.263	0.001				
(CO)-87-(MO)	-0.363	0.078	-4.657	0.000				
(CE)-88-(MO)	0.249	0.067	3.697	0.000				
(POSI)-89-(CO)	0.224	0.068	3.306	0.001				
(CE)-91-(POSI)	0.515	0.070	7.360	0.000				

Los valores de consistencia interna de los factores simplificados a tres o cuatro indicadores son altos ($\alpha > .70$), salvo la consistencia del factor de subingesta con tres indicadores (5, 41 y 77), que es baja ($\alpha = .56$). Este factor con el ítem 40 tiene mayor consistencia interna y en un rango de valor adecuado ($\alpha = .65$). Por lo tanto, el ítem 40 (hay días que como nada) parece mejor indicador que el ítem 77 (cuento las calorías de lo que como) del factor de subingesta, de ahí que se podría mejor considerar el modelo simplificado inicialmente propuesto, a pesar de contar con una correlación espuria (no significativa) (Véase Tabla 30).

Tabla 30.

Consistencia interna de los 10 factores del OQ definidos desde el AFE y los definidos desde el AFC

Factores	con 64 ítems		con 38 ítems (inicial)		con 38 (Modificado)
	No. de Ítems	α	No. de Ítems	α	α
Alteración afectiva	7	.85	4	.75	.78
Hábitos de salud	7	.78	3	.73	.73
Antojos alimentarios	6	.81	4	.78	.78
Aislamiento social	7	.77	4	.74	.74
Defensividad	6	.78	4	.73	.73
Subingesta	3	.65	3	.65	.56
Motivación	8	.87	4	.79	.79
Imagen corporal	6	.87	4	.88	.88
Comer excesivo	11	.86	4	.79	.79
Sentimientos positivos	4	.75	4	.75	.75

4.3.6 Fijación de la composición de ítems y factores del cuestionario OQ adaptado

En este estudio el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria se va a manejar desde la definición de 10 factores, quitando el de racionalizaciones, y modificando los de expectativas relacionadas con el comer y sobreingesta. En su lugar aparece el factor de comer excesivo (que combina ítems de sobreingesta y expectativas) y el de sentimientos positivos al comer (con ítems de expectativas). Estos factores se manejan con 64 ítems, ya que se optimiza la consistencia interna y se abarca un mayor contenido para el cálculo de correlaciones, modelos de regresión lineal y

de análisis de trayectorias. El modelo simplificado queda como propuesta para estimar modelos estructurales con variables latentes (con 4 ó 3 indicadores).

O'Donnell y Warren (2007) no definen un puntaje total para la escala. En este estudio se genera uno invirtiendo las puntuaciones de hábitos de salud (6, 11, 35, 39, 50 y 72), sentimientos positivos al comer (22, 37, 51 y 79), imagen corporal (7, 23, 33, 59, 70 y 75) y defensividad (12, 17, 31, 43, 48 y 62). Tras su cálculo se estiman las correlaciones con sus componentes, se observa que todos contribuyen de forma significativa a la suma total. La variable con menos peso es sentimientos positivos al comer y las que tienen más peso son comer excesivo y alteración afectiva (véase Tabla 31).

Tabla 31.

Correlaciones del puntaje total del OQ con sus componentes

	<i>r</i>	<i>p</i>
Alteración afectiva	.712	.000
Antojos alimentarios	.448	.000
Motivación para bajar de peso	.602	.000
Aislamiento social	.451	.000
Defensividad	-.446	.000
Subingesta	.437	.000
Hábitos de salud	-.328	.000
Sentimientos positivos al comer	.156	.021
Comer excesivo	.721	.000
Imagen corporal	-.678	.000

4.3.7 Factores de Segundo orden de los 10 factores primarios

Si se calculan los factores de segundo orden de estos 10 factores primarios. La matriz de correlaciones muestra propiedades adecuadas para la extracción de factores. El determinante tiende a cero ($|R| = .09$), el índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin es .69 y se rechaza la hipótesis nula de equivalencia con una matriz identidad por el prueba de la esfericidad de Bartlett ($\chi^2(45) = 517.86, p < .01$). Casi todas las correlaciones son significativas, variando de .51 a .01. Las correlaciones más altas ($> .40$) son las de la alteración afectiva con comer excesivo y aislamiento; de antojos con sentimientos positivos al comer

y comer excesivo, asimismo entre motivación para bajar de peso e imagen corporal y entre comer excesivo y sentimientos positivos. Comer excesivo, alteración afectiva y antojos tienen las correlaciones más altas (véase Tabla 32).

Tabla 32.

Correlaciones entre las 10 subescalas definidas OQ

		AF	AN	MO	AI	DE	SUB	SA	POSI	CE
AN	<i>r</i>	.339								
	<i>p</i>	.000								
MO	<i>r</i>	.294	.129							
	<i>p</i>	.000	.029							
AI	<i>r</i>	.409	.112	.069						
	<i>p</i>	.000	.051	.156						
DE	<i>r</i>	-.257	-.066	.040	-.327					
	<i>p</i>	.000	.165	.278	.000					
SUB	<i>r</i>	.399	.195	.326	.167	-.132				
	<i>p</i>	.000	.002	.000	.007	.026				
SA	<i>r</i>	-.093	-.094	.141	-.076	.243	.101			
	<i>p</i>	.085	.084	.019	.132	.000	.070			
POSI	<i>r</i>	.272	.479	.043	.079	.022	.091	-.011		
	<i>p</i>	.000	.000	.266	.123	.373	.090	.434		
CE	<i>r</i>	.508	.478	.353	.191	-.172	.216	-.184	.419	
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.002	.006	.001	.003	.000	
CO	<i>r</i>	-.359	.012	-.431	-.210	.358	-.184	.297	.085	-.296
	<i>p</i>	.000	.427	.000	.001	.000	.003	.000	.105	.000

AF: Alteración afectiva, AN: Antojos alimentarios. MO: Motivación para bajar de peso, AI: Aislamiento social, DE: Defensividad, SU: Subingesta, SA: Hábitos de salud, POSI: Sentimientos positivos al comer, CE: Comer excesivo, CO: Imagen corporal.

Por el criterio de Kaiser, se definen 4 componentes: el primero agrupa sentimientos positivos al comer, antojos alimentarios y comer excesivo. Se podría interpretar como un factor de comedor gourmet, que disfruta de comer y es autoindulgente en la comida. El segundo agrupa motivación para bajar de peso, malestar con la imagen corporal y subingesta. Se puede interpretar como componente de restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal. El tercero agrupa defensividad, aislamiento social y alteración afectiva. Refleja un factor afectivo de componente depresivo e inhibición. El cuarto agrupa hábitos de salud, subingesta y satisfacción con la imagen corporal y se puede interpretar como un componente de ortorexia o disciplina en el ejercicio y comer para lograr una imagen corporal deseada, en un sentido sano (véase Tabla 33).

Tabla 33.
Matriz de patrones de segundo orden del OQ

	Componentes			
	1	2	3	4
Sentimientos positivos al comer	.875	-.188	-.052	.001
Antojos alimentarios	.838	-.056	-.007	-.060
Comer excesivo	.641	.362	-.036	-.240
Motivación para bajar de peso	-.028	.996	-.298	.173
Imagen corporal	.240	-.713	-.097	.423
Aislamiento social	-.017	-.190	.909	.120
Defensividad	.129	.141	-.738	.320
Alteración afectiva	.323	.292	.474	.055
Hábitos de salud	-.142	.102	-.013	.879
Subingesta	.027	.445	.332	.448

Extracción de factores: Componentes Principales. Rotación: Promax. La rotación convergió en 6 iteraciones.

Los dos factores con mayor correlación son el de restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal y el factor afectivo. La correlación es moderada (.45) Por lo tanto este segundo factor refleja más psicopatología. El factor de ortorexia es independiente del estilo gourmet y tiene correlación baja y negativa con los otros dos factores. Las demás correlaciones son bajas y directas (véase Tabla 34).

Tabla 34.
Correlaciones entre los componentes factoriales del OQ

Componentes	1	2	3	4
1	1			
2	.293	1		
3	.262	.453	1	
4	.051	-.121	-.190	1

F1: Estilo gourmet, F2: restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal, F3: factor afectivo, F4: ortorexia.

4.4 Índice de masa corporal (IMC): correlaciones y modelos predictivos

4.4.1 Correlaciones con IMC

En relación con las variables sociodemográficas el índice de masa corporal correlaciona con la edad, nivel socioeconómico, número de hijos y escolaridad, en relación con las funciones del Yo correlaciona sólo con sentido de realidad, en relación con el cuestionario de sobreingesta correlaciona con motivación para bajar de peso, imagen corporal, puntaje total, comer excesivo, alteración afectiva y hábitos de salud (véase Tabla 35).

Tabla 35.
Correlaciones con IMC

	<i>r</i>	<i>p</i>
Edad	.404**	.000
Último año de educación completado	.146*	.031
Nivel socioeconómico (clase social) al que considera que pertenece	-.211**	.002
Número de hijos	.214**	.002
SR Sentido de la realidad	.148*	.029
RI Regulación y control de instintos, afectos e impulsos	.093	.174
RO Relaciones objetales	.080	.242
FD Funcionamiento defensivo	.034	.616
Alteración afectiva	.190**	.005
Antojos alimentarios	-.063	.359
Motivación para bajar de peso	.487**	.000
Aislamiento social	.026	.706
Defensividad	.028	.678
Subingesta	-.006	.935
Hábitos de salud	-.156*	.022
Sentimientos positivos al comer	-.005	.943
Comer excesivo	.334**	.000
Imagen corporal	-.460**	.000
Puntaje total en el cuestionario de sobreingesta alimentaria	.404**	.000

4.4.2 Valoración de las causas de la obesidad y su relación con el IMC

El 76% de los participantes atribuyen la obesidad a inadecuados hábitos al comer, 76% a falta de ejercicio físico, 68% a la herencia, 60% a comer comida

chatarra, 40% a la falta de voluntad, 38% a un metabolismo lento, 21% a problemas psicológicos, 20% a comer más que otra gente, y 7% a la presión de los para comer. Al estudiar la relación de la valoración estas causas con el IMC por la correlación biserial-puntual se observa relación significativa con falta de voluntad ($r_{bp} = .21, p < .01$) y comer más que otra gente ($r_{bp} = .13, p < .05$). Las personas con mayor índice de masa corporal refieren con más frecuencia como causa de la obesidad la falta de voluntad y el comer más que otras personas (véase Tabla 36).

Tabla 36.

Distribución de frecuencias de las causas a las que atribuyen la obesidad y correlación con IMC

Considera causas de su obesidad	f	%	IMC		
			r_{bp}	p	
Hábitos	Si	166	76.5	.017	.802
	No	51	23.5		
Falta de ejercicio	Si	166	76.5	.086	.205
	No	51	23.5		
Genes (herencia)	Si	69	68.2	-.101	.140
	No	148	31.8		
Comer comida chatarra	Si	130	59.9	-.053	.440
	No	87	40.1		
Falta de voluntad	Si	86	39.6	.207	.002
	No	131	60.4		
Metabolismo	Si	82	37.8	-.105	.124
	No	135	62.2		
Problemas psicológicos	Si	45	20.7	-.063	.354
	No	172	79.3		
Comer más que otra gente	Si	43	19.8	.135	.047
	No	174	80.2		
Mucha presión para comer	Si	16	7.4	.004	.950
	No	201	92.6		

4.4.3 Modelo de regresión de IMC

Al calcular el modelo de regresión de índice de masa corporal (IMC) con sus once correlatos significativos ingresan seis variables: Motivación para bajar de

peso ($\beta = .38$), edad ($\beta = .42$), número hijos ($\beta = -.21$), imagen corporal ($\beta = -.19$), hábitos de salud ($\beta = -.12$) y nivel socioeconómico ($\beta = -.11$). El modelo es significativo ($F(6, 210) = 27.33, p < .01$). Los predictores presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza alejados de la unidad, así como unos valores de correlación parcial y semiparcial que descienden en comparación con las correlaciones originales. La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.29, p = .07$) (véase Figura 15), y se cumple el supuesto de independencia entre los residuos como evidencia la ausencia de tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 16). El modelo explica el 42% de la varianza del índice de masa corporal. Mayor edad, mayor motivación para bajar de peso, mayor número de hijos, mayor preocupación por la imagen corporal, inadecuados hábitos de salud y menor nivel socioeconómico pronostican mayor índice de masa corporal (véase Tabla 37).

Tabla 37.
Modelo de regresión de índice de masa corporal

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	19.725	2.617		7.539	.000					
Edad	0.393	.068	.423	5.757	.000	.404	.369	.298	.495	2.022
MO	0.302	.048	.379	6.263	.000	.487	.397	.324	.730	1.370
Num. Hijos	-1.359	.479	-.211	-2.838	.005	.214	-.192	-.147	.485	2.060
CO	-0.221	.075	-.188	-2.954	.003	-.460	-.200	-.153	.663	1.509
SA	-0.167	.083	-.118	-2.024	.044	-.156	-.138	-.105	.784	1.276
NSE	-1.137	.546	-.111	-2.081	.039	-.211	-.142	-.108	.947	1.056

$R = .662, R^2 = .438, R^2_{aj.} = .422, F = 4.79$. MO = Motivación para bajar de peso. F1 = CO = Imagen corporal. NSE = Nivel socioeconómico y NA = Hábitos de salud.

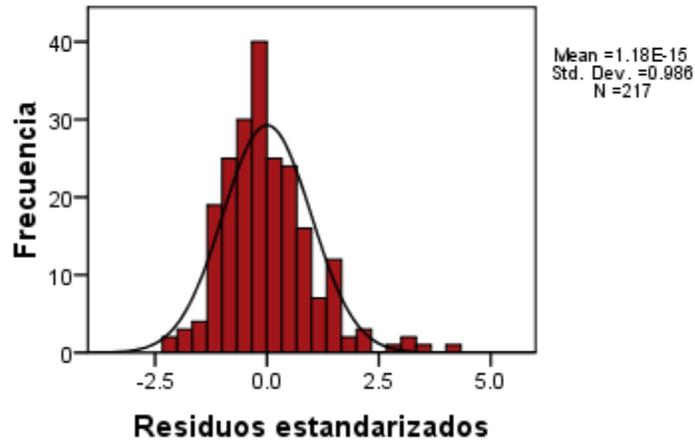


Figura 15. Histograma de los residuos del modelo de IMC.

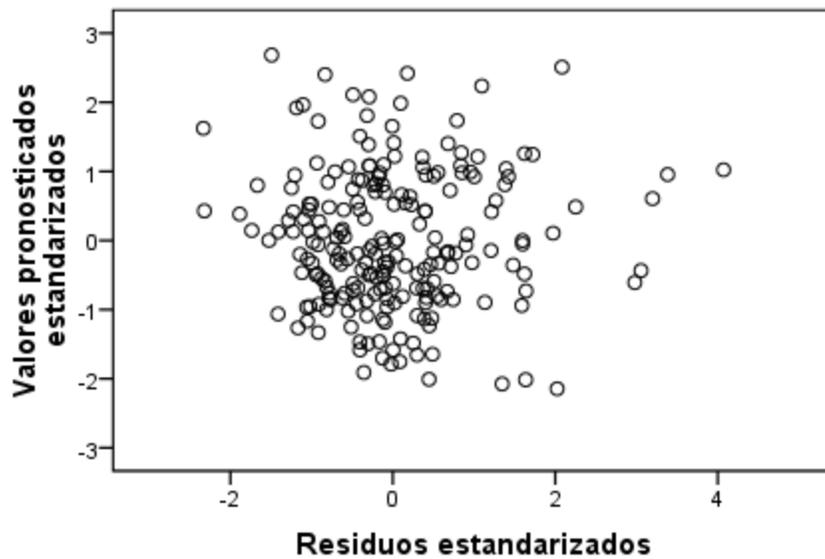


Figura 16. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados.

4.4.4 Modelos de análisis de trayectorias de IMC

En primer lugar se contrasta un modelo semejante al obtenido en regresión múltiple. Se considera la multicolinealidad entre la edad, número de hijos, nivel socioeconómico y hábitos de salud. Ahora se maneja el IMC como predictor de

motivación para bajar de peso e imagen corporal, a su vez la insatisfacción con la imagen corporal como predictor de motivación para bajar de peso, al tener estas vías un mayor sentido causal. Los hábitos de salud pronostican IMC, motivación para bajar de peso e imagen corporal. El modelo explica el 20% de la varianza del IMC, 37% de la varianza de motivación para bajar de peso y 26% de la varianza de imagen corporal. Todos sus parámetros son significativos con la excepción de la predicción del IMC por los hábitos de salud ($\beta = -.09, p = .13$). El ajuste del modelo es bueno ($\chi^2(8) = 10.93, p = .21, \chi^2/gl = 1.37, GFI = .99, AGFI = .95, NFI = .97, IFI = .99, CFI = .99, FD = 0.05, PNCP = 0.01, RMSEA = .04$) (véase Figura 17).

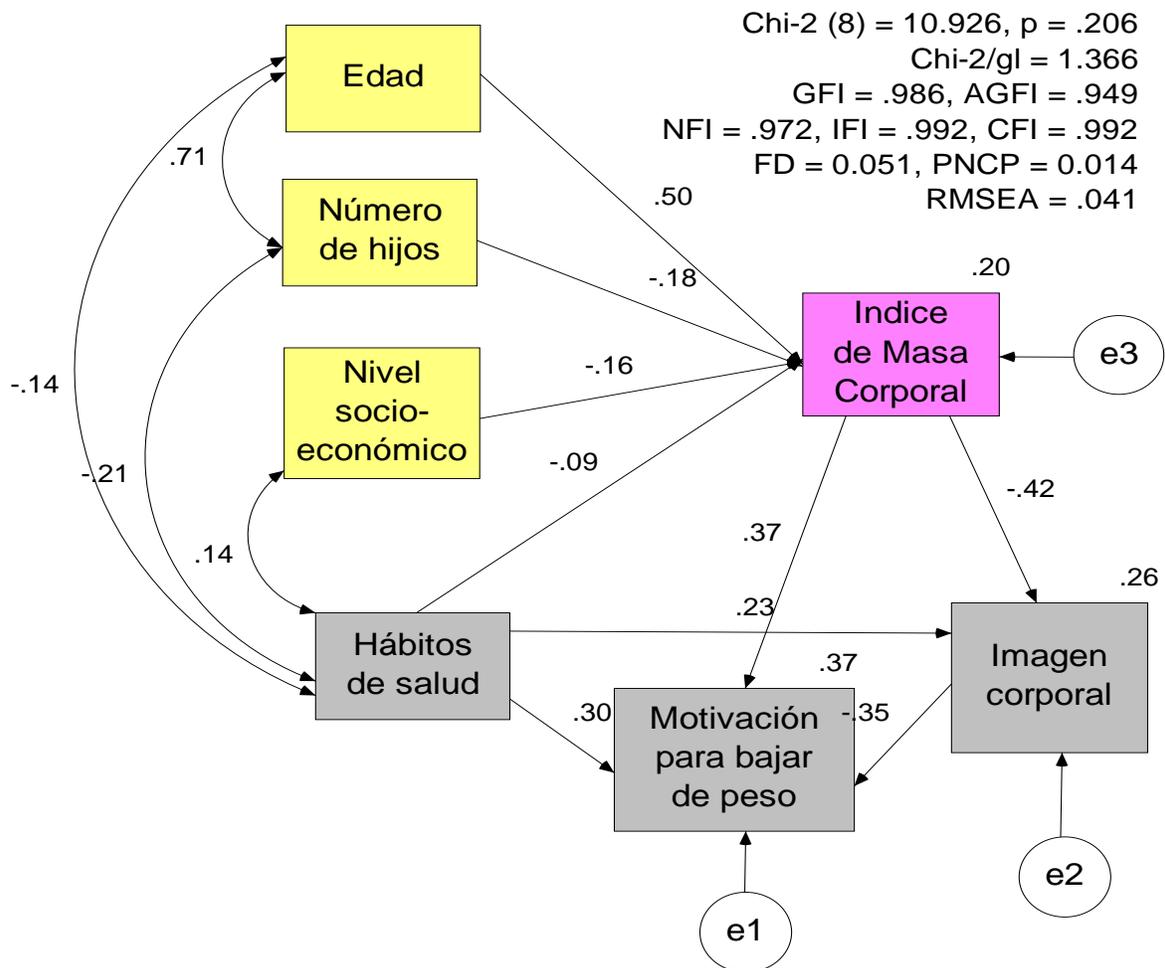


Figura 17. Parámetros estandarizados del primer modelo de análisis de trayectorias de IMC.

Si se elimina la vía de predicción del IMC por hábitos de salud, el porcentaje de varianza explicada de IMC es de 19%, el ajuste sigue siendo bueno ($\chi^2(9) = 13.14$, $p = .16$, $\chi^2/gl = 1.46$, $GFI = .98$, $AGFI = .95$, $NFI = .97$, $IFI = .99$, $CFI = .99$, $FD = 0.06$, $PNCP = 0.02$, $RMSEA = .05$), pero la vía de predicción del IMC por el número de hijos se aproxima a la significación estadística ($\beta = -.16$, $p = .06$), debido a su alta correlación con la edad ($r = .71$) y el mayor peso de esta última en la predicción del IMC ($\beta = .50$, $p < .01$) (véase Figura 18).

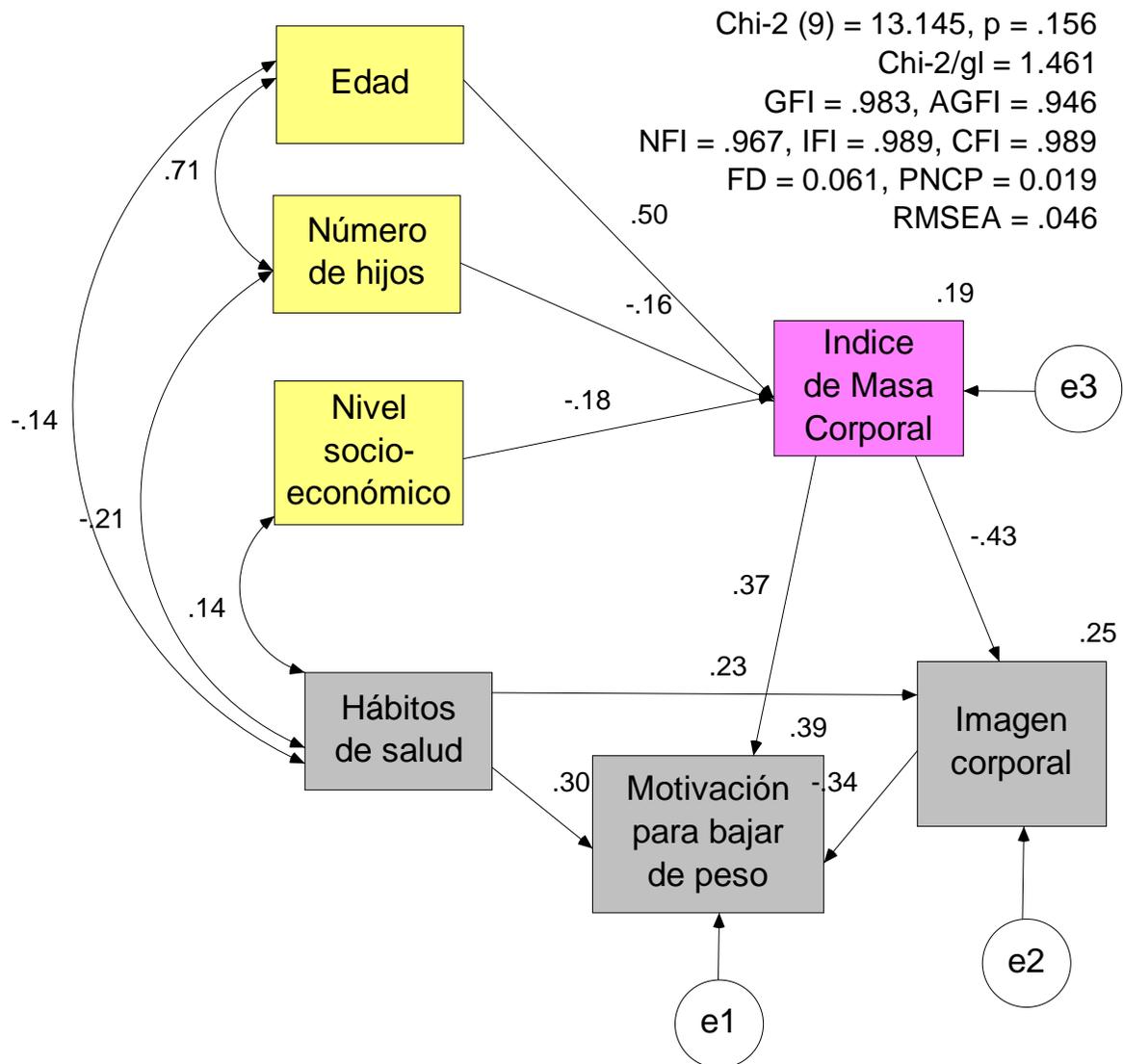


Figura 18. Parámetros estandarizados del primer modelo revisado de análisis de trayectorias de IMC.

De forma adicional se elimina la vía de predicción del IMC por del número de hijos. Ahora todos los parámetros son significativos. La varianza explicada del IMC es de 18%. El ajuste del modelo es bueno ($\chi^2(6) = 6.78, p = .34, \chi^2/gl = 1.13, GFI = .99, AGFI = .96, NFI = .97, IFI = 1, CFI = 1, FD = 0.03, PNCP < 0.01, RMSEA = .02$) (véase Figura 19).

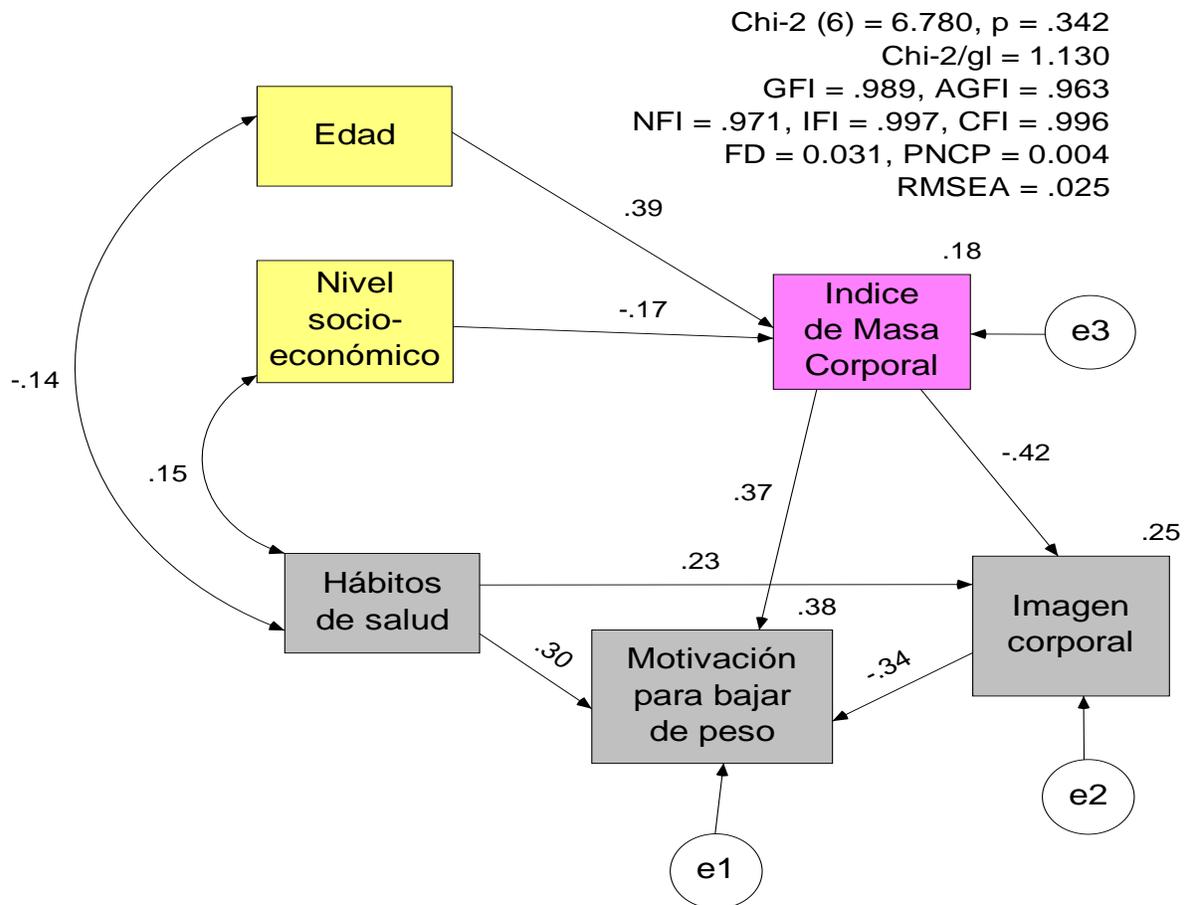


Figura 19. Parámetros estandarizados de la segunda revisión del primer modelo de IMC.

Se podría considerar que es la preocupación por la imagen corporal y la motivación para bajar de peso lo que motiva el seguir unos adecuados hábitos de alimentación. Si se cambian de dirección las flechas, se logra explicar el 18% de los hábitos de salud y el ajuste empeora ligeramente. Desaparece las correlaciones con edad y nivel socioeconómico. Al contemplar éstas como predictores de hábitos de salud no resaltan vías significativas (véase Figura 20).

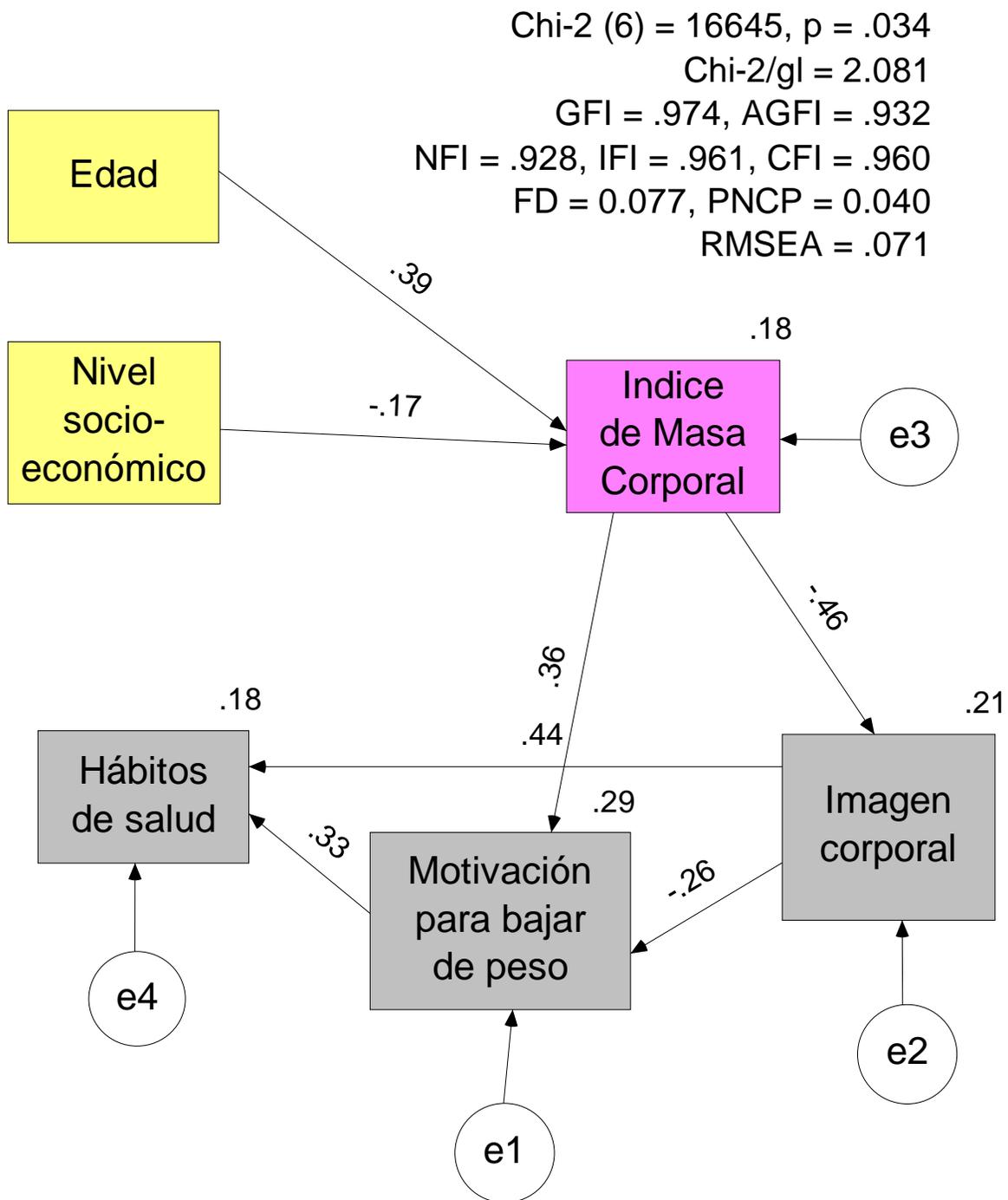


Figura 20. Parámetros estandarizados de la tercera revisión del primer modelo de IMC.

Se introduce en la segunda revisión del primer modelo una nueva variable manifiesta: el comer excesivo, la cual es un predictor de IMC. Esta nueva variable se maneja como manifiesta exógena. El comer excesivo pronostica mayor IMC y

correlaciona con la edad y hábitos de salud. El modelo explica el 26% de la varianza del IMC, 42% de motivación para bajar de peso y 28% de la insatisfacción con la imagen corporal. Todos sus parámetros son significativos. El ajuste a los datos por GLS es bueno ($\chi^2(7) = 9.47, p = .22, \chi^2/gl = 1.35, GFI = .99, AGFI = .95, NFI = .97, IFI = .99, CFI = .99, FD = 0.04, PNCP = 0.01, RMSEA = .04$). Al aumentar la varianza explicada se puede afirmar que es mejor modelo que el anterior (véase Figura 21).

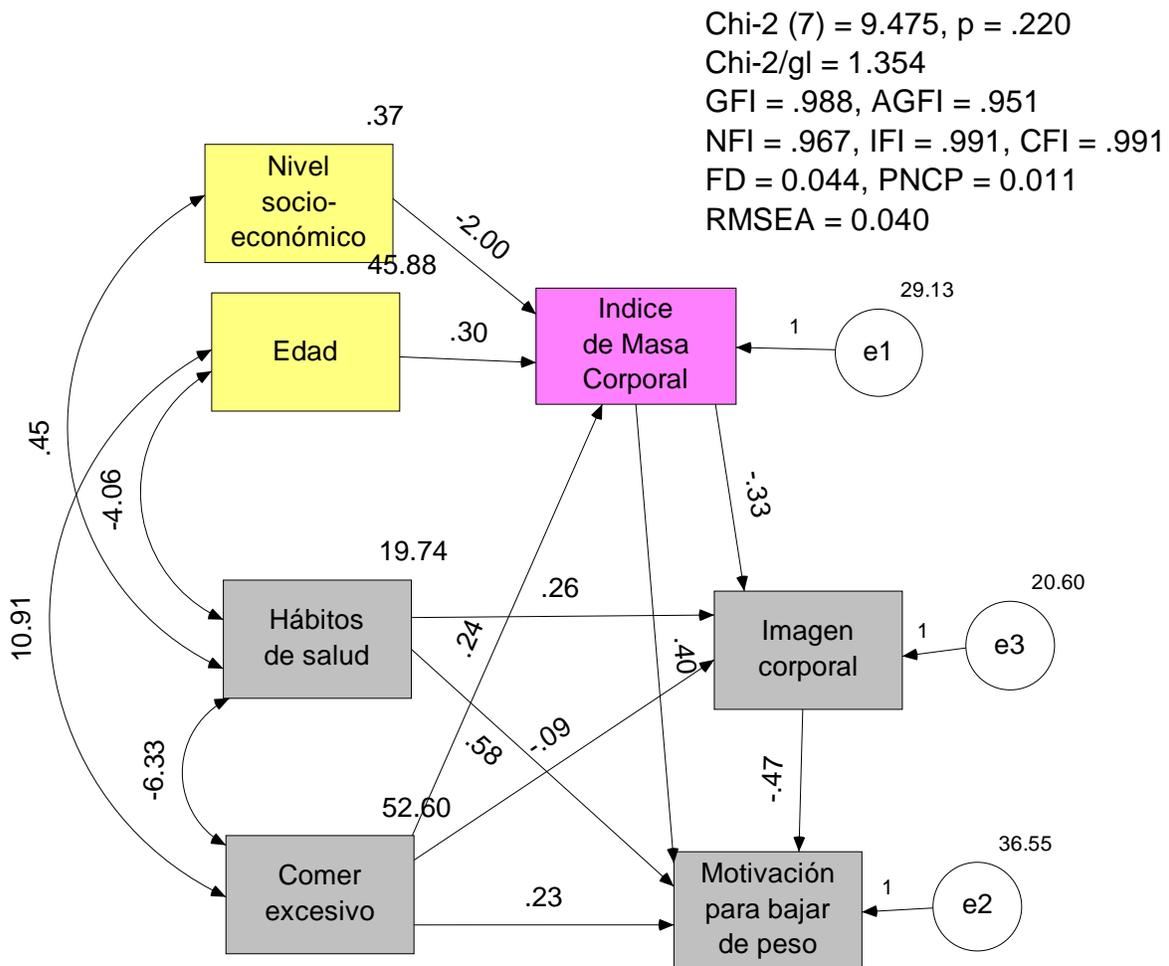


Figura 21. Parámetros estandarizados del segundo modelo de IMC.

En un tercer modelo se añade la alteración afectiva que pronostica mayor insatisfacción con la imagen corporal y comer excesivo, además correlaciona con la edad. Se maneja el comer excesivo como una variable endógena pronosticada por alteración afectiva e inadecuados hábitos de salud. El modelo explica el 24%

de la varianza de IMC, 42% de la motivación para bajar de peso, 32% de la imagen corporal y 27% de comer excesivo. Todos sus parámetros son significativos. El ajuste a los datos por GLS es bueno ($\chi^2(13) = 20.08$, $p = .08$, $\chi^2/gl = 1.54$, $GFI = .98$, $AGFI = .94$, $NFI = .95$, $IFI = .98$, $CFI = .98$, $FD = 0.09$, $PNCP = 0.03$, $RMSEA = .05$). Con respecto al anterior tenemos el comer excesivo como una variable explicada, donde la edad es un determinante no significativo. Además refleja determinantes emocionales en el comer excesivo y la insatisfacción con la imagen corporal. La primera relación refleja un mecanismo de regulación emocional y la segunda probablemente problemas de autoestima (véase Figura 22).

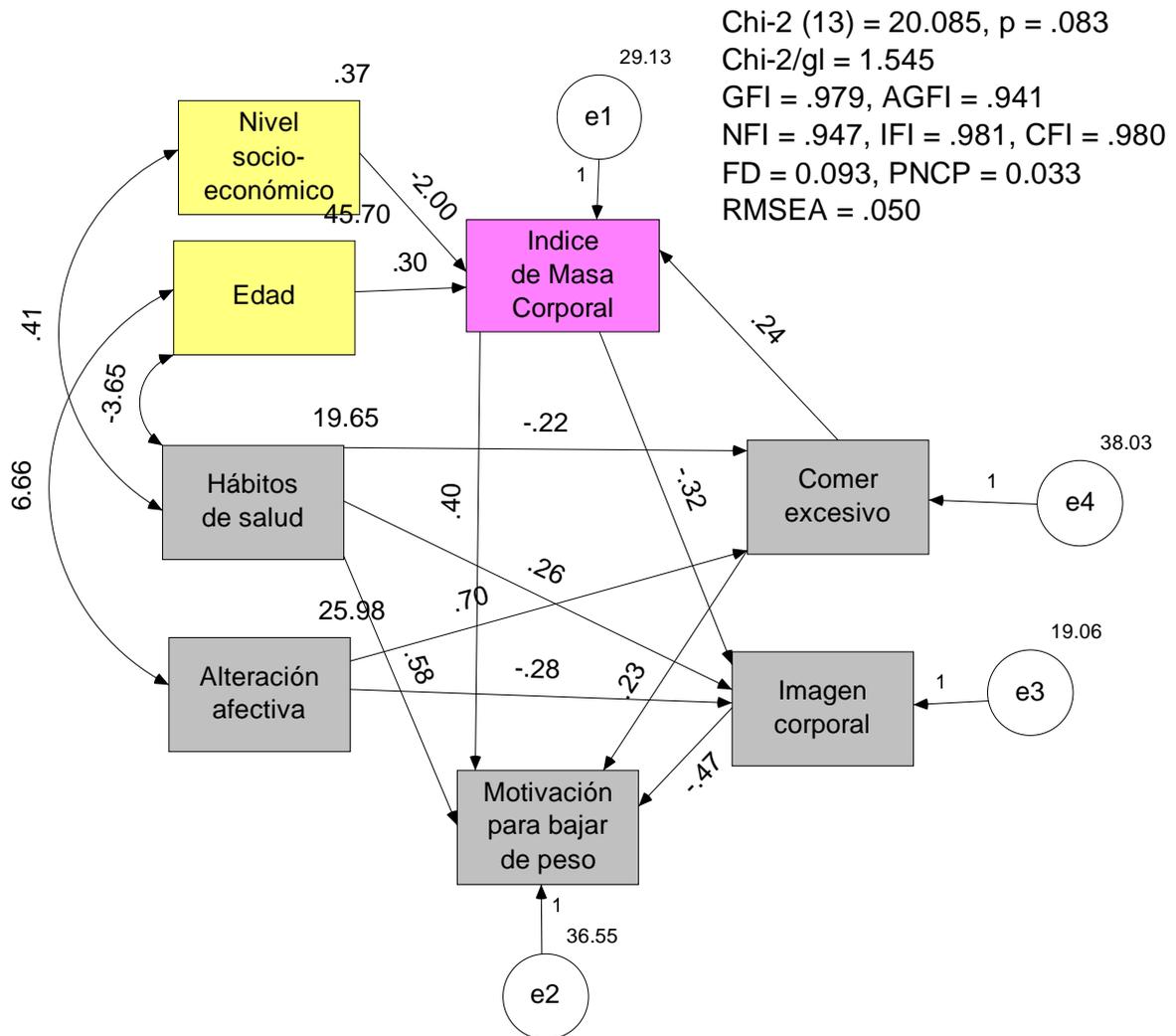


Figura 22. Parámetros estandarizados del tercer modelo de IMC.

4.5 Alteración alimentaria: correlaciones y modelos predictivos

4.5.1 Correlaciones y asociaciones con las variables sociodemográficas y funciones del Yo

El puntaje total del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) correlaciona con las 4 funciones del Yo, las asociaciones son moderadas, además correlaciona con un valor moderado con el índice de masa corporal y con valores bajos con número de hijos y edad. Es independiente de las variables de escolaridad y nivel socioeconómico. Entre los 10 factores del cuestionario OQ las correlaciones más altas aparecen con alteración afectiva y el más independiente es el de hábitos de salud. Entre las variables sociodemográficas la edad e IMC correlacionan sobre todo con el factor de imagen corporal, y la escolaridad con alteración afectiva (véase Tabla 38).

Tabla 38.

Correlaciones y asociaciones de las variables sociodemográficas y funciones del Yo con el puntaje total y los 10 factores del Cuestionario de OQ.

		Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria										
		PT	AF	AN	MO	AI	DE	SU	SA	PO	CE	CO
SR	<i>r</i>	.417**	.467**	.163	.237**	.150	-.263*	.257**	-.080	.175**	.237**	-.304**
	<i>p</i>	.000	.000	.016	.000	.027	.000	.000	.238	.010	.000	.000
RI	<i>r</i>	.289**	.368**	.241**	.188**	.045	-.096	.245**	.039	.079	.146*	-.166*
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.005	.513	.158	.000	.567	.248	.032	.015
RO	<i>r</i>	.432**	.554**	.193**	.126	.365**	-.305**	.231**	-.038	.099	.263**	-.208**
	<i>p</i>	.000	.000	.004	.065	.000	.000	.001	.577	.145	.000	.002
FD	<i>r</i>	.479**	.601**	.263**	.186**	.323**	-.284**	.266**	-.019	.142*	.252**	-.313**
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000	.777	.036	.000	.000
Edad	<i>r</i>	.226**	.203**	.026	.139*	.089	-.033	-.081	-.155*	.148*	.222**	-.239**
	<i>p</i>	.001	.003	.705	.040	.193	.624	.238	.023	.029	.001	.000
Esc.	<i>r</i>	.117	.185**	.069	.058	.106	.003	-.036	.031	.025	.125	-.034
	<i>p</i>	.085	.006	.312	.397	.120	.971	.602	.647	.710	.065	.621
NSC	<i>r</i>	-.072	-.086	.127	-.068	-.046	.054	-.002	.165*	-.025	.076	.181**
	<i>p</i>	.294	.206	.061	.322	.503	.432	.978	.015	.719	.264	.007
Hijos	<i>r</i>	.187**	.138*	-.020	.109	.022	-.117	-.019	-.231**	.126	.119	-.227**
	<i>p</i>	.006	.042	.769	.108	.748	.086	.785	.001	.064	.081	.001
IMC	<i>r</i>	.404**	.190**	-.063	.487**	.026	.028	-.006	-.156*	-.005	.334**	-.460**
	<i>p</i>	.000	.005	.359	.000	.706	.678	.935	.022	.943	.000	.000

* $p < .05$ y ** $p < .01$. SR: Sentido de la realidad, RI: Regulación y control de instintos, afectos e impulsos, RO: Relaciones objetales, FD Funcionamiento defensivo, Esc.: Escolaridad NSC: Nivel socioeconómico, IMC: Índice de Masa Corporal. Cuestionario de Sobreingesta: PT: Puntaje total, AF: Alteración afectiva, AN: Antojos alimentarios. MO: Motivación para bajar de peso, AI: Aislamiento social, DE: Defensividad, SU: Subingesta, SA: Hábitos de salud, POSI: Sentimientos positivos al comer, CE: Comer excesivo, CO: Imagen corporal.

4.5.2 Modelos de regresión lineal

Los modelos de regresión lineal se calculan con las variables significativamente asociadas al criterio. Se estiman por el método Stepwise (pasos progresivos) para lograr la menor colinealidad entre los predictores. Se calculan modelos tanto para el puntaje total como para los 10 factores de Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria.

4.5.2.1 Puntaje total de Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria

El puntaje total de cuestionario tiene correlaciones significativas con IMC, número de hijos, edad y las 4 funciones del Yo (como suma simple de ítems) (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan cuatro variables: IMC ($\beta = .36$), funcionamiento defensivo ($\beta = .30$), relaciones objetales ($\beta = .15$) y sentido de la realidad ($\beta = .13$). Las cuatro variables tienen signo positivo. El modelo es significativo ($F(4, 212) = 36.63, p < .01$). Los tres predictores de funciones del Yo presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza alejados de la unidad, así como el descenso de los valores de las correlaciones parcializadas en comparación con las correlaciones originales (véase Tabla 39). Se cumplen los supuestos en relación con los residuos, cuya distribución se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.92, p = .36$) (véase Figura 23), y se observa independencia entre los mismos por la ausencia de tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 24). El modelo explica el 40% de la varianza del puntaje total de OQ. Indica que a mayor índice de masa corporal, mayor funcionamiento defensivo, más problemas en las relaciones objetales y menor sentido de la realidad se pronostica más alteración alimentaria (sobreingesta y factores psicológicos relacionados con el sobrepeso y la obesidad).

Tabla 39.

Modelo de regresión del Puntaje Total del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	35.473	6.009		5.903	.000					
FD	1.701	.413	.303	4.123	.000	.479	.272	.218	.516	1.940
IMC	1.437	.212	.363	6.776	.000	.404	.422	.358	.973	1.027
RO	.835	.403	.146	2.073	.039	.432	.141	.109	.559	1.788
SR	.728	.368	.128	1.976	.049	.417	.135	.104	.661	1.512

$R = .639$, $R^2 = .409$, $R^2_{aj.} = .398$, $EEE = 19.373$. FD = Funcionamiento defensivo, RO = Relaciones objetales y SR = Sentido de realidad.

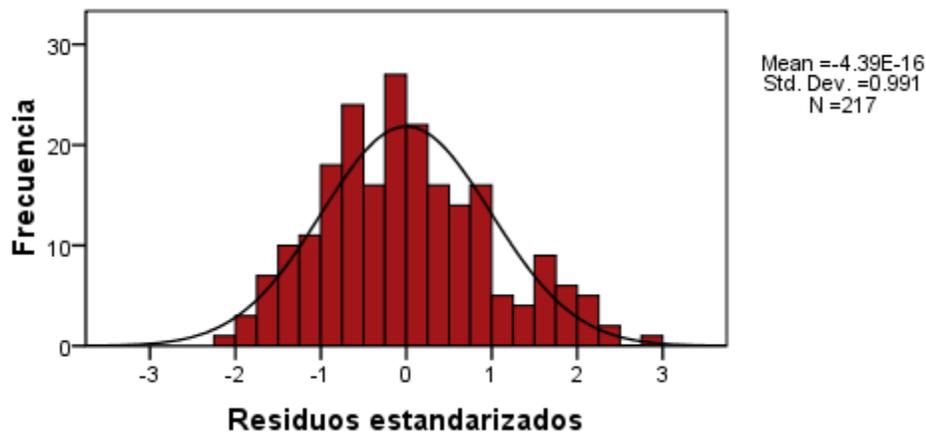


Figura 23. Histograma de los residuos estandarizados del OQ.

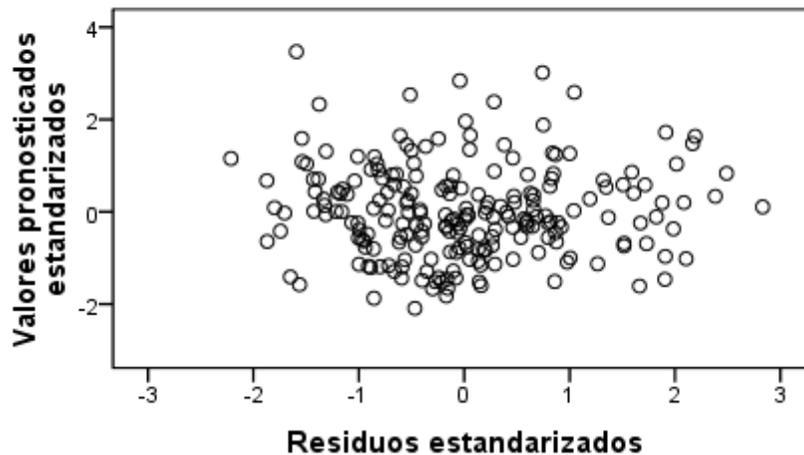


Figura 24. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados del OQ.

Para superar el problema de colinealidad entre los tres predictores de funciones del Yo que inflan la varianza pronosticada, se manejan puntuaciones factoriales ortogonales (generadas por el método Anderson-Rubin). Se factorizan los 36 ítems de las funciones del Yo, sin 26, 30, 34 y 36 que presentaban problemas de consistencia dentro de cada factor. Al forzar la solución a 4 factores, se obtienen unos componentes próximos, aunque no exactamente iguales, a los factores esperados. El primero está integrado por 7 de los 8 ítems de funcionamiento defensivo, se añaden tres ítems de relaciones objetales sobre problemas de dependencia no resuelta, dos de control de impulsos afectivos y un ítem de desrealización. Se puede etiquetar *funcionamiento defensivo con problemas de dependencia no resuelta y cambios de humor*. Refleja una posición depresiva. El segundo factor incluye 5 de los 8 ítems de relaciones objetales referentes a distanciamiento, dureza y agresividad, 3 de regulación de impulsos antisociales y suicidas, además hay un ítem sobre deja vú. Se puede denominar *dureza en las relaciones objetales*. Refleja una posición esquizo-paranoide. El tercero incluye 8 de los 10 ítems de sentido de la realidad, además aparece un ítem de funcionamiento defensivo (me siento desbaratado) congruente con los anteriores. Se puede denominar *sentido de la realidad*. El cuarto incluye 4 de los 10 ítems de regulación y control de impulsos relacionados con actividad e impaciencia. Se puede denominar *huida de la ansiedad a través de la actividad* (véase Tabla 40).

Tabla 40.
Matriz factorial rotada forzada a 4 factores

Ítems	Componentes			
	F1	F2	F3	F4
RI14 ¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo?	.630	.021	.058	.313
FD39 ¿Siente que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria?	.621	.164	.025	-.084
FD37 ¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted?	.576	-.060	.043	.033
RO29 ¿Se siente rechazado si alguien importante para usted no le está proporcionando toda su atención?	.559	.230	.143	.186
RO21 ¿Siente que nadie es en realidad su amigo?	.530	.296	.099	-.100
RO28 ¿Es usted sobredependiente de alguna relación o se aferra a ella?	.529	.116	.185	.168

FD31 ¿Las cosas lo trastornan fácilmente?	.512	.268	.178	.173
FD38 ¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras?	.502	.296	.222	-.040
RI20 ¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar?	.498	.152	.177	.080
FD32 ¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué?	.492	.261	.300	.159
FD33 ¿Es usted una persona ansiosa?	.458	.332	.146	.250
RI19 ¿Se siente incapaz de controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos?	.453	-.085	.260	-.039
SR9 ¿Siente que la vida es como un sueño o una película?	.404	.268	.178	.187
FD40 ¿Cree que si no piensa en sus problemas desaparecerán por si solos?	.403	.249	.122	-.130
RO23 ¿Si usted establece una relación íntima con alguien, se rompe rápidamente?	.001	.658	.102	.167
RO24 En general, ¿desea que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de usted?	.047	.646	.000	-.033
RI18 ¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que considera malos?	.049	.595	.099	.047
RI16 ¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien?	.281	.568	-.049	-.071
RO22 ¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias?	.263	.515	.137	-.091
RO25 ¿Le atrae la misma clase de persona con la que ha tenido problemas antes?	.142	.380	.016	.145
RI17 ¿Siente una necesidad irresistible de matarse?	.189	.355	.157	-.099
SR5 ¿Tiene la sorpresiva sensación de que algo que sucede le ha sucedido antes?	.104	.339	.212	.057
RO27 Cuando alguien importante para usted está ausente, ¿siente que se ha ido para siempre?	.207	.244	.234	.129
SR1 ¿Siente usted que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen?	.019	-.061	.689	.031
SR6 ¿Hay partes de su cuerpo que se sienten extrañas o irreales?	.033	.128	.667	.052
SR7 ¿Siente su cabeza u otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual?	.214	.035	.627	.090
SR10 ¿Siente que hoy usted no es la misma persona que era ayer o anteayer?	.311	.052	.489	.175
SR8 ¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío?	.183	.076	.486	.026
SR2 ¿Los ambientes familiares le parecen extraños?	.040	.308	.421	.166
FD34 ¿Se siente usted como si se estuviera desbaratando?	.212	.294	.361	-.023
SR4 ¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o explotará?	.093	.070	.340	-.013
SR3 ¿Piensa en usted mismo como en dos o más personas?	.215	.196	.311	-.124
RI12 ¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo?	.052	-.033	.108	.756
RI13 ¿Tiende a ser emotivo y excitable acerca de las cosas?	.057	.167	-.010	.700
RI11 ¿Tiene usted un fuerte impulso de estar físicamente activo?	.077	-.052	.056	.661
RI15 ¿Es usted una persona impaciente?	.372	.077	.097	.397
Σh^2	4.42	3.22	2.91	2.20
Porcentaje de varianza explicada	12.29	8.93	8.07	6.10
Porcentaje acumulado	12.29	21.23	29.30	35.40

Método: Componentes Principales. Rotación: Varimax. La rotación convergió en 6 iteraciones. F1: Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva. F2: Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, F3: Sentido de realidad y F4: Huida de la ansiedad a través de la actividad.

Se estiman las correlaciones del puntaje total y los 10 factores del cuestionario OQ con las puntuaciones factoriales ortogonales de las funciones del Yo. El puntaje total correlaciona con los 4 factores de funciones del Yo, al igual que aislamiento social y subingesta. Hábitos de salud es independiente de las 4 funciones (véase Tabla 41).

Tabla 41.
Correlaciones del puntaje total y de los 10 factores del OQ con las puntuaciones factoriales ortogonales de las funciones del Yo

		F1	F2	F3	F4
Puntaje total	<i>r</i>	.358	.191	.327	.080
	<i>p</i>	.000	.005	.000	.243
Alteración afectiva	<i>r</i>	.485	.260	.335	.074
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.279
Antojos alimentarios	<i>r</i>	.272	.093	.043	.072
	<i>p</i>	.000	.172	.524	.289
Motivación para bajar de peso	<i>r</i>	.097	-.035	.248	.197
	<i>p</i>	.155	.607	.000	.004
Aislamiento social	<i>r</i>	.217	.296	.062	-.134
	<i>p</i>	.001	.000	.367	.049
Defensividad	<i>r</i>	-.261	-.196	-.144	.106
	<i>p</i>	.000	.004	.033	.120
Subingesta	<i>r</i>	.166	.126	.224	.148
	<i>p</i>	.015	.064	.001	.029
Hábitos de salud	<i>r</i>	-.044	.000	-.083	.099
	<i>p</i>	.521	.996	.225	.146
Sentimientos positivos al comer	<i>r</i>	.143	.002	.102	.002
	<i>p</i>	.035	.975	.133	.981
Comer excesivo	<i>r</i>	.169	.122	.190	.064
	<i>p</i>	.013	.072	.005	.348
Imagen corporal	<i>r</i>	-.214	-.031	-.287	-.045
	<i>p</i>	.002	.651	.000	.510

F1: Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva. F2: Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, F3: Sentido de realidad y F4: Huida de la ansiedad a través de la actividad.

Al estimar de nuevo el modelo con las puntuaciones factoriales ortogonales, aparte de IMC, número de hijos y edad, entran cuatro variables: IMC y tres funciones del Yo. Se supera el problema de colinealidad y se siguen cumpliendo los supuestos en relación con los residuos. El modelo explica el 38% de la varianza del criterio. Indica que a mayor índice de masa corporal, mayor

funcionamiento defensivo desde una posición depresiva, menor sentido de la realidad y problemas objetales desde una posición esquizo-paranoide se pronostican mayores problemas de sobreingesta (véase Tabla 42).

Tabla 42.

Modelo de regresión del Puntaje Total del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria

Modelo	Coeficientes			<i>t</i>	<i>p</i>	Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β			<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	58.372	5.826		10.020	.000					
IMC	1.403	.214	.354	6.541	.000	.404	.410	.350	0.975	1.026
F1	8.838	1.334	.354	6.623	.000	.358	.414	.354	1.000	1.000
F3	6.768	1.351	.271	5.008	.000	.327	.325	.268	0.975	1.026
F2	4.640	1.334	.186	3.477	.001	.191	.232	.186	1.000	1.000

$R = .628$, $R^2 = .394$, $R^2_{aj.} = .383$, $EEE = 19.610$. F1 = Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva, F3 = Sentido de realidad y F2 = Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide.

Las variables segunda y cuarta del modelo desde la teoría psicoanalítica son incompatibles como determinantes confluyentes, por lo que podría indicar más bien perfiles diferenciales, pesando en unos casos o momentos más el componente depresivo y en otros casos o momentos el esquizo-paranoide. Otra posibilidad serían posiciones limítrofes donde en realidad ninguno de ambos factores está propiamente definido y las características se confunden.

Por medio de un análisis de clúster se observa la relación entre las tres funciones del Yo. Se estiman tres grupos por el método de k-medias desde el conjunto de participantes. Se escogen tres grupos al optimizar éstos las diferencias en las variables relevantes. El contraste de medias para interpretar los grupos se realiza por medio de un análisis de varianza de una vía. Las variables comparadas son las tres funciones del Yo, aparte del IMC y las comparaciones se realizan entre los 3 grupos generados por el análisis de clúster.

Al realizar el contraste de medias hay diferencia significativa en las 4 variables entre los 3 grupos (véase Tabla 42). Por la prueba de Levene se asume una varianza igual entre los 3 grupos con las variable de IMC ($F = 0.27$, $p = .77$) y F1

($F = 0.80$, $p = .45$), así las comparaciones a posteriori se realizan por la prueba de Diferencia Mínima Significativa (LSD). Rechazamos que la varianza sea igual entre F2 ($F = 20.04$, $p < .01$) y F3 ($F = 4.40$, $p = .01$), por lo que las comparaciones a posteriori se realizan por la prueba T2 de Tamhane (SPSS, 2006) (véase Tabla 43).

El IMC es equivalente entre los grupos 1 y 2 ($p = .41$), pero diferencial del 3 con el 1 ($p = .04$) y 2 ($p < .01$). El factor de funcionamiento defensivo desde una posición depresiva es equivalente entre los grupos 1 y 3 ($p = .71$) y entre 2 y 3 ($p = .12$), pero diferencial entre 1 y 2 ($p < .01$). El factor de problemas en las relaciones objetales desde una posición paranoide es equivalente entre 2 y 3 ($p = .68$), pero diferencial entre los grupos 1 y 2 ($p < .01$) y entre 1 y 3 ($p < .01$). El factor de sentido de la realidad es equivalente entre 1 y 2 ($p = .98$), pero diferencial entre 1 y 3 ($p < .01$) y entre 2 y 3 ($p < .01$). Por lo tanto, el grupo 1 se despunta en la posición paranoide. El grupo 2 muestra el funcionamiento más sano y está más próximo al peso normal. El tercer grupo destaca en funcionamiento depresivo, peor sentido de la realidad y mayor IMC (véanse Tabla 44 y Figura 25).

Desde este análisis de clúster un grupo con peso normal o ligero sobrepeso (media de IMC = 25.78) se asocia con mejor funcionamiento psíquico, otro grupo con ligero sobrepeso (media de IMC = 26.57) se asocia con la posición paranoide (dureza o insensibilidad emocional), pero buen sentido de la realidad, y un tercer grupo de sobrepeso u obesidad (media de IMC = 29.53) se asocia con la posición depresiva (sensibilidad emocional) y peor sentido de la realidad (despersonalización-desrealización).

Tabla 43.

Análisis de varianza entre los 3 grupos (calculados con tres funciones del Yo) y contraste de igualdad de varianza por la prueba de Levene

Dependientes	Medias			Varianzas				
	SC	gl	MC	F	p	F	p	
IMC	Inter	296.141	2	148.071				
	Intra	8279.916	214	38.691	3.827	.023	.269	.765
	Total	8576.057	216					

Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva	Inter	8.379	2	4.190				
	Intra	207.621	214	.970	4.318	.015	.804	.449
	Total	216.000	216					
Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide	Inter	119.641	2	59.821				
	Intra	96.359	214	.450	132.853	.000	20.045	.000
	Total	216.000	216					
Sentido de realidad	Inter	133.512	2	66.756				
	Intra	82.488	214	.385	173.188	.000	4.397	.013
	Total	216.000	216					

Tabla 44.
Comparaciones a posteriori

Dependiente	(I) Grupo	(J) Grupo	DM (I-J)	EE	p	95% IC	
						LI	LS
IMC (1)	1	2	.79003	.95607	.410	-1.0945	2.6746
		3	-2.96114*	1.47030	.045	-5.8593	-.0630
	2	1	-.79003	.95607	.410	-2.6746	1.0945
		3	-3.75118*	1.35926	.006	-6.4304	-1.0719
	3	1	2.96114*	1.47030	.045	.0630	5.8593
		2	3.75118*	1.35926	.006	1.0719	6.4304
F1 (depresiva) (2)	1	2	.42141*	.15140	.006	.1230	.7198
		3	.08572	.23283	.713	-.3732	.5446
	2	1	-.42141*	.15140	.006	-.7198	-.1230
		3	-.33570	.21524	.120	-.7600	.0886
	3	1	-.08572	.23283	.713	-.5446	.3732
		2	.33570	.21524	.120	-.0886	.7600
F2 (paranoide) (2)	1	2	1.66561*	.10903	.000	1.3998	1.9314
		3	1.43531*	.24428	.000	.8223	2.0483
	2	1	-1.66561*	.10903	.000	-1.9314	-1.3998
		3	-.23030	.22584	.682	-.8072	.3466
	3	1	-1.43531*	.24428	.000	-2.0483	-.8223
		2	.23030	.22584	.682	-.3466	.8072
F3 (SR) (2)	1	2	.03095	.09585	.984	-.2019	.2638
		3	-2.43563*	.20674	.000	-2.9547	-1.9166
	2	1	-.03095	.09585	.984	-.2638	.2019
		3	-2.46658*	.19381	.000	-2.9601	-1.9730
	3	1	2.43563*	.20674	.000	1.9166	2.9547
		2	2.46658*	.19381	.000	1.9730	2.9601

* $p < .05$ (1) Prueba de Diferencia mínima significativa (LSD) al asumirse igual de varianza entre los tres grupos, (2) Prueba T2 de Tamhane al no asumirse igual de varianza.

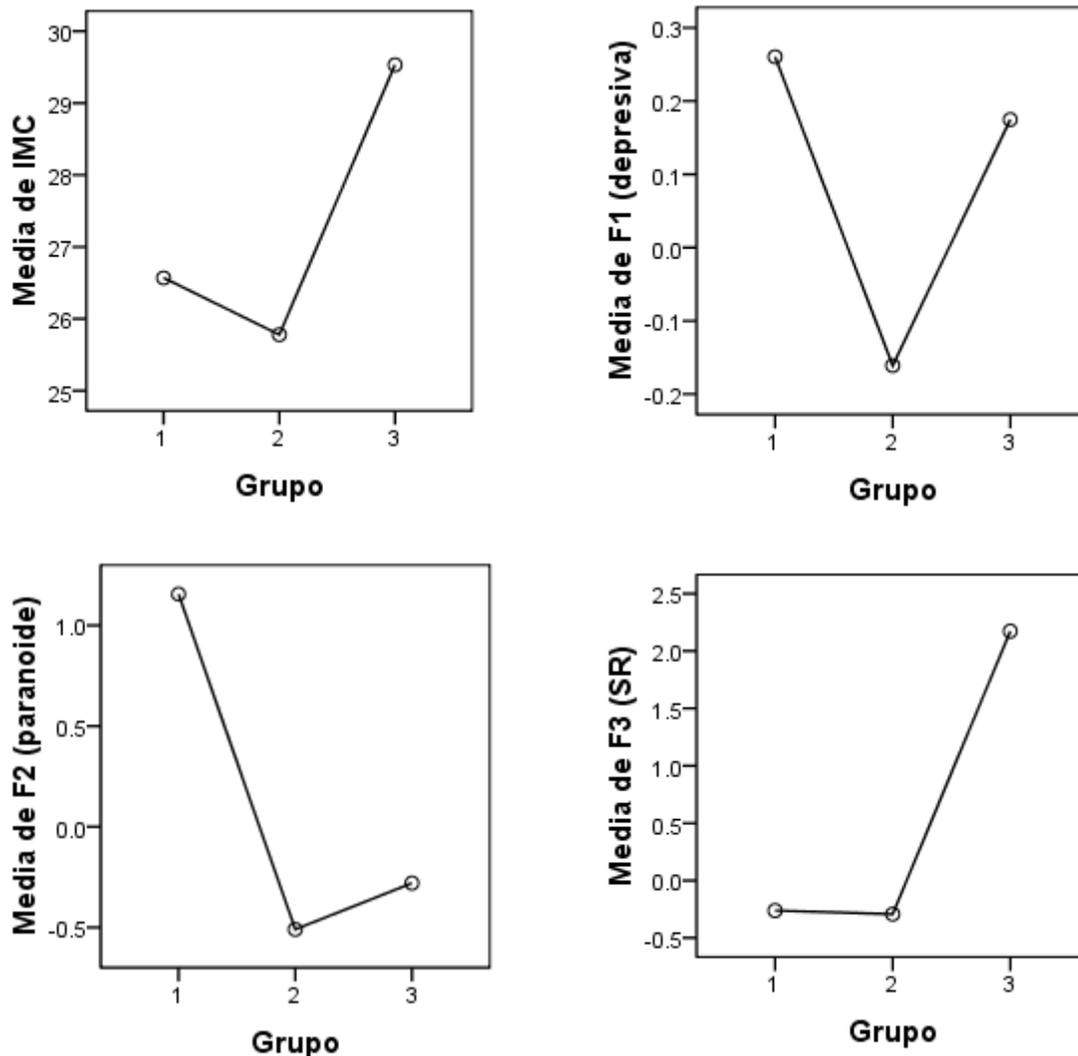


Figura 25. Medias en cada puntuación factorial los tres grupos generados por análisis de clúster.

4.5.2.2 Factor de Alteración afectiva

El factor de Alteración afectiva del cuestionario OQ tiene correlaciones significativas con IMC, escolaridad, edad, número de hijos y las 4 funciones del Yo (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan cinco variables: Funcionamiento defensivo ($\beta = .37$), relaciones objetales ($\beta = .25$), escolaridad ($\beta = .18$), sentido de realidad ($\beta = .13$) e IMC ($\beta = .11$). El modelo es significativo ($F(5, 211) = 38.09, p < .01$). Los predictores sí presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza alejados de la unidad, así como el descenso

de los valores de correlación parcial y semiparcial. El problema de colinealidad lo generan las funciones del Yo (véase Tabla 45). No obstante, se cumplen los supuestos en relación con los residuos, cuya distribución se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = .83, p = .49$) (véase Figura 26), y se observa independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 27). El modelo explica el 46% de la varianza del factor de alteración afectiva. Indica que a mayor funcionamiento defensivo, más problemas de relaciones objetales, mayor escolaridad, menor sentido de la realidad y más masa corporal se pronostica mayor alteración afectiva.

Tabla 45.

Modelo de regresión del factor de Alteración afectiva

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	-4.802	1.417		-3.389	.001					
FD	.425	.080	.370	5.328	.000	.601	.344	.266	.516	1.940
RO	.288	.078	.247	3.696	.000	.554	.247	.184	.559	1.789
Escolaridad	.923	.264	.176	3.495	.001	.185	.234	.174	.978	1.023
SR	.151	.071	.130	2.123	.035	.467	.145	.106	.661	1.512
IMC	.091	.041	.113	2.201	.029	.190	.150	.110	.952	1.051

$R = .689, R^2 = .474, R^2_{aj.} = .462, FEE = 3.748.$

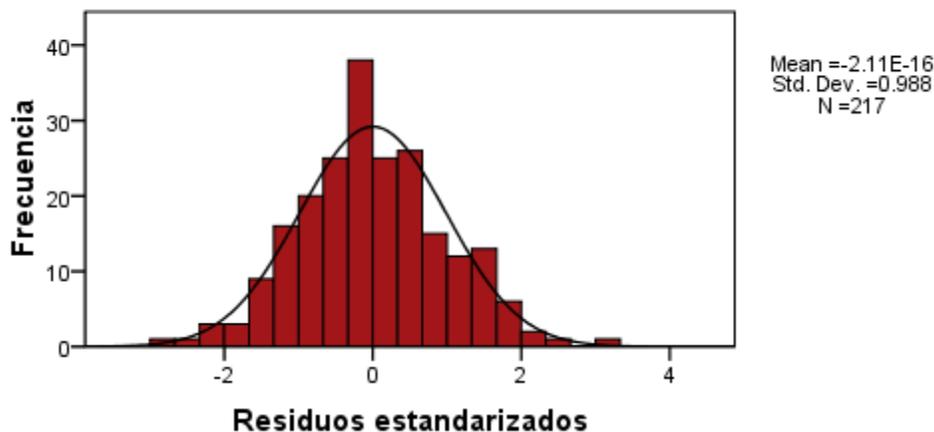


Figura 26. Histograma de los residuos estandarizados de AF.

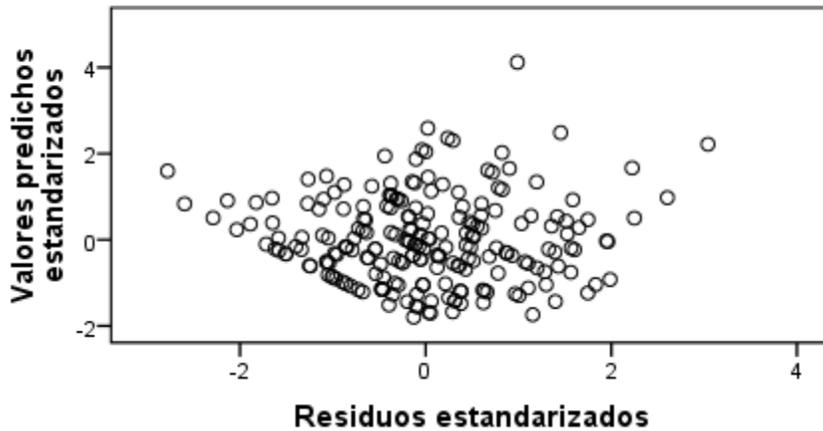


Figura 27. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de AF.

Al calcular el modelo de regresión sustituyendo las puntuaciones directas en las 4 escalas de funciones del Yo por las puntuaciones factoriales, aparte de considerar IMC, escolaridad, edad y número de hijos, se obtiene un modelo con 5 predictores que explican el 46% de la varianza de la alteración afectiva. Éste no tiene problemas de colinealidad entre los predictores (valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a 1) (véase Tabla 46). Además cumple con los supuestos respecto a los residuos de normalidad ($Z_{K-S} = .90$, $p = .39$ y véase Figura 28) e independencia (falta de tendencia lineal en el diagrama de dispersión de los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados que puede verse en la Figura 29). El modelo es significativo ($F(5, 211) = 37.36$, $p < .01$) e indica que a mayor funcionamiento defensivo desde una posición depresiva, menor sentido de la realidad, más problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide de dureza, mayor escolaridad y mayor índice de masa corporal se pronostica mayor alteración afectiva.

Tabla 46.

Modelo de regresión del Factor de Alteración afectiva con puntuaciones factoriales ortogonales de las funciones del Yo

Modelo	Coeficientes				Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol. VIF

Constante	0.847	1.382	.613	.541						
F1	2.577	.258	.504	9.999	.000	.485	.567	.501	.988	1.012
F3	1.625	.259	.318	6.261	.000	.335	.396	.314	.975	1.026
F2	1.226	.257	.240	4.765	.000	.260	.312	.239	.991	1.009
Escolaridad	1.038	.268	.198	3.873	.000	.185	.258	.194	.958	1.044
IMC	0.082	.042	.101	1.976	.049	.190	.135	.099	.953	1.049

$R = .689$, $R^2 = .474$, $R^2_{aj.} = .462$, $EEE = 3.748$. F1: Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva. F2: Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, F3: Sentido de realidad.

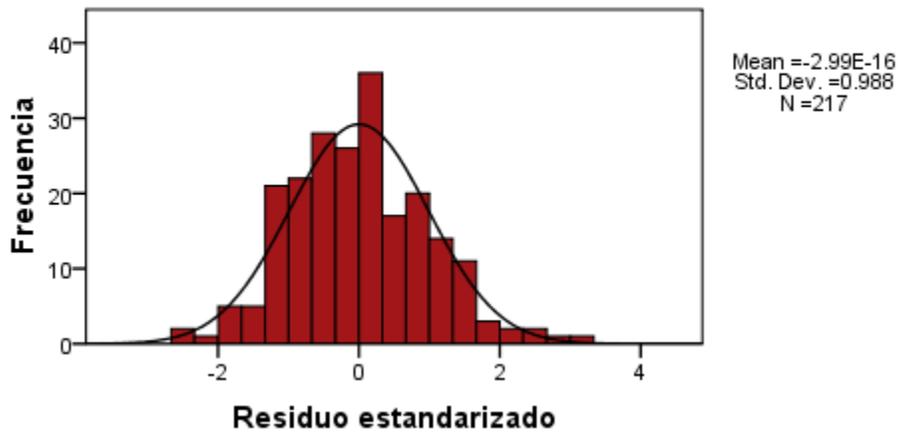


Figura 28. Histograma de los residuos de AF.

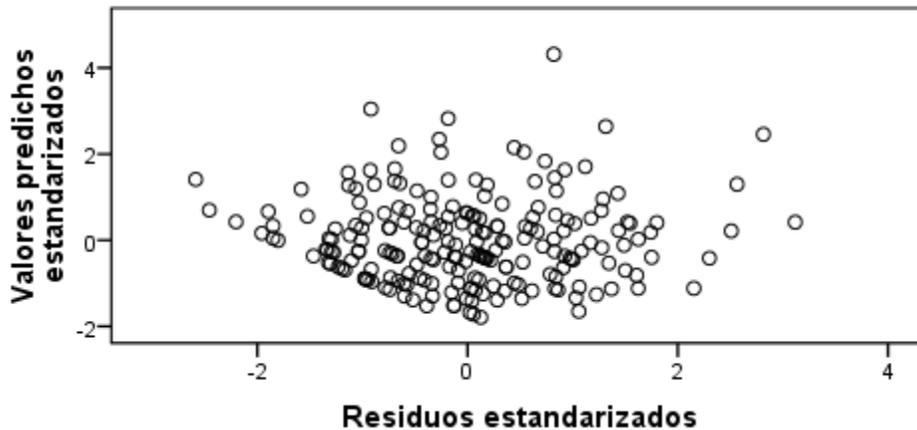


Figura 29. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados.

4.5.2.3 Factor de Antojos alimentarios

El factor de Antojos alimentarios tiene correlaciones significativas sólo con las 4 funciones del Yo. Al calcular el modelo ingresa sólo una variable: Funcionamiento defensivo ($\beta = .26$) (véase Tabla 47). El modelo es significativo ($F(1, 215) = 15.99, p < .01$). Se cumplen los supuestos en relación con los residuos, cuya distribución se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.27, p = .08$) (véase Figura 30), y se observa independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 31). El modelo explica el 6.5% de la varianza del factor de antojos alimentarios. Indica que a mayor funcionamiento defensivo, más probabilidades de presentar conductas de antojos alimentarios. El resultado es el mismo si se introducen las puntuaciones de los cuatro componentes ortogonales. El único predictor es funcionamiento defensivo desde una posición depresiva (véase Tabla 48).

Tabla 47.

Modelo de regresión del Factor de Antojos alimentarios

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	6.031	.622		9.703	.000					
FD	.298	.075	.263	3.998	.000	.263	.263	.263	1	1

$R = .263, R^2 = .069, R^2_{aj.} = .065, EEE = 4.878$. FD = Funcionamiento defensivo.

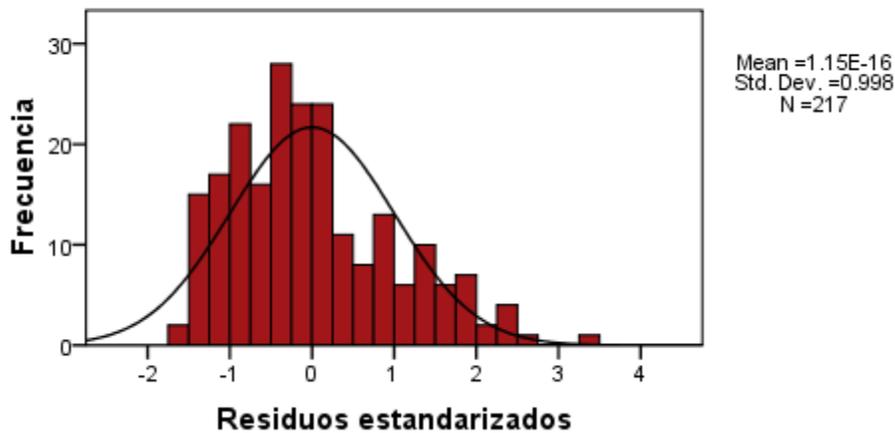


Figura 30. Histograma de los residuos de AN.

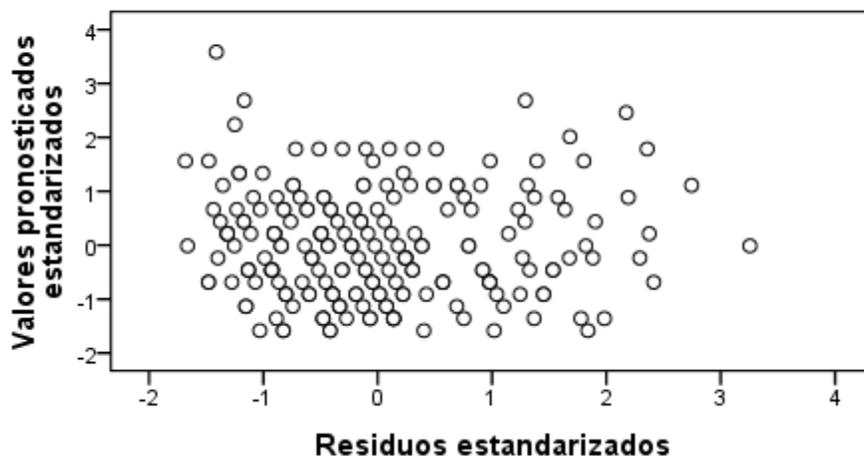


Figura 31. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de AN.

Tabla 48.

Modelo de regresión del Factor de Antojos alimentarios con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes			t	p	Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β			r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	8.134	.330		24.623	.000					
F1	1.372	.331	.272	4.143	.000	.272	.272	.272	1	1

$R = .272$, $R^2 = .074$, $R^2_{aj.} = .070$, $EEE = 4.866$. F1 = Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva.

4.5.2.4 Factor de Motivación para bajar de peso

El factor de Motivación para bajar de peso tiene correlaciones significativas con IMC, edad, y 3 funciones del Yo (sentido de realidad, regulación y control de afectos e instintos y funcionamiento defensivo) (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan dos variables: IMC ($\beta = .48$) y funcionamiento defensivo ($\beta = .17$).

El modelo es significativo ($F(2, 214) = 38.75$, $p < .01$). Los predictores no presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza unitarios, así como la equivalencia de los valores de correlación parcial y semiparcial con los valores de correlación originales (véase Tabla 49). Se cumplen

los supuestos en relación con los residuos, cuya distribución se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.71$, $p = .70$) (véase Figura 32), y se observa independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 33). El modelo explica el 26% de la varianza del factor de motivación para bajar de peso. Indica que a mayor índice de masa corporal y mayor funcionamiento defensivo, se pronostica más motivación para bajar de peso.

Tabla 49.

Modelo de regresión de Motivación para bajar de peso

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	-3.259	2.107		-1.547	.123					
IMC	.604	.074	.481	8.207	.000	.487	.489	.481	.999	1.001
FD	.302	.104	.170	2.901	.004	.186	.195	.170	.999	1.001

$R = .516$, $R^2 = .266$, $R^2_{aj.} = .259$, $EEE = 6.810$. FD = Funcionamiento defensivo.

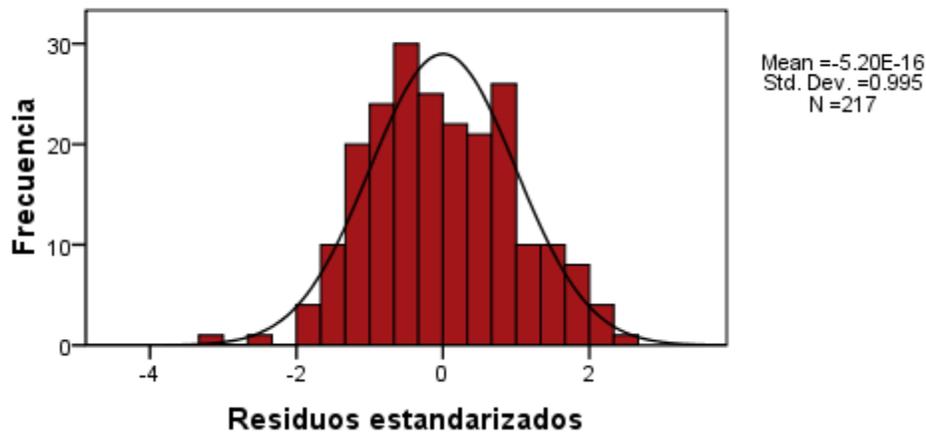


Figura 32. Histograma de los residuos de MO.

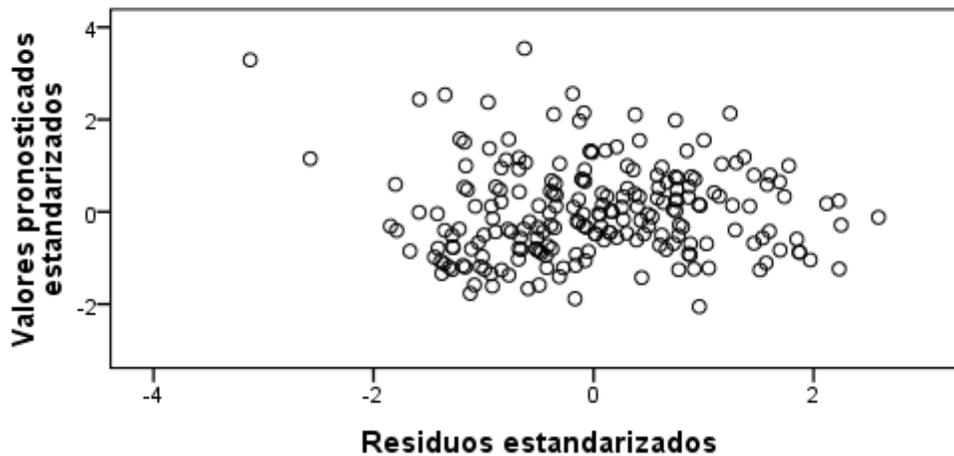


Figura 33. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de MO.

Si el modelo se estima con las puntuaciones factoriales ortogonales, además del IMC y la edad, aparecen tres predictores significativos y se explica el 29% de la varianza del criterio. La motivación para bajar de peso es pronosticada por un mayor índice de masa corporal, menor sentido de la realidad y mayor huida de la ansiedad a través de la actividad (véase Tabla 50).

Tabla 50.

Modelo de regresión de Motivación para bajar de peso con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	-.066	1.988		-.033	.974					
IMC	.564	.073	.449	7.701	.000	.487	.467	.443	.972	1.029
F3	1.401	.460	.177	3.043	.003	.248	.204	.175	.975	1.026
F4	1.358	.455	.172	2.981	.003	.197	.200	.171	.997	1.003

$R = .544$, $R^2 = .296$, $R^2_{aj.} = .286$, $EEE = 6.682$. F3 = Sentido de realidad, F4 = Huida de la ansiedad a través de la actividad.

4.5.2.5 Factor de Aislamiento social

El factor de Aislamiento social tiene correlaciones significativas con 3 funciones del Yo (sentido de la realidad, relaciones objetales y funcionamiento

defensivo) (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresa sólo una variable: Relaciones objetales ($\beta = .36$) (véase Tabla 51). El modelo es significativo ($F(1, 215) = 33.15, p < .01$). La distribución de los residuos presenta asimetría positiva, no ajustándose a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.87, p < .01$) (véase Figura 34), aunque se observa independencia entre los residuos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 35). El modelo explica el 13% de la varianza del factor de aislamiento social. Indica que a mayores problemas en las relaciones objetales, más probabilidades de presentar aislamiento social. El resultado es el mismo si se introducen las puntuaciones de los cuatro componentes ortogonales. El único predictor es funcionamiento defensivo desde una posición depresiva.

Tabla 51.
Modelo de regresión de Aislamiento social

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	1.917	.434		4.422	.000					
RO	0.317	.055	.365	5.758	.000	.365	.365	.365	1.000	1.000

$R = .365, R^2 = .134, R^2_{aj.} = .130, EEE = 3.540$. RO = Relaciones objetales.

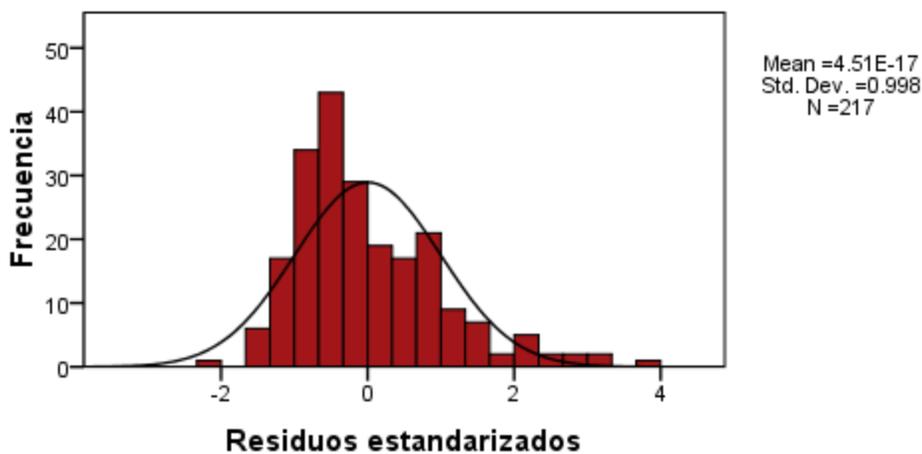


Figura 34. Histograma de los residuos de AI.

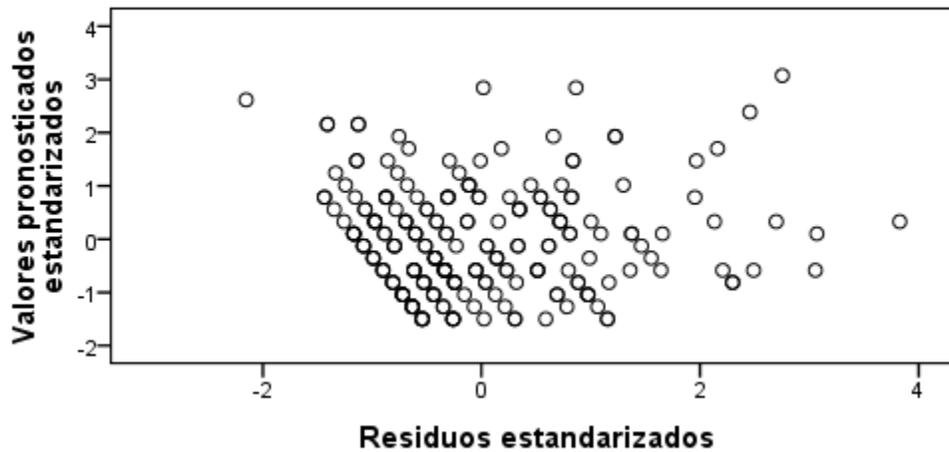


Figura 35. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de AI.

Si el modelo se estima con las puntuaciones factoriales ortogonales entran 3 variables que explican el 14% del criterio. El aislamiento social es pronosticado por problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, mayor funcionamiento defensivo desde una posición depresiva y huida de la ansiedad a través de la actividad. Los residuos siguen presentado asimetría positiva, pero independencia (véase Tabla 52).

Tabla 52.

Modelo de regresión de Aislamiento social con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	3.995	.239		16.739	.000					
F2	1.124	.239	.296	4.700	.000	.296	.307	.296	1	1
F1	.825	.239	.217	3.447	.001	.217	.230	.217	1	1
F4	-.508	.239	-.134	-2.124	.035	-.134	-.144	-.134	1	1

$R = .391$, $R^2 = .153$, $R^2_{aj} = .141$, $EEE = 3.516$. F2 = Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, F1: Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva, F4 = Huida de la ansiedad a través de la actividad.

4.5.2.6 Factor de Defensividad

El factor de Defensividad tiene correlaciones significativas con 3 funciones del Yo (sentido de realidad, relaciones objetales y funcionamiento defensivo) (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan dos variables: relaciones objetales ($\beta = -.23$) y sentido de la realidad ($\beta = -.15$). El modelo es significativo ($F(2, 214) = 13.26, p < .01$). Los predictores presentan cierta colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza ligeramente alejados de la unidad, así como el descenso de los valores de correlación parcial y semiparcial en comparación con los valores de correlación originales (véase Tabla 53). Se cumplen los supuestos en relación con los residuos, cuya distribución se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.75, p = .63$) (véase Figura 36), y se observa independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 37). El modelo explica el 10% de la varianza del factor de defensividad. Mayores problemas en las relaciones objetales y menor sentido de la realidad pronostican mayor defensividad.

Tabla 53.
Modelo de regresión de Defensividad

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	16.208	.496		32.672	.000					
RO	-.208	.066	-.232	-3.150	.002	-.305	-.210	-.203	.765	1.308
SR	-.133	.066	-.150	-2.034	.043	-.263	-.138	-.131	.765	1.308

R = .332, *R*² = .110, *R*²_{aj.} = .102, *EEE* = 3.710. RO = Relaciones objetales, SR = Sentido de la realidad.

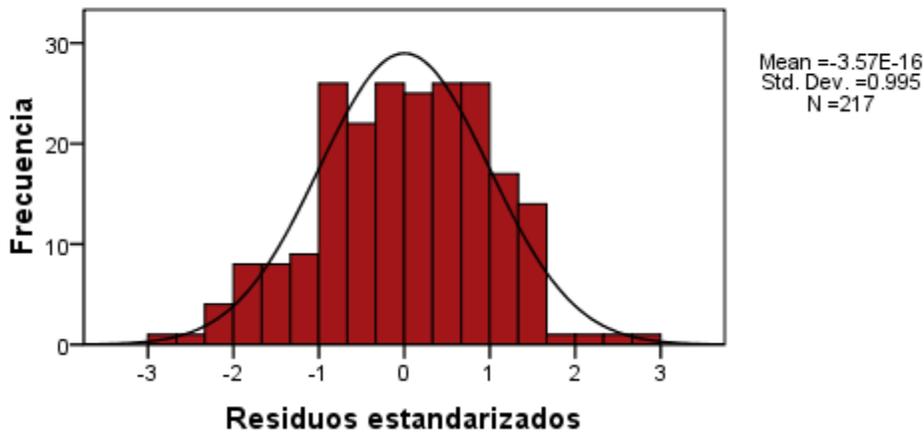


Figura 36. Histograma de los residuos de DE.

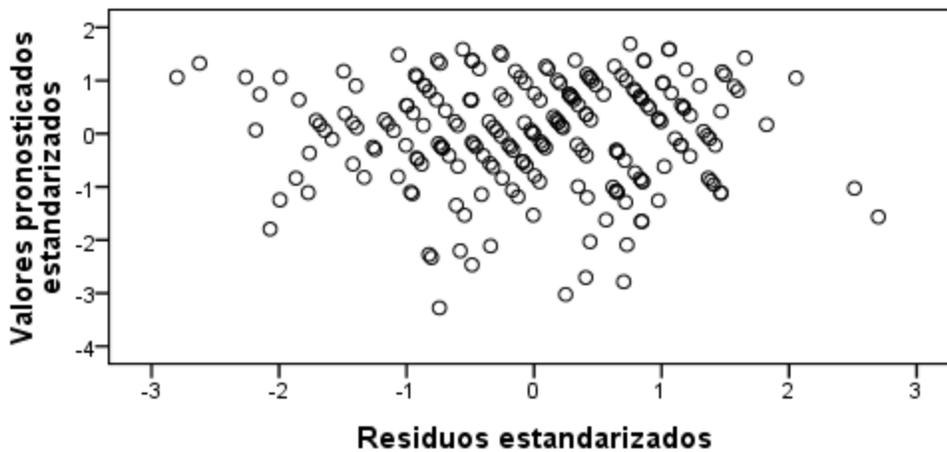


Figura 37. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de DE.

Si el modelo se calcula con las puntuaciones factoriales ortogonales se supera el problema de ligera colinealidad de predictores y entran 3 variables que explican el 11.5% del criterio. Mayor funcionamiento desde una posición depresiva, mayores problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide y menor sentido de la realidad predicen mayor defensividad (véase Tabla 54). Al ser incompatibles las posiciones esquizo-paranoides y depresivas probablemente el modelo refleje el predominio de una u otra en distintos casos o momentos o

perfiles limítrofes en algunos participantes, como anteriormente se argumentó y mostró con el análisis de clúster (véanse Tablas 41 y 42 y Figura 23).

Tabla 54.

Modelo de regresión de Defensividad con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	14.014	.250		56.054	.000					
F1	-1.022	.251	-.261	-4.080	.000	-.261	-.269	-.261	1	1
F2	-.767	.251	-.196	-3.062	.002	-.196	-.205	-.196	1	1
F3	-.565	.251	-.144	-2.257	.025	-.144	-.153	-.144	1	1

$R = .357$, $R^2 = .127$, $R^2_{aj.} = .115$, $EEE = 3.683$. F1: Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva F2 = Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, F3 = Sentido de la realidad.

4.5.2.7 Factor de Subingesta

El factor de subingesta tiene correlaciones significativas con las 4 funciones del Yo (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan dos variables: funcionamiento defensivo ($\beta = .18$) y sentido de la realidad ($\beta = .16$). El modelo es significativo ($F(2, 214) = 10.41$, $p < .01$). Los predictores presentan cierta colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza ligeramente alejados de la unidad, así como el descenso de los valores de correlación parcial y semiparcial en comparación con los valores de correlación originales (véase Tabla 55). No se cumple el supuesto de normalidad en la distribución de los residuos ($Z_{K-S} = 2.11$, $p < .01$) (véase Figura 38), pero se observa independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 39). El modelo explica el 8% de la varianza del factor de subingesta. Mayor defensividad y menor sentido de la realidad pronostican mayor subingesta.

Tabla 55.

Modelo de regresión de Subingesta

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	.988	.304		3.247	.001					

FD	.094	.041	.179	2.308	.022	.266	.156	.151	.707	1.414
SR	.085	.041	.160	2.060	.041	.257	.139	.134	.707	1.414

$R = .298$, $R^2 = .089$, $R^2_{aj} = .080$, $EEE = 2.250$. FD = Defensividad. SR = Sentido de realidad.

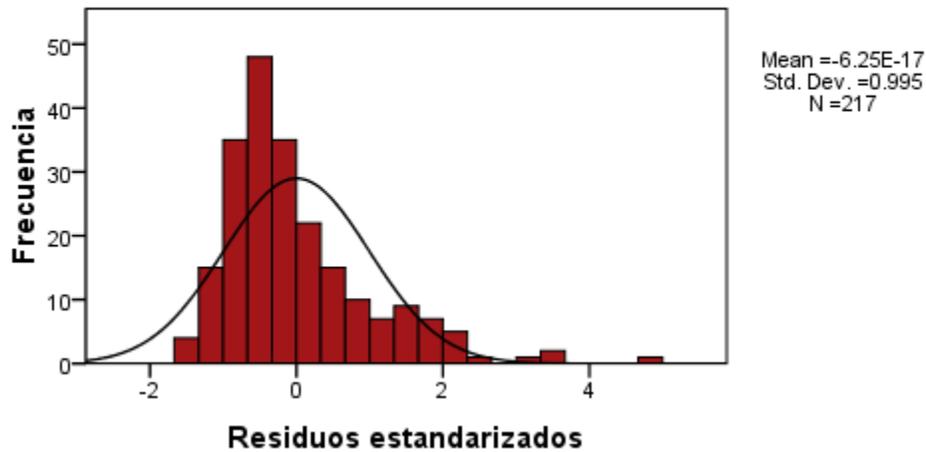


Figura 38. Histograma de los residuos de SUB.

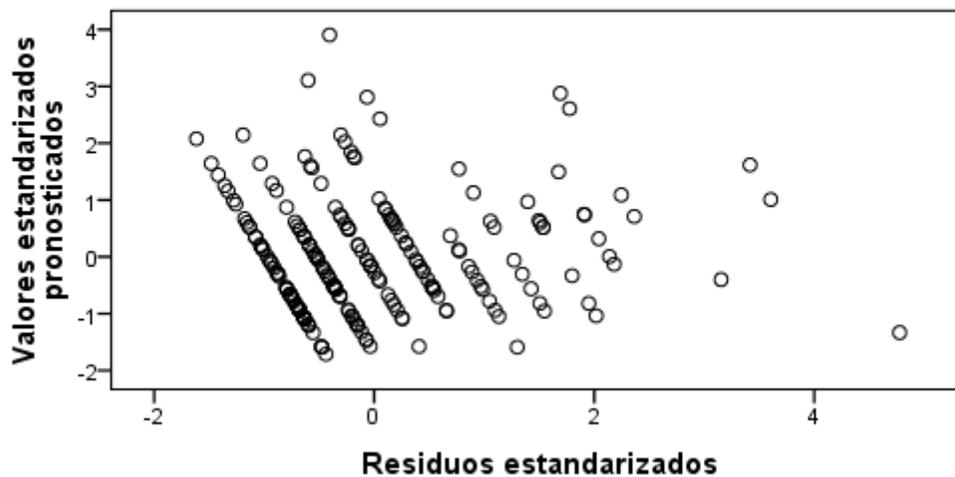


Figura 39. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de SUB.

Si se calcula con las puntuaciones factoriales ortogonales se supera el problema de colinealidad de los predictores, pero persiste la falta de normalidad en la distribución de los residuos. El modelo explica el 9% de la varianza del

criterio. Menor sentido de la realidad, mayor funcionamiento defensivo desde una posición depresiva y huida de la ansiedad a través de la actividad predicen subingesta. Como el anterior modelo la varianza explicada es muy pequeña, aunque cumple mejor con los supuestos (véase Tabla 56).

Tabla 56.

Modelo de regresión de Subingesta con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	2.184	.152		14.355	.000					
F3	0.525	.153	.224	3.443	.001	.224	.230	.224	1	1
F1	0.389	.153	.166	2.549	.011	.166	.172	.166	1	1
F4	0.348	.153	.148	2.283	.023	.148	.155	.148	1	1

$R = .316$, $R^2 = .100$, $R^2_{aj.} = .087$, $EEE = 2.242$. F3 = Sentido de realidad. F1 = Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva. F4 = Huida de la ansiedad a través de la actividad.

4.5.2.8 Factor de Hábitos de salud

El factor de Hábitos de salud tiene correlaciones significativas con la edad, nivel socioeconómico, número de hijos e IMC (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan dos variables: número de hijos ($\beta = -.21$) y nivel socioeconómico ($\beta = .14$). El modelo es significativo ($F(2, 214) = 8.24$, $p < .01$). Los predictores no presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a la unidad, así como unos valores de correlación parcial y semiparcial semejantes a los valores de correlación originales (véase Tabla 57). Se cumplen los supuestos de normalidad en la distribución de los residuos ($Z_{K-S} = 1.13$, $p = .15$) (véase Figura 40), e independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 41). El modelo explica el 6% de la varianza del factor de hábitos de salud. Menor número de hijos y mayor nivel socioeconómicos pronostican adecuados hábitos de salud.

Tabla 57.

Modelo de regresión de Hábitos de salud

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>

Constante	5.554	1.538		3.611	.000					
Hijos	-.969	.303	-.213	-3.200	.002	-.231	-.214	-.211	.982	1.018
NSE	.988	.483	.136	2.047	.042	.165	.139	.135	.982	1.018

$R = .267$, $R^2 = .072$, $R^2_{aj.} = .063$, $EEE = 4.309$. NSE = Nivel socioeconómico.

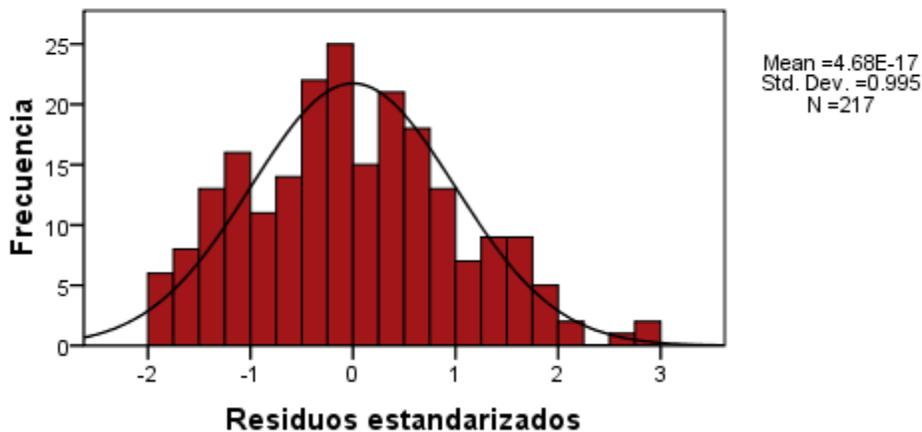


Figura 40. Histograma de los residuos de SA.

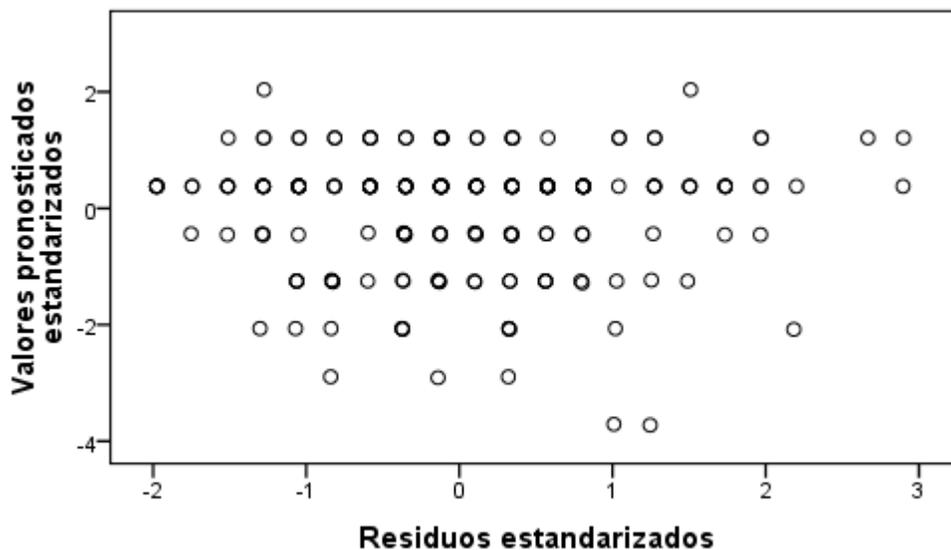


Figura 41. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de SA.

4.5.2.9 Factor de Sentimientos positivos al comer

El factor de Sentimientos positivos al comer tiene correlaciones significativas con el sentido de la realidad, funcionamiento defensivo y la edad (véase Tabla 38).

Al calcular el modelo ingresan dos variables: sentido de realidad ($\beta = .17$) y edad ($\beta = .14$). El modelo es significativo ($F(2, 214) = 5.77, p < .01$). Los predictores no presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a la unidad, así como unos valores de correlación parcial y semiparcial semejantes a los valores de correlación originales (véase Tabla 58). Se cumplen los supuestos de normalidad en la distribución de los residuos ($Z_{K-S} = 1.09, p = .18$) (véase Figura 42), e independencia entre los mismos por la ausencia de una tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 43). El modelo explica el 4% de la varianza del factor de los sentimientos positivos al comer. Mayor sentido de la realidad y mayor edad pronostican más sentimientos positivos al comer. Si el modelo se estima con las puntuaciones factoriales ortogonales, además de la edad, sólo la edad resulta predictor significativo, explicando el 2% de la varianza del criterio.

Tabla 58.

Modelo de regresión de Sentimientos positivos al comer

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	1.507	.918		1.642	.102					
SR	.129	.050	.171	2.571	.011	.175	.173	.171	.999	1.001
EDAD	.070	.032	.143	2.154	.032	.148	.146	.143	.999	1.001

$R = .226, R^2 = .051, R^2_{aj.} = .042, FEE = 3.234$. SR = Sentido de la realidad.

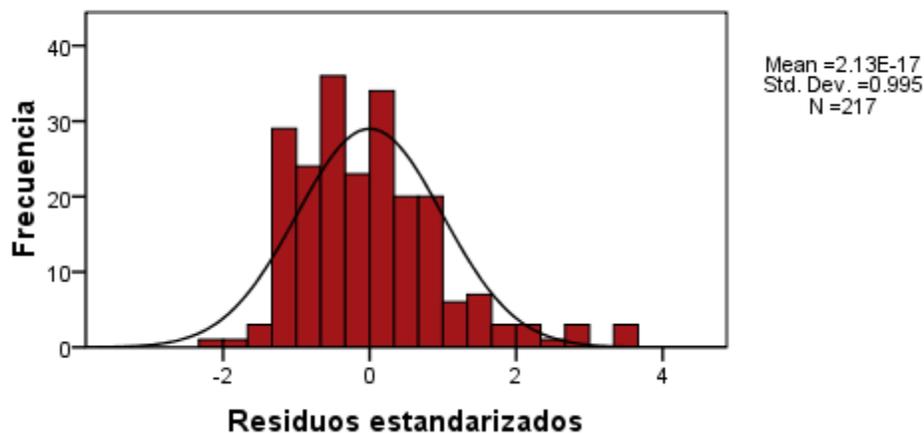


Figura 42. Histograma de los residuos de POSI.

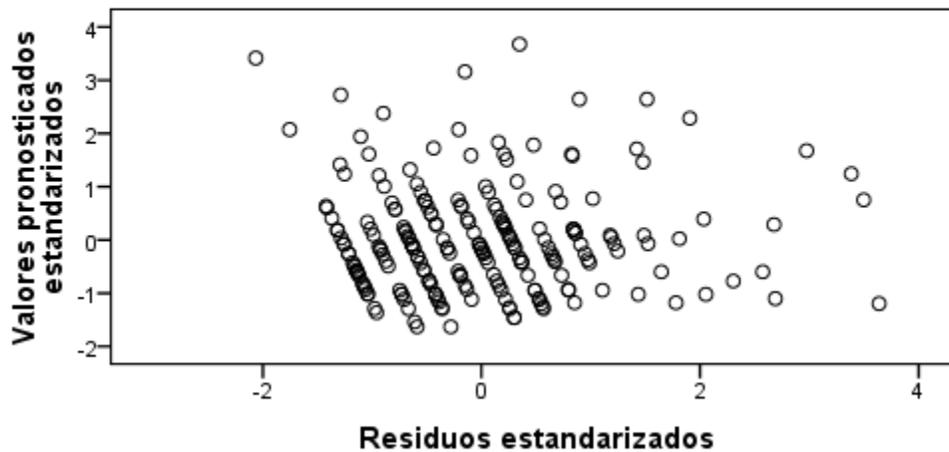


Figura 43. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de POSI.

4.5.2.10 Factor de Comer excesivo

El factor de comer excesivo tiene correlaciones significativas con la edad, IMC y las 4 funciones del Yo (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan dos variables: IMC ($\beta = .33$) y funcionamiento defensivo ($\beta = .24$). El modelo es significativo ($F(2, 214) = 21.86, p < .01$). Los predictores no presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a la unidad, así como unos valores de correlación parcial y semiparcial semejantes a los valores de correlación originales (véase Tabla 59). La distribución de los residuos es asimétrica positiva y no se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.77, p < .01$) (véase Figura 44), pero se cumple el supuesto de independencia entre los residuos como evidencia la ausencia de tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 45). El modelo explica el 16% de la varianza del factor de comer excesivo. Mayor índice de masa corporal y mayor funcionamiento defensivo pronostican comer excesivo.

Tabla 59.

Modelo de regresión de Comer excesivo

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	-4.018	2.059		-1.951	.052					
IMC	.376	.072	.326	5.227	.000	.334	.336	.326	.999	1.001
FD	.394	.102	.241	3.868	.000	.252	.256	.241	.999	1.001

$R = .412$, $R^2 = .170$, $R^2_{aj.} = .162$, $EEE = 6.655$. FD = Funcionamiento defensivo.

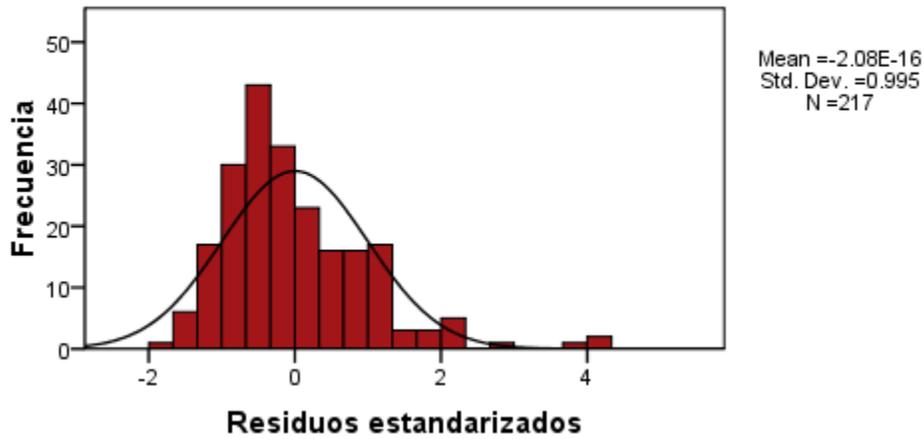


Figura 44. Histograma de los residuos de CE.

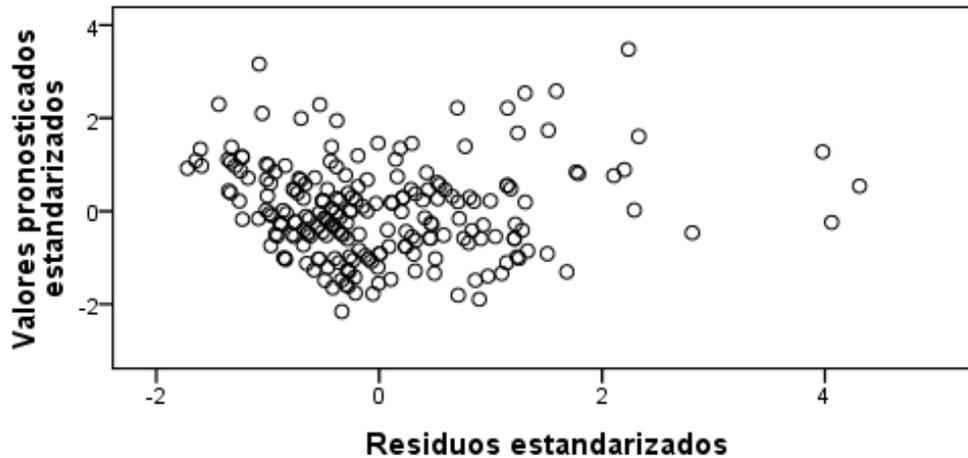


Figura 45. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de CE.

Si se calcula el modelo con las puntuaciones factoriales ortogonales, además de edad e IMC, resultan tres predictores significativos que no muestran colinealidad. La distribución de los residuos sigue siendo asimétrica positiva, pero éstos resultan independientes. Mayor índice de masa corporal, mayor funcionamiento defensivo desde una posición depresiva y menor sentido de la realidad predicen comer excesivo (véase Tabla 60).

Tabla 60.

Modelo de regresión de Comer excesivo con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	-.753	1.995		-.377	.706					
IMC	.357	.073	.310	4.865	.000	.334	.316	.306	.975	1.026
F1	1.198	.457	.165	2.621	.009	.169	.177	.165	1.000	1.000
F3	1.025	.463	.141	2.214	.028	.190	.150	.139	.975	1.026

R = .412, *R*² = .170, *R*²*aj.* = .162, *EEE* = 6.655. F1 = Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva. F3 = Sentido de realidad

4.5.2.11 Factor de Imagen corporal

El factor de imagen corporal tiene correlaciones significativas con la edad, IMC, nivel socioeconómico, número de hijos y las 4 funciones del Yo (véase Tabla 38). Al calcular el modelo ingresan dos variables: IMC (β = -.45) y funcionamiento defensivo (β = -.30). El modelo es significativo ($F(2, 214) = 45.76, p < .01$). Los predictores no presentan colinealidad como indican los valores de tolerancia e inflación de la varianza próximos a la unidad, así como unos valores de correlación parcial y semiparcial semejantes a los valores de correlación originales (véase Tabla 61). La distribución de los residuos se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 1.06, p = .21$) (véase Figura 46) y se cumple el supuesto de independencia entre los residuos como evidencia la ausencia de tendencia lineal en la gráfica que representa a los valores pronosticados estandarizados y los residuos estandarizados (véase Figura 47). El modelo explica el 29% de la varianza del

factor de imagen corporal. Mayor índice de masa corporal y mayor funcionamiento defensivo pronostican más problemas con la imagen corporal.

Tabla 61.

Modelo de regresión de Imagen corporal

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	B	EE	β	t	p	r	r_p	r_{sp}	Tol.	VIF
Constante	23.594	1.393		16.937	.000					
IMC	-.382	.049	-.450	-7.853	.000	-.460	-.473	-.449	.999	1.001
FD	-.358	.069	-.297	-5.192	.000	-.313	-.334	-.297	.999	1.001

$R = .547$, $R^2 = .300$, $R^2_{aj} = .293$, $EEE = 4.502$. FD = Funcionamiento defensivo.

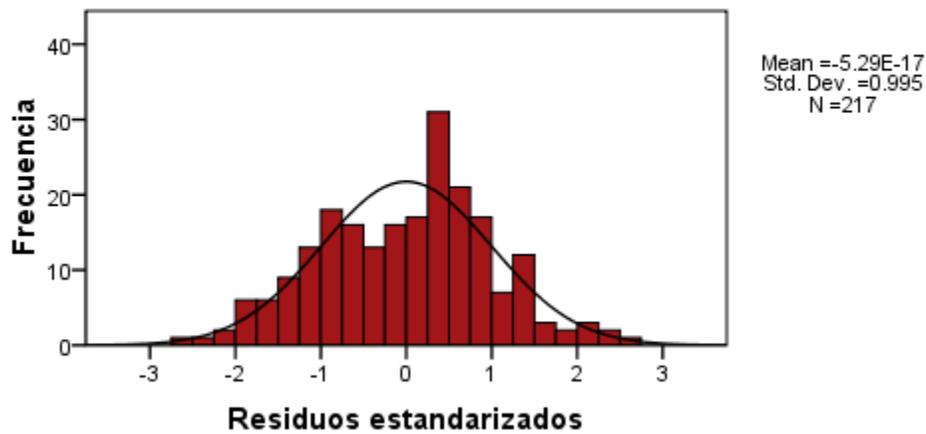


Figura 46. Histograma de los residuos de CO.

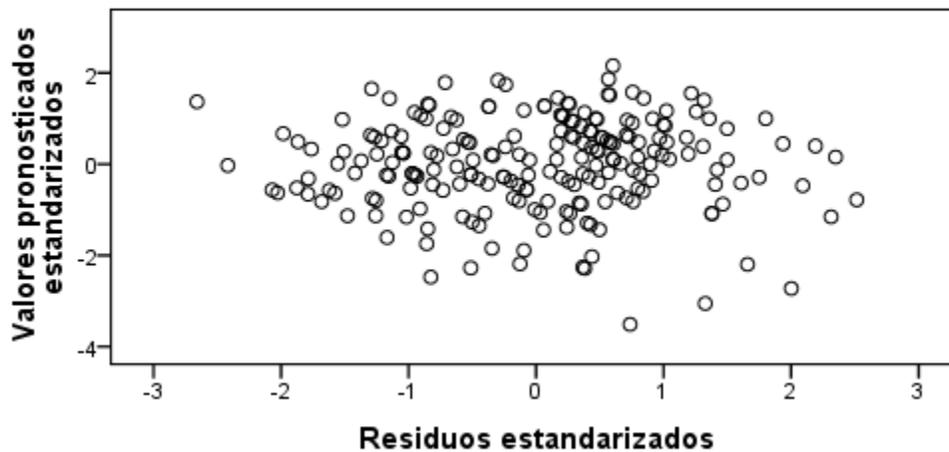


Figura 47. Diagrama de dispersión de los residuos estandarizados y los valores predichos estandarizados de CO.

Si el modelo se estima con las puntuaciones factoriales ortogonales, además de edad, IMC, nivel socioeconómico, número de hijos, se obtienen 3 predictores significativos. El modelo explica el 29% del criterio. Mayor índice de masa corporal, menor sentido de realidad y mayor funcionamiento defensivo desde una posición depresiva predicen más problemas de imagen corporal (véase Tabla 62).

Tabla 62.

Modelo de regresión de Imagen corporal con las puntuaciones factoriales ortogonales

Modelo	Coeficientes					Correlaciones			Colinealidad	
	<i>B</i>	<i>EE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>r_p</i>	<i>r_{sp}</i>	<i>Tol.</i>	<i>VIF</i>
Constante	20.461	1.338		15.295	.000					
IMC	-.359	.049	-.422	-7.286	.000	-.460	-.447	-.417	0.975	1.026
F3	-1.180	.310	-.220	-3.803	.000	-.287	-.252	-.218	0.975	1.026
F1	-1.119	.306	-.209	-3.651	.000	-.214	-.243	-.209	1.000	1.000

R = .550, *R*² = .302, *R*²*aj.* = .292, *EEE* = 4.504. F3 = Sentido de realidad. F1 = Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva.

En las tablas 63 y 64 se resumen la información de los modelos de regresión en relación con los predictores significativos, su orden por peso, el porcentaje de varianza explicada del criterio y la violación de supuestos. En la Tabla 63 se consideran los modelos con las puntuaciones en los factores de las funciones del Yo calculadas por suma simple de ítems. En la Tabla 64 se consideran las puntuaciones factoriales ortogonales de las cuatro funciones del Yo.

Los modelos para el puntaje total y alteración afectiva explican casi la mitad de la varianza. Se viola el supuesto de independencia de los predictores, siendo esta dificultad superada por el empleo de las puntuaciones factoriales ortogonales. Los modelos de motivación para bajar de peso e imagen corporal superan el cuarto de varianza explicada y cumplen todos los supuestos. Los modelos de hábitos de salud, sentimientos positivos al comer, antojos alimentarios y subingesta son muy débiles con menos del 10% de la varianza explicada. Los modelos de comer excesivo, aislamiento social y defensividad alcanza al menos el

10% de la varianza explicada, pero ésta se halla por debajo del 20% (véanse Tablas 62 y 63).

Tabla 63.

Resumen de los modelos con las funciones del Yo calculadas por suma simple

	Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria										
	PT	AF	AN	MO	AI	DE	SU	SA	PO	CE	CO
SR	4	4				2	2		1		
RI											
RO	3	2			1	1					
FD	2	1	1	2			1			2	2
Edad									2		
Esc.		3									
NSC								2			
Hijos								1			
IMC	1	5		1						1	1
% de var.	40	46	6.5	26	13	10	8	6	4	16	29
Violación de supuestos											
Colinealidad	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Asim. Res.	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No
Dep. Res.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

PT: Puntaje total, AF: Alteración afectiva, AN: Antojos alimentarios. MO: Motivación para bajar de peso, AI: Aislamiento social, DE: Defensividad, SU: Subingesta, SA: Hábitos de salud, POSI: Sentimientos positivos al comer, CE: Comer excesivo, CO: Imagen corporal.

Tabla 64.

Resumen de los modelos con las funciones del Yo como puntuaciones factoriales ortogonales

	Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria										
	PT	AF	AN	MO	AI	DE	SU	SA	PO	CE	CO
F1	2	1	1		2	1	2			2	3
F2	4	3			1	2					
F3	3	2		2		3	1			3	2
F4				3	3		3				
Edad									1		
Esc		4									
NSC								2			
Hijos								1			
IMC	1	5		1						1	1
% de var.	38	46	7	29	14	11.5	9	6	2	16	29
Violación de supuestos											
Colienealidad	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Asim. Res.	No	No	No	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No
Dep. Res.	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

F1: Funcionamiento defensivo desde una posición depresiva. F2: Problemas de relaciones objetales desde una posición esquizo-paranoide, F3: Sentido de realidad y F4: Huida de la ansiedad a través de la actividad.

4.6 Predicción de cada factor de OQ con los restantes nueve factores

Se procede a predecir cada factor de OQ con los nueve restantes para determinar las interrelaciones más fuertes. Los modelos traen colinealidad, de ahí que sólo se informe de la varianza explicada, variables significativas y pesos de las mismas. La intención es obtener mayor información antes de definir los modelos estructurales lineales (véase Tabla 65).

La alteración afectiva es pronosticada por comer excesivo ($\beta = .30, p < .01$), aislamiento social ($\beta = .26, p < .01$), subingesta ($\beta = .23, p < .01$), imagen corporal ($\beta = -.17, p < .01$) y antojos alimentarios ($\beta = .12, p = .04$). El modelo explica el 44.4% de la varianza.

Los antojos alimentarios son pronosticados por los sentimientos positivos al comer ($\beta = .34, p < .01$) y el comer excesivo ($\beta = .34, p < .01$). El modelo explica el 31.6% de la varianza.

La motivación para bajar de peso es pronosticada por la imagen corporal ($\beta = -.47, p < .01$), hábitos de salud ($\beta = .26, p < .01$), comer excesivo ($\beta = .26, p < .01$), defensividad ($\beta = .22, p < .01$) y subingesta ($\beta = .19, p < .01$). El modelo explica el 38.7% de la varianza.

El aislamiento social es pronosticado por la alteración afectiva ($\beta = .35, p < .01$) y la defensividad ($\beta = -.24, p < .01$). El modelo explica el 21.3% de la varianza.

La defensividad es pronosticada por la imagen corporal ($\beta = .40, p < .01$), el aislamiento social ($\beta = -.26, p < .01$) y la motivación para bajar de peso ($\beta = .23, p < .01$). El modelo explica el 22.8% de la varianza.

La subingesta alimentaria es pronosticada por la alteración afectiva ($\beta = .33, p < .01$) y la motivación para bajar de peso ($\beta = .23, p < .01$). El modelo explica el 20% de la varianza.

Los hábitos de salud son pronosticados por la imagen corporal ($\beta = .40, p < .01$), la motivación para bajar de peso ($\beta = .39, p < .01$) y el comer excesivo ($\beta = -.20, p < .01$). El modelo explica el 20.1% de varianza.

Los sentimientos positivos al comer son pronosticados por los antojos alimentarios ($\beta = .33, p < .01$), comer excesivo ($\beta = .31, p < .01$) e imagen corporal ($\beta = .17, p < .01$). El modelo explica el 29.3% de la varianza.

Comer excesivo es pronosticado por alteración afectiva ($\beta = .28, p < .01$), motivación para bajar de peso ($\beta = .25, p < .01$), antojos alimentarios ($\beta = .23, p < .01$), sentimientos positivos al comer ($\beta = .22, p < .01$) y hábitos de salud. ($\beta = -.17, p < .01$) El modelo explica el 45.2% de la varianza.

La satisfacción con la Imagen corporal es pronosticada por la motivación para bajar de peso ($\beta = -.45, p < .01$), hábitos de salud ($\beta = .29, p < .01$), defensividad ($\beta = .27, p < .01$), alteración afectiva ($\beta = -.19, p < .01$) y antojos alimentarios ($\beta = .18, p < .01$). El modelo explica el 43.6% de la varianza.

Tabla 65.

Resumen de los modelos de la cada subescala de OQ pronosticada por las 9 restantes

	AF	AN	MO	AI	DE	SUB	SA	POSI	CE	CO
AF				1		1			1	5
AN	5							1	2	4
MO					3	2	2		3	1
AI	2				2					
DE			4	2						2
Sub	3		5							
SA			2						5	3
POSI		1							4	
CE	1	2	3				3	2		
CO	4		1		1		1	3		

% de var.	44	32	39	21	23	20	20	29	45	44
-----------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

AF: Alteración afectiva, AN: Antojos alimentarios. MO: Motivación para bajar de peso, AI: Aislamiento social, DE: Defensividad, SU: Subingesta, SA: Hábitos de salud, POSI: Sentimientos positivos al comer, CE: Comer excesivo, CO: Imagen corporal.

4.7 Modelo de ecuaciones estructurales lineales de alteración alimentaria

Se inicia con modelos de análisis de trayectorias manejando variables manifiestas. Se sigue con modelos de ecuaciones estructurales lineales ya con variables latentes. Los cálculos se realizan por el método de mínimos cuadrados generalizados (GLS).

Se propone un primer modelo donde la alteración alimentaria (o sobreingesta con aspectos psicológicos de sobrepeso u obesidad) es pronosticada por el índice de masa corporal y tres funciones del Yo interrelacionadas (funcionamiento defensivo, sentido de realidad y relaciones objetales). El ajuste del modelo en general es bueno. Se puede mantener la hipótesis nula de ajuste con una $p > .025$ ($\chi^2(4) = 10.14, p = .04$). Los índices GFI, CFI e IFI son mayores a .95 y los índices AGFI e NFI son mayores a .90. El error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*) toma un valor de .08 (véase Figura 48). Corresponde al modelo de regresión antes obtenido incluyendo la colinealidad de las funciones del Yo. Al tener mayor peso el funcionamiento defensivo y el índice de masa corporal refleja un comer excesivo como afrontamiento del malestar emocional (véase Figura 47).

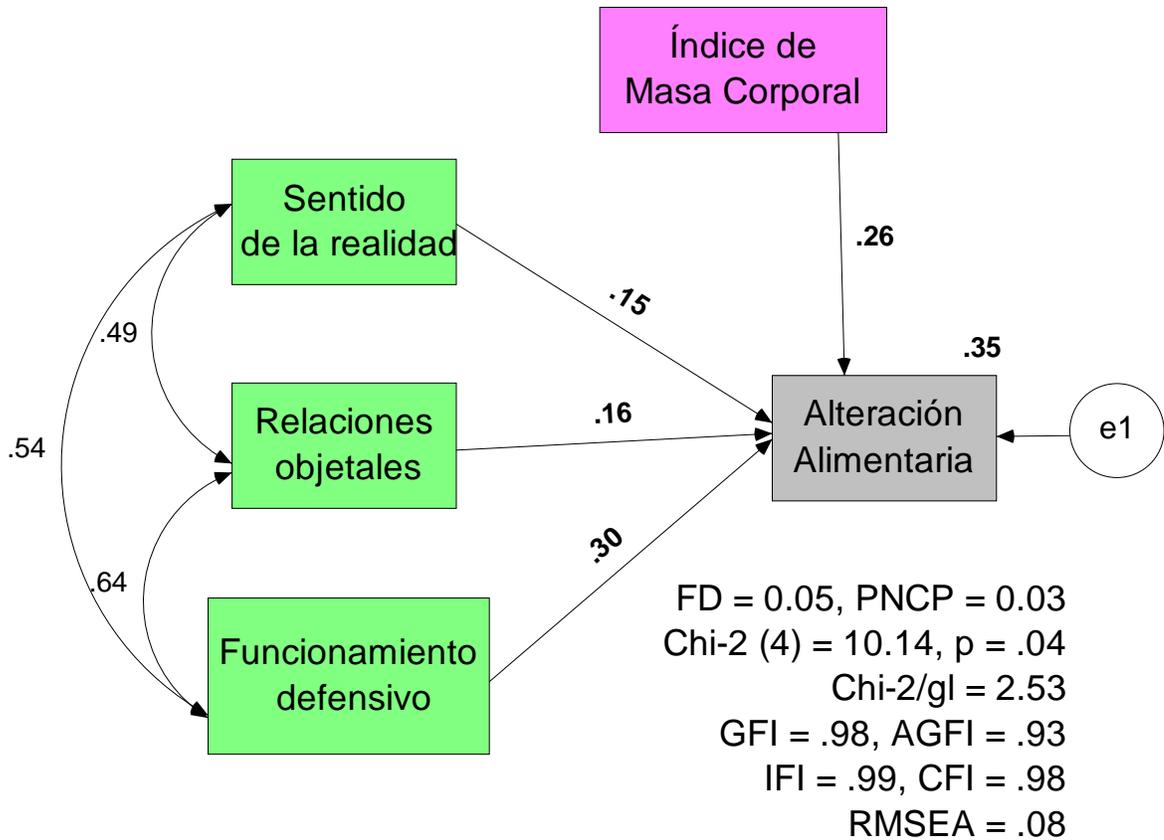


Figura 48. Parámetros estandarizados del primer modelo.

Si se introduce una correlación entre IMC y el residuo de la puntuación total de OQ se logra un buen ajuste en todos los índices, salvo que el error cuadrático medio de aproximación es mayor a .05, pero menor a .08 ($RMSEA = .07$) (véase Figura 49). Esta corrección indica que hay una parte de la varianza del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria no explicada por el modelo y que tiene una asociación directa con una mayor masa corporal. Probablemente sea un aspecto de sobrepeso u obesidad libre de componentes emocionales o psicopatológicos.

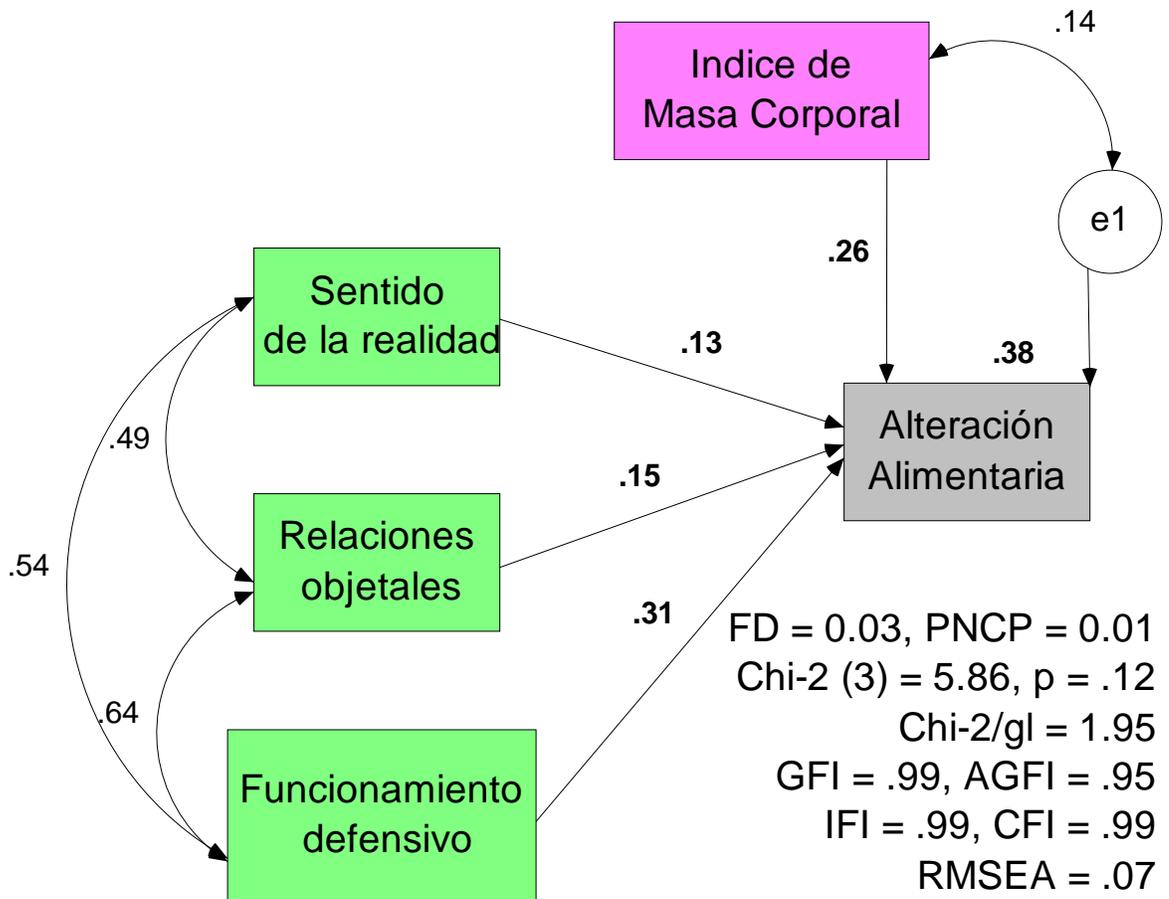


Figura 49. Parámetros estandarizados del primer modelo corregido.

Se contrasta un segundo modelo más complejo. La alteración alimentaria o sobreingesta es pronosticada por el índice de masa corporal, alteración afectiva, insatisfacción con la imagen corporal, motivación para bajar de peso y comer excesivo. Estas cuatro variables son las más correlacionadas con el criterio. Las tres funciones del Yo quedan como variables exógenas y aparece también la edad. Los cuatro factores del OQ y el IMC están como variables endógenas. La alteración afectiva es pronosticada por las tres funciones del Yo y escolaridad. El índice de masa corporal es pronosticado por el comer excesivo y la edad. La edad y la escolaridad correlacionan. No se introduce alteración afectiva porque no es una vía significativa. La imagen corporal es predicha por funcionamiento defensivo, índice de masa corporal y alteración afectiva. La motivación para bajar de peso es pronosticada por funcionamiento defensivo, comer excesivo, imagen corporal e índice de masa corporal. Finalmente el comer excesivo predicho por

funcionamiento defensivo, alteración afectiva y la edad. El modelo tiene buen ajuste, pero dos vías no son significativas: funcionamiento defensivo como predictor de comer excesivo ($\beta = -.08, p = .25$) y funcionamiento defensivo como predictor de motivación para bajar de peso ($\beta = .07, p = .26$). Se puede mantener la hipótesis nula de ajuste con una $p > .05$ ($\chi^2(30) = 35.70, p = .22$). FD y PNCP se aproximan a 0. Los índices GFI, CFI e IFI son mayores a .95 y los índices AGFI e NFI son mayores a .90. El error cuadrático medio de aproximación se aproxima a 0 (véase Figura 50).

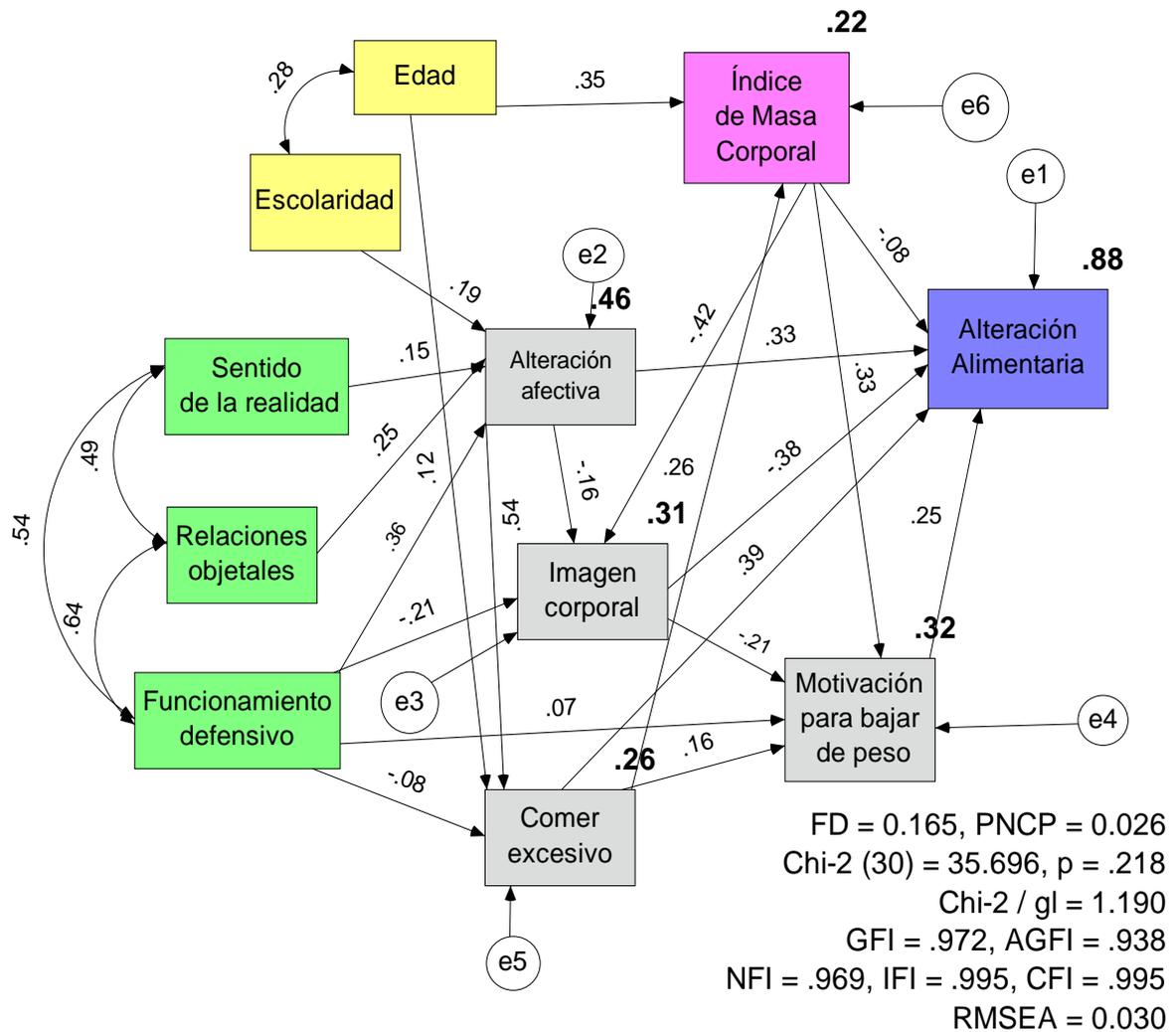


Figura 50. Parámetros estandarizados del segundo modelo.

Al eliminar las dos vías no significativas, se obtiene un modelo con buen ajuste y con todos sus parámetros significativos. Se puede mantener la hipótesis nula de ajuste con una $p > .05$ ($\chi^2(32) = 39.14, p = .21$). FD y PNCP se aproximan

a 0. Los índices GFI, CFI e IFI son mayores a .95 y los índices AGFI e NFI son mayores a .90. El error cuadrático medio de aproximación se aproxima a 0 (véase Figura 51). En el modelo el índice de masa corporal toma muy poco peso para el puntaje total de cuestionario de sobreingesta. Su mayor peso se encuentra en insatisfacción con la imagen corporal y motivación para bajar de peso. La imagen corporal, alteración afectiva y comer excesivo son los predictores más importantes del puntaje total de Cuestionario. La alteración afectiva sobre todo predice comer excesivo y es pronosticada por fallo en el funcionamiento defensivo, problemas en las relaciones objetales y escolaridad. Este modelo refleja un comer excesivo por alteración afectiva en personas con pobre funcionamiento defensivo (ansiosas) y con problemas de relaciones sociales que les motiva a bajar de peso. A su vez ese fallo en el funcionamiento defensivo genera problemas de imagen corporal que agudizan la motivación para bajar de peso.

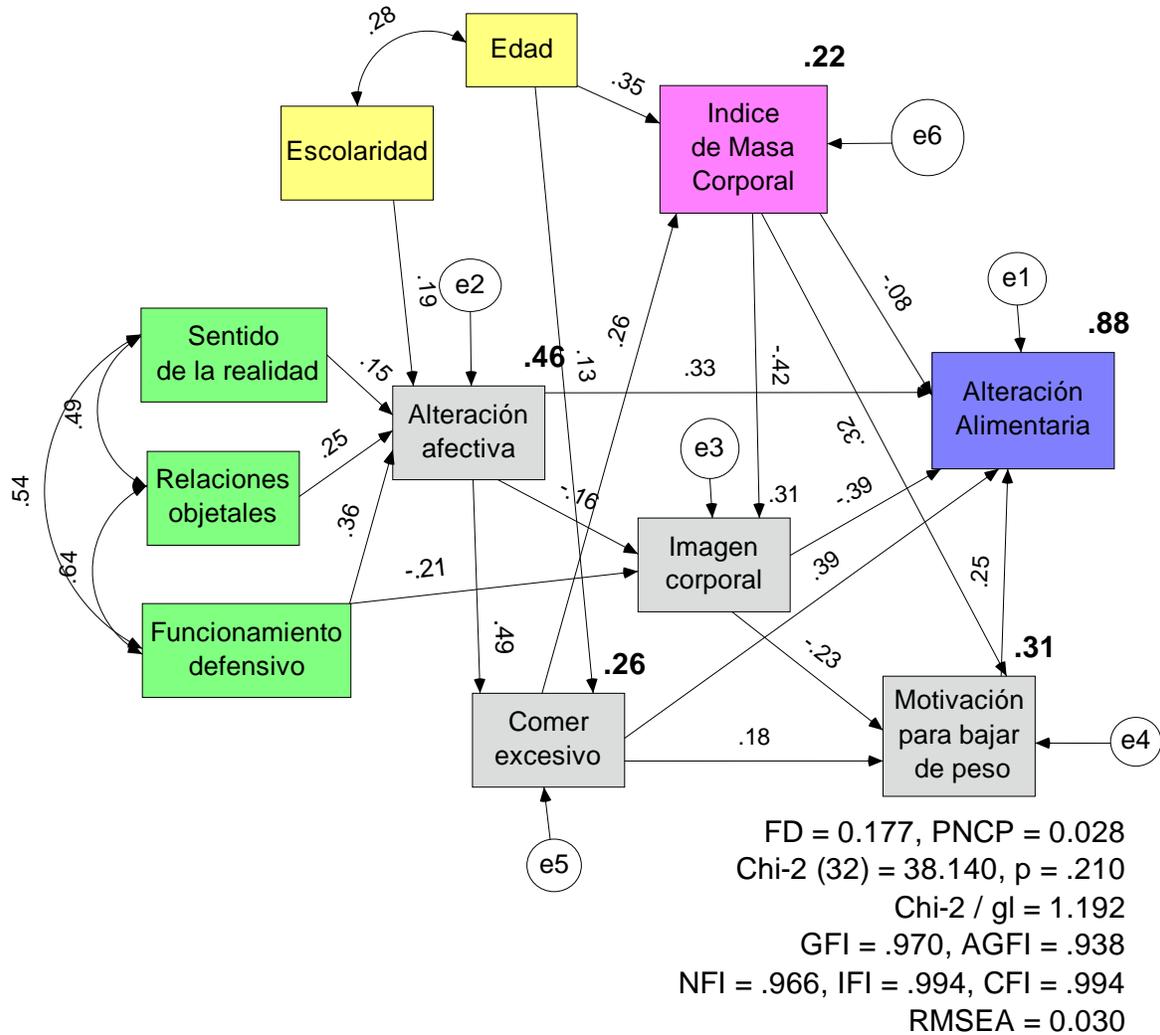
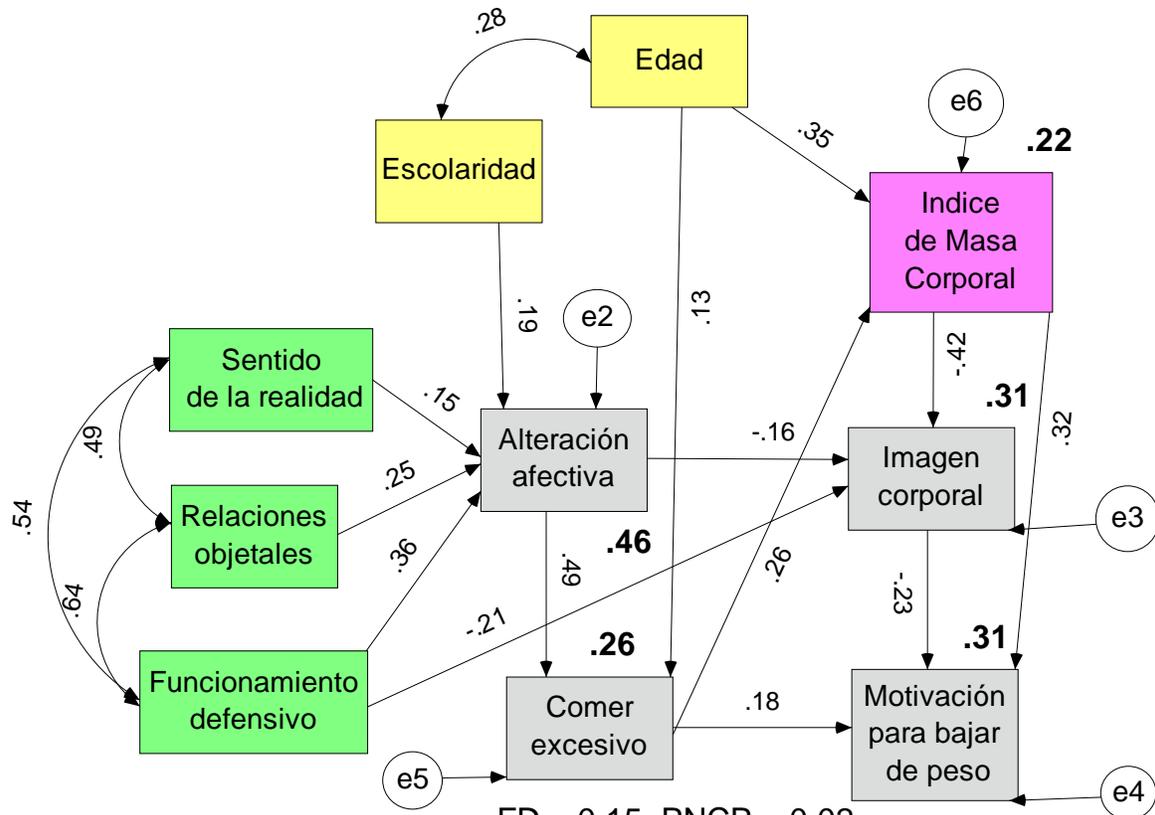


Figura 51. Parámetros estandarizados del segundo modelo corregido.

Si en el segundo modelo eliminamos la variable manifiesta del puntaje total de Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria el ajuste sigue siendo bueno ($FD = 0.15$, $PNCP = 0.02$, $\chi^2 (27) = 31.46$, $p = .25$, $\chi^2/gl = 1.16$, $GFI = .97$, $AGFI = .94$, $CFI = .99$, $IFI = .99$, $NFI = .95$) y la estimación de parámetros no se ve afectada. Se explica el 46% de la varianza de alteración afectiva, 31% de la varianza de imagen corporal y 31% de la varianza de motivación para bajar de peso, 26% del comer excesivo y 22% del índice de masa corporal. Todas las vías de predicción son significativas (véase Figura 52).



FD = 0.15, PNCP = 0.02
 Chi-2 (27) = 31.46, p = .25, Chi-2 / gl = 1.165
 GFI = .973, AGFI = .945, NFI = .953, IFI = .993, CFI = .993
 RMSEA = 0.03

Figura 52. Parámetros estandarizados del segundo modelo corregido y simplificado (sin PT de OQ).

Finalmente se define un modelo por ecuaciones estructurales lineales con variables latentes retomando el primer modelo de análisis de trayectorias. Se consideran cuatro indicadores por variable latente, aquéllos con más peso en un modelo unidimensional (véase Figura 53).

El sentido de la realidad como variable latente determina a SR1 (siente usted que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen), SR6 (hay partes de su cuerpo que se sienten extrañas o irreales), SR7 (siente su cabeza u otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual) y SR10 (siente que hoy usted no es la misma persona que ayer o anteayer). Estos cuatro indicadores hacen referencia a síntomas de despersonalización. Las relaciones objetales como

variable latente determina a RO21 (siente que nadie es en realidad su amigo), RO22 (siente que las demás personas no le son realmente necesarias), RO28 (es usted sobredependiente de alguna relación o se aferra a ella) y RO29 (se siente rechazado si alguien importante para usted no le está proporcionando toda su atención). El funcionamiento defensivo como variable latente determina a FD31 (las cosas lo trastornan fácilmente), FD32 (se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué), FD33 (es usted una persona ansiosa) y FD38 (cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras). Los cuatro indicadores se refieren a un fallo defensivo con mucha ansiedad flotante, así deberíamos nominarlo fallo defensivo. La alteración alimentaria como variable latente determina la alteración afectiva, imagen corporal, motivación para bajar de peso y comer excesivo. Los indicadores hacen referencias a sobreingesta.

En este modelo el sentido de la realidad, las relaciones objetales y el funcionamiento defensivo, junto con el índice masa corporal pronostican la alteración alimentaria.

El modelo tiene en general propiedades malas. Los índices de ajuste varían de buenos ($\chi^2/gf = 1.86$, $FD = 0.97$ y $PNCP = 0.45$), adecuados ($GFI = .88$, $AGFI = .84$, $RMSEA = .06$) a malos ($CFI = .54$, $NFI = .40$, $IFI = .59$, $\chi^2(113) = 210.04$, $p < .01$), con mayor presencia de índices malos. La predicción de la alteración alimentaria por el funcionamiento defensivo no es significativa ($\beta = .27$, $p = .10$). El determinante con más peso es el de las relaciones objetales. La alteración alimentaria predice esencialmente la alteración afectiva, así la varianza del residuo de esta variable manifiesta no es significativa ($p = .56$).

El modelo puede reflejar problemas en las relaciones sociales que producen esencialmente alteración afectiva y comer excesivo, donde un mayor índice de masa corporal y síntomas de despersonalización tiene menor peso predictivo.

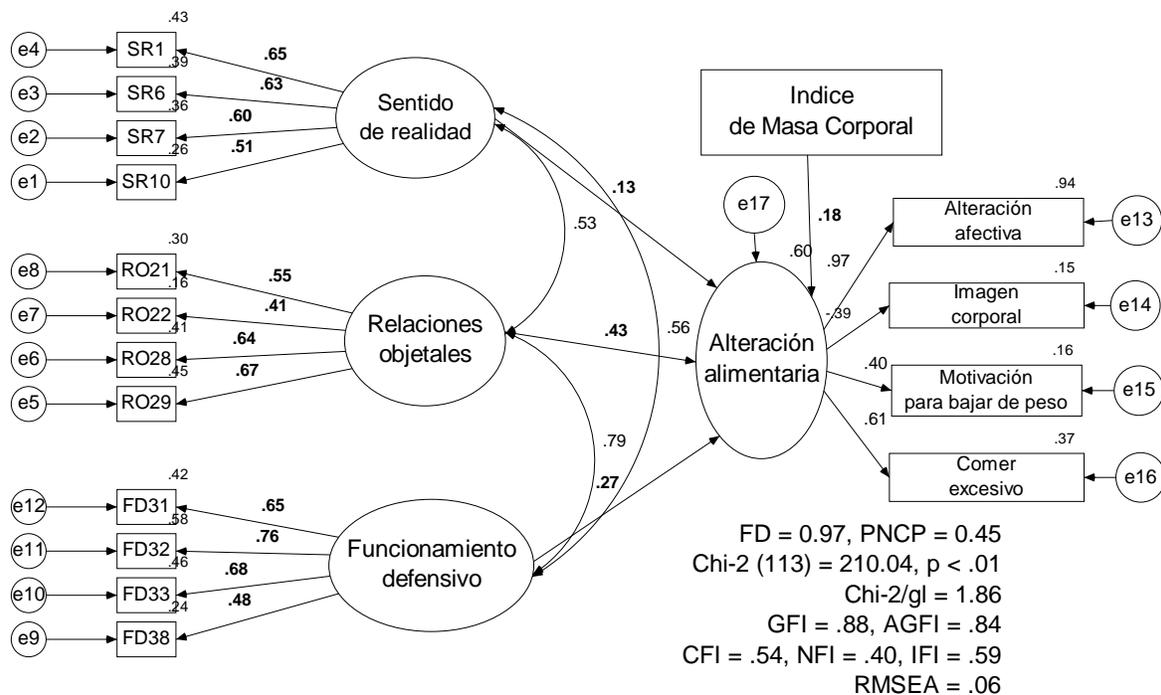


Figura 53. Parámetros estandarizados del modelo de variables latentes

Se ensayan otros modelos de variables latentes, por ejemplo definiendo la alteración alimentaria con comer excesivo, sentimientos positivos al comer y antojos alimentarios o definiendo ésta como imagen corporal, motivación para bajar de peso y subingesta. En estos dos modelos se introduce la correlación entre índice de masa corporal y sentido de realidad, ya que mejora el ajuste. Los índices de ajuste son peores. En el primero sólo IMC es predictor y en el segundo el sentido de la realidad.

Por lo tanto se desestiman los modelos con variables latentes y nos quedamos con los modelos de análisis de senderos. Debe privilegiarse el primer modelo corregido (véase Figura 49) y el segundo corregido y simplificado (véase Figura 52), por la significación de sus vías direccionales y correlacionales, índices de ajuste e información no redundante. El segundo modelo en su propuesta inicial en realidad contiene información redundante al contemplar el puntaje total de OQ determinado por 4 factores de sus factores (alteración afectiva, imagen corporal, motivación para bajar de peso y comer excesivo) y el IMC.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Propiedades psicométricas de la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellack y Goldsmith (1993)

El primer objetivo de esta investigación era analizar las propiedades psicométricas de la Evaluación de las Funciones del Yo de Bellack y Goldsmith (1993), al carecerse de datos psicométricos tanto en la propuesta inicial como en México.

Debe señalarse que sólo se manejan cuatro de las doce subescalas que lo integran: regulación de afectos, instintos e impulsos, relaciones objetales, funcionamiento defensivo y sentido de la realidad, por lo tanto se trata de una validación parcial. Se seleccionaron estos factores por considerarse relevantes en la causa y curso de la obesidad desde un modelo de regulación de las emociones (Taylor, Bagby & Parker, 1997) y de la importancia de las relaciones objetales como regulador emocional y en concreto de la necesidad de pertenencia y protección (Panksepp, Knutson & Burgdorf, 2001).

Las emociones intensas y sostenidas en el tiempo, con una regulación deficiente, se reflejan en una alteración del equilibrio vegetativo y hormonal, por su continua expresión somática que implica a estos dos sistemas interrelacionados. Entre las diversas consecuencias se encuentra la alteración del metabolismo, la pérdida de eficiencia de la insulina y alteraciones en las sensaciones de hambre y saciedad (Bagby et al., 1997).

Panksepp et al. (2001) proponen dos dimensiones básicas de la motivación humana y las relacionan con problemas de adicciones a sustancias y a comportamientos con un intenso refuerzo primario. La primera es la necesidad de actividad-realización y la segunda la necesidad de vínculo-apoyo. La necesidad de activación se ha relacionado con el sistema dopaminérgico. Su satisfacción lleva a sentimientos de excitación y activación placenteras. Por el contrario, la frustración de estas necesidades conlleva sentimientos de aburrimiento que pueden ser compensados con el consumo de sustancias estimulantes, como cocaína, anfetaminas, metanfetaminas y nicotina, o conductas estimulantes, como implicarse en juegos de azar, juegos de habilidades, lectura de libros y sexo. La satisfacción de la necesidad de apoyo y reconocimiento lleva a sentimientos de seguridad y ser estimado. Su frustración provoca sentimientos de vacío y desapego que pueden ser compensados con el consumo de sustancias, como alcohol y opiáceos, y con conductas estimulantes, como comer en exceso e implicarse en compras excesivas.

Si se analizan las subescalas de las funciones del Yo de forma independiente se obtienen de forma clara modelos unidimensionales con ajuste bueno o adecuado y con consistencia interna alta. Los puntajes totales de estas subescalas están correlacionados. Si se manejan los 40 ítems que las 4 subescalas, también se logra definir un modelo de 4 factores correlacionados con ajuste adecuado. Se desechan 4 ítems por problemas de consistencia y definición factorial. La interpretación de los factores se asemeja a la expectativa, aunque difiere en algunos matices.

El primer componente es de defensividad, pero ahora matizado por problemas de dependencia no resuelta y cambios de humor. Se interpreta desde la teoría kleiniana como un reflejo de una posición depresiva. El segundo factor es el de relaciones objetales, pero ahora matizado por aspectos de distanciamiento, dureza y agresividad, incluyendo impulsos antisociales y suicidas. Nuevamente acudiendo

a la teoría kleiniana refleja una posición esquizo-paranoide. El tercero es el de sentido de la realidad que coincide con el esperado. El cuarto es el de regulación y control de impulsos, pero éstos se relacionan con actividad e impaciencia, de ahí que se denomina huida de la ansiedad a través de la actividad. El análisis de clúster con los tres primeros factores revela, como se espera desde la teoría kleiniana, que la posición depresiva y esquizo-paranoide sean separables, ya sea entre distintas personas o en distintos momentos vitales en la misma persona.

5.2 Propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007)

El segundo objetivo era analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria de O'Donnell y Warren (2007) en población mexicana.

Se reproduce con exactitud 8 de los 11 factores originales: alteración afectiva, hábitos de salud, antojos alimentarios, aislamiento social, subingesta, motivación para bajar de peso, imagen corporal y defensividad. El factor de expectativas al comer se fragmenta en dos nuevos factores. Por una parte se define con el factor consistente de sentimientos positivos al comer y por otra parte se integra con los ítems de sobreingesta para definir un factor de comer excesivo. El factor de racionalizaciones no se reproduce adecuadamente y tiene consistencia interna baja, por lo que se considera mejor ignorarlo. Por lo demás la solución propuesta es equivalente a la de O'Donnell y Warren (2007). En la adaptación mexicana se manejaría una escala de 64 ítems y 10 factores correlacionados con valores de consistencia interna altos, salvo el valor adecuado de subingesta. Cabe señalar que el conjunto de racionalizaciones para tener exceso de peso desarrollado desde los estudios con estadounidenses se aplica mal a las participantes mexicanas, quizás porque los estereotipos de obesidad, las creencias sobre el ideal de delgadez, las percepciones de las causas de obesidad y del control para

el bajo peso, junto con la valoración de cuerpo, varían de una cultura a otra (Klaczynski, Goold, & Mudry, 2004).

Al acudir al análisis factorial confirmatorio, esta estructura de 10 factores correlacionados resulta adecuada, pero se requiere reducción de indicadores. Finalmente se proponen 4 indicadores por factor, no tanto para la definición de una escala breve, sino para la definición de variables latentes en modelos estructurales.

Se propone un puntaje total con la suma de los 64 ítems de los 10 factores, invirtiendo las puntuaciones de hábitos de salud, sentimientos positivos al comer, imagen corporal y defensividad. Su distribución se ajusta a una curva normal. Este puntaje total refleja aspectos psicológicos relacionados con el sobrepeso y la obesidad. La variable con menos peso es sentimientos positivos al comer y las que tienen más peso son comer excesivo y alteración afectiva. Por lo tanto se trata de un comer excesivo o autoindulgente para sofocar el malestar emocional.

Al extraer los factores de segundo orden estos 10 primarios se observa un primer factor de “comedor gourmet”², el cual refleja conductas de disfrute del comer, además de autoindulgencia en la comida; un segundo factor de “restricción alimentaria por malestar con la imagen corporal”, un tercer factor de “depresión e inhibición”, y un cuarto factor de “ortorexia”³ o disciplina en el ejercicio y comer para lograr una imagen corporal deseada”. Esto permite entender porqué los sentimientos positivos al comer es la variable con menos peso en el puntaje total, ya que forma parte de un componente de comer estilo gourmet y no propiamente de un componente de alteración alimentaria. Por lo tanto el puntaje total refleja un

² Gourmet es definido como una persona con gusto delicado y un exquisito paladar, con capacidad para ser catador de comida al probar el nivel de sabor, fineza y calidad de los alimentos. Aquí referimos como comedor gourmet a aquel que muestra ese disfrute de la comida y del acto de comer, que se deleita en la comida.

³ Ortorexia es definida como una obsesión por comer comida saludable, la cual puede llevar a la muerte (Bratman & Knight, 2000).

patrón de comer excesivo o indulgencia en el comer por alteración afectiva o afrontamiento del malestar emocional.

El factor de comedor gourmet se puede interpretar como un equivalente al primer grupo de obesos descritos por Bruch (1973), en donde no se observa una problemática psicológica. Quizás la obesidad desarrollada durante la infancia o adolescencia, podría asociarse más con el factor de segundo orden denominado *complejo de inferioridad corporal*, el cual fue obtenido al extraerse tres factores por el criterio de Cattell, dado que las características de la obesidad de este tipo, desde la propuesta de Bruch, pueden llevar a un aislamiento social y automenosprecio. La obesidad reactiva, considerada desde la propuesta de Bruch como una respuesta ante un evento traumático, no se corresponde de forma clara con ninguno de estos factores.

El factor de defensividad del OQ por su contenido parece reflejar lo que Paulhus (1991) denomina autoengaño como componente de la deseabilidad social. El hecho de mentirse a sí mismo o ignorar aspectos propios en defensa de una imagen socialmente deseable. Este factor difiere del factor de defensividad contenido en el cuestionario de Bellak y Goldsmith (1993), donde se es entendida la defensividad como un fallo importante en el manejo de la ansiedad con la presencia de mucha ansiedad flotante.

5.3 Predicción del Índice de masa corporal

El tercer objetivo era determinar cuáles variables sociodemográficas y funciones del Yo están relacionadas y permiten predecir índice de masa corporal.

De las variables sociodemográficas la edad, nivel socioeconómico, número de hijos y escolaridad se asocian con IMC, de las funciones del Yo sólo sentido de realidad, además el puntaje total del cuestionario de sobreingesta y sus factores de motivación para bajar de peso, imagen corporal, comer excesivo, alteración

afectiva y hábitos de salud presentan asociación. Asimismo, la falta de voluntad y el comer más que otras personas, entre las causas especificadas de obesidad, también se asocian a mayor IMC. El no encontrar asociación de tres funciones del Yo con IMC puede reflejar lo que Hachdourian (1985) llamo una capacidad regresiva al servicio del Yo.

Aunque otros estudios han reportado un menor control de impulsos en personas con obesidad, en este estudio la falta de control de impulsos no parece ser un predictor de la obesidad, aunque la referencia de las participantes a una falta de voluntad y un comer excesivo puede ser vista como una forma de fallo en dicho control (Bravo, Espinosa, Mancilla & Tello, 2011; Rand & Stunkard, 1978). No obstante, como función yoica no es predictivo.

De este conjunto de variables se destacan como predictores de mayor IMC una mayor motivación para bajar de peso, mayor edad, mayor número hijos, más preocupación con la imagen corporal, hábitos inadecuados de salud y nivel socioeconómico bajo. El modelo predictivo con estas siete variables casi explica la mitad de la varianza de IMC, pero presenta ligera colinealidad. Estos resultados son congruentes con otros estudios que reportan la asociación de la preocupación por la imagen corporal y el nivel socioeconómico bajo con la obesidad (Sansone, Wiederman & Monteith, 2001; Arias et al., 2006).

Se definen tres modelos para predecir IMC por análisis de senderos, manejando relaciones direccionales con mayor sentido que el modelo predictivo anterior, además de contemplar relaciones intermedias y la correlación entre predictores exógenos. El IMC aparece como predictor de motivación para bajar de peso e imagen corporal, a su vez la insatisfacción con la imagen corporal como predictor de motivación para bajar de peso, al tener estas vías un mayor sentido causal. Los hábitos de salud pronostican IMC, motivación para bajar de peso e imagen corporal. El modelo refleja por una parte que tener adecuados hábitos de salud previene problemas de sobrepeso y preocupación con la imagen corporal,

por otra parte que el exceso de masa corporal genera preocupación por la imagen corporal y motiva la baja de peso. La mayor edad así como el aumentado sedentarismo de las sociedades modernas llevan a la pérdida de eficacia del metabolismo, el tener más hijos propicia un mayor volumen de grasa corporal por el incremento justificado en el embarazo y la lactancia, el bajo nivel socioeconómico se asocia con el descuido de la imagen corporal (quizás debido a aspectos culturales) (Patil, Cates & Morales, 2005), estos factores aunados a la peor calidad de la alimentación van generando una ganancia progresiva de peso y, por tanto, pérdida de una figura atractiva acorde a los estándares prevalecientes en la cultura occidental (Kublick & Meneley, 2005, Montero, 2001). En este modelo finalmente los hábitos de salud no predicen de forma significativa mayor índice de masa corporal, pero sí mayor preocupación por la imagen corporal y motivación para bajar de peso.

El segundo modelo, con buen ajuste y todos sus parámetros significativos, indica que las mujeres de estatus socioeconómico más bajo, mayor edad y que reportan comer en exceso muestran mayor índice de masa corporal. Las mujeres con mayor IMC, hábitos inadecuados de salud y que comen en exceso tienen mayor insatisfacción con su imagen corporal. A su vez las mujeres con mayor IMC, hábitos inadecuados de salud, insatisfacción con la imagen corporal y que comen en exceso son las que tienen mayor motivación para bajar de peso. Se tienen hábitos inadecuados de salud a menor estatus socioeconómico y menor edad. Estos hallazgos coinciden con los estudios de Burros y Cooper (2002) sobre la obesidad en mujeres. Las personas que reportan comer más presentan hábitos inadecuados de salud y tienen mayor promedio de edad. Probablemente las mujeres de más edad, con estilos de vida sedentarios y metabolismos menos eficientes perciben fácilmente que ingieren un exceso de calorías, frente a las más jóvenes que son más activas y con un metabolismo más eficiente.

5.4 Predicción de alteración alimentaria

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

La alteración alimentaria, como puntaje total del cuestionario OQ, está correlacionada con las 4 funciones del Yo, índice de masa corporal, número de hijos y edad. Entre estos correlatos se destacan como predictores mayor índice de masa corporal, mayor funcionamiento defensivo, peores relaciones objetales y menor sentido de la realidad. Al presentar este modelo colinealidad, se estima con las funciones del Yo obtenidas desde las puntuaciones factoriales ortogonales. El modelo resultante es el mismo, donde las funciones del Yo reflejan mayor funcionamiento defensivo desde una posición depresiva, menor sentido de la realidad y más problemas objetales desde una posición esquizo-paranoide pronosticando mayores problemas de sobreingesta. El análisis de clúster aplicado a las tres variables de funciones del Yo revela tres grupos, donde se puede separar a las personas con un funcionamiento esquizo-paranoide, de aquéllas con funcionamiento depresivo y de aquéllas con un funcionamiento más evolucionado o maduro, ya que desde la teoría psicoanalítica no sería compatible ambos tipos de funcionamiento como variables concurrentes. Las alteraciones alimentarias en relación a un estado depresivo así como dificultades en la detección y expresión de emociones ha sido documentado en otros estudios (Fassino, Pierò, Gramaglia & Abbate-Daga, 2004).

Se define un modelo para predecir alteración alimentaria por análisis de senderos, manejando relaciones direccionales con mayor sentido que el anterior modelo predictivo, además de contemplar relaciones intermedias y la correlación entre predictores exógenos. El índice de masa corporal posee menor valor

predictivo para el puntaje total de cuestionario de sobreingesta. Su mayor valor predictivo se encuentra en insatisfacción con la imagen corporal, motivación para bajar de peso y comer excesivo.

Considerando que la predicción del puntaje total de OQ en este modelo no aporta información relevante, al prescindir de estas vías se mantiene el buen ajuste. Con casi una mitad de la varianza explicada, la alteración afectiva se pronostica por las tres funciones del Yo correlacionadas (mayor funcionamiento defensivo, peores relaciones objetales y menor sentido de la realidad) y mayor escolaridad. Con un cuarto de varianza explicada el comer excesivo es pronosticado por alteración afectiva y mayor edad. Con casi un tercio de la varianza explicada la preocupación por la imagen corporal es pronosticada por mayor funcionamiento defensivo y mayor índice de masa corporal. Con casi un tercio de la varianza explicada, la motivación para bajar de peso es pronosticada por comer excesivo, mayor índice de masa corporal y mayor funcionamiento defensivo. Con casi un cuarto de varianza el índice de masa corporal es pronosticado por comer excesivo y mayor edad.

Este modelo refleja un comer excesivo por alteración afectiva. Mayor edad y comer excesivo llevan a ganancia de peso. La ganancia de peso genera preocupación por la imagen corporal y motivación para bajar de peso. A su vez la preocupación por la imagen corporal motiva el bajar de peso. Estos resultados son similares a los reportados por Moral (2011) en un análisis de diversos modelos que permiten predecir obesidad, encontrando que la preocupación y el malestar con la imagen corporal llevan a la motivación para bajar de peso en personas con obesidad.

El hecho de que una mayor escolaridad sea una vía de predicción de mayor alteración afectiva, correlacionando de forma directa con mayor edad, pudiese reflejar aspectos de realización personal o frustración de expectativas. Esto se

plantea como hipótesis para futuros estudios, pues se carece de datos para poner a prueba esta afirmación.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Con el desarrollo del presente estudio intentamos contribuir a una mejor comprensión de la obesidad en el marco de las consideraciones psicosociales que corresponden a un entorno determinado, delimitado en nuestra investigación por una población femenina de un rango de edad de 20 a 40 años, ubicadas en la Ciudad de Monterrey, lo que además está enmarcado por el tiempo histórico en que se vive la problemática y se desarrolla este trabajo. Año 2010 en el cual México es declarado el país con mayor tasa de sobrepeso y obesidad a nivel mundial, lo que alarma a las autoridades sanitarias.

En este estudio, la validación del cuestionario para la evaluación de las funciones del Yo en formato de escala Likert, es una importante contribución al campo de la psicología clínica de corte psicodinámico, ya que dentro de nuestro contexto educativo no es frecuente el someter a procesos de validación los constructos psicoanalíticos. Su validación se basa en estudios teórico-conceptuales y se deja de lado la posibilidad de darle mayor rigor científico con datos empíricos.

A favor de nuestros datos cabe señalar los coeficientes de consistencia interna elevados de los instrumentos de medida, el potencial de manejo numérico y la congruencia de la naturaleza de autoinforme de los mismos, cuando medidas de naturaleza distinta (observacionales, proyectivas o fisiológicas) pueden limitar la fuerza de las asociaciones por problemas metodológicos de confiabilidad y validez cruzada.

Debemos recordar que el tipo de diseño elegido para el estudio, así como la naturaleza de la muestra y de los objetivos planteados imponen limitaciones. Como limitaciones del estudio debe señalarse el carácter no probabilístico de la muestra. Aunque su tamaño grande nos permite alcanzar potencia elevada en las pruebas de contraste, toda generalización debe manejarse como una hipótesis aplicable a una población semejante de mujeres de 20 a 40 años de edad con estudios de nivel superior. Dadas las características no probabilísticas de la muestra empleada (perfil medio de mujer joven con estudios universitarios de clase media), se advierte que la extrapolación de los resultados a una población femenina hispanoparlante semejante requiere su contraste, por lo que los presentes datos deben ser manejados como hipótesis. Se desconoce la validez de las escalas en varones mexicanos, por lo que se recomienda en futuras investigaciones incluirlos, e incluso buscar una muestra probabilística representativa de ambos sexos a fin de determinar los baremos de ambos instrumentos para la población mexicana. Entre otras limitaciones cabe mencionar la naturaleza de autorreporte de los datos, por lo que pueden diferir estos resultados con los obtenidos por otros medios, como observación o autorregistro; de ahí que se desea estimular el estudio de la relación de las funciones del Yo y de otros predictores psicosociales de la obesidad con múltiples métodos con un enfoque integrador.

Los grupos de peso normal y sobrepeso/obesidad que en proporción equivalente integran la muestra, difieren en casi todas las variables sociodemográficas que constituyen factores de riesgo interrelacionados, como la edad, tener hijos, estado civil y nivel socioeconómico. Tan sólo la escolaridad es equivalente entre ambos grupos. Al tratarse de un diseño *ex pos facto* no se buscó la equivalencia en variables sociodemográficas entre ambos grupos, por el contrario se permitió la variación natural de estos factores en sí mismos relevantes para el tema estudiado. El impacto del conjunto de variables sociodemográficas es

significativo pero pequeño, tomando la mayor relevancia la edad, nivel socioeconómico y número de hijos.

Otra de las limitaciones se relaciona con el tipo de análisis estadísticos realizados. Si bien en este estudio los instrumentos utilizados mostraron buenas propiedades psicométricas, somos conscientes de que en futuras aplicaciones de cualesquiera de estos instrumentos, los análisis de consistencia interna se deben realizar para asegurar que retraten los aspectos de la sociedad que se pretenden estudiar. En el caso de los análisis de correlación, de regresión y de ecuaciones estructurales, sabemos que éstos no tienen un potencial explicativo del fenómeno de la obesidad en la población, pero sí tienen un potencial predictivo de la misma (Rodríguez & Moreno, 2007). Por otra parte, los análisis de clúster permiten caracterizar solo a la muestra estudiada, no pudiendo ir más allá de la interpretación de la misma.

Con base en los resultados se concluye que en esta muestra existen grupos de mujeres diferenciados por su funcionamiento psicosocial. En las mujeres con peso normal o ligero sobrepeso se puede esperar un mejor funcionamiento psíquico; mientras que en mujeres con mayor sobrepeso puede asociarse con la posición paranoide en donde es posible observar rasgos de dureza o insensibilidad emocional, pero buen sentido de la realidad; habría otras mujeres con sobrepeso u obesidad en quienes puede presentarse una posición depresiva y peor sentido de la realidad.

De acuerdo al modelo con mejor ajuste a los datos de la presente muestra femenina, tener un índice de masa corporal elevado puede generar dificultades en la aceptación de uno mismo, y por tanto, dificultades para establecer relaciones con otros. Aunado a ello puede presentarse un peor sentido de la realidad, que quizás se asocie con las preocupaciones con la imagen corporal y la incapacidad para reconocer los límites del propio cuerpo. El ver los cuerpos de los demás, sentirse disociado (y desdichado) de su propio cuerpo y presentar dificultad para

aceptarse puede generar que una mujer se mantenga en guardia y a la defensiva, alejando a otros, no permitiéndose intimar más y buscando la comida como refugio para paliar sus dificultades emocionales.

De este modo, tanto el sobrepeso como la obesidad se pueden volver una trampa difícil de franquear, ya que se come de más tanto por ansiedad como para resolver el conflicto emocional, eso incide en el aumento de peso, la inconformidad con la imagen corporal generada tras esa mayor grasa acumulada en el cuerpo provoca mayor motivación para bajar de peso, y esto a su vez puede ser un factor de mayor ansiedad en la persona, ya que la restricción alimentaria que viene asociada a un régimen para bajar de peso genera mayor alteración alimentaria, en un ciclo que no tiene fin. Estos hallazgos coinciden con los reportes de otros estudios (Unikel, Saucedo, Villatoro, Medina-Mora y Fleiz, 2002) en donde el sobrepeso en mujeres jóvenes se asocia con la motivación para bajar de peso, pero menor control de impulsos y por tanto acceden a conductas de riesgo características de los trastornos alimentarios como la bulimia nervosa.

No se trata sólo de que las personas con mayor índice de masa corporal tengan mayor falta de voluntad y que coman más que otras personas, sino que no encuentran otra forma de manejar la ansiedad, y el cuerpo se vuelve la vía regia para manifestar un conflicto, siendo éste el escenario de un drama que no halla desenlace. Por esto, se especula que la recurrencia a constantes dietas infructuosas (que producen efecto yo-yo), aunado a la alteración afectiva, pueden contribuir en el futuro a un trastorno alimentario para lo que se requieren datos de seguimiento que permitan salir de un modelo meramente predictivo a uno verdaderamente explicativo.

El uso práctico de esta investigación implica que una persona con obesidad, debe reflexionar sobre lo complejo que es este problema de salud, el cual se haya multideterminado y que el solo hecho de iniciar un régimen de reducción de peso así como iniciar actividad física, puede que por sí mismo no ser la alternativa más

adecuada. La motivación para bajar de peso es indudable que se halla presente en esta población, sin embargo, no sabemos si es debido a preocupaciones estéticas o por salud. Si la preocupación se asocia más a fines estéticos de la imagen corporal, entonces las personas se entrampan, ya que la ansiedad que se asocia a los regímenes dietéticos puede llevar a un mayor número de antojos alimentarios y un posterior atracón. De modo que no se trata solo de esta falta de voluntad, de la necesidad de motivación. Quizás para que los esfuerzos por reducir el peso corporal sean fructíferos, se requerirá de asistir a clínicas que ofrezcan un servicio integral, en donde pueda aparte de tener una orientación médico-nutricional adecuada, también pueda tener la posibilidad de trabajar con la ansiedad y a la vez que se le invite a modificar sus creencias asociadas a los hábitos alimenticios, de cuidado personal y de ejercicio, así como trabajar terapéuticamente en otros aspectos que pueden surgir en torno a la obesidad o bien hacia la comida.

De este trabajo podemos derivar nuevas líneas de investigación para la búsqueda de claves que arrojen mayor luz para la comprensión y manejo de la obesidad. Antes de ello debemos señalar que el prototipo de persona obesa feliz, puede ser una realidad, ya que hay un número importante de mujeres con sobrepeso u obesidad en la presente muestra que no manifiestan psicopatología, y sí poseen un buen sentido de realidad. En los casos en donde sí hay mayor dificultad en el funcionamiento psicosocial, sería interesante abordar a este grupo de personas no sólo desde su conflicto manifiesto, sino leer en el cuerpo un conflicto inconsciente que quizás denuncie un no saber cómo manejar la ansiedad y cómo adaptarse a la realidad. Quizás la obesidad no aparece como motivo de consulta, por el contrario se acude por complicaciones derivadas de ésta, pero está ahí, expresando lo que con palabras nunca se pudo.

Propuesta de aplicaciones y futuras investigaciones

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

En futuras investigaciones se podría estudiar contemplar la alexitimia y el estilo de vida operatorio (Taylor et al., 1997; Moral, 2008) junto con las funciones del Yo. La alexitimia se refiere a la dificultad para identificar y expresar verbalmente las emociones, junto con una orientación externa del estilo de vida ante la dificultad para contactar con el propio deseo por una inmadurez de la función de la fantasía que liga afecto con sentimientos y significados. Estas deficiencias se reflejarán en problemas de regulación emocional, dificultad de adaptación y frustración en las relaciones, generándose una tensión y un vacío que la persona no logra entender. La indulgencia en la comida es una de las estrategias para afrontar este malestar como este estudio pone de manifiesto. Asimismo se podría comprobar si estas relaciones de variables se sostienen en hombres o qué diferencias se observan con comparación con las mujeres. Finalmente ver la replicabilidad de los resultados con una nueva muestra, especialmente de carácter probabilístico.

Referencias Bibliográficas

Abbasi, F., Brown B., W., Lamendola, C., McLaughlin, T. & Reaven, G. M. (2002). Relationship between obesity, insulin resistance, and coronary heart disease risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 40 (5), 937-943.

Ali, S. M. & Lindström, M. (2006) Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European Journal of Public Health*, 16 (3), 324-330.

Altman, B. (2008). Obesity and Brain Disorder/Drs. Volkow and O'Brien Reply. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (1),138-139.

American Psychiatric Association (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Texto Revisado, DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57 (12), 1060-1073.

Arias-Horcadas, F., Sánchez-Romero, S., Gorgojo-Martínez, J.J., Almodóvar-Ruiz, F., Fernández-Rojo, S. & Llorente-Martín, F. (2006). Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. *Actas Especializadas de Psiquiatría*, 34 (6), 362-370.

Bellak L. & Hurvich M. (1969). A systematic study of ego functions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 148 (6), 569-585.

- Bellak I., Hurvich M. & Gediman, H. (1973). *Ego functions in Schizophrenics, Neurotics and Normals*. New York: John Wiley & Sons.
- Bellak, L. & Goldsmith, L.A. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. México: Manual Moderno.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. 2ª Edición. México: Manual Moderno.
- Bordo, S. (1990). Reading the slender body. En Jacobus, M., Keller, E.F., y Shuttleworth. *Body/Politics: Women and the discourses of Science*. New York: Routledge.
- Bradshaw, (1988). *Healing the shame that binds you*. Deerfield Beach, Fl: Health Communications, Inc.
- Braet, C. (2005). Psychological profile to become and to stay obese. *International Journal of Obesity, 29 (Suppl.)*, S19-S23.
- Bratman, S. & Knight, D. (2000). *Health food junkies*. New York: Broadway Books.
- Bravo del Toro, A., Espinosa Rodríguez, T., Mancilla Arroyo, L.N. & Tello Recillas, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 16 (1)*, 115-123.
- Bruch H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York, EUA: Basic Books Inc.
- Bruch, H. (1978). *La jaula dorada. El enigma de la anorexia nerviosa*. Madrid, España: Paidós.

- Burrows, A. & Cooper, M. (2002). Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *International Journal of Obesity* 26 (9), 1268–1273.
- Caparrós, N. & Sanfeliú, I. (1997). *La anorexia. Una locura del cuerpo*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Cattell, R. (1966). The Screen test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1 (2), 245-276.
- Chinchilla-Moreno, A. (2005). *Obesidad y Psiquiatría*. España: Masson.
- Chiozza L. (1997). *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiroidismo, enfermedades periodontales, caries dental*. Buenos Aires, Argentina: Alianza Editorial.
- Chiozza, L. (2008). Afectos y afecciones 3. Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo (1993-1997). En *Obras completas* (12, 355-389). Buenos Aires, Argentina: Zorzal.
- Coyne, L., Shroder, P.J., Frieswyk, S., Cerney, M., Newsom, G & Novotny, P. (1993). Evaluación de las funciones del Yo; su relación con el resultado del tratamiento en un hospital psiquiátrico y la adaptación en el seguimiento: el estudio del factor psicoanalítico. En Bellak, L. y Goldsmith, L.A. (1993). *Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo*. (pp 91-111). México: Manual Moderno.

- Cramer, P. (1999). Ego functions and ego development: defense mechanisms and intelligence as predictors of ego level. *Journal of Personality*, 67 (5), 735-760.
- Crosnoe, R. (2007). Gender, obesity, and education. *Sociology of Education*, 80, (3), 241-260.
- DePinho, C.M. (1991). *The psychological functioning of bilingual people: A study on the differential affective meaning and ego functioning in the Portuguese-English population*. Obtenido de ProQuest Dissertations and Thesis. (AT9125987).
- Dolto, F. (1994). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona, España: Paidós.
- Erickson Cornish, J. A. (1982). *A study of creativity and ego functions in art students*. Obtenido de ProQuest Dissertations and Thesis. (AT8226346).
- Fassino, S., Pierò, A., Gramaglia, C. & Abbate-Daga G. (2004). Clinical, Psychopathological and Personality Correlates of Interoceptive Awareness in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Obesity. *Psychopathology*, 37 (4), 168-174.
- Fisch, S.C. (1982). *Assessment of Ego Functions in Classical and Jazz Musicians: A study of personality Differences*. Obtenido de ProQuest Dissertations and Thesis. (AT8303781).
- Flores M., Carrión C. & Barquera S. (2005). *Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos*. *Encuesta Nacional de Nutrición, 1999*. Salud Pública de México, 47, 447-450.

Freud, A. (1965). *El Yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.

Freud, S. (2007). *Obras completas*. Argentina: Amorrortu. 24 T.
_____ *Análisis terminable e interminable* ,(1937), T. XXIII
_____ *El Yo y el ello*, (1938), T. XIX
_____ *Esquema del psicoanálisis*, (1938,1940), T. XXIII
_____ *Inhibición síntoma y angustia*, (1925-1926), T. XX
_____ *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis*, (1932-1933),
T. XXII.

García-Cadena, C.H. (2006). La medición en las ciencias sociales y en la psicología. En R. Landero y M. T. González (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 139-166). México: Trillas.

García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M.T., Calzada-León R., Vázquez-Velázquez, V., et al. (2008) La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública de México*, 50 (6), 530-547.

Garn, S.N., Bailey, S.M., Solomon, M.A., & Hopkins, P.J. (1981). Effects of remaining family members on fatness prediction. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34 (2), 148-153.

Gerdine, P.V.H.JR. (1964). *Patterns of ego function in Psychophysiological skin disorders*. Obtenido de ProQuest Dissertations and Thesis. (AT6411658)

González-Rivera, J. L. & De las Cuevas , C. (1992). La evaluación psicodinámica de las funciones del Yo. *Revista Psiquis*. Recuperado el 21 de junio de 2008, de http://www.psicoter.es/pdf/92_A101_01.pdf.

Griffith, A. E. (1969). The measurement of selected ego functions. Recuperado de ProQuest Dissertations and Thesis (AT6411549).

- Guisado-Macías J.A. & Vaz-Leal F.J. (2002). Personality Assessment in Morbid Obesity. Recuperado el 27 de noviembre de 2008, *Reprinted from the German Journal of Psychiatry* <http://www.gjpsy.uni-goettingen.de>
- Gutiérrez-Fisac, J.L. (1998). Obesidad y Nivel Socioeconómico. *Medicina Clínica*, 110 (9), 347-355.
- Hachdourian, G. B. (1985). *Capacity for regression in the service of the ego as a function of ego developmental level and ego strength*. Recuperado de ProQuest Dissertations and Thesis (AT8508451).
- Hargrove, J. A., Jr. (1985). *Replication and extension of Leopold Bellak's model of Ego Function Assessment*. . Recuperado de ProQuest Dissertations and Thesis (AT8507898).
- Hartmann H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: International Universities Press.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. Nueva York, EUA: International Universities Press.
- Heiker, M. & Miller, C. (1996). *Anorexia-bulimia: deseo de nada*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Hernández B., Peterson K., Sobol, A., Rivera J., Sepúlveda J. & Lezana M.A. (1996). Sobre peso en mujeres de 12 a 49 años y niños menores de cinco años en México. *Salud Pública de México*, 38 (3), 178-188.
- Himmelgreen, D. (2007). *A Fat: The Anthropology of an Obsession*. New York: Tarcher/Penguin.

Hower, M. G. (1987). *A revision of the Ego Function Assessment Questionnaire*. Recuperado de ProQuest Dissertations and Thesis (AT8779898).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2006). *II Conteo de Población y Vivienda 2005. Sistema de consulta. Principales resultados por localidad*. México:INEGI. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/default.asp?accion=4&UPC=702825006444

Instituto Nacional de Salud Pública (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Nuevo León*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud.

Izcara-Palacios, S. P. (2003). *Introducción al muestreo*. México: Editorial Porrúa.

Johnson, S.F., Swenson, W.M & Gastineau, C.F. (1976). Personality characteristics in obesity: relation of MMPI profile and age of onset of obesity to success in weight reduction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 29 (6),626-632.

Jones, E. (1953). *The life and work of Freud*. New York: Basic Books.

Junien C. & Nathanielsz P (2007). Report on the IASO Stock Conference 2006: early and lifelong environmental epigenomic programming of metabolic syndrome, obesity and type II diabetes. *International Association for the Study of Obesity*. doi: 10.1111/j.1467-789X.2007.00371.x

Kaiser, H. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20 (1), 141-151.

- Kernberg, O. F. (1979). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós.
- Kernberg, O. F. (1987). *Trastornos graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. México: Manual Moderno.
- Kilicarslan, A., Isildak, M., Sain Guven, G., Gul Oz, S., Durusu Tannover, M., Duman E., et al. (2006). Demographic, Socioeconomic and Educational Aspects of Obesity in an Adult Population. *Journal of the National Medical Association*, 98 (8), 1313-1317.
- Klaczynski, P.A., Goold, K.W. & Mudry, J.J. (2004). Culture, Obesity Stereotypes, Self-Esteem, and the “Thin Ideal”: A Social Identity Perspective. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (4), 307-317.
- Kopelman, P.G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, 404, 635-643.
- Kublick, D. & Meneley, A. (2005). *Fat: The Anthropology of an Obsession*. New York: Jeremy P. Tarcher / Penguin.
- Landero-Hernández, R., & González-Ramírez, M. T. (Ed.) (2006). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Lim, W., Thomas, K.S., Bardwell, W.A. & Dimsdale, J.E. (2008). Which Measures of Obesity Are Related to Depressive Symptoms and in Whom? *Psychosomatics*, 49 (1), 23-28.
- Mackay, J. R. (1987). *Psychopathy and pathological narcissism: a study of ego functioning*. Obtenido de ProQuest Dissertations and Thesis (AT8726789).

- Mancilla-Díaz, J.M., Durán-Díaz, A., Ocampo Téllez-Girón, M.T. & López Alonso, V., (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública de México*, 34 (5), 533-539.
- McCall, R. (1974). Group therapy with obese women of varying MMPI profiles. *Journal of Clinical Psychology*, 30 (4), 466-470.
- McKnight, T. L. (2006). *Obesity management in family practice*. New York, EUA: Springer.
- McKnight, T.L. (2005). *Obesity Management in Family Practice*. Berlín: Springer
- Meier, A. (1982). *Ego function patterns among families of schizophrenic and neurotic patients*. Recuperado de ProQuest Dissertations and Thesis (ATNK56455).
- Mendelson, B. K. & White, D. R. (1985). Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 21(1), 90-96.
- Montero, J. A. (2001). *Obesidad: una visión antropológica*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y cátedra de Historia de la Medicina.
- Moral, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Revista de Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, 3 (3). Recuperado el 26 de octubre de 2010, de www.uanl.mx/publicaciones/respyn/iii/ensayos/trastornos.html

- Moral, J. (2006). Análisis factorial confirmatorio. En R. Landero y M. T. González (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 445-528). México: Trillas.
- Moral, J. (2008). Alexitimia: concepto, modelos explicativos, medida, aplicación clínica y tratamiento. En M. C. Rojas C. y M. G. Muñiz (Eds.), *Perspectivas de la psicología clínica* (pp. 170- 209). San Luís Potosí, México: Universidad Autónoma de San Luís Potosí y Universidad Autónoma de Nuevo León
- Moral, J. (2011). Modelos predictivos de factores de riesgo de síntomas de trastornos de la conducta alimentaria. En J. Moral, J. L. Ybarra, J. Álvarez, J. Zapata y J. González (Eds), *Adolescentes escolarizados: sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el noreste de México* (349-411). México: Fontamara.
- Mumford D.B., Whitehouse, A.M. & Platts, M. (1991). Sociocultural correlates of eating disorders among Asian school girls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, 222-228.
- Mushatt, C. (1982/1983). Anorexia nervosa: A psychoanalytic commentary. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9 (1), 257-265.
- National Institutes of Health (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report*. USA: National Institutes of Health, 8, 902-923.
- Newman, D.L., Sontag, L.M., & Salvato R. (2006). Psychosocial Aspects of Body Mass and Body Image Among Rural American Indian Adolescents. *Journal*

of Youth and Adolescence, 35 (2), 281-291; doi: 10.1007/s10964-005-9011-8.

Nina, C.M. (2007). The relationship between ego functions and personality traits with drug of choice and degree of substance involvement among gay and bisexual male club drug users. Recuperado de Proquest Dissertations and Theses. AT (3259705).

O'Donnell W.E. & Warren W.L. (2007). *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)*. México: Manual Moderno.

Odgen, J. (2005). *Psicología de la Alimentación*. España: Morata.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. & Sepúlveda-Amor, J. (Eds.) (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT2006)*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y Sobrepeso*. Nota descriptiva No. 311. Recuperada el 16 de septiembre de 2008 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (1994). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Meditor.

Organization for Economic Co-operation and Development (2008). *OECD Health Data 2008 Version 06/28/2008* [Computer Software and File]. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development/Institute for

Research and Information in Health Economics [Producers]. Paris:
Organization for Economic Co-operation and Development [Distributor].
URL: <http://new.sourceoecd.org>.

Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado B., Campuzano J.C. & Salmerón J. (2006).
Índice de masa y percepción de la imagen corporal en una población adulta
mexicana: la precisión del autoreporte. *Salud Pública de México*. 48 (2), 94-
103.

Panksepp, J., Knutson, B., & Burgdorf, J. (2001). The role of brain emotional
systems in addictions: a neuro-evolutionary perspective and new self-report
animal model. *Addiction*, 97(4), 459-469.

Patil, S. R., Cates, S. C. & Morales R. A. (2005). Consumer food safety knowledge,
practices, and demographic differences: findings from a meta-analysis.
Journal of Food Protection, 68(9), 1884-1894.

Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. En J. P.
Robinson, P. R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality
and social psychological attitudes* (pp.17-59). New York: Academic Press.

Popkin, B. M. & Doak, C.M. (1998). The obesity epidemic is a worldwide
phenomenon. *Nutrition Reviews*, 56 (4), 106-114.

Quetelet, A. L. J. (1871). *Anthropométrie, ou Mesure des différentes facultés de
l'homme*. Bruxelles: C. Muquardt.

Rand C. & Stunkard A. J. (1978). Obesity and psychoanalysis. *American Journal of
Psychiatry*, 135 (5), 547-555.

- Renman, C., Engström, I., Silfverdal, S-A & Åman, J. (1999). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study *Acta Pædiatr*, 88, 998-1003.
- Rodin, J. (1977). Research on eating behavior and obesity: Where does it fit in personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 3, 333-355.
- Rodríguez Ayán, M. & Moreno González, E. (2007). Correlación y regresión. En R. Landero y M. T. González (Ed.), *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 335-373). México: Trillas.
- Rodríguez, R. (Enero 15, 2008). Obesidad por mala asesoría nutricional señala el IMSS. *El UNIVERSAL.com.mx*. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/157030.html>
- Roth, G. (1999). *Cuando la comida sustituye al amor*. Madrid, España: Urano.
- Rovira, B.L. (s.f.). *Obesidad y Psicopatología*. Capítulo XII. De la Asociación Médica Argentina, recuperado el 9 Septiembre de 2008, de <http://www.ama-med.org.ar/obesidad/CAP-12-OBESIDAD-PSICOPATOLOGIA.pdf>
- Rymaszewski, H.V. (1995). *The impact of ego function assessment on the rehabilitation of alcoholics clients*. Obtenido de ProQuest Dissertations and Theses (AT 9543183).
- Sales, B. D. & Folkman, S. (2000). *Ethics in Research With Human Participants*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sánchez-Sosa, J. C., Moral, J., y Cantú, P. (2008). El índice de masa corporal autorreportado como medida antropométrica pertinente en estudios de imagen corporal. *Revista de Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, 9(4). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/ix/4/articulos/articulo_imc_autorreportado.htm

Sansone M.A., Wiederman M.W. & Monteith D. (2001). Obesity, Borderline Personality and Body Image among Women in a Psychiatric Outpatient Setting. *International Journal of Eating Disorders* 29, 76-79.

Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. *Comunicados de prensa*. Recuperado el 23 de Abril de 2008 de <http://portal.salud.gob.mx/>.

Shestowsky, B. (1983). Ego identity development and obesity in adolescents' girls. *Adolescence*, 18 (71), 551-559.

Shilder, P. (2000). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. México, DF: Paidós.

Sivak, R. & Wiater, A. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos*. Argentina: Paidós.

Slade, P.D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497-502.

- Sobal, J. & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105 (2), 260-275.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo (4ª edición)*. México, DF: Editorial Trillas.
- Sours J.A. et al. (1969). *Perturbaciones Psíquicas del Adolescente*. Argentina: Paidós.
- SPSS, Inc. (2006). *SPSS-Modelos avanzados 15.0*. Chicago, EEUU: Autor.
- Steiger, H., Stotland, S., Ghadirian, A.M., & Whitehead, V. (1994). Controlled study of eating concerns and psychopathological traits in relative of eating disorders probands: Do familial traits?. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 107-118.
- Stroe, J. G. (1995). *Obesity and ego function*. Tesis de doctorado (AT9606693). San Diego, CA: University of California.
- Stunkard A. J. (2000). Factores determinantes de la obesidad: opinión actual. La Obesidad en la pobreza: un reto para la salud pública. *Publicación Científica (OPS-OMS)*, 576, 27-32.
- Stunkard A.J. (1976). *Pain of Obesity*. Palo Alto, CA: Bull Publishing Company.
- Stunkard, A. J. & Sobal, J. (1995). Psychological consequences of obesity. En K. D. Brownell y C. G. Fairburn (eds.), *Eating disorders and obesity* (23, pp. 83-88). New York: Guilford Press.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating habits and obesity. *Psychiatry Quarterly*, 33, 284-292.

- Stunkard, A. J. (1988). The salmon lecture. Some perspectives on human obesity: its causes. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 64 (8), 902–923.
- Sullivan, S., Cloninger, S.R., Przybeck, T.R., & Klein, S. (2007). Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*, 31, 669-674.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw Hill
- Thompson, W.G., Cook, D.A., Clark, M.M. & Bardia, D. (2007). Treatment of Obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 82 (1), 93-102.
- Unikel C., Ocampo R. & Zambrano J. (2009). Exactitud del auto-reporte de peso y talla en mujeres de 15 a 19 años del Estado de México. *Salud Pública de México*, 51 (3), 194-201.
- Unikel, C., Saucedo, T., Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E. & Fleiz. C. (2002). Conductas alimentarias de riesgo y distribución del índice de masa corporal en estudiantes de 13 a 18 años. *Salud Mental*, 25 (2), 49-57.
- Van der Merve, M-T. (2007). Psychological correlates of obesity in women. *International Journal of Obesity*, 31 (2), S14-S18.
- Volkow, N. D. & O'Brien, Ch. P. (2007). Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder?. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (5), 708-710.

- Von Noorden, C. (1900). *Die Fettsucht*. Wien: Hoelder.
- Wadden, T. & Stunkard, A. J. (2004). *Handbook of obesity treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Wadden, T. (1980). MMPI as a predictor of weight loss. *Psychology Reports*, 46, 984-986.
- Wilson, P. W. F., D'Agostino, R. B., Levy D., Belanger, A. M., Silbershatz, H. & Kannel, W. B. (1998). Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*, 97(18), 1837-1847.
- Winnicott, D. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Wolman, B. B. (1982). *Psychological aspects of obesity: A handbook*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Wood, S. E. (1987). *Bulimic Anorexics, normal weight bulimics and non-eating-disordered controls: a comparison of the level and quality of self and object representations*. . Recuperado de ProQuest Dissertations and Thesis (AT8719842).
- World Health Organization (1983). *Measuring change in nutritional status: Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programs*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. WHO technical report series 845. Geneva: World Health.

ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

A continuación Usted encontrará una serie de preguntas en relación a diversos aspectos sobre su persona y algunas de sus conductas. Sus respuestas permitirán analizar algunos factores tanto psicológicos como sociales que se asocian al sobrepeso y obesidad. El fin es comprender mejor estos problemas, de modo que los diferentes profesionales de la salud se sirvan de esta información para ofrecer tratamientos que se adecúen a nosotras las regiomontanas.

Le solicitamos que las respuestas que dé sean fieles a su realidad para que puedan contribuir al entendimiento de esta problemática y que en lo futuro pueda ayudar a diseñar mejores estrategias de intervención.

Aclaremos que toda información que Usted nos proporcione será tratada con absoluta discreción y solo para fines de investigación, manteniendo el anonimato de su persona.

- Acepto participar en el estudio de forma voluntaria, autorizando el uso de esta información al investigador.
- No acepto.

Fecha _____

Si desea seguir participando en estudios en torno al tema de la Obesidad, por favor, proporcione un correo electrónico para contactarle en lo futuro:

Si desea Usted mayor información sobre la presente investigación o le interesa conocer los resultados que emerjan de la misma, puede contactar a:

Cecilia Meza Peña, Tel. 83483866 y 83338233, ext. 105.

Correo: cecilia.meza@gmail.com

ANEXO 2

Datos Sociodemográficos

I. Datos Socio demográficos

NOS GUSTARÍA HACERLE UNAS PREGUNTAS ACERCA DE USTED. LEA CADA PREGUNTA Y CONTESTE EN FORMA SINCERA, MARCANDO LA RESPUESTA CON UN CÍRCULO O UNA CRUZ.

1. Domicilio: _____
2. Colonia: _____
3. Edad: _____ años

4. Último año de educación completado:
 - 1Primaria
 - 2Secundaria
 - 3Preparatoria
 - 4.....Licenciatura
 - 5..... Maestría
 - 6 Otro, _____

5. Nivel socioeconómico (clase social) al que considera que pertenece
 - 1 Baja
 - 2 Media Baja
 - 3 Media
 - 4..... Media Alta
 - 5..... Alta

6. Estado civil
 - 1Soltera
 - 2 Casada
 - 3 Divorciada
 - 4..... Viuda
 - 5..... Separada
 - 6 Unión libre
 - 7 Otra _____

7. Tiene hijos: 1.....No

2.....Si, ¿Cuántos? _____

8. Actualmente, ¿está embarazada? 1.....No
2.....Si, Semanas de Gestación _____

9. Estatura: _____ Metros

10. Peso: _____ Kilogramos

11. ¿Qué edad tenía cuando empezó a preocuparse por su peso? _____ años.

12. Usted ¿fuma? 1.....No
2.....Si, Cigarrillos al día _____

13. ¿Toma bebidas alcohólicas? 1.....No
2.....Si

14. Está bajo algún tipo de tratamiento médico que requiera de consumir medicamentos?
1.....No
2.....Si, Medicamento _____

15. Ha sido usted diagnosticada con
1.....Hipertensión 2.....Diabetes
3.....Hipertiroidismo 4.....Alto colesterol
5.....Hipotiroidismo 6.....Síndrome metabólico
7.....Otro, _____

16. ¿Actualmente está haciendo dieta? 1.....No
2.....Si, peso perdido _____ kilos

17. ¿Ha hecho dieta anteriormente? 1.....No
2.....Si
Si su respuesta es sí, cual es el menor peso que ha usted alcanzado? _____

18. ¿Cuál ha sido el mayor peso que ha alcanzado? _____ kilogramos

19. ¿Cuál(es) considera que son las causas de su sobrepeso/obesidad? Marque todas las que usted considere.

___ Genes (herencia)

___ Hábitos

___ Comer más que otra gente

- Falta de ejercicio
- Problemas psicológicos
- Metabolismo
- Falta de voluntad
- Mucha presión para comer
- Comer comida chatarra
- Otros, _____

20. ¿Practica ejercicio? 1.....No

2.....Si

Si su respuesta es sí, especifique el número de horas a la semana_____

Anexo 3

Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria

De O'Donnell y Warren (2007)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones acerca de lo que las personas hacen en ocasiones y de la manera en que pueden sentirse. Lea cada afirmación con cuidado y pregúntese qué tanto está de acuerdo con ella. Después, en la columna que se encuentra a la derecha, encierre en un círculo el número que indique qué tanto concuerda con la afirmación. Marque sólo una respuesta para cada afirmación y dé su mejor respuesta. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las afirmaciones.

¿ESTÁ USTED DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?

0=Para nada

1= Un poco

2= Moderadamente

3= Bastante

4= Muchísimo

Para Nada
Un poco
Moderadamente
Bastante
Muchísimo

1	Siempre como en exceso	0	1	2	3	4
2	Peso demasiado porque otros miembros de mi familia pesan demasiado	0	1	2	3	4
3	No puedo decir "No" cuando me ofrecen comida en las fiestas	0	1	2	3	4
4	Si sobran alimentos después de una comida, me los acabo en vez de guardarlos	0	1	2	3	4
5	Hay ocasiones en las que casi me mato de hambre	0	1	2	3	4
6	Me cuido de lo que como	0	1	2	3	4
7	Me agrada mi figura	0	1	2	3	4
8	Siento que siempre me debería comer todo lo que tengo en mi plato	0	1	2	3	4
9	Hay comidas que se me antojan muchísimo	0	1	2	3	4
10	Es frecuente que me sienta triste y melancólica	0	1	2	3	4
11	Llevo una dieta balanceada	0	1	2	3	4
12	Siempre estoy de buen humor	0	1	2	3	4
13	Me he dado un atracón de comida	0	1	2	3	4

14	No me siento a gusto en situaciones sociales	0	1	2	3	4
15	Cuando me siento triste, quiero comer	0	1	2	3	4
16	Como para olvidarme de mis problemas	0	1	2	3	4
17	Siempre tomo buenas decisiones	0	1	2	3	4
18	Quiero conseguir ayuda para mis problemas de peso	0	1	2	3	4
19	Cuando me he sentido alterada, como para sentirme mejor	0	1	2	3	4
20	Me preocupa mi futuro	0	1	2	3	4
21	Estoy esforzándome por alcanzar mi meta de reducción de peso que me gustaría conseguir dentro de los próximos seis meses	0	1	2	3	4
22	Siento mi cuerpo más relajado cuando como	0	1	2	3	4
23	Me siento orgullosa de cómo me veo	0	1	2	3	4
24	Soy tímida	0	1	2	3	4
25	Hago más ejercicio del que debería para bajar de peso	0	1	2	3	4
26	Haré ejercicio si eso me ayuda a bajar de peso	0	1	2	3	4
27	Tiendo a preocuparme todo el tiempo	0	1	2	3	4
28	Cuando deseo cierta comida, busco el modo de conseguirla	0	1	2	3	4
29	Siento temor con frecuencia	0	1	2	3	4
30	Peso demasiado por la forma en que funciona mi cuerpo	0	1	2	3	4
31	Siempre estoy feliz	0	1	2	3	4
32	Peso demasiado porque nadie me da ánimos para bajar de peso	0	1	2	3	4
33	A otras personas les gusta cómo me veo	0	1	2	3	4
34	Para bajar de peso haría lo que me dijera el médico	0	1	2	3	4
35	Evito los alimentos que engordan	0	1	2	3	4
36	Cuando tengo hambre, fantaseo con mi comida preferida	0	1	2	3	4
37	Comer me hace sentir bien	0	1	2	3	4
38	Participaría en grupos de apoyo si eso me ayudara a bajar de peso	0	1	2	3	4
39	Me ejercito con regularidad para controlar mi peso	0	1	2	3	4
40	Hay días que como nada	0	1	2	3	4
41	Me altero mucho cuando subo uno o dos kilos	0	1	2	3	4
42	Mi vida está llena de estrés	0	1	2	3	4
43	Siempre hago lo correcto	0	1	2	3	4
44	Siempre me preocupa subir de peso	0	1	2	3	4
45	Con frecuencia me siento tensa	0	1	2	3	4
46	Evito la cercanía con otra persona	0	1	2	3	4

47	Me respeto más a mí misma cuando estoy delgada	0	1	2	3	4
48	Siempre estoy atenta	0	1	2	3	4
49	Con frecuencia me siento sola	0	1	2	3	4
50	Hago mucho ejercicio	0	1	2	3	4
51	Me siento tranquila después de comer	0	1	2	3	4
52	Me siento incómoda cuando estoy con otras personas	0	1	2	3	4
53	Le oculto a los demás el hecho de que como en exceso	0	1	2	3	4
54	Realmente quiero bajar de peso	0	1	2	3	4
55	Las personas que son parte de mi vida agravan mis problemas de peso	0	1	2	3	4
56	Tengo un deseo intenso por ciertos alimentos	0	1	2	3	4
57	Mi agitada rutina no me permite ponerme a dieta	0	1	2	3	4
58	Las personas importantes en mi vida me animan a comer en exceso	0	1	2	3	4
59	Tengo mejor apariencia que la mayoría de la gente	0	1	2	3	4
60	Cuando tengo planes para una comida especialmente buena, me la imagino de antemano	0	1	2	3	4
61	Hago ejercicio todos los días, incluso cuando me siento cansado	0	1	2	3	4
62	Siempre digo la verdad	0	1	2	3	4
63	Siempre estoy a dieta	0	1	2	3	4
64	Evito las fiestas y reuniones sociales	0	1	2	3	4
65	Tengo exceso de peso porque soy baja de estatura	0	1	2	3	4
66	Haría cambios en mi estilo de vida para poder bajar de peso	0	1	2	3	4
67	Me siento deprimida la mayor parte del tiempo	0	1	2	3	4
68	Me cuesta trabajo acercarme a los demás	0	1	2	3	4
69	Me excedo cuando como	0	1	2	3	4
70	Me agrada mi cuerpo	0	1	2	3	4
71	Se me dificulta hablar con los demás	0	1	2	3	4
72	Tengo buenos hábitos de salud	0	1	2	3	4
73	Ver anuncios en revistas o en la televisión hace que se me antojen ciertos alimentos	0	1	2	3	4
74	Tengo exceso de peso por problemas de salud	0	1	2	3	4
75	Tengo un cuerpo sensual	0	1	2	3	4
76	Le agrado a todo el mundo	0	1	2	3	4
77	Cuento las calorías de lo que como	0	1	2	3	4
78	Me cuesta trabajo controlar las cantidades que como	0	1	2	3	4

79	Me siento más amigable después de comer	0	1	2	3	4
80	Llevaría una dieta balanceada para poder bajar de peso	0	1	2	3	4

Anexo 4

Cuestionario para la Evaluación de las Funciones del Yo

De Bellack y Goldsmith (1993), adaptado por Cecilia Meza Peña

¿ESTÁ USTED DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?

Lea detenidamente cada oración e indique con una X la opción de respuesta con la que esté de acuerdo.

0= Nunca

1= Rara vez

2= Algunas veces

3= Con frecuencia

4= Siempre

Nunca
Casi Nunca
Algunas veces
Casi Siempre
Siempre

1	¿Siente usted que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen?	0	1	2	3	4
2	¿Los ambientes familiares le parecen extraños?	0	1	2	3	4
3	¿Piensa en usted mismo como si fuera dos o más personas?	0	1	2	3	4
4	¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o explotará?	0	1	2	3	4
5	¿Tiene la sorpresiva sensación de que algo que sucede le ha sucedido antes?	0	1	2	3	4
6	¿Hay partes de su cuerpo que se sienten extrañas o irreales?	0	1	2	3	4
7	¿Siente su cabeza u otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual?	0	1	2	3	4
8	¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío?	0	1	2	3	4
9	¿Siente que la vida es como un sueño o una película?	0	1	2	3	4
10	¿Siente usted que hoy no es la misma persona que era ayer o anteayer?	0	1	2	3	4
11	¿Tiene usted un fuerte impulso de estar físicamente activo?	0	1	2	3	4
12	¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo?	0	1	2	3	4
13	¿Tiende a ser emotivo e irritable acerca de las cosas?	0	1	2	3	4
14	¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo?	0	1	2	3	4
15	¿Es usted una persona impaciente?	0	1	2	3	4
16	¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien?	0	1	2	3	4
17	¿Siente una necesidad irresistible de matarse?	0	1	2	3	4

18	¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que considera malos?	0	1	2	3	4
19	¿Se siente incapaz de controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos?	0	1	2	3	4
20	¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar?	0	1	2	3	4
21	¿Siente que nadie es en realidad su amigo?	0	1	2	3	4
22	¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias?	0	1	2	3	4
23	¿Si usted establece una relación íntima con alguien, se rompe rápidamente?	0	1	2	3	4
24	En general, ¿desea que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de usted?	0	1	2	3	4
25	¿Le atrae la misma clase de persona con la que ha tenido problemas antes?	0	1	2	3	4
26	¿Es usted capaz de ponerse en el lugar de los demás y sentir lo que ellos sienten?	0	1	2	3	4
27	Cuando alguien importante para usted está ausente, ¿siente que se ha ido para siempre?	0	1	2	3	4
28	¿Es usted sobredependiente de alguna relación o se aferra a ella?	0	1	2	3	4
29	¿Se siente rechazado si alguien que es importante para usted no le está proporcionando toda su atención?	0	1	2	3	4
30	¿Obtiene satisfacción personal ayudando a los demás?	0	1	2	3	4
31	¿Las cosas lo trastornan fácilmente?	0	1	2	3	4
32	¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué?	0	1	2	3	4
33	¿Es usted una persona ansiosa?	0	1	2	3	4
34	¿Se siente usted como si se estuviera desbaratando?	0	1	2	3	4
35	¿Se le dificulta comprender los chistes que escucha?	0	1	2	3	4
36	¿Tiene pesadillas?	0	1	2	3	4
37	¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted?	0	1	2	3	4
38	¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras?	0	1	2	3	4
39	¿Siente que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria?	0	1	2	3	4
40	¿Cree que dejando de pensar en los problemas estos desaparecen por si solos?	0	1	2	3	4

¡Gracias por participar!

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Cecilia Meza Peña
Candidata para el Grado de Doctor

PREDICTORES PSICOSOCIALES DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES DE MONTERREY

Psicología Clínica y de la Salud

Nacida el 10 de Mayo de 1978,
Cd. Camargo, Tamaulipas.

Licenciado en Psicología, por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2001).
Maestría en Docencia por la Universidad Autónoma de Tamaulipas (2006).

Se ha desempeñado como catedrática de la Facultad de Psicología de la UANL, en donde además ha participado como Tutora en Desarrollo Humano, Supervisora del Área Clínica, ha colaborado con el Comité de Tutoría para el Desarrollo Humano, Comité de Movilidad Académica, Comité de Internacionalización, Auditora Interna del SGC, Coordinadora del Centro de Autoaprendizaje de Idiomas y del Departamento de Escolar.

Publicaciones en torno al tema:

- ◆ **Meza Peña, C.** y Moral de la Rubia, J. (2012). *Obesidad Femenina: Negociando Significados. Alternativas en Psicología*. Artículo aceptado por el Comité Editorial para su publicación en Marzo de 2012.
- ◆ **Meza Peña, C.** y Moral de la Rubia, J. (2011). Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Aperturas Psicoanalítica*, 037. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica>
- ◆ **Meza Peña, C.** y Moral de la Rubia, J. (en prensa). *Validación de la Versión en Español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una Muestra de Mujeres Mexicanas*. Artículo aceptado en la Revista Intercontinental de Psicología y Educación
- ◆ Moral de la Rubia, J. y **Meza Peña, C.** (2011). *Evaluación de las Funciones del Yo en Mujeres Mexicanas con Obesidad*. Artículo enviado a la revista Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.

- ◆ **Meza Peña, C.** y Moral de la Rubia, J. (2011). *Predicción del Índice de masa corporal por factores psicosociales en mujeres nuevoleonesas*. Artículo enviado a la revista Psykhe
- ◆ Moral de la Rubia y **Meza Peña, C.** (2011). Predicción de alteración de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Artículo enviado a la revista Panamericana de Salud.
- ◆ **Meza Peña, C.** y Moral de la Rubia, J. (2011). *Valoración de las causas de la obesidad y su relación con el IMC. Revista Salud y Género en cifras.*

Otras publicaciones:

- ◆ Ancer Elizondo, L., **Meza Peña, C.**, Pompa Guajardo, E.G. y Torres Guerrero, F. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 16 (1), 91-101.
- ◆ Torres Guerrero, F., Pompa Guajardo, E.G., **Meza Peña, C.**, Ancer Elizondo, L. y González Rodríguez, M.T. (2010). Relación entre Auto Concepto y Apoyo Social en Estudiantes Universitarios. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 5 (2) 298-307. ISSN 1870-557X
- ◆ **Meza Peña, C.** y Torres Guerrero, F. (2010). Percepción de conflictos familiares en jóvenes universitarios: el rol de la deseabilidad social. *Daena: International Journal of Good Conscience*. 5 (1) 119-131. ISSN 1870-557X
- ◆ Aburto Morales, S. y **Meza Peña, C.** (2010). *Tutoría para el Desarrollo Humano: Enfoques*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León. ISBN: 978 607 433 391 6
- ◆ Aburto Morales, S. y **Meza Peña, C.** (2008). *Tutoría para el Desarrollo Humano: Reflexiones y Experiencias*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León. ISBN 978 607 433 119 6.