



# Psicología y la obesidad

Verónica Vázquez Velásquez,\* Juan Carlos López Alvarenga\*

\* Clínica de Obesidad del Departamento de Endocrinología y Metabolismo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

## Correspondencia

Lic. Verónica Vázquez Velásquez  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"  
Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XV; México 14000, D.F.  
Tel: (52) 55-73-73-33 ext. 2405  
E-mail: verovelasquez@yahoo.com

Fecha de recepción: 2-Marzo-2001  
Fecha de aceptación: 26-Junio-2001

## Resumen

La obesidad desde el punto de vista psicológico es difícil de definir, ya que se pueden considerar varias teorías psicológicas que pueden explicarla y que estipulan su posible etiología y su tratamiento. A pesar de que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal, ya que la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, especialmente por las características estigmatizadas por la sociedad. Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas y de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, donde los programas de tratamiento conductuales deberán estar basados en las técnicas de autocontrol, dotando al sujeto de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta, mejorando los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física, contribuyendo a la disminución de problemas como la falta de apego a la terapia. Sin embargo, ya que la terapia psicológica tampoco cura la obesidad, el esfuerzo actual tiene que ir encaminado a la prevención secundaria de la recuperación del peso perdido en el caso de los adultos y a la prevención primaria en el caso de la obesidad infantil.

**Palabras clave:** Obesidad, alteraciones de personalidad, estigma, calidad de vida, tratamiento conductual, prevención.

Revista de Endocrinología y Nutrición 2001:9(2)Abril-Junio.91-96

## Abstract

*The obesity from the psychological point of view is difficult to define; since several theories psychological can be considered to explain it and that they stipulate his possible etiology and its treatment. Although the relation between the obesity and some psychological or behavioral syndrome of own characteristics is still not clear, it is more common to find personality alterations and psychiatric problems in obese people who in those of normal weight, since obesity can be visualized as the symptom or the consequence of a problem of psychological or social adjustment, that attempts against the emotional qualities, perception of the own operation, quality of life and social abilities of these people to any age, specially by the stigmatized characteristics by the society. This without forgetting the psychopathological consequences of the pursuit of diets and the weight cycling, where the behavioral treatment programs will have to be based on the self-control techniques, equipping to the subject of abilities that allow him to identify and to control their own conduct, improving the habits of feeding and the levels of physical activity, contributing to the diminution of problems like the lack of attachment to the therapy. However, since the psychological therapy does not cure the obesity either, the current effort must go directed to the secondary prevention of the recovery of the lost weight in the case of the adults and to the primary prevention in the case of the childhood obesity.*

**Key words:** Obesity, personality alterations, stigma, quality of life, behavioural treatment, and prevention.

Revista de Endocrinología y Nutrición 2001:9(2)Abril-Junio.91-96

## INTRODUCCIÓN

La consideración social de la obesidad, ha provocado que las personas marquen a los individuos obesos con diversos prejuicios que carecen de fundamentos racionales. Desgraciadamente, el personal de salud también evita la atención a estos sujetos, por lo que asisten menos a consulta con un médico, permitiendo que se retrase el diagnóstico de algunas enfermedades, entre ellas el cáncer de mama.<sup>1</sup>

Existen grupos de investigación en México que se han preocupado por discernir las causas y tratamiento adecuado de la obesidad en contrapeso a grupos que desde hace varias décadas han lucrado con este problema. Los anuncios comerciales en los medios de comunicación han difundido la idea errónea de que con bajar de peso la obesidad se resuelve, lo que da pie a la preferencia de las personas a utilizar tratamientos "rápidos y sin esfuerzo" para la disminución de peso.

Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico.<sup>2</sup> Esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única, sino múltiples definiciones, que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, la neuroquímica, la genética, la celular, la endocrina y finalmente las psicológicas. Queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, sociales y culturales que implica.

Se han llegado a considerar varias teorías psicológicas de la obesidad, enmarcadas dentro de diferentes modelos que la explican a partir de diversos mecanismos, como son: modelos de aprendizaje cognitivo conductual, el sistémico, el psicodinámico, el ambientalista, etc. Pero lo único que se puede derivar de esto es la necesidad de reconocer y asumir lo complejo de comprender este fenómeno.

Uno de los modelos en boga es la psicología evolucionista, que teoriza la existencia de "memes" exclusivamente humanos transmitidos en forma vertical, parecido a la transmisión de genes. Los memes son conductas por imitación que intentan sobrevivir por sí mismos (fines egoístas) y que saltan de una cabeza a otra.<sup>3</sup> Es notorio que esta escuela no considera como un meme a la alimentación, sin embargo no aclaran nada sobre las preferencias alimentarias. Además, como en todas las teorías, tienen contrapartes, basándose en que no son aspectos inherentes a los humanos, sino que también los animales son capaces de imitar las conductas de otros.<sup>4</sup>

## I. Enfermedad psicológica y obesidad

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan<sup>5</sup> proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Pero es interesante saber que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias; por lo que ésta ha sido excluida de la clasificación de la American Psychiatric Association en el DSM-IV (1994) y por la OMS en el ICD-10.

Sin embargo, hay evidencia de alteración en la percepción y en la conducta de los sujetos obesos, por lo que se deben redefinir los problemas a los que se enfrenta un sujeto con exceso de peso importante. Gómez y Avila,<sup>6</sup> en una muestra no aleatoria de 222 personas de la población mexicana, encuentran una clara relación entre obesidad y conducta alimentaria compulsiva en mujeres; además encontraron un factor común en hombres y mujeres que involucra variables que miden la preocupación por el peso y la comida, lo cual se conecta con la distorsión de la imagen corporal y el desarrollo de prácticas riesgosas asociadas a trastornos del comer.

Además, se ha señalado que es más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal.<sup>7</sup> Entre las alteraciones referidas se encuentran: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Así mismo, se han apreciado desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión.<sup>8</sup> Pero muchos de estos reportes no pueden representar el grado de psicopatología asociada a la obesidad, debido a la exclusión de grupos control apropiados en muestras clínicas. Ya que algunos estudios no demuestran diferencias en la psicopatología de obesos y no obesos, esto puede ser debido a que los obesos que buscan tratamiento muestran mayor alteración psicopatológica que aquellos que rechazan la atención médica.<sup>9</sup> Sin embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos.

Por otro lado, también es interesante lo que en la infancia se piensa del obeso. Un estudio en niños entre 6 y 10 años de edad, realizado por la Universidad de Indiana,<sup>10</sup> muestra que es más frecuente la asignación de adjetivos favorables a siluetas mesomórficas de imagen corporal humana que a las imágenes endomórficas o ectomórficas. Entre los adjetivos con que los niños describieron las siluetas humanas obesas, se

encuentran: perezoso, sucio, estúpido, feo, poco confiable y mentiroso. El autor sugiere que la personalidad correlaciona con el tipo corporal y puede ser razonablemente explicada con la conducta esperada. Si los niños se comportan en forma consistente con las expectativas, aún en un grado mínimo, algunos refuerzos pueden dar continuidad al estereotipo.

En otro estudio más reciente, realizado en Londres,<sup>11</sup> se incluyeron 180 niños de ambos géneros entre los 4 y 11 años de edad, los cuales mostraron fuertes actitudes negativas contra las figuras con obesidad, que fue más marcado entre los niños mayores y con estrato socioeconómico alto.

Pero los prejuicios contra los obesos no se dan sólo en niños, sino también en adultos. Wadden y Stunkard<sup>12</sup> refieren que en *Newsweek*, un autor escribió: "Esta información (sobre los determinantes genéticos de la obesidad) debería ser detenida para que las multitudes de obesos no tengan excusa para no disminuir de peso... Enfréntalo gordito, cuándo fue la última vez que fuiste forzado a comer".

Los estudiantes de bachillerato en los Estados Unidos, han informado que prefieren como pareja a una cocainómana o ciega, que a una obesa. Curiosamente los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios.

Incluso entre los médicos endocrinólogos se escuchan expresiones que aportan información con respecto a su actitud hacia las personas obesas: "La clínica de obesidad funciona: cada vez que vienen los pacientes suben de peso". "Si el paciente obeso viene bajando de peso hay que buscarle el cangrejo en algún lado". "La única forma de bajar de peso a un obeso es encerrarlo en una jaula y darle puro pan y agua... o tal vez le quitamos también el pan". Estos ejemplos pueden ser un chiste, pero lo que sorprende es que algunos médicos expresan y describen a los pacientes obesos como desagradables, débiles y con poca fuerza de voluntad.<sup>13</sup> Hasta podemos encontrar libros de refranes que incluyen una serie de dichos en contra de los sujetos con obesidad y lo que consideran su conducta inconsciente en la forma de comer.

Evidentemente, esta estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidades sociales, habilidades cognitivas, sexualidad, etc., del paciente obeso.

## **II. Investigación psicológica en la obesidad**

Durante el proceso de medición de una variable es frecuente que se crea que se trata siempre de cosas exclusivamente numéricas: el peso, la estatura, presión arterial, glucosa en suero, colesterol, etc. Sin embargo, el concepto de medición es mucho más amplio, ya que implica reglas para asignar, símbolos a objetos de manera que: 1)

representen numéricamente cantidades de atributos o 2) definan si los objetos caen en las mismas categorías o en diferentes con respecto a un atributo determinado.<sup>14</sup> Así, cuando diagnosticamos a una persona como obeso, diabético o si alguien padece de una depresión reactiva, un trastorno de personalidad esquizoide o bulimia nerviosa, estamos midiendo al sujeto.

También realizamos mediciones al determinar si un paciente presenta mejoría o empeoramiento de algún padecimiento: Categorizar por atributos es medir. En Psicología, como en algunas otras disciplinas de la salud, es difícil medir aspectos no físicos, por lo que se debe recurrir a modelos más o menos adecuados a la realidad. El problema está precisamente en determinar cuánto es "más o menos".

Tanto médicos como psicólogos pretenden generalizar el comportamiento de las enfermedades, determinar su pronóstico o los resultados de algún tratamiento. Por supuesto, en el plano individual los resultados no pueden ser predecibles. Por lo que es necesario un abordaje sistemático que aclarare el camino conceptual y metodológico de la investigación psicológica en obesidad.

Wadden y Stunkard<sup>15</sup> han propuesto tres mecanismos fisiopatológicos para este abordaje: 1) la obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos; 2) puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas y 3) puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas. Como puede suponerse, en los dos primeros casos, se le ha asociado frecuentemente a la psicopatología.

Gold (1976)<sup>16</sup> clasificó en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional: a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira, y c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. Al respecto Mahoney (1985)<sup>17</sup> y Saldaña y Rosell (1988)<sup>18</sup> indican que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de la ingestión de alimentos.

Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad en sí misma como un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no revierte únicamente el problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad de la persona (Harris, Waschull y Walters, 1990),<sup>19</sup> afectando a cualquier tipo de población, a cualquier edad (Wardle, Volz y Golding, 1995).<sup>9</sup>

Finalmente, en los últimos años se ha analizado, en sujetos con obesidad, la reproducibilidad y exactitud de varios instrumentos utilizados en psicología para clasificación de pacientes, entre ellos: Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Eating Disorders Inventory (EDI-2), Eating

Attitudes Test (EAT-26) y un instrumento para la valoración de los trastornos alimentarios (SCOFF), que al ser publicados en revistas nacionales podrán ser utilizados en el campo del estudio de la psicología y la obesidad.

### **III. Calidad de vida en pacientes obesos**

La calidad de vida es un concepto que se ha reconocido desde 1960, sin embargo, en esa época, había serios problemas metodológicos por lo que los estudios realizados fueron anecdóticos. Definir y operacionalizar calidad de vida es difícil: La variable es multidimensional, subjetiva y está relacionada a un constructo hipotético de lo que es calidad. A pesar de todos estos problemas, los instrumentos utilizados han mejorado notablemente en reproducibilidad y validez.

Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como es la obesidad.

Esto, sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas (aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad),<sup>20</sup> de los ciclos de pérdida-recuperación de peso (efecto yo-yo), donde los pacientes se sienten culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir al paciente obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.<sup>21</sup>

Por todo esto, debe ser indudable que los estudios en calidad de vida indiquen que los sujetos obesos tengan alteración en su función física y psicosocial. Por lo que, en la Clínica de Obesidad se desarrolló y estandarizó un cuestionario de calidad de vida específico para pacientes obesos (modificado de un instrumento de la Universidad de Virginia),<sup>22</sup> en el cual se revisan ocho diferentes ejes: salud, alimentación, aspectos de satisfacción personal, desempeño laboral, sexual, autoestima, relaciones sociales y actividad física. Con un instrumento como éste, será posible determinar si existe o no una disminución en la calidad de vida de los obesos y, específicamente, en qué área, para poder enfocar un tratamiento específico o global en este sentido.

### **IV. Estudios de percepción en los sujetos con obesidad**

Un aspecto especializado, estudiado por la psicología, es el proceso de percepción que tiene lugar simultáneamente

con el de las sensaciones, el lenguaje, los pensamientos y los recuerdos. A medida que el conjunto perceptivo se amplía y se hace más complejo y los patrones se enriquecen con la experiencia, el individuo tendrá mayor capacidad de extraer más información del medio. La percepción de la figura corporal distorsionada en el paciente obeso ha sido motivo de diferentes estudios. En la Clínica de Obesidad<sup>23</sup> se evaluó la calificación que un grupo de sujetos realizó al ver diapositivas de 19 personas con diferentes índices de masa corporal, no encontrando diferencias de acuerdo a cuartiles de obesidad, ni en la calificación que los sujetos hicieron de su propia imagen.

Los pacientes con obesidad registran entre 15 a 45% menos de las kilocalorías que consumen. Esto puede atribuirse a mentiras deliberadas o a alteraciones en la percepción de los sujetos. Se ha reconocido que la información obtenida por las encuestas de alimentación puede estar influida por las preferencias alimentarias, incapacidad de recordar información, alteración en la percepción del tamaño de las porciones, modificaciones reales en la alimentación, ingestión atípica de alimentos el día anterior, modificación voluntaria de la información y frecuencia de la repetición de las encuestas alimentarias.<sup>24</sup>

En otro estudio realizado en la Clínica de Obesidad<sup>25</sup> con 200 pacientes obesos se calificó la saciedad que producirían menús de 500, 800 y 1,000 kilocalorías, elaborados con réplicas de alimentos. Se observó que los sujetos con mayor obesidad percibían menor saciedad en todos los menús comparados con los menos obesos. Por lo que parece que el problema está relacionado a la percepción de raciones: los sujetos más obesos ven más pequeñas las raciones de alimentos que los menos obesos.

### **V. Conversación con el paciente obeso durante la práctica diaria**

Las enfermedades crónicas deben ser tratadas con paciencia, son personas que tienen padecimientos generalmente incurables, con recidivas frecuentes o aparición de complicaciones. La conversación se vuelve un elemento importante en la práctica diaria. No es sólo prescribir un medicamento y esperar que éste haga efecto sobre la enfermedad. Más aún, se trata que el paciente obeso acepte como base un programa de alimentación como tratamiento.

Hay que considerar que casi el 85% de la consulta de obesidad son mujeres, lo que implica una forma especial de ver esta enfermedad, dado que está envuelta en expresiones peyorativas por las personas que son incluso de la familia.

Como en toda consulta clínica, el paciente debe definir cuál es la principal queja de su consulta, el médico no debe asumir *a priori* que es la obesidad la principal queja por la que se le consulta. Si de acuerdo a la pre-

sente enfermedad, el médico considera que no procede considerar a la obesidad, no es necesario que se tome en cuenta. Si el paciente consulta por diabetes mellitus, alteraciones musculoesqueléticas u otros procesos en los que se piense que la disminución de peso pueda mejorar la condición, es necesario comentarlo al paciente para que lo ubique en el contexto.<sup>26</sup> Desde la primera entrevista es necesario que el paciente tenga la idea que se trata de un padecimiento de toda la vida, que deberá tratarse dirigido a toda la familia, debido al fuerte componente de herencia y a que el ambiente familiar puede influir en la etiopatogenia y persistencia de esta enfermedad.

Por esto, será necesario tomar en cuenta algunos de los aspectos que ayudan a formar el modelo explicatorio que el paciente tiene de la obesidad, que son (Modificados de Kleinman):<sup>27</sup>

1. ¿Qué es lo que considera que ha causado la obesidad?
2. ¿Cuándo empezó la obesidad y por qué cree que empezó en ese momento?
3. ¿Qué efectos tendrá la obesidad sobre usted?
4. ¿Qué tan mala cree que es su obesidad? ¿Cree que durará mucho tiempo o que mejorará pronto?
5. ¿Qué tipo de tratamiento le gustaría tener?
6. ¿Cuál es el resultado más importante que espera tener con el tratamiento?
7. ¿Cuáles son los problemas más importantes que le ha causado la obesidad?
8. ¿Cuál es el mayor temor que tiene de su obesidad?

Esto permite al médico y al psicólogo comprender mejor lo que el paciente piensa de la enfermedad y lo guiará para abordar el problema del paciente.

## VI. Terapia cognitivo-conductual

La terapia conductual provee métodos que permiten vencer las barreras que evitan cumplir con la dieta e incrementar la actividad física en los pacientes obesos. Los programas de tratamiento conductuales están basados fundamentalmente en las técnicas de autocontrol, las cuales dotan al sujeto de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de antecedentes y consecuencias, con los que la conducta se relaciona funcionalmente.<sup>18</sup>

La importancia de individualizar estas estrategias conductuales a las necesidades de cada paciente, debe ser enfatizada de la misma forma que para las estrategias nutricionales y de ejercicio. Los psicólogos deben investigar la motivación del paciente para ingresar a un programa de reducción de peso y su disposición para implementarlo, además de si cuenta con el apoyo social

y familiar para lograr dicha reducción y, sobre todo, el mantenimiento del peso perdido.

El objetivo primario de la terapia conductual es mejorar los hábitos de alimentación (qué comer, dónde comer, cuándo comer y cómo comer) y los niveles de actividad física. Las características principales de dicho apoyo son:

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

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

c) **Flexibilidad en el programa de alimentación.** El ofrecer dietas rígidas es actualmente poco recomendable. Se favorecerán opciones de alimentación balanceadas y flexibles.

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

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

f) **Recompensas.** Pueden ser usadas para estimular al paciente una vez que ha logrado sus objetivos, especialmente aquellos difíciles de obtener. Una recompensa efectiva es algún objeto o situación sencilla que el paciente desea y se compagina con la obtención de su objetivo. Algunos ejemplos pueden ser la compra de un disco con su música favorita o recompensas intangibles, como una tarde libre sin trabajo al conseguir una meta específica.

g) **Cambios de actitud al comer.** Estos cambios facilitan comer menos sin sentirse privado de los alimentos. Un cambio importante es comer y masticar lentamente para permitir que las señales de saciedad se produzcan y lleven su mensaje al cerebro. Toma poco más de 15 minutos que el cerebro obtenga esta información. Otra medida consiste en comer anticipadamente bastantes vegetales

para que exista sensación de saciedad o utilizar platos más pequeños para que las porciones moderadas no luzcan insignificantes.

h) **Prevención de recaídas.** Es un proceso continuo, diseñado para promover el mantenimiento del peso perdido durante el tratamiento.

La incorporación de estas técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad ha contribuido a que problemas tan frecuentes como el abandono de los tratamientos, el no-cumplimiento adecuado de las dietas y ejercicio físico o la ausencia de mantenimiento de las pérdidas de peso obtenidas, hayan mejorado notablemente. Sin embargo, debido a que la terapia no cura la obesidad, el esfuerzo actual va encaminado a la prevención secundaria de la recuperación del peso perdido.<sup>28</sup>

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

#### BIBLIOGRAFÍA

- Wee CC, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS. Screening for cervical and breast cancer: 15 obesity an unrecognized barrier to preventive care? *Ann Intern Med* 2000; 132: 697-704.
- Sorosky AD. *Trastornos de la alimentación*. Argentina. Nueva Visión, 1990.
- Blackmore S. The power of memes. *Scientific American* 2000; 10: 53-61.
- Dugatkin LA. Animals imitate, too. *Scientific American* 2000; 10: 55.
- Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. *J Nervous and Mental Diseases* 1957; 125: 181-201.
- Gómez-Peresmitré G, Ávila-Angulo E. Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana* 1998; 6: 10-21.
- Black DW, Yates WR, Reich JH, Bell S. DSM-III: Personality disorder in bariatric clinic patients. *Ann Clin Psychiatric* 1989, 1 (1): 33-37.
- López-Aguilar X, Manuel-Mancilla JM, Álvarez-Rayón G. Factores sociales y psicológicos de la obesidad. *Psicología Iberoamericana* 1998; 6: 3-9.
- Sarlio-Lahteenkorva S, Stunkard A, Rissanen A. Psychosocial factors and quality of life in obesity. *Int J Obes* 1995; 19 (supl 6): S1-S5.
- Stafferi JR. A study of social stereotype of body image in children. *J Personality and Social Psychology* 1967; 1: 101-104.
- Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *Int J Obes* 1995; 19: 562-9.
- Wadden TA, Stunkard AJ. Psychosocial consequences of obesity and dieting. In: Stunkard AJ, Wadden TA (Eds) *Obesity: Theory and therapy*. 2da Edition. New York: Raven Press, 1993; 163-77.
- Maddox GL, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. *J Med Educ* 1969; 44: 214-20.
- Nunnally JC, Bernstein IH. *Teoría psicométrica*. 2da edición español. México: McGraw-Hill, 1999: 3-34.
- Wadden TA, Stunkard AJ. Psychopathology and obesity. *Ann NY Acad Science* 1987; 499: 55-65.
- Gold D. Psychological factors associated with obesity. *American Family Physician* 1976; 13: 87-91.
- Mahoney J. *Control de peso: una solución total al problema de las dietas*. México: Trillas, 1985.
- Saldaña C, Rossell R. *Obesidad*. Madrid: Martínez-Roca, 1988: 53-81.
- Harris MB, Waschull S, Walters L. Feeling fat: motivations, knowledge and attitudes of overweight women and men. *Psychological Reports* 1990; 67: 1202-1210.
- Halmi KA, Stunkard AJ, Masson EE. Emotional responses to weight reduction by three methods: gastric bypass, jejunal bypass, diet. *Am J Clin Nutr* 1980; 33: 446-451.
- Saldaña C. Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. *Nutrición y Obesidad* 2000; 3 (2): 81-88.
- Bolado-García VE, López-Alvarenga JC, Brito G, Rosas L, Bautista S, González-Barranco J. Quality of life questionnaire: reproducibility and sensibility in Mexican population. *Obe Res* 1999; 1: 111 S.
- Triana-Carmona LY, López-Alvarenga JC, González-Barranco J. Exactitud de un cuestionario para el diagnóstico de riesgo cardiovascular y reproducibilidad de la percepción de la imagen corporal en sujetos obesos que asisten a consulta externa del INCMNSZ. *Tesis*. Universidad Veracruzana, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2000.
- Heymsfield SB, Darby PC, Mulheim LH, Gallagher D, Wolper C, Allison DB. The calorie: the measurement and reality. *Am J Clin Nutr* 1995; 62: 1035-1040S.
- Sierra-Ovando AE, López-Alvarenga JC, Castillo-Martínez L, Bolado-García VE, González-Barranco J. Percepción de la saciedad de acuerdo al tamaño de las raciones de alimentos en pacientes obesos. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2000; 8 (supl): 31.
- Stunkard AJ. Talking with patients. In: Stunkard AJ, Wadden TA (Eds) *Obesity: Theory and therapy*. 2da Edition. New York: Raven Press, 1993: 355-63.
- Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness and care. *Ann Intern Med* 1978; 88: 251-8.
- Bray GA. *Contemporary Diagnosis and Management of Obesity*. USA: Handbooks in Health Care Co, 1998: 167-191.