

Obesidad

Enfoque interdisciplinario y de género
para su estudio y tratamiento

Ma. Refugio Ríos Saldaña
COORDINADORA Y AUTORA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala





Dr. José Narro Robles
Rector



Dra. Patricia D. Dávila Aranda
Directora

Dr. Ignacio Peñalosa Castro
Secretario General Académico

CD Rubén Muñiz Arzate
Secretario de Desarrollo y Relaciones Institucionales

Dr. Raymundo Montoya Ayala
Secretario de Planeación y Cuerpos Colegiados

CP Reina Isabel Ferrer Trujillo
Secretaria Administrativa

Dr. Juan Manuel Mancilla Díaz
División de Investigación y Posgrado

MC José Jaime Ávila Valdivieso
Coordinador Editorial



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Grupo de Investigación de Interacciones Sociales (GIIS)



Obesidad

Enfoque interdisciplinario y de género
para su estudio y tratamiento

Ma. Refugio Ríos Saldaña
Coordinadora y autora

Ma. Refugio Ríos Saldaña
Dulce María Guillén Cadena

Rafael Jiménez Flores

Miguel Murguía Romero

Adolfo René Méndez Cruz

Lilia Isabel Ramírez García

Acela Sánchez Reyes

Xavier de Jesús Novales Castro

Bertha Segura Alegría

Dolores Patricia Delgado Jacobo

Gimena del Pilar García Villegas

José Refugio Velasco García

María Teresa Pantoja Palmeros

Ana Paola Ruiz González Celis

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Felipe de Jesús Díaz Reséndiz

Esteban Jaime Camacho Ruiz

Karina Franco Paredes

María del Consuelo Escoto Ponce de León

María Antonieta Dorantes Gómez

Alba Luz Robles Mendoza

Laura Evelia Torres Velázquez

Alexis Ibarra Martínez

Oliva López Sánchez

Leticia Osornio Castillo

Autores(as)



FES IZTACALA
UNAM

2015

Obesidad

Enfoque interdisciplinario y de género
para su estudio y tratamiento

Primera edición: 2015

D.R. © 2015 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, CP 04510,
México, Distrito Federal.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Av. de los Barrios N.º 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla,
CP 54090, Estado de México, México.

ISBN 978-607-02-6065-0

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Esta obra fue dictaminada por:

María Guadalupe Martínez Hernández

Bióloga y maestra en Biología de la reproducción por la FES Iztacala, UNAM. Doctora en Ciencias Biológicas por la Facultad de Ciencias, UNAM. Profesor Titular "A" Definitivo en el Módulo de Sistema Endocrino de la carrera de Médico Cirujano de la FES Iztacala, UNAM. Autora de un libro, seis capítulos de libro y diversos artículos en revistas nacionales e internacionales. Sus líneas de investigación incluyen el estudio de Proteasas y remodelación tisular: implantación embrionaria, cáncer e hipertrofia cardíaca, así como proteasas plasmáticas en la obesidad, síndrome metabólico y diabetes.

Rafael Villalobos Molina

Biólogo por la Facultad de Ciencias, maestro en Ciencias (Bioquímica) por la Facultad de Química y doctor en Ciencias Biomédicas (Biología molecular) por la Facultad de Medicina, todas de la UNAM. Profesor de Carrera Titular "C" adscrito a la Unidad de Biomedicina de la FES Iztacala, UNAM. Autor de ocho capítulos de libro y más de 150 artículos en revistas nacionales e internacionales. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel III. Sus líneas de investigación en el campo de la Biomedicina (Bioquímica y Farmacología de receptores) incluyen hipertensión, síndrome metabólico y envejecimiento.

Tania Esmeralda Rocha Sánchez

Licenciada en Psicología (Programa de Alta Exigencia Académica) y doctora en Psicología Social y Ambiental por la Facultad de Psicología de la UNAM. Profesora e Investigadora TC en la Facultad de Psicología, UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II. Presidenta de la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO). Secretaria Ejecutiva de México, América Central y el Caribe en la Sociedad Interamericana de Psicología. Autora de cuatro libros, 25 capítulos de libro y 17 artículos en revistas nacionales e internacionales. Su línea de investigación versa en torno a la salud, identidades de género, socialización y cultura, anatomía psicológica y salud mental y emocional.

APOYO TÉCNICO

MC. José Jaime Ávila Valdivieso

Cuidado de la edición y corrección de estilo

LLyLH Carlos Orlando Cárdenas Nambo

Corrección de estilo

DCG Edgar Antonio Pérez Mejía

Diseño de portada

DG Carlos Domínguez Moreno

DG Jacqueline Verónica Sánchez Ruíz

Diagramación, preliminares y formación editorial

Libro financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DEGAPA), "Diseño de un espacio interdisciplinario con enfoque de género para el estudio de la obesidad" clave PE303011.

Impreso y hecho en México

Índice

Prólogo	I
Prefacio	III
Introducción	1
Primera Unidad	
Obesidad e interdisciplina	15
Cap.1 La obesidad como un problema multicausado y la pertinencia del análisis de género	17
Cap.2 La interdisciplina en el estudio y tratamiento de la obesidad	37
Segunda Unidad	
Obesidad y Biomedicina	53
Cap.3 Obesidad	55
Cap.4 Obesidad y Biomedicina. Aspectos metodológicos	67
Cap.5 Principios de Homeopatía y obesidad	105
Cap.6 Estrategias de intervención en obesidad desde la Homeopatía	119
Cap.7 Obesidad infantil y adolescente. Estrategias de intervención	139
Cap.8 La homeostasis energética y el desarrollo de la obesidad	197
Cap.9 Alimentación materna durante la gestación y desarrollo de obesidad. Un enfoque funcional	213

Cap.10 Evaluación del estado nutricional y la alimentación en la adolescencia	231
Cap.11 Adecuación física en paciente obeso	249
Tercera Unidad	
Aspectos psicosociales y de género en el estudio de la obesidad	265
Cap.12 Cuerpo obeso. Entre el discurso oficial y los fenómenos psíquicos	267
Cap.13 Problemáticas metodológicas en el campo de la obesidad. Una mirada desde la Psicología social y el psicoanálisis	285
Cap.14 Estrategias de intervención desde el psicoanálisis en el manejo de la obesidad de adolescentes y jóvenes	305
Cap.15 Perspectiva psicológica cognitivo-conductual de la obesidad. Aspectos teóricos	325
Cap.16 Metodología cognitivo-conductual para personas obesas	337
Cap.17 Estrategias cognitivo-conductuales en la atención de la obesidad	349
Cap.18 Funcionamiento psicológico, calidad de vida y obesidad	359
Cap.19 La obesidad en las mujeres. Lineamientos para el desarrollo de un programa de atención integral desde una perspectiva de género	377
Cap.20 La perspectiva de género en el diseño de programas de intervención para adolescentes y jóvenes con obesidad	395
Cap.21 La familia de la persona obesa desde una perspectiva de género	407
Cap.22 La obesidad como discurso. Apuntes desde el construccionismo social	423
Cap.23 La obesidad, una construcción biomédica de la gordura. Una reflexión desde la perspectiva socioantropológica	441
Cap.24 Algunas aportaciones de la Antropología al estudio de la obesidad	455

Obesidad

Enfoque interdisciplinario y de género
para su estudio y tratamiento

Es una obra editada y publicada por la **Universidad Nacional Autónoma de México** en la Coordinación Editorial de la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala**, Avenida de los Barrios N.º 1, Los Reyes Iztacala, CP 54090, Tlalnepantla, Estado de México. Se concluyeron los trabajos de impresión y encuadernación el 27 de mayo de 2015, en las instalaciones de Master Copy SA de CV, Av. Coyoacán 1450 bis, Del Valle, CP 03220, México, DF. Se tiraron 200 ejemplares sobre papel bond de 75 g/m² para interiores y papel couché de 250 g/m² para la portada. Se utilizaron en la composición tipográfica las familias Calibri 8.6:10; 9,4:11; 9,6:12; 10:12; 11,6:14, Baskerville 8:9,6; 9:11; 9,6:12; 10:13; 11:13, 12:15; 12,6:17 y 25:32 puntos. Impresión tipo digital a 1x1 y tintas en interiores y 4x0 tintas en portada.

El cuidado de la edición estuvo a cargo de
José Jaime Ávila Valdivieso

Pedidos:

Librería FES Iztacala: 5623-1194

Coordinación Editorial: 5623-1203

Correo-e: joseja@campus.iztacala.unam.mx

Los Reyes Iztacala, 2015

Ma. Refugio Ríos Saldaña
COORDINADORA Y AUTORA

Obesidad

Enfoque interdisciplinario y de género
para su estudio y tratamiento

La obesidad representa un problema de salud con causalidad múltiple, el cual, considerando la magnitud tanto de su incidencia como de su prevalencia en el mundo y, en especial, en México, requiere de respuestas para su solución.

En este contexto, un grupo de profesionales de distintas disciplinas (Medicina, Psicología, Psicoanálisis, Antropología, Sociología, entre otras) plasman en esta obra sus conocimientos y valiosas experiencias, inherentes a sus respectivas áreas de estudio. Este libro es un espacio interdisciplinario que aborda la obesidad desde un prisma particular, tanto en su estudio como en su tratamiento, vinculando teorías, investigación e intervención, cuyo telón de fondo son las demandas sociales.

Los conocimientos que brinda serán de utilidad tanto a profesionales enfocados a tratar la obesidad como a estudiantes de pregrado, en cuyo caso beneficia su eficiencia terminal al brindar espacios de formación especializada en campos emergentes de la salud, como es el caso de la obesidad.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Coordinación Editorial
editorial@campus.iztacala.unam.mx
www.iztacala.unam.mx/coordinacioneditorial

ISBN 978-607-02-6065-0



9 786070 260650

Capítulo 18

Funcionamiento psicológico, calidad de vida y obesidad

Felipe de Jesús Díaz Reséndiz¹

Esteban Jaime Camacho Ruiz²

Karina Franco Paredes¹

María del Consuelo Escoto Ponce de León²

La obesidad es un problema con importantes repercusiones psicológicas y sociales. Hoy día domina en nuestra sociedad la idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, éxito, estatus económico y autocontrol. La presión social por alcanzar este ideal ejerce una influencia importante en el bienestar psicológico de las personas, principalmente en aquéllas que presentan un peso corporal alejado de dicho estereotipo (Toro, 2004). El propósito del presente capítulo es describir la relación entre la obesidad, el funcionamiento psicológico y la calidad de vida. La estructura del texto es la siguiente: primero se presenta una breve historia sobre la obesidad y algunos avances científicos que revolucionaron la óptica para lidiar con este problema. Después se presentan algunos datos epidemiológicos sobre la prevalencia e incidencia de este problema de salud pública. Se menciona, entre otros detalles interesantes, el tiempo que resta para contribuir a la solución de este problema

¹ Universidad de Guadalajara, Centro Universitario del Sur.

² Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl y Centro Universitario Ecatepec, respectivamente

*El autor agradece el apoyo para este trabajo al proyecto CONACYT 131896. Dirigir correspondencia a felipe.resendiz@cusur.udg.mx

antes de que colapse el sistema de salud. En la sección Calidad de vida se describe la relación entre la obesidad y dicho concepto que, desde hace relativamente poco tiempo, ocupa un lugar prominente en los temas de investigación en Psicología. En la sección Funcionamiento psicológico se analizan las implicaciones de la obesidad sobre algunos de los factores que influyen tanto en la calidad de vida como en el funcionamiento psicológico. Asimismo, se enfatizan los hallazgos contradictorios entre si la obesidad tiene una influencia negativa o no sobre el bienestar psicológico. Finalmente, en las conclusiones se discuten algunas prácticas y condiciones que, desde nuestra perspectiva, se sugieren mejorar para aumentar la probabilidad de contribuir a la solución del problema.

Breve reseña sobre la obesidad

La ciencia avanza lentamente y cada nuevo problema representa un reto que debe superarse. La generación de conocimiento reciente no implica de manera necesaria su aplicación directa e inmediata a la solución de un problema. Tal es el caso de la obesidad, un problema antiguo que, sin embargo, al día de hoy falta mucho para comprenderlo.

El primer reporte sobre obesidad y sus consecuencias del que se tiene conocimiento data de 1860 (Bray, 2002). En ese documento, Banting (1869) describió, a sus 72 años, las consecuencias de padecer obesidad, los intentos por seguir un régimen dietético, las consecuencias negativas de practicar ejercicio para un varón obeso, los estigmas sociales y una descripción detallada de la condición de obesidad. Un ejemplo de esto último es el hecho de que la reducción de peso y volumen más considerable ocurre dentro de las primeras 48 horas después de un régimen dietético nuevo, y conforme transcurre el tiempo esta reducción es gradual.

Este primer reporte, de valor intrínseco, es interesante porque, además de provenir de una persona no dedicada a la ciencia, puso en entredicho el ideal de belleza y las connotaciones sociales de estatus y poder económico asociados con el sobrepeso y la obesidad.

Después del surgimiento de un nuevo conocimiento toma tiempo para que éste impacte en la práctica científica; de manera recíproca, los avances de la ciencia tardan en incorporarse en la vida cotidiana, tal es el caso del concepto de IMC, propuesto por Quetelet en 1835, que tomó aproximadamente 150 años para que fuera adoptado por la comunidad

científica dedicada al estudio de la obesidad (Bray, 2002). Además de esta aportación, la descripción de la apnea del sueño, los primeros casos de la obesidad hipotalámica, los avances en la teoría celular, específicamente, la células adiposas o adipocitos que sufren hipertrofia y están presentes en casos de obesidad, allanaron el camino para los avances científicos del siglo xx, entre los cuales destaca el uso de la hidrodensitometría, la conductividad eléctrica, los rayos X y la resonancia magnética, medios que facilitaron la estimación cuantitativa de la grasa total y por regiones. Los métodos que aportó la Física permitieron la medición de los cambios en los compuestos químicos, específicamente, la medición del retorno del volumen de agua como indicador del gasto energético (Bray, 2002). Las aportaciones de Cannon (1912) en el papel de las contracciones estomacales y su relación con el hambre, junto con el descubrimiento de los códigos genéticos de la obesidad, han generado un cúmulo considerable de conocimientos. Sin embargo, en la actualidad el problema de la obesidad sigue sin solución.

Recientemente, las aportaciones de la ciencia de la conducta, con sus paradigmas de reflejos condicionales y conducta operante, han demostrado ser una herramienta útil para el tratamiento de esta enfermedad, aunque es necesario señalar que la estigmatización de la obesidad es un peligro para las personas con este padecimiento, para la ciencia dedicada al estudio de la obesidad, así como para sus practicantes.

En pleno siglo xxi prevalece la idea de que la glotonería y la pereza, dos pecados capitales, son la causa de la obesidad. Estos puntos de vista se convierten en obstáculos para considerar aspectos importantes en el tratamiento e investigación del trastorno, pues, como contrapeso, se ha desarrollado conocimiento sobre la leptina y su papel regulador del apetito. Aun así, los retos para el presente siglo demandan que, desde cada disciplina y área de especialización, no sólo se continúe generando conocimiento, sino se integre para generar un cuerpo de conocimiento unificado frente al reto de un problema multifactorial (Bray, 2002).

Epidemiología

La obesidad se define como una condición fisiológica en la que se consideran, por lo menos, alguna de las variables siguientes: el peso corporal, la estatura, la edad y el género. Con base en estas características, la OMS estableció que la obesidad se puede clasificar conforme al cálculo del

IMC, que es el resultado del cociente entre el peso en kilogramos y la estatura en metros elevada al cuadrado. Conforme a esta clasificación existen personas con sobrepeso o con obesidad tipo I, II o III. El método estándar para obtener ese índice consiste en pesar y medir a la persona y hacer el cálculo correspondiente. Sin embargo, al margen del método, se sabe que el IMC es una medida imprecisa al no considerar la cantidad de tejido magro, principal componente de la masa muscular. Así, se puede obtener un IMC que indique obesidad tipo I, que no necesariamente corresponde a una persona obesa, sino musculosa. A partir de esta medida, obesidad se refiere a alguno de los tres tipos de acuerdo con la clasificación de la OMS y en el que todos los ejemplos o casos referidos corresponden a personas con mayor porcentaje de grasa, considerando el perímetro tanto de la cintura como de la cadera.

La obesidad es un problema de salud que empezó a aumentar de manera progresiva desde 1980, pero fue en 1997 cuando el organismo internacional reconoció que se trataba de un problema de salud pública, dadas las altas tasas de prevalencia identificadas en diferentes países. En un inicio este problema llamó la atención de la comunidad médica: se interesaron en estudiar sus manifestaciones y complicaciones clínicas. En la actualidad resulta de interés para los profesionales de la salud, así como para los gobiernos, y su estudio se ha enfocado en el tratamiento y la prevención.

Los datos sobre prevalencia de la obesidad se han obtenido a través de encuestas nacionales de salud, basándose en el cálculo del IMC. En el 2000, la OMS estimó que en el mundo existían aproximadamente 300 millones de personas con obesidad (World Health Organization, WHO, 2000), cifra que debió aumentar, tal como se ha documentado en diferentes países. En Estados Unidos la prevalencia aumentó de 15% entre 1976 y 1980 a 33.8% en 2007 y 2008 (Flegal, Carroll, Ogden y Curtin, 2010). En Inglaterra, en mujeres de 25 a 34 años de edad, aumentó de 12 a 24% entre 1993 y 2002, es decir, se duplicó en nueve años (Rennie y Jebb, 2005). Considerando la Encuesta Nacional de Nutrición I (Sepúlveda-Amor, Ángel, Tapia-Conyer, Luis, Madrigal y Kumate, 1990) y II (González, Rivera, Samha, Ramírez, Barquera *et ál.*, 2001) realizadas en México, en un periodo de 10 años casi se duplicó el porcentaje de mujeres en edad reproductiva con obesidad (de 14.6% en 1988 a 21.2% en 1999).

Posteriormente, los estudios mostraron un aumento constante de este problema de salud. En la Encuesta Nacional de Salud 2000 (Olaiz, Rojas,

Barquera, Shamah, Aguilar *et ál.*, 2003) se estimó que en personas de 20 a 59 años la prevalencia de obesidad fue de 28.1% para las mujeres y 18.6% para los varones. En tanto que en la ENSANUT 2006 (Cuevas, Rivera, Shamah, González, Moreno *et ál.*, 2007; Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-levi, Rojas, Villalpando-Hernández *et ál.*, 2006) se encontró que la prevalencia de obesidad en infantes de 5 a 11 años de edad fue de 8.7% en niñas y 9.4% en niños. Entre adolescentes de 12 y 19 años de edad se encontró que la prevalencia de obesidad fue de 9.2% para las mujeres y 10% para los varones. En tanto que en personas mayores de 20 años la prevalencia fue más alta en mujeres (34.2%) que en varones (24.2%). Asimismo, se encontró que en los estados del norte del país y en la Ciudad de México la prevalencia fue mayor que en el resto del territorio nacional.

Hoy día, México ocupa el segundo lugar mundial de prevalencia de obesidad en adultos, después de Estados Unidos, y el primer lugar en obesidad infantil. Sin duda, este hecho tiene implicaciones importantes para el sistema de salud. Barquera, Rivera, Campos, Hernández, Santos-Burgoa *et ál.* (2010) indicaron que en el periodo 2000-2008 el costo directo de la atención médica por problemas de salud relacionados con el sobrepeso o la obesidad aumentó 61%, y se estima que para el 2017 se duplique. Además, el costo indirecto por pérdida de productividad debido a la muerte prematura atribuible al sobrepeso u obesidad aumentó con una tasa promedio anual de 13.5%. Estas cifras representan un reto para el gobierno y el sistema de salud.

En este contexto, es necesaria la participación de disciplinas como la Psicología para evitar una catástrofe económica que, paralelamente, provocará que se anule la posibilidad de disminuir la prevalencia y que aumente la incidencia de los padecimientos que se dejarán de atender por enfocarse en la obesidad y sus comorbilidades.

Calidad de vida

Desde la publicación del primer reporte sobre las consecuencias de la obesidad quedó claro, aunque no se mencionó explícitamente, que uno de los aspectos que más se ven modificados a consecuencia de la obesidad es la calidad de vida. La expresión calidad de vida (cv) adquirió importancia a finales de 1950 cuando el entonces presidente de Estados Unidos, Lyndon Baines Johnson, afirmó que sus resultados debían

evaluarse en términos de cv y no con indicadores económicos (Roqué, 2000). A partir de entonces, el concepto ha sido estudiado desde diferentes disciplinas (Economía, Medicina, Sociología, Psicología, entre otras); asimismo, se ha documentado que el número de publicaciones científicas que incluyen esta variable aumentó entre los años 1966 y 2008 (Fernández-Ballesteros, 1998; Ilic, Millic y Arandelovic, 2010; Padilla, 2005). Por ejemplo, en 1974 el término fue mencionado en ocho publicaciones, en tanto que en 2008 apareció en 66 mil 592 artículos. Como tema central, la cv fue analizada en dos estudios publicados en 1974, pero en 20 mil 355 en 2008 (Ilic, Millic y Arandelovic, 2010).

Hacia mediados de la década de 1950, se incluyó el concepto de cv en el área de la medicina y, posteriormente, a la Psicología. A pesar de la cantidad de trabajo científico generado, la definición de cv ha resultado una tarea difícil. Los primeros conceptos consideraron sólo indicadores objetivos de índole económico o social. Sin embargo, en la década de 1970 se demostró que algunas personas estaban satisfechas con su vida aun cuando vivían en ambientes con indicadores objetivos de pobreza (Ilic, Millic y Arandelovic, 2010); por tanto, se consideró necesario tomar en cuenta la valoración que cada persona experimenta respecto de su vida. Este hallazgo reorientó las investigaciones, y se propuso que la cv es un constructo multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1998; Ilic, Millic y Arandelovic, 2010) que incluye aspectos tanto objetivos como subjetivos de la satisfacción personal con la vida (Cummins, 1996). Considerando ambos aspectos, la oms la definió como la percepción del individuo respecto a su vida en relación con sus metas, expectativas, parámetros y preocupaciones dadas por un contexto cultural y de valores (oms, 1994, p. 29).

Así, la dimensión objetiva incluye indicadores, evaluados de manera independiente a la persona y relacionados con los recursos, oportunidades, servicios, educación, empleo, nivel de vivienda y nutrición, entre otros (Oppong, Ironside y Kennedy, 1998). En tanto que la dimensión subjetiva incluye la percepción y valoración de las personas en torno a los diferentes aspectos de su vida, dado un contexto cultural específico (Fernández-Ballesteros, 1998). En este sentido, Spilker y Revicki (1996) propusieron cuatro áreas de satisfacción: interno-personal (salud, valores, creencias, espiritualidad y estrategias de afrontamiento), personal-social (familia, redes sociales y vocación), externo-natural (aire, agua, clima, servicios y características geográficas) y externo-societario (instituciones culturales, religiosas y educativas).

Actualmente, existe consenso en que el estudio de la CV debe incluir la medición tanto de la apreciación subjetiva que la persona tiene de su vida como de sus condiciones objetivas. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que la CV depende de las condiciones biopsicosociales, por tanto, el número de indicadores que debe incluirse para su medición puede variar en función de la cultura, ambiente y condición específica de la persona (posición social, actividad, etapa de desarrollo y condición de salud, entre otras; Fernández-Ballesteros, 1998). Por ello, se han propuesto tres perspectivas para evaluar la calidad de vida: a) en general, b) relacionada con la salud y c) específica para cada enfermedad (Sánchez-Sosa y González-Cellis, 2006), lo cual ha generado instrumentos para realizar una medición de carácter general e instrumentos específicos para medir la CV en relación con condiciones particulares de enfermedad.

Los estudios psicológicos realizados en personas obesas se han enfocado tradicionalmente en el análisis del funcionamiento psicológico, incluido el nivel de ansiedad y depresión (Papakostas, Petersen, Iosifescu, Burns, Nierenberg *et ál.*, 2005). No obstante, la CV de las personas obesas ha sido poco estudiada a pesar de la importancia que la OMS le otorgó como una medida fundamental de la salud. Las primeras investigaciones de este tipo en personas obesas se realizaron en pacientes sometidos a intervención quirúrgica para reducción de peso. Posteriormente el estudio se generalizó en personas con diferentes grados de obesidad, adolescentes y niños. El estudio del impacto de la obesidad sobre la calidad de vida puede dividirse en cuatro apartados: estudios transversales con población general, estudios prospectivos con población general, estudios transversales con grupos de personas obesas y efectos de la intervención en la calidad de vida (Seidell y Tjhuis, 2002).

Los estudios transversales con población general han incluido a participantes en diferentes condiciones de peso (desde bajo peso hasta obesidad) o muestras de personas con obesidad. Los hallazgos han sugerido que la calidad de vida está deteriorada en los dos extremos del continuo del peso corporal, es decir, tanto en las personas con bajo peso como en las personas con obesidad (Hay, 2003). Respecto a las personas obesas, existen hallazgos inconsistentes debido a que en algunos estudios se informa que la CV está comprometida en el total de las dimensiones (Riazi, Shakor, Dundas, Eiser y McKenzie, 2010), pero en otros se identifican diferencias sólo en dimensiones específicas. La evidencia sugiere que la dimensión más afectada es el funcionamiento físico (Arif y Rohrer,

2006; García, Riaño, Somalo, Fernández y Málaga, 2005; Ostbye, Malhotra, Wong, Tan y Saw, 2010; Ureña, Araya, Sánchez, Salas y Blanco, 2010); no obstante, también se ha encontrado que el funcionamiento psicológico y social están afectados de manera significativa (Ostbye *et ál.*, 2010). Respecto al funcionamiento físico, las personas con obesidad se sienten limitadas para realizar actividades cotidianas, experimentan fatiga, cansancio crónico y dolor en las articulaciones. En cuanto al psicológico y social se sabe que las personas en esta condición presentan insatisfacción corporal, ansiedad y depresión; además, son discriminadas por su peso, sujetos a burlas, acoso de los pares y marginación social.

Considerando el género, se ha reportado que la CV de las mujeres obesas está más afectada que la de los varones (Barajas, Robledo, Tomás, Sanz, García *et ál.*, 1998; Sato, Nakumara y Sasaki, 2008), quienes presentan mejor funcionamiento físico y emocional (Sato, Nakumara y Sasaki, 2008; Urzúa, Cortés, Prieto, Vega y Tapia, 2009; Urzúa y Mercado, 2008). En el caso de obesidad extrema, las mujeres presentan mejor funcionamiento emocional que los varones; sin embargo, los varones registran calificaciones superiores a las mujeres en funcionamiento físico y vida familiar (Modi, Loux, Bell, Harmon, Inge *et ál.*, 2008). El análisis prospectivo del rol del peso corporal como predictor de la calidad de vida a largo plazo, muestra que el IMC predice un funcionamiento psicológico inadecuado tanto en hombres como en mujeres, con mayor riesgo en éstas (Stafford, Hemingway y Marmot, 1998). Asimismo, se sabe que la ganancia de peso se asocia con una disminución del funcionamiento psicológico y la vitalidad, independientemente del peso inicial (Kolotkin, Crosby, Williams, Hartley y Nicol, 2009).

La baja CV ha sido documentada de manera amplia en grupos de pacientes con obesidad que participan en tratamientos de reducción de peso. Los resultados sugieren que el grado de obesidad puede afectarla, así como la comorbilidad y la presencia de conductas alimentarias inadecuadas (conducta de atracón). En un metaanálisis, en el que se revisaron 54 estudios transversales de personas obesas que habían buscado tratamiento para la reducción de peso, se encontró que la calidad de vida estaba afectada especialmente entre las personas con obesidad mórbida que buscaban tratamiento quirúrgico para solucionar su problema (van Nunen, Wouters, Vingerhoets, Hox, Geenen, 2007).

Los estudios que han analizado el efecto de una intervención sobre la calidad de vida han mostrado que la pérdida de peso, aun cuando sea

mínima, generan mejorías en todas las dimensiones de la calidad de vida (Kolotkin *et ál.*, 2009); sin embargo, algunas de éstas pueden atenuarse con el paso de tiempo, aun cuando la pérdida de peso se mantenga. También se ha encontrado que sólo se presentan mejorías en el funcionamiento físico (Fine, Colditz, Coakley, Moseley, Manson *et ál.*, 1999; Fontaine, Barofsky, Andersen, Bartlett, Wiersema *et ál.*, 1999). Asimismo, realizar actividad física y ejercicio de manera regular, en combinación con una terapia de dieta, produce una mejoría significativa en la calidad de vida, sobre todo en el funcionamiento físico y psicológico (Hassan, Joshi, Madhavan y Amonkar, 2003).

Funcionamiento psicológico

El concepto de cv incluye el análisis de la función psicológica, lo cual remite al estudio de constructos tales como ansiedad, depresión y autoestima. Rosenberg (1965) sugirió que la autoestima se refiere a los juicios globales de una persona respecto de sí misma, valoraciones que incluyen autoaceptación y dignidad. Posteriormente se sugirió que la autoestima global está determinada por autoconceptos específicos. Sin embargo, aún no es claro qué dimensiones componen la autoestima, aunque se han propuesto significación, capacidad, virtud y energía, apariencia, competencia, apoyo familiar, percepción del amor de Dios y aprobación. También se ha sugerido que la autoestima puede conceptualizarse como rasgo y estado. Como rasgo, la autoestima se mantiene relativamente estable en un periodo de tiempo, mientras que como estado varía de acuerdo con las circunstancias inmediatas (Hu, Yang y Liu, 2008).

La investigación sobre los aspectos psicológicos relacionados con la obesidad sugiere la presencia de un estigma. Algunos juicios de personas con normopeso, extraídos de entrevistas, son los siguientes: “las personas obesas son flojas, son tontas, son tramposas y son feas”, entre algunos otros calificativos (Martínez, Flores, Rizo, Aguilar, Vázquez *et ál.*, 2010). El problema que se genera con la estigmatización es, más allá de la etiqueta que se le confiere a las personas con obesidad, la actitud en la vida cotidiana de discriminación y prejuicio, relacionada con la exclusión de ciertos grupos sociales, negación al acceso a fuentes de trabajo, que son capaces de desempeñar, y la falta de oportunidades. De manera específica, la discriminación es evidente en escenarios familiares (hogar), en ambientes escolares y en el trabajo. Asimismo, se ha demostrado que adolescentes que fueron

obesos tienen menos probabilidad de casarse que las personas con normopeso, quienes también reciben mejores ingresos económicos que las personas con obesidad. Es evidente que una sociedad como la nuestra, donde la imagen corporal juega un papel fundamental en el tipo de relación que se puede establecer, donde se culpa a las personas con obesidad por su condición y donde, además, continúa vigente la idea de que es un pecado capital ser obeso, necesariamente propicia algún tipo de malestar o sufrimiento emocional (Marcus, Wing y Hopkins, 1988; Rosen, 2002).

Aunque se ha reportado que la obesidad puede afectar de manera negativa el bienestar psicológico, existe evidencia de que obesidad no es sinónimo de malestar psicológico. Friedman y Brownell (2002) propusieron un enfoque para resolver el problema de quién padece y quién no consecuencias psicológicas. El enfoque consiste en enfatizar los factores de riesgo que explican por qué algunas personas con obesidad o con sobrepeso experimentan consecuencias psicológicas negativas y otras no. Entre éstos destacan el comer de manera compulsiva, el ciclo repetitivo de aumento y disminución de peso, y las variables sociodemográficas. Acerca del primer factor, la investigación ha señalado que un subgrupo de la población de personas con obesidad se caracteriza por comer de manera compulsiva. Aunque hoy día la definición no es clara, se entiende que alguien "se atraca" cuando ingiere una cantidad de alimento considerable en un periodo corto de tiempo, mayor que la de cualquier otra persona en un periodo similar. Además de la cantidad de alimento, los atracones se caracterizan por una sensación de pérdida de control durante el episodio de alimentación y se distinguen del comer en exceso por la cantidad de alimento ingerida, la frecuencia de los episodios, los motivos del consumo y las consecuencias psicológicas. La prevalencia de psicopatologías en personas que presentan atracones, en particular la que se relaciona con trastornos alimentarios, es mayor que la reportada en las personas con obesidad que no presentan estos impulsos (Wilfley, Schwartz, Spurrell y Fairburn, 2000).

La cantidad de investigación sobre los efectos metabólicos de disminuir y aumentar de peso es extensa. La evidencia sobre las consecuencias del ciclo disminución-aumento en la salud es menor y aún menos se sabe acerca de sus efectos en la conducta y los factores psicológicos que intervienen en el mantenimiento de este ciclo disfuncional (Doll, Petersen y Stewart-Brown, 2000). El problema principal con el ciclo disminución-aumento de peso es que probablemente afecta el bienestar psicológico, en especial la autoestima y la satisfacción con la vida por el deterioro que

sufre el cuerpo. Es necesario descifrar la vía por la que el bienestar psicológico se modifica dado que, mientras no se interrumpa este ciclo disfuncional, se puede perpetuar la práctica de conductas que contribuyen al mismo, por ejemplo, la presencia de atracones. Una hipótesis al respecto del ciclo disfuncional disminución-aumento de peso es la presencia de un componente emocional en las personas con obesidad.

Es frecuente escuchar en los foros de discusión científica, donde se comparten los avances en investigación y tratamiento de la obesidad, que, a pesar de la práctica cada vez más popular de métodos quirúrgicos para la reducción de peso (*bypass* gástrico y banda gástrica ajustable) a corto o mediano plazo –6 a 12 meses–, las personas recuperarán el peso perdido y, en algunos casos, este aumento rebasará el peso antes de la cirugía. Una variable común es que mientras no se modifiquen los hábitos de consumo y el componente emocional, el funcionamiento psicológico seguirá deteriorado a pesar de la intervención médica. Se sabe de casos en los que las personas con obesidad mórbida, después de la cirugía bariátrica, y sin apoyo psicológico en los componentes conductual y emocional, vuelven a ingerir la misma cantidad de alimento que antes de la intervención. La opción más utilizada es licuar los alimentos, aunque se sabe de casos en los que intentan consumir el alimento como antes de la cirugía.

La severidad de estos datos señala que es urgente la labor de los psicólogos para modificar hábitos (reestructuración y detención de pensamientos), modificar ideas irracionales, así como aumentar el bienestar psicológico antes y después de la intervención quirúrgica. Es evidente la necesidad de integrar y aplicar todo el conocimiento de la ciencia de la conducta en el mejoramiento de habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, redes de apoyo, así como en la percepción de apoyo social antes de someter al paciente al protocolo en el que, se supone, se analiza la viabilidad de ser candidato a una intervención quirúrgica. Queda pendiente determinar la contribución de cada una de estas áreas en el tratamiento de la obesidad. Sin embargo, es aún más importante la aplicación de este conocimiento como estrategia de prevención de nuevos casos de sobrepeso y obesidad.

Respecto a las variables sociodemográficas y sus efectos negativos sobre el bienestar psicológico, se han sugerido como factores de riesgo ser mujer, la adolescencia y la obesidad mórbida. Es del dominio popular que la obesidad crea un estigma más fuerte en las mujeres que en los varones.

Aunado a este hecho, se ha reportado que el temor por ser obeso es mayor entre adolescentes. Se ha sugerido que entre la adolescencia y la adultez temprana los efectos negativos de este estigma y sus efectos sobre el bienestar psicológico pueden ser más intensos. Tener sobrepeso durante la adultez temprana aumenta la probabilidad de generar una percepción negativa de la imagen corporal en la etapa adulta. Tal vez los adolescentes obesos están más preocupados por su imagen corporal que los adolescentes con normopeso, dado el estigma creado sobre la obesidad y debido al bombardeo de los medios masivos sobre la importancia de una figura delgada en el caso de las mujeres y una figura musculosa en el caso de los varones (McCabe y Ricciardelli, 2001). Respecto a la obesidad mórbida, las personas en esta situación son las más vulnerables de padecer el estigma y, por tanto, las consecuencias negativas en el bienestar psicológico. Es necesario investigar más sobre estos factores potenciales de riesgo de padecer deterioro en el funcionamiento psicológico (Friedman y Brownell, 1995; 2002).

Una opción ante la estigmatización y las consecuencias psicológicas de la obesidad, en especial para evitar caer en el ciclo disfuncional disminución-aumento de peso, es la actividad en general y la práctica de ejercicio aeróbico, que, se sabe, modificarán directamente la composición corporal y, por tanto, mejorarán la percepción de la imagen del cuerpo, que es una de las variables relacionadas de manera estrecha con la obesidad y que, con frecuencia, se ve afectada por la estigmatización.

Para la población en general existe una preocupación compartida y exacerbada por la imagen corporal global, en especial en las mujeres. Por ejemplo, se ha reportado que las partes específicas del cuerpo que más afectan la percepción son los muslos, el abdomen y los glúteos. En el caso de las mujeres, se ha demostrado que la relación cintura-cadera es un predictor más confiable del grado de insatisfacción que la grasa corporal total y el grado de obesidad. Por lo que la reducción de peso en sí mismo no implica una modificación en la percepción de la imagen corporal. Cabe señalar que es menos probable mejorar la percepción de la imagen en personas con obesidad que presentan atracón y en personas que han sido sometidas a cirugía bariátrica. Sin embargo, en muestras de personas con normopeso también se ha reportado la preocupación por la imagen corporal. Dado el contexto social generalizado sobre los supuestos beneficios de una figura delgada, es altamente probable que una submuestra de la población general esté preocupada por disminuir su peso (Franco, Martínez, Díaz, López-Espinoza, Aguilera *et ál.*, 2010).

En el otro extremo de la estigmatización y las consecuencias negativas, se encuentra el apoyo social que, junto con la actividad física, puede ayudar a contrarrestar los efectos negativos sobre el bienestar psicológico. Aún hace falta incrementar la investigación al respecto, pero se ha sugerido que entre los grupos de convivencia más cercanos, como familia y amigos, la utilización de frases positivas puede contribuir a aumentar la autoestima o, por lo menos, evitar que disminuya. Por ejemplo, los ejercicios de práctica de autoaceptación del cuerpo tienen un efecto positivo sobre la imagen corporal. En contraste, la presión social y las burlas, cuando se intenta disminuir el peso, tienen un efecto negativo. Es necesario mencionar que frente a la presión social existe la posibilidad de entrenar a los obesos con respuestas de afrontamiento adaptativas, tales como referencias positivas hacia sí mismo, evitar esconder el cuerpo con el uso de ciertas prendas y aumentar el amor propio. Es evidente que lo que hace falta entre el contexto social y lo que puede sufrir una persona por ser obesa es el punto medio de la relación con los otros y con uno mismo.

Conclusiones

El propósito del presente capítulo fue describir la relación entre obesidad, funcionamiento psicológico y calidad de vida. Se mostró que la obesidad, a pesar del estigma y las implicaciones sociales en el contexto de la delgadez como ideal de belleza, no es sinónimo de malestar psicológico. De hecho, la evidencia es contradictoria, pues sólo en algunos casos la obesidad afecta de manera negativa el funcionamiento psicológico. En específico, existe un mayor riesgo para las mujeres, las personas con un IMC >40 y en la adolescencia (Ghroubi, Elleuch, Chikh, Kaffel, Abid *et ál.*, 2010).

En contraste con la gran cantidad de investigación generada en torno a las consecuencias fisiológicas de la obesidad, existe mucho menos evidencia sobre las consecuencias psicológicas de este trastorno. Principalmente, la investigación clínica sugiere que la obesidad está relacionada con conceptos como vergüenza, culpa y distorsión de la imagen corporal. Sin embargo, la evidencia reportada es contradictoria cuando se comparan grupos de personas con obesidad y personas con normopeso, concluyendo que la obesidad no necesariamente se relaciona con padecimientos psicológicos. Esta comparación entre grupos ha generado el supuesto de que la población con obesidad es homogénea con respecto a su funcionamiento

psicológico, aunque es claro que la etiología, el tipo de tratamiento y la respuesta a éste contradicen dicho supuesto (Friedman y Brownell, 1995).

La mayor parte del conocimiento acerca del funcionamiento psicológico, la calidad de vida y la obesidad proviene de estudios en los que participaron personas con obesidad en alguna modalidad de tratamiento. Los resultados indican una relación entre obesidad, autoestima y calidad de vida. Sin embargo, a partir de estos hallazgos no pueden elaborarse conclusiones acerca de la población en general. Es necesario considerar que las personas con obesidad y deprimidas están más dispuestas a buscar un tratamiento para reducción de peso que las personas con obesidad sin depresión. Al respecto, Ross (1994) sugirió que el origen de la depresión de las personas con sobrepeso se relaciona con los regímenes de adelgazamiento a los que se someten y no con el peso corporal de manera directa. Es claro que el estado del conocimiento actual sobre la obesidad y su relación con el funcionamiento psicológico no constituyen evidencia suficiente para concluir si ser obeso tiene consecuencias psicológicas negativas.

El deterioro en la calidad de vida de personas con obesidad es similar al que se presenta en personas con enfermedad pulmonar o cardiopatía isquémica. Esto indica que la obesidad, considerada por algunos un problema de salud poco importante, puede tener efectos equiparables a los de una enfermedad discapacitante.

En la actualidad, alrededor de un tercio de la población de varios países presenta obesidad, y el pronóstico es que en los próximos años seguirá incrementándose la prevalencia de este problema de salud. Los costos sociales, económicos y psicológicos son altos y no deben pasar inadvertidos. Es inevitable reconocer la importancia de analizar la calidad de vida y su relación con la obesidad. Los hallazgos sugieren que la variable que más se modifica es el funcionamiento físico, seguida por el deterioro en el funcionamiento psicológico. Específicamente, la calidad de vida está más deteriorada en mujeres que en varones con obesidad y, en ambos extremos del continuo, bajo peso y obesidad.

De la literatura revisada para la elaboración del presente capítulo es evidente un par de aspectos que nos parece importante mencionar. Por un lado, y que es motivo del presente libro –dedicado exclusivamente a la obesidad–, el hecho de que en países en desarrollo como México, en el que habitan 112 millones de personas, de las cuales 52 millones (46%) son consideradas pobres y de los que casi 12 millones viven en pobreza

extrema, se presente un fenómeno de tal magnitud como la obesidad. La niñez de nuestro país ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad, debido sobre todo al consumo de alimentos con alto contenido calórico y poco aporte nutricional. Aunado a la variada disponibilidad de alimento, se encuentra el ambiente obesogénico, caracterizado por la falta de espacios de educación para la salud alimentaria, falta de condiciones mínimas de sanidad, como la escasez de agua potable, y la paradójica situación que prevalece sobre la facilidad, en cuanto a costos se refiere, para la adquisición de bebidas con alto contenido en azúcar en contraste con el agua purificada. En una revisión sobre la percepción respecto de la obesidad, se encontró que se está anulando la posibilidad de combatirla desde las prácticas del personal de salud. Por ejemplo, se ha reportado que adolescentes mexicanos recibieron comentarios en los que se les enfatiza que, al formar parte de una familia de obesos, ellos también deben serlo (Martínez *et ál.*, 2010). Es probable que la estigmatización genere sentimientos de frustración, rechazo o angustia, los cuales, desde la perspectiva de las personas con obesidad y carencias emocionales, sólo se alivian con la ingesta de alimento, aunque sea de manera momentánea.

El segundo aspecto que queremos señalar es el otro extremo del continuo entre el consumo deficiente y el consumo excesivo de alimento, que desemboca casi siempre en infrapeso y obesidad. Se ha señalado que, independientemente del área e interés de investigación, mientras se trabaje en conductas relacionadas con la ingestión de alimento, ambos extremos –infrapeso y obesidad– representan un campo de riesgo que merece ser atendido, dado que, en algunos casos, la transición entre ambos es prácticamente inevitable.

Referencias

- Arif, A. A. & Rohrer, J. E. (2006). The relationship between obesity, hyperglycemia symptoms, and health-related quality of life among Hispanic and non-Hispanic white children and adolescents. *BMC Family Practice*, 7: 3.
- Banting, W. (1869). *Letter on corpulence, Addressed to the Public*. 4th Ed. London: Harrison.
- Barajas, M. A., Robledo, E., Tomás, N., Sanz, T., García, P. y Cerrada, I. (1998). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 72: 221-31.
- Barquera, S., Rivera, J., Campos, I., Hernández, L., Santos-Burgoa, C., Durán, E., Rodríguez, L. y Hernández, M. (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaría de Salud.
- Bray, G. (2002). "A Brief History of Obesity". En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 382-387.

- Cannon, W. B. & Washburn, A. L. (1912). An Explanation of Hunger. *American Journal of Physiology*, 29: 441-54.
- Cuevas, L., Rivera, J. A., Shamah, T., González, T. N. J., Moreno, L. B., Ávila, M. A. (2007). "Estado Nutricio". En T. Shamah-Levy, S. Villalpando-Hernández y J. A. Rivera-Dommarco (Eds). *Resultados de nutrición de la ENSANUT 2006*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 23-83.
- Cummins, R. (1996). The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order. *Social Indicators Research*, 38: 303-28.
- Doll, H. A., Petersen, S. E. & Stewart-Brown, S. L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research*, 8: 160-70.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2: 57-65.
- Fine, J. T., Colditz, G. A., Coakley, E. H., Moseley, G., Manson, J. E., Willet, W. C. & Kawachi, I. (1999). A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *Journal of American Medical Association*, 282: 2136-42.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L. & Curtin, L. R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1998-2008. *Journal of American Medical Association*, 303: 235-41.
- Fontaine, K. R., Barofsky, I., Andersen, R. E., Bartlett, S. J., Wiersema, L., Cheskin, L. J. & Franckowiak, S. C. (1999). Impact of weight loss on health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 8: 275-7.
- Franco, K., Martínez, A. G., Díaz, F. J., López-Espinoza, A., Aguilera, V. y Valdés, A. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastorno del comportamiento alimentario en estudiantes universitarios del Sur de Jalisco, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1: 100-8.
- Friedman, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117: 195-212.
- _____. (2002). "Psychological Consequences of Obesity". En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 393-8.
- García, M., Riaño, I., Somalo, L., Fernández, L. y Málaga, S. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de niños y adolescentes obesos asturianos. *Boletín Pediátrico*, 45: 277-89.
- Ghroubi, S., Elleuch, H., Chikh, T., Kaffel, N., Abid, M. & Elleuch, M. H. (2010). Physical training combined with dietary measures in the treatment of adult obesity. A comparison of two protocols. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*; 52: 394-413.
- González, T., Rivera, J., Shamah, T., Ramírez, I., Barquera, S., Morales, M C. et ál. (2001). "Mujeres". En J. Rivera, T. Shamah, S. Villalpando, T. González, B. Hernández y J. Sepúlveda (eds.). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricio de niños y mujeres de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 103-77.
- Hassan, M. K., Joshi, A. V., Madhavan, S. S. & Amonkar, M. M. (2003). Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. *International Journal of Obesity*, 27: 1227-32.

- Hay, P. (2003). Quality of life and bulimic eating disorders behavior: findings from a community-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 33: 434-42.
- Hu, J., Yang, Y., Wang, D. & Liu, Y. (2008). Contingency as a moderator of the effect of domain self-esteem on global self-esteem. *Social Behavior and Personality*, 36: 851-64.
- Ilic, I., Milic, I. & Arandelovic, M. (2010). Assessing quality of life: Current approaches. *Acta Medica Medianae*, 49: 52-60.
- Kolotkin, R. L., Crosby, R. D., Williams, G. R., Hartley, G. G. & Nicol, S. (2009). The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity Research*, 9: 564-71.
- Marcus, M. D., Wing, R. R. & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: affect, cognitions and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 433-9.
- Martínez, M., Flores, Y., Rizo, M., Aguilar, R., Vázquez, L. y Gutiérrez, G. (2010). Percepciones de la obesidad de adolescentes obesos estudiantes del 7° al 9° grado, residentes en Tamaulipas, México. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18: 1-7.
- McCabe, M. P. & Ricciardelli, L. A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European Eating Disorders Review*, 9: 335-47.
- Modi, A., Loux, T., Bell, S., Harmon, C., Inge, T. & Zeller, M. (2008). Weight-specific Health-related Quality of Life in Adolescents with Extreme Obesity. *Obesity*, 16: 2266-71.
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar, C., Cravioto, P. et ál. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M. et ál. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Oppong, J., Ironside, R. G. & Kennedy, W. (1998). Perceived Quality of Life in a Centre-Periphery Framework. *Social Indicators Research*, 20: 605-20.
- OMS (1994). *Quality of life assessment. An annotated bibliography*. Ginebra: OMS.
- Ostbye, T., Malhotra, R., Wong, H. B., Tan, S. B. & Saw, S. M. (2010). The effect of body mass on health-related quality of life among Singaporean adolescents: results from the SCORM study. *Quality of Life Research*, 19: 167-76.
- Padilla, G. V. (2005). Calidad de vida: Panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13: 80-8.
- Papakostas, G., Petersen, T., Iosifescu, D., Burns, A., Nierenberg, A. A., Alpert, J. E., Rosebaum, J. F. & Fava, M. (2005). Obesity among outpatients with major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8: 59-63.
- Rennie, K. L. & Jebb, S. A. (2005). Prevalence of obesity in Great Britain. *Obesity Reviews*, 6: 11-2.
- Riazi, A., Shakoor, S., Dundas, I., Eiser, C. & McKenzie, S. (2010). Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents. *Health and Quality Life Outcomes*, 8: 1-6.
- Roqué, M. V. (2000). La calidad de vida un mensaje cifrado. *Persona y Bioética*, 4: 82-91.
- Ross, C. E. (1994). Overweight and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 35: 63-78.

- Rosen, J. C. (2002). "Obesity and Body Image". En C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 399-402.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescence self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sánchez-Sosa, J. J. y González-Cellis, A. L. (2006). "Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica". En V. E. Caballo (coord.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e infantes psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide, 473-92.
- Sato, H., Nakumara, N. & Sasaki, N. (2008). Effects of bodyweight on health-related quality of life in school-aged children and adolescents. *Pediatrics International*, 50: 552-6.
- Seidell, J. C. & Tijhuis, M. A. (2002). "Obesity and Quality of Life". In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.). *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 388-392.
- Sepúlveda-Amor, J., Angel, M., Tapia-Conyer, R., Luis, J., Madrigal, H. & Kumate, J. (1990). Nutritional status of pre-school children and women in Mexico: Results of a probabilistic national survey. *Gaceta Médica de México*, 126: 297-24.
- Spilker, B. & Revicki, D. A. (1996). "Taxonomy of quality of life". En B. Spilker (Ed.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 25-31.
- Stafford, M., Hemingway, H. & Marmot, M. (1998). Current obesity, steady weight change and weight fluctuation as predictors of physical functioning in middle aged office workers: the Whitehall II study. *International Journal of Obesity*, 22: 23-31.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la Anorexia Nerviosa*. España: Ariel.
- Ureña, P., Araya, F., Sánchez, B., Salas, J. y Blanco, L. A. (2010). Perfil de calidad de vida, sobrepeso-obesidad y comportamiento sedentario en niños(as) escolares y jóvenes de secundaria guanacastecos. *Revista Electrónica Educare*, XIV: 207-24.
- Urzúa, A., Cortés, E., Prieto, L., Vega, S. y Tapia, K. (2009). Autorreporte de la calidad de vida en niños y adolescentes escolarizados. *Revista Chilena de Pediatría*, 80: 238-44.
- Urzúa, A. y Mercado, G. (2008). La evaluación de la calidad de vida de los y las adolescentes a través del KIDDO – Kindl. *Terapia psicológica*, 26: 133-41.
- Van Nunen, A. M., Wouters, E. J., Vingerhoets, A. J., Hox, J. J. & Geenen, R. (2007). The health-related quality of life of obese persons seeking or not seeking surgical or non-surgical treatment: a meta-analysis. *Obesity Surgery*, 17: 1357-66.
- WHO. (2000). *Obesity: Preventing, managing the global epidemic*. World Health Organization Technical Series. Génova: World Health Organization, 1-253.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B. & Fairburn, C. G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorder*, 27: 259-69.