



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 2

Junio de 2020

CREENCIAS IRRACIONALES EN MUJERES CON EXCESO DE PESO DE LA ZONA URBANA DE COSTA RICA

Tatiana Martínez Jaikel¹ y Paula Guzmán Siles²
Universidad de Costa Rica
Escuela de Nutrición

RESUMEN

El exceso de peso es un problema creciente, tanto en Costa Rica como a nivel mundial. Las creencias irracionales podrían jugar un rol fundamental en esta problemática, ya sea como barrera o facilitador de la pérdida o ganancia de peso. El objetivo de este estudio fue identificar algunas de las creencias irracionales de 28 mujeres del área urbana de Costa Rica con respecto a la pérdida de peso y al exceso de peso. Se utilizaron técnicas cualitativas: dos grupos de discusión, 5 grupos focales, 7 entrevistas a profundidad y 2 sesiones de devolución de resultados. Se encontraron en total 14 tipos de demanda implícitas, las cuáles se agruparon en cuatro tipos de demandas con temas comunes. Estos resultados podrían ser de gran utilidad tanto para intervenciones cognitivo-conductuales, como servir de base para el desarrollo de una escala de creencias irracionales relacionadas con la obesidad que esté adaptada a la realidad costarricense y Latinoamericana.

Palabras Clave: autoeficacia, ideas irracionales, obesidad, terapia racional emotivo conductual, demandas, derivados.

IRRATIONAL BELIEFS IN WOMEN WITH EXCESS BODY WEIGHT IN THE URBAN AREA OF COSTA RICA

¹ Docente e Investigadora Universidad de Costa Rica, Escuela de Nutrición. San José, Costa Rica. Correo Electrónico: tatimartinezjaikel@gmail.com/tatiana.martinez@ucr.ac.cr

² Psicóloga. Universidad de Costa Rica/ Universidad de Iberoamérica /Universidad Técnica Nacional. Correo Electrónico: paulasiles@gmail.com

ABSTRACT

Excess weight is a growing worldwide problem. Irrational beliefs may play a fundamental role in this problem as barrier or facilitator in the weight-loss or weight-gain processes. The objective of this study was to identify some of the irrational beliefs in relation to weight loss and excess body weight, in 28 women in the urban area of Costa Rica. Qualitative techniques were conducted, specifically: two discussion groups, 5 focus groups, 7 in-depth interviews, and 2 checking sessions. A total of 14 implicit demand types were found, which were grouped into 4 types of demands. These results could be very useful for both cognitive-behavioral interventions and serve as a basis for the development of an irrational belief scale related to obesity, adapted to the Costa Rican and Latin American reality.

Key Words: self-efficacy, irrational ideas, obesity, rational emotional behavioral therapy, demands, derivatives

La prevalencia mundial del sobrepeso y la obesidad, definidos como exceso de peso, ha aumentado considerablemente en las últimas décadas. A nivel mundial desde 1980 este problema se ha duplicado. Ya para el año 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas. (World Health Organization, 2019). Costa Rica no escapa a esta situación y según la última Encuesta Nacional de Nutrición 2008-2009 el 59,7% de las mujeres entre 20 y 44 años tienen exceso de peso, y éste alcanza un 77,3% en las de 45 a 64 años (Ministerio de Salud, 1996).

El papel de los factores cognitivos ha sido ampliamente reconocido en el tratamiento del exceso de peso, ya que podrían ser una barrera o un facilitador para la pérdida de este (Cooper y Fairburn, 2001; Fabricatore, 2007). Los modelos cognitivos plantean que las perturbaciones psicológicas tienen como causa los pensamientos distorsionados o creencias irracionales que son responsables de las emociones y las conductas (Beck, 2008; Ellis, Caballo y Lega, 2002). Ellis, el autor de la terapia racional emotiva conductual (TREC), define las creencias irracionales como aquellas creencias que son rígidas, extremas e ilógicas, inconsistentes con la realidad y que obstaculizan el cumplimiento de las metas (DiGiuseppe, Doyle, Dryden, y Backx, 2014; Turner, 2016).

Los estados emocionales y las conductas alimenticias buenas o malas nacen de la forma de pensar; por tanto, la forma de evaluar las situaciones y no las situaciones en sí mismas son las responsables de tener o no emociones saludables, así como

también son responsables de tener patrones de comportamientos positivos o auto-saboteadores.

Es importante resaltar que las causas de la obesidad son múltiples, e incluye desde factores individuales hasta ambientales. Por lo tanto, no se podría afirmar que una persona tiene exceso de peso únicamente debido a que tiene creencias irracionales en relación con el peso o a los alimentos; sin embargo, estas creencias podrían jugar un rol importante en los comportamientos alimentarios, tales como la selección de los alimentos (Center for Disease Control and Prevention, 2018; Ellis, Abrams, y Dengelegi, 1992; World Health Organization, 2019).

La TREC afirma que la causa de la perturbación emocional, son las creencias evaluadoras inflexibles (demandas), hay tres creencias que se derivan de las demandas: la catastrofización, la baja tolerancia a la frustración y las condenas globales (Turner, 2016). Las demandas son exigencias que se tienen respecto a sí mismo, los demás o el mundo y sus condiciones. Las personas tienden a convertir sus deseos en demandas, de manera que lo que es deseable o muy importante se exige. La catastrofización es percibir la situación como cien por ciento mala, mucho peor de lo que realmente es y que nada bueno puede resultar de ella. La baja tolerancia a la frustración, se define como creer que el evento o la situación no se puede soportar o que no se tendrá ninguna felicidad si lo que se demanda no se cumple. Finalmente, la condena global consiste en menospreciarse a sí mismo, los demás o las condiciones de la vida (DiGiuseppe et al., 2014; Ellis y Dryden, 1997; Turner, 2016).

Además de las ideas irracionales existen algunos temas claves en el entendimiento de la obesidad; relacionados con pensamientos, expectativas y conductas. Uno de los temas claves, es el constructo de autoeficacia o “la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados” (Bandura, 1997, p. 193). Otro concepto propuesto por Bandura es la autorregulación que se refiere al control de sí mismo.

El comer ante estímulos visuales es una acción común cuando no hay una adecuada autorregulación. De igual modo, Hidalgo y Gottlieb (2011) encontraron que las personas con obesidad podrían comer alimentos que no les apetecen o

incurrir en sobre ingestas por el déficit de habilidades sociales a la hora de rechazar ofrecimientos. Otro aspecto cognitivo de relevancia en la obesidad es el locus de control el cual se refiere a la medida en que los individuos creen que pueden controlar los acontecimientos que los afectan. Se distinguen dos tipos de locus de control: externo cuando se piensa que el resultado depende de causas externas y por tanto incontrolables e interno cuando se cree el resultado depende de la propia conducta (Lopera y Restrepo, 2014). Igualmente, importante, es la prohibición de ciertos tipos de alimentos ya que esto podría desencadenar un episodio de ingesta compulsiva; por último la insatisfacción con la imagen corporal y la percepción de la obesidad y sus consecuencias son temas relevantes en el abordaje de la obesidad.

La metodología cualitativa pretende entender las creencias, actitudes, interacciones, conductas y experiencias de las personas (Pathak, Jena, y Kalra, 2013). Tiene un gran potencial para identificar las creencias irracionales ya que permite captar directamente de las palabras de los participantes sus pensamientos y además cuenta con la ventaja de que se está tomando en consideración el contexto, los gestos y el tono de voz que da sentido a lo que ellas están expresando. Sin embargo, a pesar de estas ventajas, esta ha sido poco utilizada para identificar creencias irracionales.

En esta investigación se llevó a cabo un estudio cualitativo con 28 mujeres del área urbana de Costa Rica. El objetivo de esta fue identificar algunas de las creencias irracionales de la población en estudio con respecto a la pérdida y al exceso de peso.

MÉTODO

- Este sub-estudio, es parte de una investigación, que pretendió conocer las percepciones acerca del exceso de peso en mujeres con sobrepeso y obesidad del cantón central de Alajuela. El protocolo de esta investigación fue aprobado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica y por su Comité Ético Científico. Se utilizó una muestra con criterios pre-definidos:

- Tener sobrepeso (IMC entre 25-29,9) u obesidad grado I (IMC entre 30 y 34,9) según la clasificación de la OMS (2004).
- Tener entre 30 y 60 años (etapa adulta).
- Residir en el Cantón Central de Alajuela en Costa Rica.

El tener diagnóstico de diabetes mellitus o estar embarazada fueron los criterios de exclusión.

Se seleccionó la ciudad de Alajuela por ser parte del Gran Área Metropolitana alrededor de la ciudad capital del país, y por contar con facilidades para el desarrollo de este estudio. Se siguió una estrategia metodológica conformada por cinco etapas:

I Etapa: Desarrollo y validación de los instrumentos.

Para validar e introducir mejoras a la guía de discusión propuesta se realizaron dos grupos de discusión, el primero con 18 y el otro con 6 con mujeres que tenían las mismas características que la población en estudio pero que no formaban parte del de la investigación principal.

II Etapa: Convocatoria y selección de las participantes

De la base de datos de la Municipalidad de Alajuela con mujeres interesadas en participar en grupos de estilos de vida saludable, se lograron captar un total de 70 mujeres. A estas se les asignó una cita con el fin verificar los criterios de inclusión. A cada una de ellas, se les leyó y firmaron el formulario de consentimiento informado antes de realizarles cualquier medición o entrevista. Finalmente, la muestra quedo constituida por 28 mujeres.

III Etapa: Realización de los grupos focales y las entrevistas individuales

Para la recolección de datos, se realizaron 5 grupos focales y 7 entrevistas a profundidad. Las entrevistas se realizaron con el fin de profundizar en algunos aspectos que se consideró necesario, después de realizar los grupos focales. Las participantes fueron las mismas mujeres que tomaron parte de estos grupos. Este

número de grupos focales y entrevistas fue determinado por la saturación que mostró la información obtenida, es decir, se dejó de recolectar información en el momento en que no apareció más información nueva.

IV Etapa: Análisis de los datos

La información cuantitativa correspondiente a la caracterización de las participantes se analizó utilizando estadística descriptiva y con ayuda del programa MS-EXCEL.

Para el análisis de datos cualitativo, primero, se transcribieron las grabaciones de los grupos focales y las entrevistas y estas se revisaron con el fin de garantizar su fidelidad. La organización y codificación de los datos cualitativos se realizó con la ayuda del programa informático ATLAS/ti 6.2.

Se realizó un análisis de contenido, con el fin de identificar las frases de las participantes que contenían creencias irracionales. Éste tomó como base, en un primer momento, la clasificación de las ideas irracionales propuesta por la TREC. Los segmentos de texto que tenían implícita una demanda fueron codificados de acuerdo con el derivado que presentan: bajo tolerancia a la frustración, catastrofización y condena global.

Luego, las demandas implícitas encontradas se organizaron en cuatro tipos según las temáticas de sus contenidos. Finalmente, las autores tomaron cada una de las creencias irracionales y las asociaron con problemáticas más generales de índole cognitivo conductual, como lo son la autoeficacia, locus de control y la autorregulación, también se asociaron con problemáticas conductuales como la carencia de habilidades sociales, o el comer ante estímulos externos y por último se asociaron también, a temáticas que suelen estar presentes en personas con problemas alimentarios y trastornos alimenticios como la insatisfacción con la imagen corporal y la evitación de ciertos alimentos.

V. Devolución y chequeo de resultados con las participantes.

Con el fin de asegurar tanto la ética como la calidad de la investigación, se realizó un proceso de devolución de los resultados obtenidos y de profundización en

algunos aspectos que se consideró necesario. Se realizaron dos sesiones con 8 mujeres cada uno.

RESULTADOS

A. Caracterización de las participantes

Como se muestra en la Tabla 1, el 73% de las participantes tienen entre 40 y 60 años, alrededor del 40% tiene la secundaria completa, más del 75% de ellas vive con una pareja y no trabajan fuera de casa.

Características	n	%
Edad (años)		
30-39	7	25
40-49	12	43
50-60	9	30
Nivel Educativo		
Primaria Incompleta	4	14
Primaria Completa	5	18
Secundaria Incompleta	6	21
Secundaria Completa	8	29
Universidad Incompleta	3	11
Universidad Completa	2	7
Pareja		
Viviendo con una pareja	21	75
Viviendo sin una pareja	7	25
Empleo		
Sin empleo	22	79
Empleos informales	6	21
Categoría de IMC (kg/m2)		
Sobrepeso (25-29,9)	11	39
Obesidad Grado I (30-34,9)	17	61

Tabla 1. Características de las mujeres en el momento del reclutamiento (n=28).

B. Creencias irracionales (demandas y derivados) y problemáticas asociadas

En la tabla 2, se presentan las principales creencias irracionales identificadas en este grupo de mujeres y que se considera podrían convertirse en una barrera para perder peso. En la misma puede apreciarse el tipo demanda, la demanda implícita, las características de esa demanda, su derivado, las problemáticas asociadas y finalmente frases de las participantes que ejemplifican dicha demanda. Se encontraron un total 14 tipos de demanda implícitas, las cuáles se agruparon en cuatro tipos de demandas: demandas sobre el comportamiento alimentario (5), demandas sobre la obesidad y sus consecuencias (2), demandas sobre los esfuerzos para controlar el peso (5), así como la forma de poder lograrlo y demandas sobre las propias emociones y su expresión (2).

Tabla 2. Demandas agrupadas por temas y por problemáticas asociadas.

Tipo de demanda	Definición	Demanda	Características	Derivado	Temas							
					Baja auto-eficacia	Locus de control externo	Pobre auto-regulación	Comer ante estímulo externos	Déficit de habilidades sociales	Insatisfacción imagen corporal	Evitar alimentos prohibidos	Frases de los participantes
Demandas sobre el comportamiento alimentario	Se refieren a qué y cuándo comer.	Tengo que comer lo que quiero	“Hay que comerse” los alimentos, únicamente por el hecho de que están disponibles, porque a la persona le gustan y tiene muchas ganas de comerlos, o porque se anticipa una sensación de bienestar, lo que lleva a comer aún sin sentir hambre.	Baja tolerancia a la frustración	X	X	X	X				“Le cocinan a los novios una comida rica el viernes, el sábado, el domingo y el lunes, y mentira que yo me voy a hacer algo y no voy a comer.” “Entonces yo digo bueno me lo voy a comer porque me estoy muriendo de ganas de comerme el helado.” “Qué sabés que tenés que bajar de peso pero el cerebro te dice coma más,

													coma más, coma más...”
	Tengo que comprar o comer lo que es barato	No comprar o comer un alimento barato es “un desperdicio”, se percibe como ahorro comer alimentos más baratos, incluso aunque la persona este satisfecha.		X	X	X	X						<p>“Yo creo que sí porque si a usted le mandan un cierto que usted coma algo especial y usted no tiene dinero para comprarlo <u>usted tiene que comer lo que tenga</u> no necesariamente que aquello sea malo o bueno.”</p> <p>“Vea que en la casa la señora de la pulpería, ella hace bolsas surtidas digamos si le queda dos piezas de uno y así, y ella hace así bolsotas surtidos, y yo voy y lo compro, <u>hay que comprarla</u> porque cuánto se ahorra también uno en estar comprando pan, digamos esa bolsa de pan a mí me dura dos hasta tres días.”</p>
	No debería dejar o desperdiciar comida	Se empieza comer al visualizar algún alimento que sobró, que alguien no lo comió o que les apetece, y luego sienten que no deben dejarlo de comer, porque no deben botar alimentos		X	X	X	X						<p>“Ay sí pero X, pasa uno a la par de una panadería, ayer fue que yo pequé, me comí una costilla, y cuando después cuando ya iba por media costilla decía uy! Esto no me sabe a nada pero tengo que terminarme porque ya empecé.”</p> <p>“Estás haciendo y usted prueba y le quedó un poquito y</p>

												el otro dejó y cómo voy a botar.”
		No debería rehusar comida si me ofrecen	Está relacionada con la habilidad social, la dificultad de establecer límites y decir que "no".		X	X	X	X	X			“Y no puedo decirle que no, si me lo trae me lo como.”
		No debería comer ciertos alimentos	Al haber una clasificación en alimentos buenos o malos, se evita comer ciertos alimentos, pero suele romperse dicha regla, ante la presencia de estímulos externos			X	X	X			X	“Mirá hoy tengo que ver qué hago para bajar de peso qué no como o qué como, al final <u>siempre como lo que no debo porque estoy con una amiga en una cafetería y no debía comer repostería y me la comí.</u> ”
Demandas sobre la obesidad y sus consecuencias		No debería tener obesidad o verme así	Denotan rechazo del peso y auto-condenas ligadas al mismo.	condena, baja tolerancia a la frustración y catastrofización						X		“Nosotros para la iglesia usamos vestidos o ropa una cosa así, que yo me veo en el vestido y digo Dios mío soy una bola soy un tanque ¿qué hago?” “Si se piensa, no puedo poner una pijama de cierta manera porque se me ve horrible.”
		No debería tener estos síntomas.		catastrofización								“Yo soy fatal, yo tengo desgaste, tengo fibromialgia, yo tengo... crónica, en fin mejor pregúntenme que no tengo.” “En las cervicales y las lumbares que

												tengo desgaste para mí el sobrepeso es fatal."
Demandas sobre los esfuerzos para controlar el peso y cambiar la condición de obesidad		Debería ser más fácil bajar de peso	Se termina pensando que independiente mente de cualquier cosa que se haga "siempre" se va a subir de peso, o sea se piensa que el cambio de hábitos no va a producir resultados positivos.	baja tolerancia a la frustración	X	X						"Yo pienso que también el metabolismo de las personas porque hay personas que no les cuesta nada bajar de peso y uno, ya estoy aburrída, si como me engordo y si no como también." "Entonces digo yo que contradictorio hago ejercicio pero me da más hambre entonces no voy a adelgazar."
		Debería tener una solución externa	Se espera en forma absolutista ciertos comportamientos del personal de salud, que permite visualizar, que en algunos momentos se quisiera que el médico en este caso, hiciera "algo" "cualquier cosa" que en forma casi mágica las haga bajar de peso.		X	X	X					"Hágame algo, amárreme los dientes, haga algo."
		Tengo que bajar de peso	Se evidencia exigencia y auto demanda con respecto a	baja tolerancia a la frustración	X							"Bueno es que eso es un motivo, no botar algo de ropa para decir yo tengo

			la pérdida de peso, así como una disconformidad con los logros conseguidos								que obligarme a llegar que cuando estuve con esta ropa me sentía bien." "¡Que ganas de bajar de peso!, y no bajo y no bajo y no bajo"
		Tengo que cumplir fielmente el plan de alimentación/ Tengo que cumplir fielmente la actividad física	Se espera cumplir al 100% el plan de alimentación o la actividad física propuesta, y si no, mejor no se hace	condena global		X					"Yo no sé si les pasa pero las que hacen ejercicio, y el día que no va hay como un remordimiento de conciencia y todo el día no caminé, no fui a hacer spinning, que torta voy a engordar más, ya no valgo nada"
Demandas sobre las emociones propias y su expresión:	Se refieren a las emociones y su expresión	Debería sentirme bien/no debería expresar emociones negativas	Deben sentirse bien, y aunque no sea así, no es conveniente expresar emociones negativas		X	X					"Bueno yo debería de sentirme bien porque no tengo quien me de problemas." "Porque es terrible tener a la par a una persona quejumbrosa."

DISCUSIÓN

Las mujeres participantes presentan un gran número de creencias irracionales que contribuyen y perpetúan su exceso de peso, y las cuáles se convierten también en importantes obstáculos cuando ellas intentan bajarlo. Estas demandas giran alrededor de cuatro temáticas.

En las demandas que giran alrededor de la temática del comportamiento alimentario, se manifiestan problemáticas similares, por ejemplo, la mayoría, manifiestan una baja auto-eficacia y todas las demandas están relacionadas con un locus de control externo. Las participantes piensan que su conducta alimentaria está controlada por situaciones ajenas a su control, por ejemplo al grado de deseo por ciertos alimentos, al precio de los alimentos, a la disponibilidad de comida o al ofrecimiento de los demás; de igual manera todas las demandas de esta área evidencian una pobre regulación a la vez que la conducta de comer está desencadenada por estímulos externos o visuales, en este sentido todas las problemáticas se conectan ya que si se come ante estímulos del ambiente, la persona también va a dar una explicación de su conducta como controlada de forma externa (locus de control externo) y por tanto tendrá una pobre regulación de dicha conducta que será controlada no por su decisión de lo que es más conveniente comer sino que pesaran más factores ajenos a su control y no es de extrañar que por tanto tendrá también una percepción pobre de su capacidad para controlar su conducta alimentaria (pobre autoeficacia) y el resultado de la misma, el sobrepeso. Lo que se piensa sobre la conducta de comer podría explicar el no tener hábitos alimenticios adecuados, ya que es muy difícil establecerlos si no se controlan internamente ya la vez podría explicar en parte su dificultad para mantener normo peso. Consecuentemente, Ellis et al., 1992 mencionan los estudios de Schachter afirmando que una diferencia cognitiva entre las personas con obesidad y normo peso es cómo responden a los estímulos externos, afirman que las personas obesas tenderán a estar orientadas externamente y a tomar sus decisiones de que comer en base a eventos que ocurren fuera de su cuerpo como ver u oler comida. Todas las demandas que encontramos en esta primera temática sobre el comportamiento alimentario evidencian que los estímulos externos son

disparadores de comer, lo cual coincide con Schachter, 1968 quien encontró que las personas con obesidad eran altamente propensas a comer ante señales ambientales, sugiere que esto podría ser una razón por la cual la efectividad de los programas para perder peso son temporales. Con respecto a la demanda de “no debería comer ciertos alimentos”; el clasificar los alimentos como “buenos o malos” podría generar en estas mujeres culpabilidad al comer algo de lo que ellas consideran prohibido, adicionalmente, al pensar que han abandonado la “dieta” podría desencadenarse un episodio de ingesta compulsiva, tal y como lo menciona Fairburn et al. (1998) o bien, comer ese día “todo lo prohibido” con la esperanza de iniciar al día siguiente la dieta. Consecuentemente, Cooper, Fairburn, y Hawker, 2003 describen la evitación de ciertos alimentos como una barrera para la pérdida de peso. El poder asumir que dentro de un plan de alimentación todos los alimentos son permitidos (controlando la frecuencia en que se consumen y el tamaño de las porciones) y que no se sigue una “dieta”, si no se están modificando hábitos, permitiría disminuir este tipo de conductas de sobre ingesta de alimentos con alto valor calórico.

De las cinco demandas que giran alrededor de los esfuerzos por controlar el peso, tres de ellas evidencian perfeccionismo e inflexibilidad de obtener el resultado concreto esperado, bajar de peso y poder cumplir fielmente los planes propuestos para este fin: “tengo que bajar de peso”, “debo cumplir fielmente el plan alimenticio” y “debo cumplir la actividad física.” Bajo el “tengo que bajar de peso” se agrupan ciertas creencias que demuestran unidas a la exigencia de bajar de peso una gran frustración al no obtener dicho resultado y a la vez una percepción negativa o baja autoeficacia de ser capaz de llegar a la meta deseada. La demanda “debería ser más fácil bajar de peso” podría minar el afrontamiento activo, ya que perciben como muy arduo el esfuerzo para bajar de peso. Además, esta percepción está estrechamente ligada a la baja autoeficacia en el control del peso, ya que ven tan difícil la tarea que no piensan que sean capaces de lograrla. La creencia “debería tener una solución externa” evidencia un locus de control externo ya que traspassa la responsabilidad por la pérdida de peso al personal de salud o a alguna otra persona que ellas consideran que debería motivarlas, podría dificultar conductas

proactivas necesarias para alcanzar las metas nutricionales, o bien, en el caso de fracasar atribuir la total responsabilidad a otra persona, sin asumir ellas parte de esta, por lo que evidencia también una pobre autoeficacia en el control del peso y una pobre autorregulación.

En estas demandas, vemos muchas ideas contradictorias, por un lado, las pacientes demandas cumplir con el plan nutricional y de actividad física y se auto exigen bajar de peso, pero por otro lado creen que bajar de peso debería ser más fácil y que deben de tener una solución externa. También hay creencias contradictorias entre las demandas que se refieren al comportamiento alimentario por ejemplo “no debería comer ciertos alimentos” y “debería comer lo que quiero”, finalmente, se encuentran también creencias contradictorias entre las demandas que se refieren al comportamiento alimentario y las demandas que se refieren al esfuerzo para controlar el peso; estas contradicciones podrían afectar la motivación para realizar conductas saludables.

En cuanto a lo encontrado en las dos primeras temáticas: demandas sobre el comportamiento alimentario y demandas sobre los esfuerzos para controlar el peso, en la relación con las problemáticas que evidencian, la literatura coincide en gran parte con los hallazgos presentados en este artículo. Respecto de la autorregulación diversos estudios han encontrado que el sobrepeso y la obesidad se asocian a niveles inadecuados de autorregulación de los hábitos alimentarios y de actividad física, y en programas destinados a la reducción del peso el éxito se asoció con una mejor autorregulación (Campos, Argüelles, Vázquez y Ortiz (2014). En cuanto al locus de control externo que se evidenció en este estudio coincide con el estudio de Stotland y Zuroff (1990) quienes encontraron una relación significativa entre el locus de control y la pérdida de peso; así mismo, Ellis et al (1992) afirman que entre más creencias de control interno se tengan mejor control sobre el comportamiento se tiene. En cuanto a la baja autoeficacia que se refleja en los resultados de este estudio concuerda con otros resultados que han vinculado una adecuada autoeficacia con la emisión de conductas saludables enfocadas al control del exceso de peso (Campos et al., 2014). Por último, como ya se mencionó la problemática de comer ante estímulos externos se encuentran en todas las demandas referidas a la

alimentación, lo cual coincide con varias investigaciones (Rodin, 1975; Schachter, 1968; Wardle, 2007).

Las demandas que giran sobre la tercer temática la obesidad y sus consecuencias: “no debería verme así” y “no debería tener los síntomas”, en esta temática se hace evidente la insatisfacción con la imagen corporal que presenta las mujeres con obesidad. La literatura ampliamente demuestra que existe una insatisfacción con la apariencia propia y una baja autoestima en las personas con obesidad (Azarbad y Gonder-Frederick, 2010; Cataneo, Carvalho, y Galindo, 2005; Lora-Cortez y Saucedo-Molina, 2006; Prieto, Fernández, Ríos, y Jáuregui-Lobera, 2010). Entre los elementos más comúnmente asociados a la obesidad están la baja autoestima, la falta de habilidades sociales, la visión distorsionada del cuerpo y la depresión, a su vez las mujeres son más afectadas que los hombres; lo cual no es de extrañar puesto que socialmente hay una mayor presión social a la delgadez en la mujer (Fikkan y Rothblum, 2012; Lopera y Restrepo, 2014; Puhl y Heuer, 2009). Esta falta insatisfacción con el cuerpo está en parte favorecida por la estigmatización hacia las personas con obesidad, a las cuales se les tiende a atribuir características negativas como pereza y glotonería que responsabilizan a la persona por su estado de obesidad en base a su forma de ser o personalidad (Jáuregui Lobera, Rivas Fernández, Montaña González, y Morales Millán, 2008). Una consecuencia de estos prejuicios es la discriminación, la cual se da en diferentes escenarios: laboral, educativo y el de las relaciones de pareja, y que incluso podría tener como consecuencia final la inseguridad alimentaria (Martínez-Jaikel, 2017).

La falta de aceptación de la imagen corporal podría afectar a las mujeres no solo en producir emociones negativas, sino también en poder bajar de peso, ya que la pérdida de peso no suele darse de forma inmediata y requiere cambios de comportamiento que no estarían reforzados positivamente a corto plazo, incluso aunque se logre la meta de bajar de peso es probable que las mujeres no alcancen el peso que quisieran tener con lo cual seguirían insatisfechas de su apariencia física. Según Cooper et al., 2003a una de las razones por las que las personas suelen recuperar el peso es por subestimar los logros alcanzados.

La última temática sobre la cual giran las demandas encontradas es sobre las emociones propias y su expresión, estas demandas, denotan también un problema de escasa asertividad. Como se mencionó anteriormente la obesidad está asociada a emociones negativas como depresión y ansiedad o estrés y a inadecuación de las interacciones sociales. En este sentido podría ser una relación doble por un lado la obesidad y sus consecuencias negativas (problemas de salud, discriminación, insatisfacción corporal...) contribuyen a generar emociones negativas, pero también las emociones negativas podrían contribuir a la obesidad (Sánchez Benito y Pontes Torrado, 2012) ya que algunas personas podrían usar la comida como una forma de afrontar las emociones negativas, especialmente en ausencia de otras formas de afrontamiento como la expresión emocional asertiva. Para Kahtalian citada por Cataneo et al. (2005) el acto de comer podría utilizarse en algunas personas con obesidad como un tranquilizante y una forma de afrontar la frustración y las dificultades. Cabello-Garza y Zuñiga-Zarate (2007) afirman que la comida es para muchos un remedio para el estrés, el aburrimiento y la depresión, utilizándola como una válvula de escape. Por ende, la creencia de que no se debe sentir emociones negativas ni expresarlas resulta perjudicial para la pérdida de peso puesto que entre menos la persona reconozca sus emociones y busque soluciones más tenderán a perpetuarlas pues resulta poco probable que las emociones negativas o las situaciones detonantes se desaparezcan sin ninguna intervención. Otra emoción negativa asociada con la obesidad es el estrés, éste contribuye a la obesidad no solamente porque la persona puede utilizar la ingesta para suprimir o atenuar las emociones negativas, sino también porque cuando la situación de estrés se mantiene se libera cortisol que incrementa el apetito especialmente hacia alimentos altos en grasa y azúcar y promueve la acumulación de grasa abdominal. Además el estrés está asociado a otras conductas que contribuyen a ganar peso como la pérdida de sueño, hacer menos ejercicio y tomar más alcohol (Adam y Epel, 2007; Lopera y Restrepo, 2014).

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Esta investigación fue realizada en una zona urbana de Costa Rica, y sus resultados podrían no ser generalizables a zonas rurales o a mujeres de otros países, sin embargo, dado que Costa Rica tienen normas sociales similares con otros países latinoamericanos, los resultados podrían ser aplicables a estos países. Las creencias irracionales identificadas en esta investigación tendrían al menos dos posibles usos. Primero, en la atención cognitiva- conductual grupal a pacientes se podrían utilizar para generar entre todos los participantes argumentos en contra de ellas para que los miembros del grupo puedan comprobar su falta de apego a la realidad, incoherencia lógica y falta de practicidad en la consecución de sus metas para luego generar pensamientos alternativos que les favorezcan en la consecución de sus metas y además poder utilizar las técnicas cognitivas como el auto-debate en situaciones que se les presenten en el futuro. Segundo, como base para generar un conjunto de ítems que culminen en el desarrollo y validación de una escala de creencias irracionales relacionadas con la obesidad y que esté adaptada a la realidad costarricense.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adam, T. C., y Epel, E. S. (2007). Stress, eating and the reward system. *Physiology and Behavior*, **91**(4), 449–458. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2007.04.011>
- Azarbad, L., y Gonder-Frederick, L. (2010). *Obesity in Women*. **33**, 423–440. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.003>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY, US: W H Freeman/Times Books/ Henry Holt y Co.
- Cabello-Garza, M., y Zuñiga-Zarate, J. G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: Un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, **10**(2). Retrieved from <http://eprints.uanl.mx/1770/>

- Campos, Y., Argüelles Nava, V., Vázquez Martínez, F. D., y Ortiz, C. (2014). Autorregulación, autoeficacia Y orientación nutricional para la disminución del exceso de peso. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 23, 163.
- Cataneo, C., Carvalho, A. M. P., y Galindo, E. M. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 39–46. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000100006>
- Center for Disease Control and Prevention. (2018). Adult Obesity Causes y Consequences | **Overweight y Obesity | CDC**. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/obesity/adult/causes.html>
- Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 499–511. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00065-6)
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., y Hawker, D. M. (2003). **Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide**. New York, NY, US: Guilford Press.
- DiGiuseppe, R. A., Doyle, K. A., Dryden, W., y Backx, W. (2014). **A practitioner's guide to rational emotive behavior therapy**, (3rd edition). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Ellis, A., Abrams, M., y Dengelegi, L. (1992). **The Art y Science of Rational Eating**. Fort Lee, N.J. : Emeryville, CA: Barricade Books.
- Ellis, A., y Dryden, W. (1997). **The practice of rational emotive behavior therapy**, (2nd edition) New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Fabricatore, A. N. (2007). Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy of Obesity: Is There a Difference? *Journal of the American Dietetic Association*, 107(1), 92–99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.10.005>
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., y O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425–432. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.425>
- Fikkan, J. L., y Rothblum, E. D. (2012). Is Fat a Feminist Issue? Exploring the Gendered Nature of Weight Bias. *Sex Roles*, 66(9–10), 575–592. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5>
- Hidalgo, C. G., y Gottlieb, B. (2011). Comportamiento Interpersonal de Pacientes Obesos y su Relación con el Éxito en un Tratamiento para Bajar de Peso. *Psykhé*, 10(1). DOI: <https://doi.org/10.7764/psykhe.10.1.409>

- Sánchez Benito J. L. y Pontes Torrado Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, (6), 2148–2150. DOI: <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6061>
- Jáuregui Lobera, I., Rivas Fernández, M., Montaña González, M. T., y Morales Millán, M. T. (2008). [The influence of stereotypes on obesity perception]. *Nutricion Hospitalaria*, 23(4), 319–325.
- Lopera, D. T., y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91–112.
- Lora-Cortez, C. I., y Saucedo-Molina, T. de J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60–67.
- Martínez Jaikel, T. (2017). *Life course perspective and body weight discrimination: An integrated approach to understand the relationship between obesity and food insecurity in women*. Recuperado de: <http://biblioteca.ccp.ucr.ac.cr/handle/123456789/1586>
- Ministerio de Salud. (1996). *Encuesta Nacional de Nutrición: Fascículo Antropometría*. Recuperado de: from <http://www.binasss.sa.cr/Micro96.pdf>
- Pathak, V., Jena, B., y Kalra, S. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research*, 4(3), 192. DOI: <https://doi.org/10.4103/2229-3485.115389>
- Prieto, I. R., Fernández, M. J. S., Ríos, P. B., y Jáuregui-Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (12), 1330–1348.
- Puhl, R. M., y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 17(5), 941–964. DOI: <https://doi.org/10.1038/oby.2008.636>
- Rodin, J. (1975). Effects of obesity and set point on taste responsiveness and ingestion in humans. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 89(9), 1003–1009. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0077193>
- Schachter, S. (1968). Obesity and eating. Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science (New York, N.Y.)*, 161(3843), 751–756. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.161.3843.751>

Stotland, S., y Zuroff, D. C. (1990). A new measure of weight locus of control: The Dieting Beliefs Scale. *Journal of Personality Assessment*, 54(1–2), 191–203. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9673986>

Turner, M. J. (2016). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), Irrational and Rational Beliefs, and the Mental Health of Athletes. *Frontiers in Psychology*, 7. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01423>

Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *Obesity Reviews*, 8(s1), 73–75. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2007.00322.x>

World Health Organization. (2019). **Obesity and overweight**. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>