

Procesos motivacionales en dietantes crónicos

Motivational processes in chronic dietary restrainers

María Fernanda Rivarola, Anna Rovella y Jorge Leporati¹

Citación: Rivarola, M.F., Rovella, A. y Leporati, J. (2019). Procesos motivacionales en dietantes crónicos. *Psicología y Salud*, 29(2), 289-298.

RESUMEN

Partiendo del paradigma cognitivo, el objetivo de este estudio fue caracterizar el proceso motivacional de 505 dietantes crónicos: 368 mujeres y 137 varones de entre 18 y 39 años, a quienes se aplicaron la Escala Revisada de Restricción Alimentaria, el Cuestionario de Figura Corporal y una entrevista *ad hoc*. Se conformaron dos grupos con los sujetos que puntuaron bajo y alto en dicha escala. Los autores concluyen que el proceso motivacional que explica la restricción alimentaria crónica se caracteriza por factores hereditarios de problemas de sobrepeso, el aprendizaje de hábitos alimentarios no saludables y un estilo atribucional interno basado en la insatisfacción con la imagen corporal, mismos que ponen en marcha el mecanismo crónico de restricción/sobrealimentación.

Palabras clave: Proceso motivacional; Dietantes crónicos; Imagen corporal.

ABSTRACT

The aim of the present study was to characterize the motivational processes of restrained eaters from a cognitive perspective. The Revised Restraint Scale, the Body Figure Questionnaire and an ad-hoc interview were applied to 505 subjects between 18 and 39 years of age. Two groups were compared: low-scoring and high-scoring participants in the scale. Results lead the authors to conclude that the motivational process explaining chronic food restriction is characterized by hereditary factors of overweight problems, learning of unhealthy eating habits, and an internal attributional style based on dissatisfaction with body image; these components seem to jointly set in motion the chronic mechanism of restriction/overfeeding.

Key words: Motivational process; Chronic dietary restrainers; Body image.

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria ha sido estudiada desde diferentes líneas de investigación, entre ellas la propuesta por López et al. (2014), quienes señalaron que el comportamiento alimentario es todo aquello que hace un organismo para alimentarse, y el hambre la motivación que genera la búsqueda de sustancias nutritivas para el cuerpo. Mas, ¿cómo se sabe realmente qué, cuánto y cuándo es necesario comer? En general, el control sobre la conducta del comer es mucho más complejo que el control sobre la conducta de beber, ya que el equilibrio energético depende de los hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales y sodio (Fernández, Martín y Domínguez, 2004; Pascual, Etxebarrúa y Echeburúa, 2011; Sánchez y Pontes, 2012).

La conducta no ocurre de forma espontánea, sino que es inducida por motivaciones internas y ambientales. En forma extensa, el término *motivación* se utiliza para describir las fuerzas que hacen posible

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, Narciso Gutiérrez 762, 5700 San Luis, Argentina, tel. 54(9266)421-61-80, correos electrónicos: mfrivarola00@gmail.com, rovelaanna@gmail.com y jorgeleporati1560@gmail.com. Artículo recibido el 7 de mayo y aceptado el 11 de octubre de 2018.

la ejecución de conductas destinadas a modificar o mantener el curso de la vida de un organismo mediante el logro de objetivos que aumentan su probabilidad de supervivencia, tanto en el plano biológico como en el social (Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi y Gorayeb, 2011). Es por ello que se considera la motivación como un proceso básico e imprescindible que ha despertado el interés científico desde el punto de vista teórico y experimental.

La motivación representa aquello que determina originalmente el que la persona inicie una acción (“activación”), se dirija hacia un objetivo (“dirección”) y persista en alcanzarlo (“mantenimiento”). Para lograr lo anterior, influyen factores como los hábitos aprendidos, los eventos perceptuales y las influencias emocionales, entre muchos otros. De acuerdo a ello, el control de la acción implica un equilibrio entre las intenciones, los deseos personales y el medio ambiente (Hommel, 2003).

Según Palmero et al. (2011), la motivación entraña ciertos aspectos biológicos y culturales. Frente a los desafíos adaptativos que afronta el ser humano, la sociedad (con el tinte cultural que en ella predomine) impone ciertas características que orientan las necesidades biológicas y las necesidades psicológicas en un determinado sentido.

El proceso motivacional principia cuando uno o varios de los determinantes motivacionales crean las condiciones que a su vez dan lugar a que una persona se plantee o muestre la intención de realizar una determinada conducta. Se produce entonces la activación de esa conducta, se mantiene con una intensidad determinada y finalmente termina. Además, la intención dará dirección y objetivo a esa conducta. Por último, este proceso se autorregula mediante un sistema de retroalimentación, pues a medida que la conducta actúa sobre el medio y logra o no los objetivos que la movilizaron, la intención actuará de nuevo sobre la activación para mantener la conducta, terminarla o modificar la intensidad con que se ejecuta, y asimismo obrará sobre su dirección verificando si se han alcanzado o no los objetivos, e incluso cambiándolos en función de las nuevas condiciones que ha creado la propia acción sobre el medio (Fernández et al., 2004).

La conducta alimentaria está mediada por variables cognoscitivas, emocionales y conductuales. Estudios como los realizados por Heatherton y Baumeister (1991) y Rivarola (2003) dan cuenta de que las personas que presentan problemas en su conducta de comer manifiestan sentimientos displacenteros hacia su propia imagen corporal, hallando paradójicamente en la alimentación una distracción inmediata para evitar y olvidar tal sensación negativa con su corporeidad. Tal enmascaramiento hace que se reduzca la ansiedad y la amenaza al *self* (Polivy y Herman, 2002). Rivarola (2003) y Wallis y Hetherington (2004) investigaron la preocupación por la apariencia y la imagen corporal a temprana edad, concluyendo que es una de las causas de que se pierda interés por desarrollar hábitos alimenticios adecuados.

Dietantes crónicos

La dieta restrictiva es la práctica más frecuente en hombres y mujeres que pretenden reducir su peso corporal (Vázquez, Fuentes, Báez, Álvarez y Mancilla, 2002), práctica que ha aumentado en las últimas décadas ya sea por la presión social o por la preocupación por la salud; de hecho, se supone que para la mayoría de las personas, especialmente las mujeres, limitar la ingesta es la única solución posible y, con ello, disminuir el peso corporal. En efecto, las personas se ponen a dieta con la esperanza de que la misma contribuirá a mejorar la salud, la apariencia y la sensación de bienestar. Ha quedado claro, sin embargo, que tal “solución” no resuelve el problema (Rivarola, 2006). Investigaciones realizadas por Herman y Polivy (1984, 1988, 2003) han demostrado que el solo hecho de pensar en hacer dieta descontrola la alimentación (cf. Rivarola, 2014).

De acuerdo a Herman y Polivy (2003), los estudios que se han hecho sobre las diferentes tácticas restrictivas, así como también sobre los obstáculos para el éxito de las dietas basadas en el interjuego entre la inhibición y la desinhibición de la conducta de comer, se han vuelto más frecuentes en las últimas décadas. Hoy día, muchas personas ven en la dieta una solución al problema del sobrepeso y la obesidad, pero investigaciones realizadas sobre la restricción alimentaria sugie-

ren que esta conducta puede tener más costos que beneficios.

Como han señalado Herman y Polivy (1984), se considera que la restricción alimentaria es una de las variables más importantes en la regulación de los patrones de ingesta de los sujetos con trastornos alimentarios. El síndrome de restricción alimentaria se refiere a la situación que se produce cuando se sigue una alimentación restrictiva que aporta una cantidad insuficiente de calorías en relación a su necesidad. A diferencia del ayuno completo, en la restricción el hambre y el malestar físico y psicológico persisten, y aparecen entonces como resultado la irritabilidad, la ansiedad y la depresión.

Las personas que han hecho alguna vez dieta se pueden dividir en dos subgrupos: los restrictivos no dietantes y los restrictivos dietantes. Los restrictivos no dietantes son personas que viven atentas a la cantidad de comida que ingieren en su menú habitual. El motivo puede ser que padezcan diabetes, enfermedad cardiovascular, alergias alimentarias, colon irritable o enfermedades celíacas. A diferencia de los anteriores, los restrictivos dietantes crónicos viven permanentemente a dieta para bajar de peso. Dietar es su vida, su modo de funcionar, de vivir y de pensar (Katz, 2008; Riva-rola, 2014).

Las personas que muestran un particular patrón de alimentación restricción-sobrealimentación, por sus hábitos alimenticios han sido denominados actualmente como “comedores refrenados” (*restrained eaters*) (Polivy y Herman, 1980; Silva, 2005). Los comedores refrenados pueden caracterizarse en general como personas que manifiestan un temor exacerbado a ganar peso, por lo que restringen su alimentación a la dieta. Paradójicamente, bajo ciertas condiciones, aumentan sus niveles de ingesta y en consecuencia se sobrealimentan (Provencher et al., 2009; Silva, 2009; Van Der Laan y Smeeths, 2015).

Teniendo en cuenta los efectos emocionales, cognitivos y conductuales de los “comedores refrenados”, que son la antesala de los trastornos alimentarios, a partir de su estilo alimentario pueden emprender un camino hacia a la salud o hacia la enfermedad (Katz, 2008).

Con base en lo anterior, el presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar, desde el modelo

cognitivo de la motivación, a aquellas personas que conformaron una muestra de dietantes crónicos, y probar que determinados hábitos alimentarios cotidianos, en conjunto con un mayor grado de preocupación sobre la figura corporal, propician la aparición de conductas restrictivas crónicas.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio correspondió a un muestreo no probabilístico de tipo accidental y estuvo compuesta por un total de 505 participantes: 368 mujeres (72.8%) y 137 varones (27.1%), con un rango de edad de entre 18 y 39 años.

Instrumentos

Para obtener la información necesaria, se aplicaron los siguientes instrumentos:

Escala Revisada de Restricción Alimentaria (ERA) (Herman y Polivy, 1980), en la versión en español de Silva (2009).

Es ésta una escala de autorreporte breve que consta de diez ítems tipo Likert agrupados en dos subescalas: Preocupación por la dieta y Fluctuación del peso, cuyo objetivo es obtener un indicador psicométrico del constructo de restricción alimentaria.

El análisis factorial de la escala arrojó dos factores que en conjunto explican 51.25% de la varianza; para garantizar que el coeficiente alfa de Cronbach (α) es una medida de unidimensionalidad, se computó separadamente dicho indicador en cada subescala. La subescala de Preocupación por la dieta (PD) y Fluctuaciones en el peso (FP) lograron niveles aceptables de fiabilidad: 0.78 y 0.70, respectivamente (Silva, 2009). En el presente estudio se encontró que el factor general alcanzó un coeficiente α de 0.78, disminuyendo ligeramente en las subescalas PD ($\alpha = 0.75$) y FP ($\alpha = 0.66$).

A partir de sus puntuaciones, se obtiene una medida de restricción alimentaria crónica, y es posible también clasificar a los individuos como dietantes crónicos y no dietantes, generalmente a partir de la mediana de los puntajes o de una

puntuación preestablecida. Para el cumplimiento de los objetivos de este trabajo, esa puntuación se basó en el puntaje ± 12 propuesto por Silva (2009).

Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ) (Cooper, Taylor, Cooper y Fairbun, 1987).

Adaptado a la población española por Raich et al. (1996), es un instrumento autoadministrado de 34 preguntas de respuesta cerrada, según una escala de frecuencia tipo Likert de seis grados (de 1 = nunca, a 6 = siempre). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. Evalúa un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso. El objetivo central de esta prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal. El análisis de los datos de la presente investigación se basó en la mediana obtenida en cada factor en virtud de al momento de realizar esta investigación los autores no encontraron baremos nacionales para su comparación.

Entrevista estructurada ad hoc. Para los fines de la presente investigación, se elaboró una entrevista estructurada donde se solicitó información sobre hábitos alimentarios, antecedentes de trastornos alimentarios, control sobre la alimentación, características de la alimentación restrictiva y motivación para adelgazar. Incluye preguntas con dos opciones de respuestas (“Sí/No”), así como preguntas con varias opciones y respuestas abiertas.

Procedimiento

Para participar en el estudio, evaluado por un comité académico, se solicitó a los sujetos la firma de un formato de consentimiento informado en el que se describía el propósito del trabajo y se garantizaba su anonimato y la confidencialidad de los resultados. Asimismo, se explicaron a los participantes las normas para responder los reactivos. La decisión de participar quedó plasmada en la firma del protocolo.

Para la comprobación de los objetivos propuestos, se distribuyeron los sujetos de la muestra total en dos grupos, según sus puntuaciones fuesen bajas o altas en la Escala de Restricción Alimentaria Total (Silva, 2009). Los sujetos que puntuaron entre 0 y 5 conformaron el grupo cri-

terial bajo ($n = 142$), mientras que aquellos que obtuvieron valores por encima de 12 ($n = 151$) formaron el grupo de “dietantes crónicos”, que quedó conformado por 115 mujeres y 36 varones.

La proporción de hombres y mujeres de esta muestra coincide con los índices de prevalencia de los trastornos alimentarios (Darcy et al., 2012; Orellana, Sepúlveda y Denegri, 2013). En la Tabla 1 se muestran los grupos criterios de dicho instrumento.

Tabla 1. Grupos criterios de la Escala de Restricción Alimentaria.

	Grupo alto	Grupo bajo
Escala de Restricción Alimentaria total	151	142
Fluctuaciones en el peso	172	143
Preocupación por la dieta	177	132

El índice de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov indicó que la distribución muestral no era normal, por lo que se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. Se aplicaron después los estadísticos descriptivos del BSQ y de la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el objetivo de conocer si había diferencias entre los subgrupos (dietantes crónicos y no dietantes), y por último se utilizaron tablas de contingencia y de Chi cuadrada con el propósito de describir, en primer término, el número de dietantes crónicos en cada una de las variables de la entrevista *ad hoc*, y en segundo término la existencia de asociación y su grado entre las mismas.

RESULTADOS

En la Tabla 2 se exponen los estadísticos descriptivos del BSQ en los factores de Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso en el grupo de dietantes crónicos.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos del BSQ en dietantes crónicos ($n = 151$).

Escalas	Media	D.E	Mediana
Insatisfacción corporal	55.70	22,51	52
Preocupación por el peso	52.97	17.70	55
Total	108.67	38.98	104

A partir del análisis de los datos obtenidos y comparados con la mediana de cada factor, se puede observar que los dietantes mostraron problemas relacionados con la percepción de su imagen corporal y preocupación por su peso corporal.

Hecho lo anterior, se analizaron las diferencias entre los sujetos del grupo con bajas puntuaciones en el ERA (n = 142) respecto de quienes

obtuvieron altas puntuaciones, o sea, dietantes crónicos (n = 151) en relación con su imagen corporal, observándose diferencias, a nivel de $p = 0.000$, a favor de los dietantes crónicos en los factores de Insatisfacción corporal y Preocupación por el peso, así como en los valores totales del cuestionario (Tabla 3).

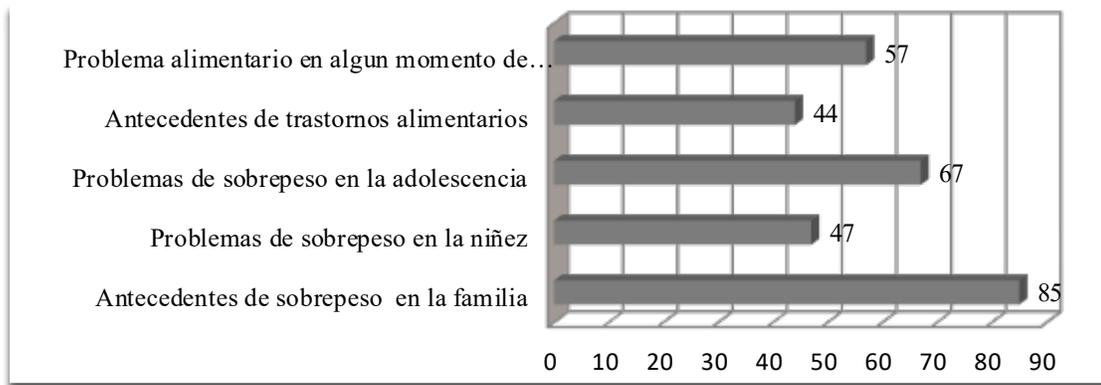
Tabla 3. Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes en el BSQ, según los grupos criterios alto y bajo obtenidos en la ERA.

Escalas	Grupo bajo (n = 142)	Grupo alto (n = 151)	U de Mann-Whitney	Sig.
Insatisfacción corporal	83.64	206.58	1724.500	0.000
Preocupación por el peso	80.59	209.45	1290.500	0.000
Total	81.02	209.05	1351.500	0.000

Del análisis descriptivo y correlacional entre los sujetos dietantes con las variables de la entrevista *ad hoc*, se encontró que los sujetos del grupo de dietantes crónicos indicaron diversos problemas alimentarios que se muestran en la Figura 1. Mediante la *phi* de Cramer (0.36), se encontró una

buena asociación entre las variables Antecedentes de sobrepeso, Antecedentes de sobrepeso de la persona durante la etapa de la niñez y Antecedentes de sobrepeso de la persona en la adolescencia en los dietantes crónicos (Figura 1).

Figura 1. Problemas alimentarios hallados entre los participantes.

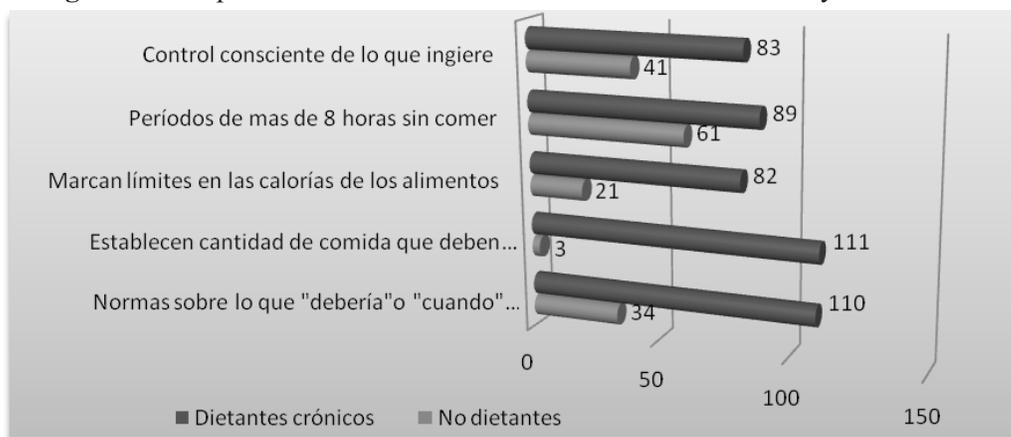


En cuanto a los hábitos alimentarios, se halló que 83 sujetos del grupo alto en la ERA tenían la tendencia a controlar en forma consciente la cantidad de comida ingerida; asimismo, que había una asociación leve en dirección positiva entre esta variable y los dietantes crónicos (*phi* de Cramer = 0.33). Además, 89 dietantes expresaron que habían estado sin comer durante periodos de ocho horas, encontrándose una relación leve con dicha variable (*phi* de Cramer = 0.16).

Respecto a las variables relacionadas con la ingesta, se observó que 82 de los sujetos se marca-

ban límites de calorías diarias, 111 establecían las cantidades de comida que tenían que comer, y 110 se basaban en normas acerca de lo que deberían comer o cuándo hacerlo. Se destacan correlaciones buenas y significativas entre estas variables relacionadas a la ingesta con los comedores refrenados (*phi* de Cramer = 0.41).

En la Figura 2 se puede observar que el mayor número de sujetos con conductas restrictivas alimentarias fueron los dietantes crónicos.

Figura 2. Comparación de los hábitos alimentarios entre dietantes y no dietantes.

Se resalta que entre las variables de romper conscientemente algunas de las normas autoimpuestas antes mencionadas, y en consecuencia, el temor de perder el control sobre la comida entre los dietantes crónicos, la correlación es elevada y muy significativa (ϕ de Cramer = 0.46), y también se halló una relación alta y significativa entre el hacer dietas y dietar crónicamente. En relación a la justificación para seguir estas normas, 118 sujetos del total del grupo de dietantes crónicos manifestaron que la causa era su silueta corporal, observándose entre esas personas y su peso corporal una relación moderada y significativa, así como la razón para seguir esas normas (ϕ de Cramer = 0.48).

Para analizar la pregunta de por qué hacían dietas, las respuestas se agruparon en torno a dos categorías: *a)* por razones de salud, donde se incluyen afirmaciones como la necesidad de tener un mejor rendimiento físico, desintoxicarse después de comer mucho o lograr un peso saludable; *b)* por insatisfacción corporal, que incluye aseveraciones como sentirse más livianos, estar más delgados, tener una baja autoestima, no verse bien y sentirse satisfechos consigo mismos. Muchos participantes no respondieron la pregunta. Así, del total de dietantes crónicos ($n = 151$), 48 manifestaron hacer dietas por razones de salud, 30 por insatisfacción corporal y 73 no respondieron el ítem.

Los datos analizados permiten señalar que hacer dietas crónicamente está relacionado a la idea de lograr el éxito, lo que puede traer consecuencias inmediatas y a medio y largo plazo para la persona. Por su parte, un fracaso (por ejemplo, romper la dieta) también conlleva consecuencias inmediatas (pérdida de confianza, ansiedad) y a

medio y largo plazo (modificación de estrategias y conductas que no son las más apropiadas, sustituyéndolas por otras más funcionales, como ayunos prolongados que atentan contra el bienestar físico), las que se traducen en alteraciones en la conducta alimentaria y convierten la conducta de dietar en el comienzo de diversos trastornos alimentarios (Rivarola, 2014).

DISCUSIÓN

En este estudio se planteó como objetivo caracterizar, desde el modelo cognitivo, la motivación en personas definidas como dietantes crónicos mediante la Escala de Restricción Alimentaria y comprobar la prevalencia de características diferenciales basadas en los antecedentes y hábitos alimentarios, en conjunto con el grado de insatisfacción con la imagen corporal.

En esta investigación se detectaron dietantes crónicos de ambos sexos, lo que quizás indica que la prevalencia de los trastornos alimentarios podría estar aumentando en hombres y mujeres (Rivarola, 2014). Los presentes resultados respaldan la necesidad de seguir investigando el trastorno alimentario y la restricción dietética en muestras de hombres y mujeres, particularmente en los primeros, según la propuesta de Schettler et al. (2017).

Se pueden identificar indicadores internos hereditarios en la conducta motivada de los dietantes crónicos que se centran en los antecedentes familiares y personales de sobrepeso y en diversos problemas en la conducta alimentaria, especialmente durante la etapa de la adolescencia. Es posible

que los antecedentes familiares de sobrepeso y los problemas en la conducta alimentaria, añadidos al aprendizaje vicario de pautas alimentarias basadas en la restricción en el seno familiar durante los primeros años de vida, incidan en la ocurrencia de la conducta de hacer dietas en la adolescencia, mismas que se hacen crónicas en la adultez. Estos resultados coinciden con la perspectiva multifactorial de algunos estudios que han demostrado la influencia familiar en el desencadenamiento y mantenimiento de los trastornos en la conducta alimentaria.

Tal como lo señala Borrego (2010), la existencia de antecedentes de conductas alimenticias desadaptadas y las evaluaciones cognitivas familiares erróneas —como por ejemplo las que hacen las madres de personas que sufren un trastorno alimenticio— se debe a que ellas mismas han sufrido en su juventud cuadros de este tipo, como un peso excesivamente elevado, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos inadecuados o una valoración positiva del bajo peso corporal.

Desde muy temprana edad, las personas se encuentran expuestas al modelo estético sociocultural que valora la figura delgada, lo que refuerza las conductas restrictivas alimentarias, mismas que se agudizan en las etapas de la preadolescencia y la adolescencia (Rivarola, 2001, 2006). Guirado y Ballester (2005), en su análisis sobre los comportamientos alimentarios que mostraban 819 adolescentes españoles, concluyeron que tales comportamientos se manifestaban en purgas frecuentes, hiperactividad física para quemar calorías, control de peso y evitación de ciertos alimentos que engordan, lo que desde un marco referencial cognitivo-afectivo se traducía en una excesiva preocupación por el control del apetito y la experiencia de sentimientos negativos hacia el propio cuerpo. Los adolescentes participantes también expresaban que sus madres habían hecho dieta para adelgazar, y que sus padres lidiaban con la falta de apetito de sus hijos (desayunos incompletos, alteración en los horarios de las comidas y demás).

Otro factor motivacional que predispone a padecer problemas alimenticios son las pautas alimentarias, esto es, los hábitos que las personas adquieren a lo largo de su vida, caracterizados por ser restrictivos, por basarse en períodos largos de

ayuno y por seguir reglas alimentarias elaboradas sobre dicha restricción (Rivarola, 2014).

Se considera a la familia como el principal grupo con el que el individuo aprende a comer y como el que proporciona la base para la formación de los hábitos alimentarios posteriores, los que se ven influidos por quienes preparan los alimentos, la disponibilidad que hay de éstos, y las preferencias, usos y costumbres que rodean la conducta alimentaria —sobre todo en los primeros años de vida—, todo lo cual adquiere matices importantes en los desórdenes alimentarios (Birch, 2002; Hannon, Bowen, Moinpour y McLerran, 2003). Los modelos familiares con los que el niño convive tienen un importante ascendiente en la formación de sus preferencias y aversiones alimenticias, y se basan en factores biológicos, sociales, psicológicos y culturales.

De acuerdo con los estudios de Herman y Polivy (1984, 1988), los dietantes crónicos se imponen a sí mismos, al parecer, un límite cognitivo: la dieta, que ejercerá el control en la regulación de la conducta de comer, haciendo la persona caso omiso de las señales fisiológicas que regulan la ingesta en quienes comen normalmente. Este proceso de búsqueda de un equilibrio interno entre el hambre fisiológica y el hambre psicológica describe la homeostasis de los dietantes restrictivos como un determinante interno de la motivación.

Otro componente de la conducta motivada es la activación. Es posible considerar el mantenimiento de la conducta de dietar como un índice de activación de este comportamiento en las personas dietantes, pero con ciertas limitaciones. Como señala Silva (2009), el solo hecho de planificar, de pensar intensamente en hacer dieta, puede generar en las personas el descontrol de su alimentación (Polivy y Herman, 1980).

Por otra parte, la dirección de la conducta motivada, junto con la posibilidad de conseguir el objetivo elegido por el individuo (por ejemplo, bajar de peso para reducir los estados emocionales negativos), está relacionada con la elección de las conductas instrumentales (dietar), que lo llevan hacia ese objetivo (por ejemplo, “sentirse” más delgado). En ambas posibilidades, la dirección refleja la elección que hace el dietante restrictivo en lo que respecta al objetivo de manejar sus emo-

ciones negativas frente a situaciones estresantes, y asimismo en lo que concierne a imponer límites en su conducta de comer. En la presente investigación lo anterior se manifestó como un elevado nivel de insatisfacción con la imagen corporal y de preocupación por el peso, resultados que podrían ser avalados por una multitud de evidencias que señalan que los modelos corporales y estéticos negativos actuales han conducido a una sobrevaloración de la delgadez y a la estigmatización de la gordura.

La valoración sociocultural del arquetipo corporal delgado como el modelo estético predominante ejerce una importante presión social, especialmente en las mujeres, y contribuye a la internalización de esos ideales en pro de la delgadez, a una acentuada percepción de la grasa corporal y a la frustración con el peso propio, lo que aumenta la insatisfacción con la imagen corporal que se posee. Así, la práctica de hábitos alimenticios no saludables, que son el antecedente de los problemas alimenticios, estimula los trastornos iniciales de la conducta alimentaria (Rivarola, 2014).

En conclusión, para describir el proceso motivacional se analizaron sus determinantes internos, hallándose que más de la mitad de los sujetos dietantes crónicos indicaron que en sus familias había problemas de sobrepeso. Además, manifestaron haber sufrido ese problema durante su niñez y adolescencia principalmente, lo que pudo influir en la aparición de trastornos de su conducta alimentaria, lo que indica que tales referencias motivacionales están relacionadas estrechamente con la conducta crónica de dietar.

Los factores etiológicos que desencadenan la conducta restrictiva alimentaria crónica de este grupo etario se basan en la experiencia de no conformarse con la propia silueta corporal, lo que manifiesta con un elevado nivel de insatisfacción con la misma y con la preocupación por el peso. Asimismo, se comprobó que los hábitos alimentarios de estas personas se asociaban a un mayor control sobre la ingesta, como atender el núme-

ro de calorías ingeridas y la cantidad de alimento consumido.

El determinante homeostático de la conducta motivada estaría descrito por el ciclo de restricción-sobrealimentación, siendo los dietantes crónicos quienes manifestaron la mayor cantidad de conductas restrictivas (largos periodos sin comer, restricción de la cantidad y grado calórico de alimentos) que los no dietantes. Además, se caracterizaron por un mayor número de rompimientos de la dieta, contrariamente a lo esperado, lo que se veía acompañado de un considerable temor a perder el control sobre la ingesta.

En cuanto a los procesos cognitivos que acompañan a la conducta motivada en los dietantes crónicos, estos se caracterizaron sobre todo por tener pensamientos relacionados con su peso corporal, que consideraban inadecuado, y por expresiones de que les gustaría pesar menos, datos que se corroboran con los resultados del Cuestionario de Figura Corporal, en el que los dietantes manifestaron un mayor nivel de insatisfacción corporal y de preocupación por el peso que aquellos no considerados dietantes.

Los participantes en el estudio manifestaron que su motivación para hacer dietas atendía a razones de salud, como por ejemplo prevenir enfermedades coronarias o diabetes, pero también para sentirse bien, vivir más tiempo y estar mejor físicamente para realizar aquellas actividades que disfrutaban. En cambio, otros se sentían presionados para tener el ideal del cuerpo delgado vigente en la sociedad actual.

En conclusión, el proceso motivacional que explicaría la conducta de restricción alimentaria crónica se caracterizó por factores hereditarios de problemas de sobrepeso, por el aprendizaje de hábitos alimentarios no saludables y por un estilo atribucional interno basado en la insatisfacción con la imagen corporal, todo lo cual pone en marcha el mecanismo crónico de restricción/sobrealimentación.

REFERENCIAS

- Birch, L.L. (2002). Acquisition of food preferences and eating patterns in children. En C. G. Fairburn y K. D. Brownell (Eds.): *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 326-348). New York: The Guilford Press.
- Borrego R., C.B. (2010). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Psicológica*, 12, 13-50.
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z. y Fairburn, C. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-495.
- Darcy, A.M., Doyle, A.C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P. y Le Grange, D. (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females? *International Journal of Eating Disorders*, 45, 110-145.
- Fernández A., E.G., Martín D., M.D. y Domínguez S., J. (2004). *Procesos psicológicos*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Guirado M., M.C. y Ballester A., R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21(1), 58-65.
- Hannon, P.A., Bowen, D.J., Moinpour, C.M., y McLerran, D.F. (2003). Correlations in perceived food use between the family food preparer and their spouses and children. *Appetite*, 77-83. doi: 10.1016/S0195-6663(02)001140-x.
- Heatherton, T.F. y Baumeister, R. (1991) Binge-eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 126, 890-900.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. Stunkard (Ed.): *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1984). A boundary model for the regulation of eating. En A. J. Stunkard y E. Stellar (Dir.): *Eating and its disorders* (pp. 141 -156). New York: Raven Press.
- Herman, C.P. y Polivy, J. (1988). Studies of eating in normal dieters. En B. T. Walsh (Dir.): *Eating behavior in eating disorders* (pp. 97-111). Washington D.C.: American Psychiatric Association Press.
- Herman, R. y Polivy, J. (2003). Effects of the presence of others on food intake: A normative interpretation. *Psychological Bulletin*, 129, 873-886.
- Hommel, B. (2003). Planning and representing intentional action. *The Scientific World Journal*, 3, 593-608. doi: 10.1100/tsw.2003.46.
- Katz, M. (2008). *No dieta. Puentes entre la alimentación y el placer*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- López, A., Martínez, A., Aguilera, V., López, P., Housni, F., Ruelas, M. y Vázquez, L. (2014). El hábito del comer. En A. López y C. Magaña (Eds.): *Hábitos alimentarios. Psicobiología y socioantropología de la alimentación* (pp. 129-138). México: McGraw-Hill.
- Orellana, L., Sepúlveda, J. y Denegri, M. (2013). Significado psicológico de comer carne: vegetarianismo y alimentación saludable en estudiantes universitarios a partir de redes semánticas naturales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 15-22.
- Palmero C., F., Guerrero R., C., Gómez I., C., Carpi B, A. y Gorayeb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castelló de la Plana (España): Universitat Jaume I.
- Pascual, A., Etxebarria, I. y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247.
- Polivy, J. y Herman P.C. (1980). Restrained eating. En A. Stunkard (Ed.): *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia, PA: Saunders.
- Polivy, J. y Herman, P.C. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- Provencher, V., Polivy, J., Gallander, M., Pratt, M., Pancer, M., Birnie-Lefcovitch, S. y Adams, G. (2009). Who gains or who loses weight? Psychosocial factors among first-year university students. *Physiology & Behavior*, 96, 135-141.
- Raich, R.M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996) Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Rivarola M., F. (2001). *Trastornos alimentarios en relación con la imagen corporal e influencias socioculturales en adolescentes mujeres. Tesis inédita de Maestría*. San Luis (Argentina): Universidad Nacional de San Luis.
- Rivarola M., F. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 4(1-2), 149- 161.
- Rivarola M., F. (2006) Trastornos alimentarios. Su relación con la imagen corporal. *Memorias del Congreso XIII Jornadas de Investigación*, v. 1, 106.
- Rivarola M., F. (2014). Restricción alimentaria e imagen corporal. Diferencia de género. *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Buenos Aires, 26 a 29 de noviembre, 59-61.
- Sanchez B., J.L. y Pontes T., Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.

- Schettler, B., Grunert, K., Orellana, L., Sepúlveda, J., Miranda, H., Lobos, G., Adasme B., C., Denegri, M., Mora, M., Salinas O., N., Hueche, C., Etchbarne, S. (2017). Dietary restraint, life satisfaction and self-discrepancy by gender in university students. *Summa Psicológica*, 24, 25-33.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43, 201-209.
- Silva, J. (2009). Consistencia interna y validez factorial de la versión en español de la Escala Revisada de Restricción Alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 37(1), 41-49.
- Van der Laan, L. y Smeets, P. (2015). You are what you eat: A neuroscience perspective on consumers' personality characteristics as determinants of eating behavior. *Current Opinion in Food Science*, 3(1), 11-18.
- Vázquez, R., Fuentes E., S., Báez M., V., Álvarez G., L. y Mancilla J., M. (2002). Influencia de los modelos estéticos corporales en la presencia de sintomatología de trastorno alimentario. *Psicología y Salud*, 12(1), 73-82.
- Wallis, D.J. y Hetherington, M.M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 13, 39-46.