

100
201

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA

RASGOS DE PERSONALIDAD EN MUJERES OBESAS

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

que para obtener el título de

LIC. PSICOLOGÍA

presenta

ANA OLIVIA RUIZ MARTÍNEZ

Asesor: Mtro. Juan Manuel Mancilla Díaz

Los Reyes Iztacala, Estado de México, 1995

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta investigación se realizó con el apoyo del DGAPA.

AGRADECIMIENTOS.

A mis asesores:

Juan Manuel, por compartir tus conocimientos sin escatimar tiempo y comprensión; sobre todo por tu inagotable paciencia y apoyo hasta ver concluido este esfuerzo. ¡Gracias Jefe!

Veronica, por impulsarme en la realización de este trabajo, comprendiendo el momento por el que pasaba y ante el cual necesité aún más apoyo. ¡Mil gracias!

Georgina, por tu valiosa cooperación para enriquecer y concluir este trabajo. Gracias.

A mis compañeros del P.I.N.:

Trini, Xochitl, Alejandro, Gerardo, Mireya, por compartir su tiempo y conocimientos desinteresadamente. ¡Gracias por su colaboración!

A Rocío y Juan Luis, por facilitarme los medios y brindar su tiempo en la culminación de este trabajo.

A mis padres:

Papá, por facilitar mi camino con tu cariño y arduo trabajo, lo que me permitió avanzar sin contratiempos contando siempre con tu respaldo.

Mamá, por que a pesar de las diferencias me brindaste día a día las condiciones necesarias y me alentaste con tu amor para cumplir esta meta.

A mis hermanos:

Ali, por apoyarme cariñosamente y colaborar a que esste trabajo llegara a su fin. ¡Gracias por confiar en que lo lograría!

Andres y familia, por haberme ayudado a alcanzar esta meta con su trabajo desinteresado, cariño y armonía.

A mi familia:

Julio, gracias por tu tenacidad y apoyo. Por mostrar tu amor acompañandome durante largas horas de trabajo, por no dejarme desfallecer cuando la paciencia se me agotaba, por seguir fomentando el espíritu de superación cuando este se me olvidaba... ¡Gracias amor, por ayudarme a ser una mujer feliz!

Andrea Aketzalli, por que sin saberlo me acompañaste e impulsaste en la realización de este trabajo. Por que tu espera me llevó a realizar jornadas más productivas, con la esperanza de concluir esta etapa para poder disfrutar libremente tu llegada. Por que cuando abriste los ojos a este mundo me enseñaste porque el mundo sigue girando y me diste la razón para no detenerme ante ningún obstáculo. ¡Gracias hija porque con tu amor has iluminado mi vida!

¡Lo logramos!

ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
ANTECEDENTES TEÓRICOS	14
1: OBESIDAD	14
1.1 Definición	16
1.2 Métodos de medición.....	17
1.3 Clasificación.....	19
1.4 Factores que originan la obesidad.....	20
1.4.1 Factores genéticos.....	21
1.4.2 Factores del sistema nervioso.....	23
1.4.3 Factores endocrinos.....	24
1.4.4 Factores metabólicos.....	25
1.4.5 Factores medio-ambientales.....	26
1.4.6 Factores psicológicos.....	27
2. PERSONALIDAD	31
2.1 Definición de personalidad.....	32
2.2 Evaluación de la personalidad.....	33
2.3 Técnicas de evaluación.....	34
2.4 Personalidad y obesidad.....	36

METODOLOGÍA	40
RESULTADOS	43
DISCUSIÓN	58
CONCLUSIÓN	61
BIBLIOGRAFÍA	62

RESUMEN

La obesidad es grave para las personas que la sufren, no sólo a nivel orgánico sino también a nivel psíquico. Por ello, el Proyecto de Investigación en Nutrición indaga algunos aspectos relacionados con dicha problemática, entre los que se encuentran los rasgos de personalidad del paciente obeso. Por lo anterior, el propósito del presente estudio fue determinar si existen diferencias en los rasgos de personalidad en: a) una muestra de 30 mujeres obesas que acuden a tratamiento de control de peso, b) una muestra de 30 mujeres obesas que no acuden a tratamiento, c) una muestra de 30 mujeres que practican deporte y no son obesas y d) una muestra de 30 mujeres que no practican deporte pero no son obesas (grupo control); con el fin de determinar si existen rasgos de personalidad distintivos de la población obesa en comparación con los grupos normopeso. Para cumplir con este objetivo se utilizaron: el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE; el Inventario de Rasgos Temperamentales THURSTONE y el Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI. Los resultados obtenidos mostraron que existen diferencias significativas en algunos rasgos de personalidad de las mujeres obesas, como: ansiedad, capacidad de reflexión, hipcondriasis, depresión, histeria e introversión social; sobretodo en aquellas que acuden a tratamiento.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad son pocas las alteraciones comportamentales que no tienen una base social y la obesidad no es la excepción. Este es un problema común en nuestra sociedad, por lo que diferentes profesionales inciden en su estudio y donde el psicólogo ha encontrado un campo de interés. Así, la comida ha dejado de estar al servicio de su finalidad básica, alimentarnos, para pasar a engrosar las filas de lo placentero, lo agradable, lo desagradable, etc.

De tal forma, que el comer ya no tiene solamente un valor de supervivencia biológica, sino que ha adquirido un valor social, y éste es tan importante que incluso en situaciones límite renunciamos a su valor primigenio en favor del adquirido, dando origen a algunas alteraciones de amplia afectación para la población, tal es el caso de la obesidad.

La obesidad se define como el exceso del tejido adiposo en una persona, y se manifiesta en un volumen corporal más grande que el promedio de las demás gentes (Barranco, 1992), así como en el aumento del peso corporal, debido a que el cuerpo toma más alimentos de los que necesita para cubrir sus requerimientos de energía, almacenando el resto en forma de grasa. Además de ser poco atractiva y molesta, la obesidad ha sido reconocida como un factor contribuyente en muchas enfermedades, especialmente entre las personas de edad madura y avanzada (Bourges, 1992; Saldaña y Rossell, 1988).

Por lo anterior, la obesidad es ahora considerada un problema de salud pública que reviste gran importancia ya que, es prevalente en todos grupos de edades y todos los niveles socioeconómicos. Además de que los tratamientos utilizados para su control aún resultan ser ineficaces debido a que la mayoría de todo el peso perdido es vuelto a ganar rápidamente (Barranco, 1992; Saldaña, 1991; en Buela-Casal y Caballo, 1991).

La mayoría de las obesidades se producen por un desequilibrio energético positivo, ya sea por ingesta excesiva, por un déficit de consumo energético o por ambos factores. En este sentido, es ampliamente aceptado que los obesos tienen esa condición porque comen demasiado, y desde este punto de vista el interés de la psicología se ha centrado en formular modelos teóricos que expliquen a que se debe este comportamiento. (Bourges, 1986; Crotte, 1986).

Las distintas explicaciones teóricas que se han planteado desde una perspectiva psicológica, son las siguientes: El peso y la masa corporal están determinados por una programación biológica preestablecida, siendo mayor en los sujetos obesos que en los que no lo son. Las personas obesas tienen un estilo de alimentación (caracterizado por la sobreingesta) diferente al de las personas delgadas. El desequilibrio energético, causa de la obesidad, se debe fundamentalmente a un déficit de actividad física (Barranco, 1992). La conducta de comer en los obesos está bajo el control de estímulos externos (control ambiental), mientras que en los sujetos con peso normal está bajo el control de estímulos internos (control fisiológico) (Schachter, 1971; citado en Sarason, 1978). Así mismo se considera que la ansiedad juega un papel fundamental en la conducta de ingesta. por ello se plantea que los obesos comen más ante situaciones de elevada ansiedad, utilizando la sobreingesta como un mecanismo para reducir la activación emocional (Burdon y Paul, 1951; citados en Aguilar y Padrón, 1993). Además durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas de personalidad que "alivian" mediante la conducta de comer, provocando un estado patológico que puede llegar a deteriorar extraordinariamente la salud (Saldaña y Rosell, 1988). Estas explicaciones no son excluyentes entre sí por lo que en el análisis de esta problemática pueden retomarse varias de ellas que permitan una visión integral. Afortunadamente éste trastorno puede modificarse escogiendo la mejor de las múltiples opciones posibles y adaptándola a las características del paciente, orientando su personalidad, costumbres y ambiente.

Es claro entonces que la obesidad no sólo tiene un origen sino que es el resultado de la interacción de numerosos eventos que actualmente no se conocen con precisión; no obstante, se habla de algunos factores importantes que dan pie al origen de la obesidad, tales como: genético, psicológico, metabólico, hipotálmico, medio ambiental y endocrino (Foreyt y Kondo, 1984; citados en Becoña, 1988).

Con lo anterior, se contempla a la obesidad como un problema grave para las personas que lo sufren, no sólo a nivel orgánico sino también a nivel psíquico; pudiendo dar origen a trastornos psicológicos que aún no han sido determinados claramente. Por ello, la psicología indaga algunos aspectos relacionados a dicha problemática, entre los que se encuentran los rasgos de personalidad del paciente obeso. Entendiéndose el término "personalidad" como aquel comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como tal, es decir, como una persona única, distinta de los demás (Garfield, 1979).

Al estudiar la personalidad y los aspectos de adaptación del sujeto, lo que interesa son los patrones exclusivos de respuestas a las situaciones sociales, el modo como el individuo se lleva con los demás, si es tenso o irritable, si es retraído o exageradamente agresivo y categorías de respuesta de conductas semejantes a éstas. En éste sentido es de utilidad el análisis de rasgos de personalidad, que se refieren a un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se puede describir la colección en un solo término, por ejemplo: sociable e impetuoso. Dichos rasgos se estiman a partir de respuestas y deben hacerse, en la medida de lo posible sobre base numérica; por ello la importancia de seleccionar los instrumentos adecuados de evaluación.

Las investigaciones acerca de la personalidad de las personas obesas arrojan resultados contradictorios. Algunos autores afirman que las personas obesas presentan más desórdenes de personalidad y trastornos psiquiátricos que las que no son obesas (Black, Yate, Reich y Bell, 1989; El-Mofty, 1991; Stein, 1987; Ryden y Johnsson, 1990); mientras que otros argumentan que

la personalidad de los obesos no difiere mayormente de aquéllos que no lo son (Hater, 1987; Stunkard, 1988; Sánchez-Panell y Martínez, 1989; citados en Vallejo, 1991). No obstante, la poca consistencia en los resultados se atribuye a la falta del uso adecuado de grupos controles.

El presente trabajo es parte de una investigación interdisciplinaria del Proyecto de Nutrición en la E.N.E.P. Iztacala; en la que el paciente obeso es evaluado desde varias dimensiones; una de ellas es la psicométrica, de la cual nos ocuparemos en el presente trabajo. El interés surge a raíz de los resultados obtenidos en el artículo "Rasgos de personalidad comunes en obesos" (Mancilla, Duran, Ocampo y López, 1992), en donde se encontró que existen diferencias de personalidad en una población de pacientes obesos que durante el estudio acudían al servicio "Control de Peso" que ofrecía dicho proyecto. A partir de lo cual se cuestiona si estas diferencias son rasgos de personalidad característicos de la población de personas obesas en general, o bien, si se debieron a que los sujetos participantes además de ser obesos acudían solicitando un servicio de "Control de peso"; para lo cual se hace necesaria la distinción entre obesos con tratamiento y obesos sin tratamiento que permitan clarificar dicho cuestionamiento.

Por lo tanto, la hipótesis de la presente investigación es que al hacer una distinción adecuada entre personas obesas con y sin tratamiento, y personas que no son obesas que no realicen una actividad física constante y deportistas; se encontrarán diferencias significativas en los rasgos de personalidad para cada grupo.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio es determinar si existen diferencias en los rasgos de personalidad en: a) una muestra de 30 mujeres obesas que acuden al tratamiento de "Control de peso" a la UIICSE (Proyecto de Nutrición); b) un grupo de 30 mujeres obesas que actualmente no acuden a tratamiento; c) un grupo de 30 mujeres que practican un deporte y que no son obesas; y d) un grupo de 30 mujeres que no practican ningún deporte pero no son obesas (grupo control); con el fin de determinar si existen rasgos de personalidad distintivos de la población obesa en comparación con los grupos normopesos. Cabe aclarar que los grupos de

mujeres normopeso, tanto el control como el de deportistas, se contemplaron con la finalidad de tener un margen de comparación de los rasgos encontrados en las mujeres obesas.

En este trabajo se determinó trabajar sólo con sujetos del sexo femenino ya que según estadísticas de algunos estudios realizados para determinar la prevalencia por sexos (Ley, 1980; Metropolitan Life Insurance Company, 1960; Moore, Stunkard y Sroles, 1962; citados en Saldaña y Rossell, 1988), concluyen que la obesidad aparece con mayor frecuencia entre las mujeres.

Los datos obtenidos con la aplicación de los inventarios mencionados, se analizaron estadísticamente mediante un análisis de varianza y la utilización de la Prueba de Duncan, la cual permite establecer diferencias entre pares de grupos.

ANTECEDENTES TEÓRICOS

1. OBESIDAD

El estudio de la obesidad reviste gran interés para la psicología de la salud debido a la gran cantidad de población que afecta y a las alteraciones que provoca en las más diversas esferas que constituyen al individuo; entre las que destacan trastornos de salud física y mental. Por esta razón, se continúa investigando los diversos factores que la provocan, las consecuencias que acarrea y las alternativas de prevención y tratamiento desde las más diversas disciplinas. En este sentido la psicología se ha interesado por analizar algunos aspectos tales como: dinámica familiar, conducta alimenticia, sexualidad y personalidad.

Es primordial que las investigaciones sobre la obesidad continúen, ya que en algunos estudios epidemiológicos de los últimos años, se denota que la prevalencia del trastorno en los países industrializados va en aumento; aunque se reconoce que aún hacen falta investigaciones concluyentes sobre el tema. Así mismo, es palpable el desconocimiento que todavía hoy persiste respecto a los múltiples factores implicados en el desarrollo de la obesidad; y la falta de una explicación integral de esta problemática lo que vuelve insoslayables las dificultades en el tratamiento de pérdida de peso y principalmente en el fenómeno de recaída después del tratamiento (Saldaña, 1991; en Buela-Casal y Caballo, 1991).

En la actualidad se reconoce que son pocas las alteraciones comportamentales que no tienen una base social y la obesidad no es la excepción. Este es un problema común de nuestra sociedad, por lo que diferentes profesionales inciden en su estudio y donde el psicólogo ha encontrado un campo de interés. De la misma manera como ocurre con cualquier otra adicción, la comida ha dejado de estar al servicio de su finalidad básica, alimentarnos, para pasar a engrosar las filas de lo placentero, lo agradable y lo desagradable.

Además de comer para alimentarnos, la comida nos facilita contactos sociales, nos sirve como contexto para establecer relaciones laborales o nos reúne a todos en casa delante del televisor. En la sociedad actual, el comer ya no tiene solamente un valor de supervivencia biológica, sino que ha adquirido un valor social y éste es tan importante que incluso en situaciones límite renunciamos a su valor primigenio en favor del adquirido.

No obstante, esta misma sociedad repele a la gente obesa, señalándola como una persona débil, poco activa, indisciplinada, poco eficiente, con falta de control en sí misma. Con esto podemos ver que las contradicciones de la sociedad son múltiples y se encuentran por lo general en la base de los conflictos de los pacientes; aunque es real que existen personas que de alguna forma saben superar esas contradicciones e imponer su propio estilo de vida (Ibañez y Barreto, 1967).

Existen algunas culturas que favorecen la obesidad pues parten de la base de que ésta es resultado de la abundancia de alimentos y por ende de una mayor prosperidad (Rocha, 1992). Por ejemplo, en oriente la obesidad es un símbolo de estética sobre todo en el varón, pues es prueba de estar bien alimentado y esto refleja sus recursos materiales. Aunque esto está vinculado de igual forma con el tipo de actividad que se realice; quien se dedica a las artes marciales requiere de agilidad y flexibilidad lo que es incompatible con la obesidad. Por otro lado, vemos a los campeones de sumo en quienes el exceso de peso es determinante. No obstante, en la actualidad, la obesidad definitivamente no es un valor estético, por ello las personas obesas sufren la presión social que enaltece el modelo estético de delgadez como el más saludable y satisfactorio a nivel social y personal; dicho modelo se asocia con aceptación, destreza y éxito; mientras que al gordo se le asocia generalmente con torpeza, necesidad, vulgaridad y poco talento (Coen, 1992).

1.1 Definición

Es importante señalar que la obesidad se define como un exceso de tejido adiposo, indeseable por cuanto se asocia con numerosas enfermedades y con mayor mortalidad, producto de un balance energético mayor al óptimo que a su vez puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, nerviosos, psicológicos, sociales y culturales (Bourges, 1986).

El cuerpo humano es un sistema complejo que requiere y gasta energía, la cual tomamos de los alimentos y sus nutrientes, como son: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Cuando el cuerpo consume un número de calorías que sobrepasa las necesidades del proceso alimenticio genera un desequilibrio energético positivo, ya sea por ingesta excesiva, por un déficit de consumo energético o por ambos factores. Este exceso de combustible se convierte en grasa que se almacena en las células adiposas. El desequilibrio de energía en la obesidad puede corregirse con reducir el número de calorías que se ingiere, con aumentar las necesidades de energía del cuerpo a través de la actividad física o con ambas cosas (Crotte, 1986).

Además de ser poco atractiva y molesta, la obesidad ha sido reconocida como un factor contribuyente en muchas enfermedades, especialmente entre las personas de edad madura y avanzada. Se ha encontrado que las personas gordas son más susceptibles a sufrir perturbaciones cardíacas, ciertos tipos de cáncer y enfermedades de páncreas, vesícula biliar y riñones; la adición de grasa alrededor del hígado, el corazón u otros órganos internos, puede interferir directamente en su funcionamiento apropiado; el índice de mortalidad en cirugía es más alto; representa un riesgo obstétrico en las mujeres embarazadas y, en general, la expectativa de vida es más corta. Las personas obesas están propensas a contraer diabetes y el manejo médico del diabético obeso presenta complicaciones especiales (Bourges, 1992; Saldaña y Rossell, 1988).

Es evidente que la obesidad es ahora considerada un problema de salud pública de gran importancia, debido a que es prevalente en todos los grupos de edades y todos los niveles socioeconómicos. El enfoque convencional hacia el control de la obesidad, dietas es de poco valor o éste no es permanente, ya que gran parte del peso perdido por medio de dietas es recuperado rápidamente; así mismo las drogas que inhiben el apetito, y las hormonas tiroideas que incrementan la velocidad del consumo de energía, no tienen valor alguno o muy poco, sobretodo si se consideran los efectos colaterales que se pueden producir debido a que requieren de una prescripción médica muy cuidadosa. Por ello el ejercicio es considerado como un elemento vital para contrarrestar la obesidad; debido a que no es solamente una manera de tener un gasto mayor de energía, sino una forma de regular el metabolismo del organismo (Barranco, 1992).

1.2 Métodos de medición

Por otra parte, tenemos que una de las principales dificultades dentro del problema de la obesidad es el de identificar y determinar el grado de exceso de grasa corporal en cada individuo; para ello existen varios métodos de medición que se clasifican en dos tipos: directos e indirectos. Los primeros son rara vez utilizados ya que para su práctica se requiere de la disección corporal. Entre los métodos indirectos contamos con la disolución de potasio, técnicas densimétricas, medición radiográfica del pliegue cutáneo, plicometría y el uso de tablas estandarizadas de acuerdo con la edad, sexo y talla (Mahoney, 1986). A continuación se describen algunos de estos métodos:

Técnicas densimétricas, en donde se realiza la inmersión del sujeto en el agua. Se basa en la densidad de los diferentes componentes del cuerpo. Su precisión es alta pero su realización es muy molesta para el sujeto, ya que debe ser totalmente sumergido en el agua; el proceso es

muy laborioso y requieren de un equipo muy costoso, lo que las convierte casi en impracticables.

Medidas de peso corporal, como su nombre lo indica se basan en el peso y no en la cantidad de grasa acumulada, por ello se considera una medición de sobrepeso más que de obesidad. Aquí se considera el peso ideal basándose en tablas estandarizadas que retoman la talla, la edad y el sexo del individuo. Si bien estas técnicas son un medio importante para valorar el estado nutricional a nivel individual y colectivo, cada país debe tener sus patrones de referencia obtenidos a partir de muestras representativas.

Medidas antropométricas, se obtienen mediciones del grosor del pliegue subcutáneo en diversos puntos del cuerpo, por ejemplo: bíceps, tríceps, pliegue subescapular y pliegue ilíaco; mediante un calibrador ("caliper"), y a través de fórmulas de conversión se obtiene el porcentaje de grasa corporal. Es una técnica rápida, fácil de aplicar y poco molesta para el sujeto (Saldaña, 1991; en Buela-Casal y Caballo, 1991). En este sentido, Ocampo, Mañilla, Velasco y Castro (1989) realizaron un análisis antropométrico en un grupo de mujeres obesas con la finalidad de determinar la distribución y almacenamiento de grasa subcutánea; encontrando que existe una marcada tendencia a almacenar grasa en el tronco y después en las extremidades; además de que a mayor edad se presenta mayor porcentaje de grasa y menor porcentaje muscular.

1.3 Clasificación

Habiendo señalado los métodos de medición ahora es necesario distinguir entre sobrepeso y obesidad para evitar confusiones. Por su parte el sobrepeso se define como el aumento en el peso corporal, mientras que la obesidad se define como el exceso de grasa corporal. A partir de esto se han establecido diferentes procedimientos de clasificación: en función de la edad de comienzo, de la acumulación y distribución de grasa corporal, de la magnitud o peso y en función de su causa (Solís, 1991).

En relación a la acumulación de grasa, se reporta que existe una clara división entre la obesidad de tipo androide o centrípeta que se localiza en el tronco y la obesidad de tipo ginoide o periférica correspondiente a la pelvis y a las extremidades. De éstas, la primera ofrece mayores complicaciones ya que favorece la aparición de hiperlipidemias, diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares (Ocampo, Mancilla, López, Alvarez, Vázquez, Osomio y Alvarado, 1992).

Otra manera de clasificarla es según su magnitud, se toma como referencia el peso ideal de acuerdo a la estatura, constitución corporal, edad y sexo. Cuando este peso se rebasa por más del 10% se cataloga en los siguientes grados de obesidad de acuerdo al porcentaje del peso excedido (Becoña, 1988):

- Primer grado: del 11% al 20%
- Segundo grado: del 21% al 30%
- Tercer grado: del 31% al 40%
- Cuarto grado: del 41% en adelante.

Por su parte, Stunkard (1984; citado en Becoña, 1988) distingue tres tipos de obesidad, a saber:

Los obesos ligeros son aquéllos que tienen un sobrepeso del 20% al 40%, sus células son hipertróficas y tienen dudosos problemas de salud.

Los obesos moderados tienen un sobrepeso del 40% al 100% tienen células hipertróficas e hiperplásticas, riesgo condicional para enfermedades crónicas.

La obesidad severa se refiere a aquella en que el sobrepeso supera el 100%, las células son hipertróficas e hiperplásticas, los sujetos tienen un alto riesgo de enfermedades y de muerte prematura.

Una clasificación más, es en la cual se hace énfasis en las causas de la obesidad; distinguiendo los siguientes tipos: a) la obesidad simple, es la más frecuente, se produce por el hábito de comer demasiado o porque la dieta tiene exceso de carbohidratos y de grasa; b) la obesidad constitucional que se debe a trastornos metabólicos genéricos; y c) la obesidad endocrina en donde el papel principal lo juega la glándula pituitaria; también puede intervenir la tiroidea, la suprarrenal y las gónadas (San Martín, 1984). No obstante, como se indica en el siguiente apartado la obesidad es un fenómeno multicausal, en el que los factores no suelen presentarse de una manera aislada.

1.4 Factores que originan la obesidad

El exceso de grasa sólo puede provenir de una fuente: la comida ingerida. Si la cantidad de comida ingerida está en equilibrio con la cantidad de energía gastada, no puede haber acumulación de grasa. Sin embargo, atribuir la obesidad exclusivamente a un exceso de comida es una sobresimplificación absurda, ya que la obesidad es el resultado de la interacción de numerosos eventos que actualmente no se conocen con precisión; no obstante, se habla de algunos factores importantes que dan pie al origen de la obesidad, tales como: genéticos, hipotálamicos, endocrinos, metabólicos, medio-ambientales y psicológicos (Foreyt y Kondo, 1984; citados en Becoña, 1988).

1.4.1 Factores genéticos

En este rubro existe la sospecha de que la obesidad tiene un origen hereditario, no obstante dicha posición se debate ante la influencia de los hábitos alimenticios. De tal forma, se han

establecido dos posturas distintas: la primera, se refiere a la supuesta herencia dismetabólica y endocrina, mientras que la segunda, sostiene al carácter familiar de la obesidad, más bien como producto de los hábitos alimenticios a los que se somete al recién nacido, de acuerdo con la actitud personal de los padres, siendo así la obesidad una consecuencia de la polifagia (hambre voraz o excesiva), inducida fundamentalmente por la madre (Mahoney, 1986).

De igual forma, se ha pensado en una tendencia familiar debido a que suele haber varios miembros obesos en una misma familia. Bray (1976, citado en Solís, 1991) reporta que cuando los progenitores son obesos el 80% de su descendencia también lo es; cuando sólo uno de los padres es obeso la posibilidad se reduce al 40%; mientras que cuando los padres son delgados sólo el 10% de los descendientes presentan obesidad.

En esta misma postura Peña, Quirera y Flores (1990, en Flores y Cabeza, 1990), han explicado a la obesidad familiar como resultante de factores genéticos que se transmiten por genes dominantes, poligénicos o por mutación, lo que se traduce en alteraciones en la regulación de los centros hipotálamicos o del sistema nervioso central.

Por su parte Bourges (1992), argumenta que hay muchas evidencias de un componente genético en la obesidad. Reporta que en estudios con gemelos idénticos y en estudios de hijos de padres obesos que han sido adoptados por familias obesas o normopeso, se ha detectado cierta tendencia a heredar la obesidad. También Stunkard (1986; citado en Alvarez, Osomio y Vázquez, 1992) sostiene que la herencia genética puede ser un factor dominante en la determinación del peso corporal; argumenta una clara correlación entre el peso de un niño adoptado y el índice de masa corporal de sus padres biológicos no así de los adoptivos.

En oposición a lo anterior Crotte (1986), señala que la obesidad no es una patología hereditaria. Sin embargo, acepta los factores genéticos como conformadores de la constitución corporal; aunque se desconoce si existe la predisposición genética a incrementar el tamaño

y/o número de las células del tejido adiposo. Las células grasas pueden reproducirse y crecer después de las primeras etapas del nacimiento, además una vez formadas no desaparecen. Al respecto, se ha observado que las células grasas de los adultos obesos de iniciación juvenil pueden ser del mismo tamaño que las de las personas normales, pero su número es hasta cinco veces mayor. En cuanto a los obesos de iniciación en la edad adulta el número de células grasas es normal pero el tamaño de ellas es mayor (Crotte, 1986).

De esta forma se observa la dificultad para clarificar la influencia genética en la obesidad debido a que todavía no se han logrado distinguir los factores hereditarios y los medio-ambientales.

1.4.2 Factores del sistema nervioso.

La ingesta de alimentos es un acto voluntario que el individuo efectúa cuando experimenta la sensación de apetito. Hoy se sabe que la ingesta alimentaria está regulada por mecanismos neurohormonales dirigidos por el Sistema Nervioso Central. Por ello se ha propuesto la hipótesis hipotálmica, según la cual dentro del hipotálamo hay áreas en las que la estimulación lleva al animal a explorar el alimento; y otras que al ser estimuladas, el animal saciado detiene su ingesta. De tal forma que la regulación del apetito depende de la interacción de dos centros: a) centro lateral del hambre, y b) centro medio de la saciedad (en el núcleo ventromedial) (Skromne-Kadlubik y Gómez, 1992).

La estimulación en el centro del hambre provoca la conducta de comer y su destrucción causa anorexia severa. La estimulación del núcleo ventromedial causa cesación de comer mientras que una lesión causa hiperfagia provocando obesidad. Los casos ocasionados por esta

etiología suelen tener características clínicas bien definidas y constituyen un porcentaje muy reducido del grupo total de obesos (Crotte, 1986).

Aunado a lo anterior, se sugiere la existencia de mecanismos fisiológicos reguladores; ya no sólo de hambre y saciedad, sino también de la ingestión de nutrimentos específicos en donde los neurotransmisores desempeñan un papel fundamental.

Se ha observado que los neurotransmisores tienen efecto sobre la alimentación. Así las monoaminas hipotálamicas están involucradas en el control de la ingestión de alimentos y parecen relacionarse con los patrones temporales de alimentación, o bien, sobre el apetito para nutrimentos específicos (Blundell, 1984; Leibowitz y Shor-Posner, 1986; citados en Mancilla y Pérez, 1992). De manera particular, la noradrenalina estimula el consumo de carbohidratos. La serotonina suprime el consumo de carbohidratos, a la vez que no afecta, o bien facilita la ingestión de proteínas (Mancilla, López, Ocampo, Alvarez, Vázquez, Ruiz, Mejía y Alvarado, 1993). En investigaciones recientes, se ha utilizado el 5-HdTP (precursor de la serotonina), administrado intraperitonealmente en ratas sobrealimentadas; se reporta clara disminución en la ingesta de hidratos de carbono, mientras que el consumo de proteínas incrementa (Mancilla, Cisneros, López, Ocampo, Alvarez, Vázquez, Osomio y Rosales, 1994).

Conviene recordar que aparte de los núcleos hipotálamicos ventromedial y lateral, existen otros centros que también son capaces de modular la ingesta por circuitos neuronales como son: el área septal, preóptica, complejo amigdalino, hipocampo, región límbica, formación reticular, córtex frontal (Thompson, 1977).

1.4.3 Factores endocrinos

Las alteraciones endocrinas, como causa primaria de la obesidad, son relativamente poco frecuentes. No obstante, no hay que dejar de lado la influencia hormonal en los depósitos de

grasa ya que éstos pueden producir un efecto general sobre el metabolismo del adipocito en todo el cuerpo (por ejemplo, la insulina, la hormona tiroidea); o bien, efectos regionales característicos (por ejemplo: los glucocorticoides, los estrógenos). Sin embargo no existen pruebas fehacientes de que la deficiente secreción de dichas hormonas sea causa primaria de la obesidad (Pea, Quibrera y Flores, 1990, en Flores y Cabeza, 1990).

Por su parte Flores y Cabeza (1990), consideran que si bien es raro encontrar alguna alteración endocrina como causa de la obesidad; se ha intentado atribuirle a una patología primaria como el hipertiroidismo, aunque advierten que de cualquier manera es necesario tomarlas en cuenta. En el hipertiroidismo existe una disminución del metabolismo basal, con una respuesta termogénica baja, sobre todo la que se refiere a gasto de energía. En cuanto al hipercortisolismo, abarca tanto el síndrome como la enfermedad de Cushing, en donde el tipo de obesidad es centripeta y se acompaña de otras alteraciones.

Al respecto Faloon (1987) reportó que la secreción de la hormona del crecimiento en relación a la glucosa y arginina está notablemente disminuida en los pacientes obesos; pero cuando se reduce el peso se normaliza la secreción y la concentración plasmática de la hormona, siendo dicha alteración consecuencia y no causa de la obesidad.

De igual forma se relaciona a la glándula tiroides con el problema de la obesidad, por tal motivo la hormona tiroidea se ha utilizado en el tratamiento de la obesidad para aumentar el gasto de oxígeno, sin que estos pacientes sean hipotiroides ni sufran un estado de hipometabolismo; los resultados muestran una pérdida del volumen magro corporal superior a la pérdida de tejido adiposo y además un aumento de apetito (Kyle, 1966).

1.4.4 Factores metabólicos.

El metabolismo es una síntesis de los procesos químicos involucrados en la regulación de energía. El metabolismo influye inevitablemente en el equilibrio energético que provoca la obesidad. Cada organismo presenta diferencias en cuanto a la rapidez y eficacia con que regula la energía ingerida; sin embargo dichas diferencias apenas son notables entre las personas obesas y las que no lo son (Crotte, 1986).

Dentro de estas diferencias metabólicas entre las personas obesas y las normopeso se han reportado las siguientes: a) en los obesos el nivel de ácidos grasos libres en el plasma no aparece tan súbitamente como ocurre con los normopeso; lo que nos hablara de una capacidad disminuida para movilizar los depósitos de grasa; b) se presume que la desviación de la energía de los nutrimentos hacia vías productoras de lípidos, provocan mayor almacenamiento de triglicérido; aunque todavía se desconoce la importancia etiológica de dichos factores (Faloon, 1987).

1.4.5 Factores medio-ambientales.

En cuanto al factor medio ambiental tenemos que el nivel socioeconómico influye notablemente sobre el desarrollo de la obesidad, en relación a la calidad de los nutrimentos (mayor ingesta de hidratos de carbono), as como el medio urbano (la sobrealimentación y el sedentarismo son propios de la ciudad).

En este rubro la diferencia entre las personas obesas y las normopeso se debe principalmente a los hábitos alimenticios y la actividad física. De tal forma, que las personas obesas comen en exceso lo que provoca un desequilibrio energético, ello se agrava por la inactividad física y en muy pocos casos por problemas metabólicos y hormonales.

La sobrealimentación puede presentarse en cualquier etapa del ciclo vital; por ello es de suma importancia vigilar los hábitos alimenticios desde la lactancia. Los hábitos alimentarios se definen como " los actos característicos repetidos bajo el impulso de la necesidad de comer" (Vargas, 1984). No obstante, el hombre es un ser social y no come sólo por su necesidad fisiológica; la mayoría de las veces la alimentación se haya influida por factores sociales y emocionales. Esto permite afirmar que no se come sólo cuando se tiene hambre; así como tampoco se come la cantidad y calidad de nutrimentos que requiere el organismo. Por tanto, los hábitos alimenticios se ajustan a las vivencias, necesidades psicológicas y condiciones del medio social de cada individuo (Alvarez, Osorio y Vázquez, 1992).

Por otra parte, en cuanto a la relación entre la actividad física y la obesidad, ésta no se haya completamente establecida; por lo que aún no es posible afirmar si el sedentarismo es causa o consecuencia de la obesidad (Aguilar y Padrón, 1993).

En la actualidad el ritmo de vida es cada vez más acelerado, pero a la par, las actividades físicas requieren un menor esfuerzo físico y un mayor trabajo intelectual; la tecnología moderna ofrece mayor comodidad y propicia el sedentarismo. De esta forma, se aumenta la probabilidad de que se reduzca el gasto energético del hombre aumentando la tendencia a la acumulación de calorías.

1.4.6 Factores psicológicos

Ante la multicausalidad de la obesidad, no pueden dejarse de lado los elementos psicológicos que la propician. Ello ha sido retomado por Aguilar y Padrón (1993) quienes mencionan que dichos factores pueden ser de origen emocional, perceptivo o social; se ha propuesto que hay personas que comen en exceso como respuesta a tensiones emocionales, cuando están solos, ansiosos, deprimidos y en estado de frustración.

Asimismo, el aprendizaje de los hábitos dietéticos durante la primera infancia dentro del ámbito familiar, es importante y de hecho condiciona determinadas actitudes psicológicas frente a la comida (premio, concuelo, etc.), las cuales perduran en el obeso adulto. Se han estudiado familias que tienen al menos un integrante obeso, aclarando que existen estilos interaccionales específicos de las familias obesas, tales como: amalgamamientos, alianzas rígidas, coaliciones entre madre-hijo contra el padre, mayor número de jerarquías disfuncionales y una acentuada sobreprotección (Alvarez, Osorio y Vázquez, 1992).

A pesar de que en las personas obesas se han encontrado diferentes trastornos psicológicos, tales como: ansiedad, culpa, frustración, depresión, sentimientos de rechazo y vulnerabilidad; no se atribuye a las personas obesas ningún perfil de personalidad o bien, algún trastorno psiquiátrico que lo diferencie. De esta manera, desde el punto de vista psiquiátrico la obesidad no es un trastorno, sólo lo es desde el punto de vista médico. Desde una perspectiva psicológica en general, existen tres tipos de obesos:

- a) El primero no tiene patología psicológica aparente o mayor que el resto de la población.
- b) El segundo tipo corresponde a los obesos que son considerados constitucionales, que han ido engordando desde niños, como parte de su desarrollo.
- c) El tercer tipo corresponde a los obesos hiper-reactivos a situaciones generalmente de estrés o de alguna pérdida y son los que tienen una estructura de personalidad con mayores disturbios (Rocha, 1992).

Por su parte, Watson y Lowrey (1980; citado en Aguilar y Padrón, 1993) analizaron los factores psicológicos en jóvenes obesos, encontrando que presentan características como: sentimientos de inferioridad, sobreprotección por parte de sus padres, dificultades sociales y escolares. Estos jóvenes obtienen satisfacción y placer en el comer, lo que les resulta difícil por

otros medios; suelen ser hijos rechazados por sus madres aunque bien alimentados como compensación ante la falta de afecto. En otros casos, las madres en medida de su propia problemática psicológica se muestran con pocas habilidades expresivas e interaccionales, por lo que encuentran en el alimento la única forma de vincularse con sus hijos.

Crotte (1986), menciona que los niños obesos presentan disturbios psicológicos, a saber: tienen una autoestima pobre, sentimientos de fracaso, problemas en sus relaciones interpersonales y familiares; sentimientos de rechazo y abandono por ser objeto constante de burlas.

Con lo anterior, se observa que la alimentación va mucho más allá del nivel fisiológico y adquiere una connotación simbólica como satisfactor de necesidades psicológicas; cubriendo carencias afectivas o de compañía.

Por otro lado, se dice que los obesos tienen mayor capacidad de respuesta a los estímulos externos ("externalidad") relacionados con la comida; mientras que los normopeso perciben y responden con mayor facilidad a los mecanismos fisiológicos internos reguladores de la ingesta (Falcon, 1987).

Bruch (1980), opina que la obesidad de la edad adulta se desarrolla como una respuesta al estrés psicológico; mientras que otros autores consideran que la obesidad proviene del comer como una respuesta de compensación a la frustración y la tensión (Crisp, 1970).

Las evaluaciones psicológicas reportan puntajes más altos para las personas obesas en las medidas de ansiedad y emocionabilidad que la gente normal. Aunque Burdon y Paul (1951, citados en Aguilar y Padrón, 1993), reiteraron que la gente obesa no es necesariamente ansiosa ni deprimida ya que el comer les alivia los sentimientos de ansiedad o depresión antes de que sufran una desorganización. De esta forma, el comer aparece como una conducta defensiva

que les ayuda a protegerse de estados potencialmente depresivos; como si la obesidad se presentara como un síntoma que alivia dichos estados y permite al individuo desenvolverse sin mayores contratiempos.

Con lo anterior queda claro que no es posible hablar de un tipo de estructura de personalidad como característico de toda la población obesa. Sin embargo, parece que las tensiones de la vida precipitan esta conducta que persiste hasta que se alivian dichas tensiones (Golman, 1989). Además se debe considerar la posibilidad de que algunos factores psicológicos propician el desarrollo de la obesidad mientras que otros surgen como consecuencia de la misma, sin pensar en una sustitución total, ya que posiblemente éstos se integren a los ya presentes.

En suma, es evidente que el problema de la obesidad es grave para las personas que lo sufren, no sólo a nivel orgánico sino también psíquico, ya que los estados emocionales por los que atraviesan estas personas son realmente serios. Debido a esto, la psicología se interesa cada vez más en la obesidad y se investiga sobre aspectos relacionados a dicha problemática, entre los que se encuentran los rasgos de personalidad del paciente obeso.

2. PERSONALIDAD

Con anterioridad se revisaron factores relacionados con la obesidad, como la influencia familiar, la herencia, el metabolismo, el sistema nervioso central, pero hay más. La personalidad en sí misma es una fuente principal de conducta; por ello, tan importante como el peso de los obesos es el estudio del funcionamiento de todos los aspectos de la personalidad, lo cual incluye una apreciación en el sentido, de si el paciente experimenta una sensación de bienestar, o si se siente apto para desempeñarse en los diferentes ámbitos en que se mueve (Kolb y Brodie, 1995).

En psicología se necesita encontrar una forma de caracterizar la cualidad distintiva del individuo. Es cierto que toda persona es como cualquier otra en algunos aspectos; no obstante cada quien tiene su propia identidad y un estilo de vida particular. Desde hace mucho tiempo se ha intentado formar el modelo de una persona, de tal manera que las características del modelo sean paralelas a las características y procesos reales que tienen lugar en la persona que se está representando (Dicaprio, 1987); pero dichos intentos se encuentran con grandes dificultades a la hora de definir la personalidad y establecerla unívocamente.

Diversos autores han definido a la personalidad desde diferentes enfoques. Según Stanger (1981), la personalidad permanece como una abstracción y no como un fenómeno observable directamente; Cohen (1973) coincide con dicha opinión definiendo a la personalidad como: una colección abstracta de tendencias de respuestas, imposibles de observar directamente, que producen las respuestas que son peculiares del individuo determinando así la conducta distintiva del sujeto. Sin embargo, tal posición no se presta a la investigación científica, por lo que se han requerido diferentes criterios.

2.1. Definición de personalidad

Desde el punto de vista científico todos tenemos una personalidad; es decir una identidad personal de individuo que se define "... como aquel comportamiento integrado y organizado del individuo que lo caracteriza como tal, es decir una persona única distinta a las demás" (Garfield, 1979); es ésta la definición que avala el presente trabajo. Cabe resaltar las siguientes características: a) la personalidad es única, b) es considerada como si estuviera compuesta de muchas características diferentes (rasgos) dentro de una organización particular (estructura); c) la personalidad es estable y no cambia fácilmente (Kelly, 1955; citado en Dicaprio, 1987), y d) la personalidad no es una disposición automática que controla la conducta, sino una serie de disposiciones que se ven influidas y modificadas por las situaciones en que se desenvuelve el individuo (Mischel, 1973), por lo que se puede decir que la personalidad "normal" si bien debe presentarse integrada y organizada también debe mostrar plasticidad.

De esta manera se puede aceptar que es posible analizar los diferentes componentes de la personalidad, observando como se conduce el individuo en diferentes ámbitos. De tal forma que la personalidad es algo que se muestra en las relaciones con la gente, en las respuestas a las preguntas formuladas, en el lenguaje. De hecho, es difícil que una persona emprenda cualquier actividad sin reflejar en ella alguna faceta de su personalidad (Stanger, 1981). Así, la personalidad está formada por ciertos atributos definidos o rasgos que son comunes a muchas personas, varían en cantidad y pueden inferirse midiendo sus indicadores conductuales. (Catell, 1957; Guilford, 1959; citados en Mischel, 1973). De tal forma, que los rasgos se consideran como predisposiciones relativamente estables y duraderas que ejercen efectos bastante generalizados sobre la conducta (Sanford, 1963; Allport, 1968; citados en Mischel, 1973); permaneciendo más o menos idénticos a través de muchas situaciones variadas (Nuttin, 1968; Brody, 1977). En este sentido, es de utilidad el análisis de rasgos de personalidad, que se refieren a un conjunto de respuestas similares que ocurren y varían juntas, de manera que se puede describir la colección con un solo término, por ejemplo: Impetuoso, sociable. Brody (1977), señala que

cuando una persona posee un rasgo por ejemplo: dominante, no tiene que exhibir invariablemente el modo característico de conducta descrito por el rasgo. En este caso, la persona exhibe dicha conducta en una gama de situaciones relativamente amplia o bien, la persona manifiesta la conducta asociada al rasgo en forma extrema cuando lo hace.

Los rasgos se estiman a partir de las respuestas y deben hacerse, en medida de lo posible, sobre la base numérica para calcular con que frecuencia o que tan consistentemente es aplicable a una persona cierta descripción de rasgos; así mismo para establecer comparaciones con otras personas. (Stanger, 1981; Cohen, 1973). Por lo tanto, el estudio de los rasgos sirve para inferir la estructura fundamental de la personalidad en los individuos y comparar personas y grupos sobre las dimensiones de rasgos (Hogan, Desoto y Solano, 1977; en Fierro, 1981).

2.2 Evaluación de la personalidad.

Una vez definido el término personalidad, se puede dar paso a la evaluación psicológica de la personalidad, que es el proceso que permite un análisis de las características presentes en un evento o actividad, según las condiciones del contexto presente; ello mediante la aplicación de técnicas o instrumentos adecuados. Dicha evaluación busca las disposiciones que determinan la conducta cumpliendo así con el fin de la psicología de la personalidad, que es identificar la posición del individuo en una o más dimensiones en comparación con otras personas en situaciones estandarizadas; apreciando con la mayor exactitud los rasgos duraderos y estables que poseen las personas (Mischel, 1973). De esta forma, se pretende describir y explicar la conducta, ayudando a identificar los factores que causan una personalidad ajustada y desadaptada (Sarason, 1978).

En suma, la personalidad humana es demasiado compleja, pero el mero énfasis en la complejidad no facilita la investigación. Es por ello, que en el presente trabajo se adopta la posición de que las personas pueden normalmente ser caracterizadas en términos de rasgos o constructos bien

elegidos; reconociendo los cambios ante diferentes situaciones; por ello es de gran importancia la elección adecuada de las técnicas a utilizar.

2.3 Técnicas de evaluación

Para poder realizar la evaluación de la personalidad de un individuo es preciso seleccionar la técnica adecuada de acuerdo a los objetivos que se persiguen, para ello existen diversas técnicas e instrumentos, que se clasifican de la siguiente manera (Cohen, 1973; Sarason, 1978):

Tests psicométricos o estructurales: constan de preguntas fijas y precisas o ítems de test, el sujeto debe escoger una entre varias respuestas prescritas. Existen aproximadamente 300 tests psicométricos para la evaluación de la personalidad; algunos son unidimensionales (miden una sola variable) y otros son multidimensionales (miden varias variables).

Cuestionario de personalidad: algunas veces se le llama inventario de auto-confesiones o propias declaraciones; consiste en una serie de preguntas a las que el sujeto mismo responde. Son de fácil aplicación a una gran cantidad de personas.

Escalas de evaluación conductual: contienen descripciones específicas de comportamiento que uno o más observadores utilizan para describir a un sujeto mediante la observación de la conducta manifiesta en una situación natural o preparada artificialmente. En estas escalas se pueden utilizar diversas categorías de evaluación que se expresan simplemente en números, otras con términos descriptivos y de vez en cuando en términos de frecuencia o porcentaje. Las diversas clasificaciones pueden formar un perfil o semblanza de rasgos del individuo.

Técnicas proyectivas: se derivan del dinamismo freudiano de la proyección, en donde el ego se defiende de ideas censurables; así los pensamientos perturbantes son arrojados hacia afuera para modificar la percepción de los objetos en el ambiente externo. Los tests proyectivos se han

diseñado con un material sin relativamente ninguna estructura o sólo parcialmente estructurado, al cual el sujeto responde en función de las instrucciones que da el examinador. Entre los más importantes se encuentran: Test Rorschach, Test de Apercepción Temática (TAT).

Entrevista: permite obtener respuestas referentes a toda la estructura de la personalidad, la entrevista puede servir para fundamentar la hipótesis del investigador o como objeto de análisis en sí. En ésta se investigan los rasgos y motivos del individuo mediante preguntas que ejecuta un psicólogo adiestrado. La entrevista directa se adapta de manera singular a la complejidad de la personalidad; el campo de las preguntas es ilimitado y capaz de examinar las más difíciles facetas de la conducta; además las respuestas son diversificadas y espontáneas. La entrevista puede ser formal o estandarizada, aunque se debe evitar cualquier rigidez en su aplicación. Es una técnica efectiva pero requiere demasiado tiempo, por lo que no es accesible a la investigación.

Biografías: en esta técnica se obtiene la información de las características sobresalientes en forma de narrativa, combinando relatos para elaborar "la historia de una vida". Suelen utilizarse: cartas, diarios, autobiografías y registros.

2.4 Personalidad y obesidad

Desde hace mucho tiempo se ha tratado de establecer la relación existente entre el aspecto corporal y la personalidad. Un ejemplo de ello es la clasificación de Sheldon en 1954 (citado en Dicaprio, 1987), quien relaciona la estructura constitucional del cuerpo con los rasgos temperamentales, dividiendo a las personas en tres tipos: los endomorfos que son de baja estatura y obesos, los caracterizó por ser comodones y agradables; los mesomorfos que son musculosos y anchos, los caracterizó como enérgicos y asertivos; y a los ectomorfos que son altos y delgados, los distinguió por ser reservados y tímidos. Sin embargo, en la actualidad no es tan fácil afirmar la relación existente entre personalidad y estructura

constitucional del cuerpo. Esto requiere de un estudio exhaustivo para lo cual se han analizado diversas variables con la finalidad de esclarecer la posible relación entre personalidad y obesidad.

En investigaciones recientes sobre el tema, se han utilizado instrumentos específicos para evaluar un sólo aspecto de la personalidad, tales como: el Inventario de Depresión de Beck (Castillo, Soler, Rivero y Báez, 1989; y Prather y Williamson, 1988), Escala de Auto-concepto Tennessee (Stein, 1987), o el Cuestionario de Imagen Corporal (Kleitler y Chemerinski, 1990); o bien instrumentos que evalúan diversas áreas de la personalidad, tales como: Escala de personalidad de Karolinska (Johnsson, Bjorvell, Levander y Rossner, 1986); el DSM-III-R (Yanosvski, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993); o el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota, MMPI (Kolotkin, Revis, Kirkley y Janick, 1987; Prather y Williamson, 1988).

Se ha intentado establecer mediante el uso de dichos instrumentos, si existe un perfil de personalidad diferente entre las personas normopeso y las que presentan obesidad.

Sin embargo, los hallazgos son contradictorios; algunos autores señalan que el nivel de alteraciones psicopatológicas es el mismo para obesos que para no obesos (Hater 1987; Stunkard, 1986; citados en Vallejo, 1991). También se ha reportado que en una evaluación de pacientes obesos, las puntuaciones obtenidas por todos ellos no sobrepasaron las propias de la depresión considerada normal; en tanto que en los perfiles de personalidad obtenidos a través del MMPI no se mostraron desviaciones patológicas valorables (Sánchez, Panell y Martínez, 1989; citados en Vallejo, 1991).

En contraposición, algunos estudios señalan que las personas obesas presentan características de personalidad diferentes a las personas normopeso que no tienen trastornos alimenticios. Dichas diferencias se encuentran en diversas áreas e indican que las personas obesas son más susceptibles a presentar desórdenes de personalidad y trastornos psiquiátricos (Black, Yate, Reich y Bell, 1989). Algunas características que se le atribuyen a las personas obesas son:

inhabilidad para controlar su impulso de comer, as como para alcanzar la satisfacci3n; presentan sentimientos de baja autoestima y tendencias antisociales (El-Mofly, 1991; Stein, 1987). En cuanto a la ansiedad, tensi3n, impulsividad y agresividad muestran niveles elevados (Ryden y Johnsson, 1990); y mayor egocentrismo (Black, Yates, Reich y Bell, 1989), as3 como niveles elevados de neurosis (Stein, 1987).

Dichos resultados han desembocado en reconocer la necesidad de un an3lisis m3s fino de la relaci3n existente entre obesidad y personalidad; lo cual se denota en el uso de instrumentos de cobertura m3s amplia (multidimensionales); as3 como una diferenciaci3n m3s clara entre las personas obesas. De esta forma, las clasificaciones van desde no obesos, obesos, obesos-no grandes comilones, obesos-grandes comilones, obesos- con tratamiento y obesos sin tratamiento. Al respecto Yanosvski, Nelson, Dubbert y Spitzer (1993) analizaron si los des3rdenes de abundante ingesta estaban asociados con des3rdenes psiqui3tricos, en el estudio participaron obesos sin tratamiento que fueron divididos en grandes comilones y no grandes comilones ambos no bulmicos; reportando que los grandes comilones presentan mayor depresi3n, des3rdenes de p3nico, personalidad l3mitrofe y evitadora; de esta manera el riesgo relativo a los des3rdenes psiqui3tricos fue mayor en los obesos grandes comilones que en aquellos que no son grandes comilones. De la misma manera, Kirkley, Kolotkin, Hern3ndez y Gallagher (1992), se3alan que los obesos grandes comilones presentan mayor angustia psicol3gica que los obesos no son grandes comilones.

Asimismo, se han realizado investigaciones que abordan a los sujetos obesos que se hallan en tratamiento, en los que se comparan sujetos obesos con tratamiento y sujetos controles; encontrando que los pacientes obesos presentan m3s des3rdenes de personalidad y caracter3sticas de personalidad l3mitrofe (Black, Yate, Reich y Bell, 1989); y muestran mayor ansiedad (Flanagan y Wagner, 1991). En cuanto a la eficacia del tratamiento de p3rdida de peso en sujetos obesos se indica que los que abandonan dicho tratamiento se caracterizan por presentar una personalidad neur3tica y una depresi3n moderada o severa (Castillo, Soler,

Rivero y Báez, 1989); no obstante dicho punto aún se encuentra en discusión ya que resultados de otros estudios no encuentran diferencias de personalidad entre los sujetos que se mantienen en el tratamiento y aquéllos que lo abandonan, es decir, que aún no pueden predecir el fracaso o la eficacia del tratamiento (Grana, Coolidge y Mervin, 1989).

Siguiendo esta línea, Mancilla, Dúran, Ocampo y López (1992) compararon a una población de pacientes obesos con tratamiento versus una población de pacientes normopesos con y sin actividad física constante, los resultados destacan que existe una mayor tendencia a la ansiedad ante situaciones específicas o novedosas en los obesos, más no en situaciones generales; mientras que los normopesos con actividad física constante suelen ser ligeramente más ansiosos en situaciones generales. Sin embargo, ninguna diferencia fue significativa estadísticamente. En cuanto a la actividad y la vigorosidad los obesos presentan un nivel medio a diferencia de los deportistas, quienes presentan un nivel alto, esta diferencia sí resultó significativa estadísticamente. En las áreas de impulsividad y dominancia no se reportan diferencias significativas, aunque los obesos y normopesos se ubican en un nivel bajo mientras que los deportistas se muestran más impulsivos y dominantes. En relación a la estabilidad sí se encontraron diferencias significativas entre los normopesos y los obesos, presentándose estos últimos como más estables. Estos autores sugieren evaluar grupos de obesos y no obesos y que de éstos últimos se distingan aquéllos, que acuden a tratamiento y los que no lo hacen.

En cuanto a la distinción entre obesos con tratamiento y obesos sin tratamiento, es tomada en cuenta debido a que algunos autores argumentan que los resultados contradictorios o bien la falta de diferencias, en este tipo de estudios, se debe a que no se diferenciaron pacientes obesos con tratamiento y obesos sin tratamiento; y que estas investigaciones pueden beneficiarse del uso de grupos controles adecuados (Mancilla, Dúran, Ocampo, y López, 1992; Prather y Williamson, 1988). Haciendo caso a esta sugerencia y siguiendo la misma línea de trabajo, el Proyecto de Investigación en Nutrición lleva a cabo la presente investigación en la que participan sujetos normopesos, deportistas, obesos con tratamiento y obesos sin tratamiento, con la

finalidad de esclarecer si los rasgos de personalidad que se atribuyen a los obesos se presentan de forma general en dicha población, o bien son una característica propia de aquellos que solicitan ayuda en un tratamiento de control de peso.

METODOLOGÍA

sujetos

Se trabajó con una muestra de 120 mujeres voluntarias cuyas edades oscilaron entre 17 y 50 años, de las cuales 30 fueron elegidas de acuerdo a su asistencia al tratamiento de control de peso (obesas con tratamiento); mientras que las 90 restantes fueron elegidas aleatoriamente y distribuidas de acuerdo a su porcentaje de grasa en el grupo correspondiente, quedando de la siguiente forma

Grupo 1. Normopeso: 19% a 23% (Grupo control)

Grupo 2. Deportistas: 12% al 18%

Grupo 3. Obeso con tratamiento: 23% al 35%

Grupo 4. Obeso sin tratamiento: 23% al 45%

Dicho criterio fue retomado de Buskrik (1978) y Holliday (1978).

escenario

Las mediciones antropométricas y la aplicación de los inventarios se realizaron en las instalaciones del Proyecto de Nutrición, en la Unidad de Investigación Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y la Educación de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Así como, en las instalaciones de gimnasios privados y del gimnasio de la ENEP Iztacala.

materiales

Se utilizaron hojas, lápices y disketts.

Instrumentos

Para realizar la medición del porcentaje de grasa de cada sujeto se utilizaron:

Antropómetro de Martín.

Compás de ramas rectas.

Calibrador de pliegues cutáneos Holtain.

Estadiómetro.

Para evaluar la personalidad se utilizaron los siguientes inventarios:

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE (Spielberger y Díaz, 1975).

Inventario de Rasgos Temperamentales THURSTONE (Thurstone, 1987).

Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI (Hathaway Mckinley, 1981).

procedimiento

Inicialmente se dió a conocer el propósito de la investigación a las participantes voluntarias, agradeciendo de antemano su cooperación. El estudio se realizó en dos fases, las cuales se describen a continuación:

Fase I. Medición antropométrica: se tomaron las medidas antropométricas de todas las participantes en forma individual o en pequeños grupos de 3 a 6 personas, con la finalidad de obtener su porcentaje de grasa y ubicarlas en el grupo correspondiente.

Fase II. Aplicación de inventarios: Se aplicaron los tres inventarios en el siguiente orden; IDARE, THURSTONE y MMPI, de forma individual o en grupos de 3 a 6 personas.

RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó a partir de un análisis de varianza y una prueba de Duncan que permite observar diferencias entre pares de grupos independientes.

IDARE

En la escala ansiedad estado (SXE), en la tabla I se observa el grupo 3 es significativamente ($F=13$, $P<.05$) mayor que el grupo 2.

En la tabla I, se observa que los grupos 1 (normopeso) y 2 (deportistas) se encuentran en el nivel de ansiedad bajo; mientras que los grupos 3 y 4 (obesos con y sin tratamiento) se ubican en el nivel medio.

Lo anterior sugiere que el grupo 2 (deportistas), mediante la realización de sus actividades físicas constantes, encuentra elementos que le permiten el manejo de ansiedad ante situaciones novedosas.

Por otra parte, en la comparación del grupo 3 (obesas con tratamiento) y el grupo 4 (obesas sin tratamiento), se observa que aquellas mujeres que asisten a tratamiento de control de peso muestran mayor ansiedad ante situaciones novedosas que aquellas que no acuden a tratamiento; es decir, que las obesas con tratamiento presentan un porcentaje de grasa menor pero un nivel mayor de ansiedad.

IDARE: ANSIEDAD ESTADO.

GRUPOS	MEDIA	NIVEL DE ANSIEDAD
1 NORMOPESO	39.1	BAJO
2 DEPORTISTAS	36.3	BAJO
3 OBESAS CON TRATAMIENTO	42.5 *	MEDIO
4 OBESAS SIN TRATAMIENTO	40.1	MEDIO

TABLA I: Se observa que en las medias obtenidas en la escala ansiedad estado existen diferencias significativas. *P .05.

Bajo 20 - 40 Medio 40 - 60 Alto 60 - 80

En cuanto a la escala ansiedad rasgo (SXR), en la tabla II se observa que no existen diferencias significativas entre los cuatro grupos. De tal forma que todos muestran un nivel de ansiedad media.

No obstante se aprecia que el grupo 2 presenta una menor puntuación de ansiedad con respecto a los demás grupos, seguido por el grupo 1 (control), el grupo 4 y el grupo 3; siendo este último el que presenta una tendencia mayor de ansiedad ante situaciones cotidianas.

De esta forma, en la escala ansiedad rasgo que se refiere a "como se sienten generalmente", evaluando el nivel de ansiedad ante situaciones cotidianas; no se encontraron diferencias significativas, pero se presenta nuevamente la tendencia de menor ansiedad en los grupos que tienen menor porcentaje de grasa, es decir: los deportistas y los normopeso; mientras que las mayores puntuaciones se presentan en los grupos de obesas principalmente en el de obesas con tratamiento.

Así se observa, que las mujeres que asisten a tratamiento de control de peso presentan mayor ansiedad ante eventos cotidianos en comparación con las que no acuden a tratamiento, así como, con las normopeso y las deportistas.

IDARE: ANSIEDAD RASGO

GRUPOS	MEDIA	NIVEL DE ANSIEDAD
1 NORMOPESO	41.2	MEDIO
2 DEPORTISTAS	40.5	MEDIO
3 OBESAS CON TRATAMIENTO	44.7	MEDIO
4 OBESAS SIN TRATAMIENTO	43.0	MEDIO

TABLA II: Se observa que en las medias obtenidas en la escala ansiedad rasgo no existen diferencias significativas.

Bajo 20 - 40 Medio 40 - 60 Alto 60 - 80

THURSTONE

Activo

En este inventario, en lo que respecta al área "Activo" en la tabla III se muestra que el grupo 2 es significativamente mayor que el grupo 3 ($F= .12, P<.05$).

En cuanto al nivel de actividad, el grupo 2 obtuvo un nivel medio mientras que los grupos 1, 4 y 3 obtuvieron un nivel medio bajo, presentándose el grupo 3 como el menos activo (tabla III).

Así se muestra que el grupo 2 (deportistas) por realizar una actividad física constante, obtiene la mayor puntuación en esta área, denotando que son personas que acostumbran trabajar y moverse con rapidez, les agrada estar siempre ocupados y de prisa. Le siguen en nivel de actividad los grupos 4 (obesas sin tratamiento), 1 (normopeso) y 3 (obesas con

tratamiento); mostrándose el grupo de obesas con tratamiento como el menos activo, inclusive de aquellas mujeres que no asisten a tratamiento.

Esta última observación puede parecer fuera de lugar, ya que se supone que las obesas con tratamiento deberán hacer hincapié, en el aumento de actividad física que les ayudara en su tratamiento de control de peso; lo cual no se esperara en las obesas sin tratamiento, pero sin embargo, éstas se presentan en un segundo sitio en cuanto a la actividad se refiere; siendo inclusive más activas que las mujeres normopeso.

Vigoroso

En la tabla III, en el área "vigoroso" se encuentran diferencias significativas ($F= .00$, $P<.05$) del grupo 2 con respecto grupo 1 (control), 3 (obesas con tratamiento) y 4 (obesas sin tratamiento). De tal forma, que el grupo 2 se muestra como el más vigoroso seguido por los grupos 4 (obesas sin tratamiento), 3 (obesas con tratamiento) y (normopeso) respectivamente.

En la tabla III, se observa que el grupo 2 (deportistas) se ubica en el nivel alto de vigorosidad, el grupo 4 (obesas sin tratamiento) esté en el nivel medio y los grupos 1 y 3 (normopeso y obesas con tratamiento) se encuentran en el nivel medio bajo.

En este sentido se observa que el grupo 1 (control) no muestra inclinación por realizar deportes y actividades que requieren desgaste de energía a través del movimiento. A la inversa, el grupo 2 (deportistas) gusta de tomar parte en deportes, trabajos manuales y actividades al aire libre; éstas mujeres tienden a realizar actividades que requieren un considerable gasto de energía. En tanto que los grupos de obesas con y sin tratamiento presentan mayor vigorosidad con respecto al grupo de mujeres normopeso, aunque ello no sea estadísticamente significativo, presentando mayor tendencia a la vigorosidad las obesas sin tratamiento que las que acuden al programa de control de peso.

Impulsivo.

En el área "impulsivo", la tabla III muestra que si hay diferencias significativas ($F= .01$, $P<.05$) entre los grupos 2 (deportistas), que se presenta como el más impulsivo; y el grupo 3 (obesas con tratamiento) que es el grupo menos impulsivo.

En la tabla III, se muestra que los grupos 1 y 3 (normopeso y obesas con tratamiento) se ubican en el nivel bajo de impulsividad, es decir que toman sus decisiones lentamente y acostumbran pensar las cosas antes de hacerlas. A diferencia de los grupos 2 y 4 (deportistas y obesas sin tratamiento) que presentan un nivel medio bajo, ya que toman sus decisiones con mayor rapidez aunque también con tranquilidad; estas mujeres tienden a tomar en cuenta la situación en la que se encuentran para la realización de sus actividades.

Dominante.

En cuanto al área "dominante", en la tabla III se observa que no existen diferencias significativas entre los cuatro grupos. Aunque se muestra que en los grupos 2 y 4 (deportistas y obesas sin tratamiento) presentan una media mayor de dominancia; que los grupos 1 y 3 (normopeso y obesas con tratamiento). No obstante, todos los grupos se encuentran en el nivel medio de ésta. área (tabla III).

Ello nos habla de que no hay diferencias significativas entre mujeres con diferente porcentaje de grasa, en lo que respecta a la dominancia, que puede ser entendida como la capacidad de tomar la iniciativa y la responsabilidad de liderazgo.

Estable.

Con respecto al área "estable", en la tabla III no se muestran diferencias significativas entre los cuatro grupos. Las diferencias encontradas son mínimas, apareciendo el grupo 3 (obesas con tratamiento) como el más estable, seguido de los grupos 2, 4 y 1 (deportistas,

obesas sin tratamiento y normopeso) respectivamente. El grupo control aparece con el menor porcentaje en ésta área.

En la tabla III, se observa que los grupos 2, 3 y 4 se ubicaron en el nivel medio; mientras que el grupo 1 (control) está en el nivel medio bajo.

Esto indica que no hay diferencias significativas en la estabilidad presentada por los cuatro grupos. Es decir, que de manera general las participantes son tranquilas y no se limitan con facilidad.

Sociable.

En el área "sociable", la tabla III muestra que no existen diferencias significativas entre los cuatro grupos. Sin embargo, se observa mayor sociabilidad en el grupo 4 (obesas sin tratamiento), seguido por los grupos 2, 1 y 3 (deportistas, normopeso y obesas con tratamiento) respectivamente.

En la tabla III, se observa que los grupos 4, 2 y 1 se ubican en el nivel medio bajo; en cambio el grupo 3 presenta un nivel bajo de sociabilidad.

Esto nos indica que no existen diferencias significativas en la sociabilidad presentada por los cuatro grupos. En este sentido, todas las participantes aparecen como mujeres con pocos contactos sociales, pueden establecer relaciones interpersonales adecuadas más no dan grandes muestras de disponibilidad y cooperación.

Reflexivo.

En relación al área "reflexivo", la tabla III muestra que existen diferencias significativas ($F=11$, $P<.05$) entre el grupo 3 (obesas con tratamiento) y el grupo 2 (deportistas); ésta diferencia no se presentó con el grupo 1 (control). De ésta forma, el grupo 3 (obesas con tratamiento)

parece como el más reflexivo, seguido por los grupos 4, 1 y 2 (obesas sin tratamiento, normopeso y deportista) respectivamente.

En la tabla III, se observa que el grupo 3 presenta un nivel alto de reflexibilidad, el grupo 4 está en el nivel medio alto y los grupos 1 y 2 en el nivel medio.

En este sentido, se encuentran diferencias en los grupos con diferentes porcentajes de grasa en cuanto a su nivel de reflexibilidad, lo cual se refiere a la inclinación a la meditación y la reflexión, el agrado por asuntos teóricos más que por los prácticos y a la preferencia por actividades que requieren esmero y precisión. Así los grupos de obesas se muestran como más reflexivos, sobretodo el de obesas con tratamiento; indicando que prefieren pensar y planear que ejecutar actividades; a diferencia de los grupos con menor porcentaje de grasa.

THURSTONE

GRUPO	ACTIVO	VIGOR.	IMPUL.	DOMIN.	ESTAB.	SOCIAB.	REFLEX.
1	9.4 MB	4.7 MB	8.6 B	9.8 M	8.3 MB	11.2 MB	8.5 M
2	10.5 M *	11.5 A *	10.6 MB *	10.4 M	9.1 M	11.5 MB	8.1 M
3	8.4 MB	5.7 MB	7.7 B	8.7 M	9.2 M	10.6 B	12.6 A*
4	9.2 MB	6.3 M	9.6 MB	10.4 M	9.0 M	11.8 MB	9.0 MA

TABLA III: Se observa que existen diferencias significativas en las medias obtenidas en el inventario de rasgos temperamentales. *P < .05.

A- alto. MA- medio alto. M- medio. MB- medio bajo. B- bajo.

M.M.P.I.

1 Hs. Hipocondriasis.

Por otra parte, respecto a la escala "hipocondriasis" en la tabla IV se observa que hubo diferencias significativas ($F=00$, $P<.001$) del grupo 3 (obesas con tratamiento) con respecto

al grupo control; y con el resto de los grupos. En la tabla IV, se observa que el grupo 3 obtiene la mayor puntuación, seguido de los grupos 4 (obesas sin tratamiento), 1 (normopeso) y 2 (deportista).

De tal forma, los grupos de obesas obtuvieron una media mayor que el grupo control, aunque ello sólo fue significativo para aquellas que acuden a tratamiento; en cambio, las deportistas obtuvieron una puntuación menor.

La puntuación obtenida en ésta escala representa una medida del interés anormal del sujeto acerca de sus funciones corporales. En donde el grupo de obesas con tratamiento obtiene una puntuación alta; indicando que tienden a expresar en forma constante sus conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática (probablemente la obesidad), además de que manifiestan preocupación extrema por su salud física, lo que explica por qué acuden a tratamiento.

En tanto que los grupos 1 (control) y 4 (obesas sin tratamiento) tienden a expresar interés por su salud; presentando pocas y difusas quejas somáticas. El grupo 2 (deportistas), aparece como el más realista acerca de sus salud.

2 D. Depresión.

En cuanto a la escala "depresión", la tabla IV muestra que existen diferencias significativas ($F=.00, P<.001$), el grupo 3 (obesas con tratamiento) en relación al grupo control; así como con el resto de los grupos. En la tabla IV, se observa que el grupo 3 (obesas con tratamiento) obtuvo el mayor puntaje de depresión; seguido por los grupos 4 (obesas sin tratamiento), (control) y finalmente el grupo 2 (deportistas). Así los grupos de obesas presentan mayor puntuación que el grupo control, aunque sólo fue significativo para el grupo de obesas con tratamiento; en tanto que las deportistas aparecen por debajo del grupo control.

La puntuación en ésta escala permite medir el conjunto de síntomas clínicos de la depresión entre los que se encuentran sentimientos de desesperanza y tristeza. De tal forma, que la puntuación alta obtenida por el grupo de obesas con tratamiento sugiere que son personas individualistas, insatisfechas con el medio y con ellas mismas, se preocupan demasiado, tienden a ser evasivas y aisladas; así mismo, desconfían de su propia capacidad y son pesimistas.

Mientras que el grupo control y el de obesas con tratamiento se ubican como personas levemente preocupadas y pesimistas de acuerdo a situaciones temporales. En ese sentido, el grupo de deportistas aparece con perspectivas de vida equilibradas entre optimismo y pesimismo; se caracterizan por tener mucha energía y entusiasmo, que manifiestan realizando una actividad física constante.

3 Hi. Histeria.

Para la escala "histeria", la tabla IV muestra que existen diferencias significativas ($F= .02$, $P<.05$) del grupo 3 (obesas con tratamiento con respecto al grupo 1 (control); así como con los grupos restantes. En la tabla IV, se observa que el grupo 3 obtuvo la mayor puntuación en ésta escala, seguido por el grupo (control), 2 (deportistas) y finalmente el grupo 4 (obesas sin tratamiento).

Los grupos de deportistas y obesas sin tratamiento obtuvieron puntuaciones menores que las del grupo control; mientras que el de obesas con tratamiento presentó una puntuación mayor.

Esta escala se refiere a la utilización de síntomas físicos como un medio para resolver conflictos difíciles o evitar responsabilidades. Así el grupo de mujeres obesas con tratamiento que presentan la mayor puntuación, aparecen como irritables, quejasas, dependientes, con inmadurez social e incapacidad de manejar la hostilidad hacia los demás; exigen mayor afecto y atención. En contraparte, los grupos de normopesos, deportista y

obesas sin tratamiento muestran, en forma decreciente, poca dependencia en sus relaciones interpersonales.

4 Dp. Desviación psicopática.

Con respecto a la escala "desviación psicopática", en la tabla IV se observa que no existen diferencias significativas entre los cuatro grupos. No obstante, se señalan algunas tendencias, ya que el grupo 3 (obesas con tratamiento) obtuvo la mayor puntuación; seguido decrecientemente por los grupos 4 (obesas sin tratamiento), 2 (deportista) y finalmente por el grupo 1 (control) como se muestra en la tabla IV.

Así se observa que los grupos de deportistas y obesas con y sin tratamiento obtuvieron una mayor puntuación que el grupo control, aunque en ningún caso fue significativo estadísticamente.

Esta escala mide las características amorales y antisociales de las personas; en este sentido los cuatro grupos se ubican en el nivel "normal" de inconformidad, aunque tienden a aceptar las normas sociales. De esta forma, las obesas sin tratamiento presentan mayor inconformidad social, mientras que las mujeres normopeso aparecen como las más adaptadas.

5 Mf. Masculino-femenino.

Para la escala "masculino-femenino", la tabla IV muestra que no existen diferencias significativas entre los cuatro grupos. Aunque en la tabla IV se observa que el grupo 1 (control) obtuvo la mayor puntuación; le siguen en orden decreciente los grupos 2 (deportistas), 3 (obesas con tratamiento) y 4 (obesas sin tratamiento).

De tal forma, que las deportistas y las obesas con y sin tratamiento obtuvieron puntuaciones menores que el grupo control (normopeso); sin alcanzar en ningún caso la significancia estadística.

Esta escala hace referencia a características relacionadas con intereses propios de los hombres o de las mujeres; de tal forma, que con las puntuaciones obtenidas, los cuatro muestran una identificación con los intereses pertinentes al sexo femenino. Presentando características de seguridad, competencia y actividad.

6 Pa. Paranoia.

Respecto a la escala "paranoia", la tabla IV muestra que no existen diferencias significativas entre los cuatro grupos. Así en la tabla IV se observa que las diferencias son mínimas, en donde el grupo 3 (obesas con tratamiento) alcanzó la mayor puntuación, seguido de los grupos 2 (deportistas), 1 (control) y finalmente el grupo 4 (obesas sin tratamiento) con la menor puntuación.

Así las deportistas y las obesas con tratamiento obtuvieron una puntuación mayor con respecto al grupo control; mientras que el grupo de obesas sin tratamiento obtuvo una puntuación inferior.

Esta escala evalúa la existencia de pensamientos e ideas paranoicas. Por lo que, en base a las puntuaciones obtenidas se puede decir que las deportistas y las obesas con tratamiento tienden más a la perfección, son más sensibles en sus relaciones sociales y se preocupan por lo que otros piensen de ellas; probablemente por eso ambas realizan una actividad que les permite mejorar su imagen ante los demás, ya que las deportistas realizan una actividad física constante y las obesas acuden a tratamiento de control de peso.

Por su parte, las obesas sin tratamiento presentan menor preocupación y menor tendencia a la perfección, lo que puede explicar porque ellas no acuden a tratamiento.

7 Pt. Psicastenia

En relación a la escala "psicastenia", la tabla IV muestra que no existen diferencias significativas entre los grupos con respecto al grupo 1 (control). Se observa que el grupo 3 (obesas con tratamiento) obtuvo la mayor puntuación, seguido por los grupos 1 (normopeso), 2 (deportistas) y finalmente el grupo 4 (obesas sin tratamiento).

De esta forma, el grupo 3 aparece con una puntuación mayor que el grupo control, mientras que el grupo 2 se encuentra en el mismo nivel que el control y el grupo 4 se ubica por debajo.

Ya que esta escala incluye reacciones fóbicas y obsesivo-compulsivas, se puede decir que el grupo de obesas con tratamiento muestra mayores temores, dudas, preocupaciones, ansiedad; más exigencia de sí mismas y de los demás, en relación con los grupos control y deportistas.

Mientras que el grupo de obesas sin tratamiento, aparecen como mujeres despreocupadas y con menos sentimientos de culpa, posiblemente por ello no busquen ayuda mediante el tratamiento.

8 Es. Esquizofrenia.

Para la escala "esquizofrenia", la tabla IV muestra que no existen diferencias significativas entre los grupos con respecto al grupo control.

Se observa que el grupo 3 (obesas con tratamiento) obtuvo la mayor puntuación seguido por el grupo 1 (control), 4 (obesas sin tratamiento) y 2 (deportistas).

El grupo de obesas sin tratamiento aparece con una puntuación mayor que el grupo control; mientras que los grupos de obesas sin tratamiento y deportistas presentan una menor tendencia en ésta escala.

Se manifiesta así que las obesas con tratamiento son personas con dificultad para entablar relaciones interpersonales, mostrándose como apáticas y aisladas en comparación con el grupo control. Mientras que las obesas sin tratamiento y sobretodo las deportista muestran mayor talento social.

9 Ma. Hipomanía

Con respecto a la escala "hipomanía", la tabla IV muestra que se encuentran diferencias significativas ($F = .03, P < .05$) de los grupos 2 y 4 con respecto al grupo 3. Así se observa que la mayor puntuación la obtuvo el grupo 4, seguido de los grupos 2, 1 y 3.

De tal forma, los grupos 2 (deportistas) y 4 (obesas sin tratamiento) tienen una puntuación mayor que el grupo 1 (control); en cambio el grupo 3 (obesas con tratamiento) muestra una menor puntuación en ésta escala.

Esta escala evalúa características como: hiperactividad, excitación emocional, entre otras. Así los grupos de deportistas y obesas sin tratamiento parecen ser más optimista, entusiastas y con confianza en si mismas que el grupo control; mientras que el grupo 3 se muestra con menos entusiasmo, más modestia y convencionalidad.

0 Is. Introversión social.

En cuanto a la escala "introversión social", la tabla IV muestra que existen diferencias significativas ($F = .00, P < .05$) del grupo 3 con respecto al grupo control; así como con el resto de los grupos.

En la tabla IV, se observa que el grupo 3 (obesas con tratamiento) obtuvo la mayor puntuación, seguido por los grupos 4, 2 y 1.

De tal forma, que los grupos de deportistas y de obesas con y sin tratamiento obtuvieron una puntuación mayor que el grupo control, aunque dicha diferencia sólo fue significativa para el grupo de obesas con tratamiento.

La puntuación en esta escala mide las tendencias de introversión y extroversión social.

Señalando que el grupo control es el que tiende a establecer relaciones sociales más satisfactorias, seguido por los grupos de deportista y obesas sin tratamiento; mientras que el grupo de obesas con tratamiento tiende más a la introversión.

M.M.P.I.

GRU P	1 Hs	2 D	3 Hi	4 Dp	5 Mf	6 Pa	7 Pt	8 Es	9 Ma	0 Is
1	18.0	25.0	25.2	24.2	33.7	13.6	32.1	37.1	21.2	27.1
2	16.7	23.4	24.7	24.6	31.5	14.0	32.1	34.3	21.9 *	27.3
3	24.2 *	31.7 *	28.2 *	26.5	31.2	14.5	33.0	37.8	19.2	34.4 *
4	19.5	25.6	24.0	25.7	31.0	12.2	31.0	36.0	22.2 *	29.2

TABLA VI: Se observa que existen diferencias significativas en las medias obtenidas en el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota. *P .05.

Hs- hipocondriasis. D- depresión. Hi- histeria. Dp- desviación psicopática.

Mf- masculino-femenino. Pa- paranoia. Pt- psicastenia. Es- esquizofrenia.

Ma- hipomania.

Is- introversión social.

DISCUSIÓN

Al inicio del presente estudio surgió la pregunta de si las diferencias encontradas en los rasgos de personalidad del paciente obeso por otros autores (Mancilla, Dúran, Ocampo y López, 1992) eran características de la población de obesos en general, o si bien, se deben a que la muestra utilizada comprendía a obesos que acudían a tratamiento de control de peso.

Siguiendo éste cuestionamiento y aceptando la sugerencia de Prather y Williamson (1988) de utilizar grupos de control adecuados; éste estudio comprendió la participación de mujeres con diferentes porcentajes de grasa, además de tomar en cuenta si acudían o no a tratamiento de control de peso.

De tal forma, se planteó la hipótesis de que al hacer una distinción adecuada entre personas obesas con y sin tratamiento, personas que no son obesas que no realizan una actividad física constante y deportistas; se encontrarán diferencias significativas en los rasgos de personalidad para cada grupo.

Una vez finalizado el estudio, se puede decir que si existen diferencias significativas en algunos rasgos de personalidad de estos grupos de mujeres con diferente porcentaje de grasa, tales como: menor actividad, vigorosidad e impulsividad; mayor ansiedad, reflexibilidad, hipocondriasis, depresión, histeria e introversión social. Aunque en algunos otros rasgos no difieren mayormente.

En cuanto a la diferenciación de obesos con tratamiento y sin tratamiento, los datos muestran que hacer dicha distinción fue una decisión adecuada ya que si se presentan diferencias significativas en los rasgos de personalidad presentados por ambos grupos. En este sentido, si bien es cierto que las mujeres que acuden a tratamiento de control de peso tienen un porcentaje de grasa menor también es cierto que manifiestan mayores desórdenes de

personalidad; en contraparte aquellas mujeres que tienen un porcentaje de grasa mayor pero que no acuden a ningún tratamiento de control de peso presentan una personalidad más ajustada. Estas últimas se asemejan más, en cuestiones de personalidad, a las mujeres normopeso que a las obesas con tratamiento. Esto nos lleva a revisar si en dichos tratamientos se pone énfasis en el manejo adecuado de aspectos tales como: ansiedad, somatización y depresión.

En relación a la ansiedad diversos autores han señalado que ésta es mayor en las personas obesas que en aquellas que no lo son (Vallejo, 1991; Ryden y Johnsson, 1990; Flanagan y Warner, 1991); los resultados arrojados en este estudio lo confirman, ya que los mayores niveles de ansiedad fueron alcanzados por los grupos de obesas y sobretodo por las obesas con tratamiento.

Los datos encontrados sugieren que las mujeres obesas con tratamiento presentan mayores disturbios de personalidad que el resto de los grupos; presentándose como las más ansiosas ante situaciones inesperadas (diferencia significativa) y cotidianas. Confirmando así las tendencias encontradas por Mancilla, Dúran, Ocampo y López (1992), quienes reportan una puntuación mayor, pero que en su muestra no alcanzó un nivel significativo.

Las obesas con tratamiento se muestran menos activas, vigorosas e impulsivas, concordando con Mancilla, Dúran, Ocampo y López (1992) y en contraposición con lo expuesto por Rayden y Johnsson (1990) quienes reportan a las personas obesas como más impulsivas. En este sentido, Aguilar y Padrón (1993), mencionan acertadamente que no es posible afirmar si el sedentarismo, o tendencia a realizar poca actividad física, es causa o consecuencia de la obesidad; pero esta tendencia puede explicar en parte el desequilibrio energético presentado por las personas obesas (Crotte, 1986).

Asimismo las obesas con tratamiento, muestran un interés anormal por sus funciones corporales, expresando sus conflictos psicológicos por medio de la somatización,

preocupándose excesivamente por su salud física. Tienden a utilizar sus síntomas físicos para resolver conflictos y exigen más atención y afecto.

De igual forma, manifiestan mayor nivel de depresión que las mujeres normopeso y deportista, aunque no rebasan el nivel normal. Coincidiendo así con Sánchez- Panell y Martínez; citados en Vallejo, 1991) quienes señalan que las puntuaciones obtenidas no sobrepasaron las propias de la depresión consideradas como normal; además de que en los perfiles de personalidad del MMPI no se mostraron desviaciones patológicas valorables.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio permiten aclarar que si existen diferencias significativas en algunos rasgos de personalidad de las mujeres obesas; sobre todo de aquellas que acuden a tratamiento de control de peso, presentando mayores índices de ansiedad, capacidad de reflexión, hipocondriasis, depresión, histeria e introversión social. Sin embargo en algunos otros rasgos no difieren mayormente de las mujeres que no son obesas.

Con esto se puede concluir, que si bien existen rasgos de personalidad que caracterizan a las mujeres obesas, no se puede establecer con estos datos, un perfil de personalidad único y distintivo de dicha población. Por tal motivo, en el Proyecto de Investigación en Nutrición se continúa recopilando información de otras dimensiones, tales como: sexualidad, sueño, dinámica familiar, comunicación, etcétera. Para así lograr determinar el perfil psicológico en obesos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, L. S., & Padrón, A. S. (1993). Determinación del comportamiento sexual en obesos. E.N.E.P. Iztacala, México, Reporte de investigación.
- Alvarez, R. G., Osorio, C. L. & Vázquez, A.R. (1992). Determinación del perfil psicológico en obesos. E.N.E.P. Iztacala, México, Reporte de investigación
- Barranco, G. J. (1992). Obesidad, mesa redonda. Cuadernos de nutrición, 15 (1), 17-32
- Becerra, I. E. (1988). Estado actual del tratamiento conductual de la obesidad. Revista de Psicología General y Aplicada, 42 (1), 93-100
- Black, D. W., Yates, W.R., Reich, J. H. & Bell, S. (1989). DSM-III Personality disorder in bariatric clinic patients. Annals of clinical psychiatry, 1 (1), 33-37
- Bourges, H. (1986). Memorias de la primera semana de nutrición, UNAM-ENEP I, 32
- Bourges, H. (1992). Obesidad, mesa redonda, Cuadernos de Nutrición, 15 (1), 17-32-32
- Brody, N. (1977). Investigación y teoría de la personalidad, México, Manual Moderno
- Bruch, H. (1980). Thin and fat people. En: J. R. Kapián (ed.) A woman's conflict: special relationship between woman and food, Inglewood Cliff, Prentice Hall

Bueta-Casal, G. & Caballo, V. E. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. Siglo XXI, España

Buskirk, E. (1978) Nutrition for the athlete. In: Rijan and Allman. Sport Medicine. New York, Academic Press

Castillo, H. R., Soler, S. M., Rivero, V. & Báez, B. (1989). Algunas características psicológicas de algunos sujetos que abandonaron el tratamiento de obesidad. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana (4), 541-549

Coen, A. (1992). Deplorable imagen de la gordura. Cuadernos de Nutrición, 15, (1), 6-7

Cohen, J. (1973). Evaluación de la personalidad. Trillas, México

Crisp, A. H. (1970). Premorbid factors in adult disorders of weight, with primary reference to primary anorexia nerviosa: A literature review. Journal of Psychosomatic Research, 14,

Crotte, O. N. (1986) Obesidad infantil: estudio comparativo de una técnica conductual para reducción de peso, aplicada a diferentes combinaciones madre-hijo obeso. E.N.E.P. Iztacala, México, Tesis de licenciatura.

Dicaprio, N. S. (1987). Teorías de la personalidad. México, Interamericana

El-Mofty, M. A. (1991). Psychological profile of obese adolescent girls: II Personality and socialization. Deresat-Nafseyah, 1, (4), 1-34

Faloon, W. N. (1987). Tratamiento quirúrgico de la obesidad. En: Bockus (ed), Gastroenterología, Salvat, Barcelona

Fierro, A. (1981). Lecturas de psicología de la personalidad. España, Alianza

Flanagan, D. A. & Wamer, H. L. (1991). Expressed emotion and panic-fear In the prediction of diet treatment compliance. British Journal of Clinical Psychology, 30, (3), 231-240

Flores, C. F. y Cabeza, F. A. (1990). Endocrinología. México, Méndez Fernández

Garfield, S. L. (1979). Psicología Clínica. Manual Moderno, México

Golman, H. H. (1989). Psiquiatría General. Manual Moderno, México

Grana, A. S., Coolidge, F. L. & Mervin, M. M. (1989). Personality profiles of the morbidly obese. Special Issue: Post-traumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychology, 45, (5), 762-765

Hathaway, S. R., & Mckinley, J. C. (1981). Inventario Multifásico de la Personalidad. México, Manual Moderno

Holliday, M. A. (1978). Body composition and energy needs during growth. In: Human growth by Falkner and Tunner, V. II. New York, Plenum Press

Ibañez, E. & Barreto, P. (1967). Alteraciones del comportamiento alimentario. Barcelona, Medicine

Johnsson, B., Bjorvell, H., Levander, S. & Rossner, S. (1986). Personality traits predicting weight loss outcome in obese patients. Acta Psiquiátrica Scandinávica, 74, (4), 384-387

Kirkley, B. G., Kolotkin, R. L., Hernández, J. T. & Gallagher, P. (1992). A comparison of binge-purger, obese binge-eaters and obese nonbinge eaters on the MMPI. International Journal of Eating Disorders, 12, (2), 221-228

Kjeller, S., & Chmerinski, A. (1990). Body-Image disturbance in obesity. International Journal of Eating Disorders, 12, (4), 409-418.

Kolb, L. C. & Brodke, H. K. (1985). Psiquiatría Médica. México. Interamericana

Kolotkin, R. L., Revis, E. S., Kirkley, B. G. & Janick, L. (1987). Binge eating in obesity: Associated MMPI characteristics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, (6), 872-876

Kyle, L. H. (1966). Effect of thyroid hormone and body composition in myxedema and obesity. Journal Medical, 12, 275-281

Mahoney, J. (1986). Control de peso, una solución total al problema de las dietas. México. Trillas

Mancilla, D. J., Durán, D. A., Ocampo, T-G. & López, A. V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. Revista de Salud Pública de México, 34, (5), 533-539

Mancilla, D. J. & Pérez, R. B. (1992) Serotonina-conducta alimenticia. Revista Mexicana de psicología, 9, (2).

Mancilla, D. J., López, A. V., Ocampo, T-G., Alvarez, R. G., Vázquez, A. R., Ruz, M. A., Mejía, G. R. & Alvarado, C. G. (1993). Microanálisis de la conducta alimenticia. Congreso Latinoamericano de Psicología. Santiago de Chile

- Mancilla, D. J.; Cisneros, C. A.; López, A. V.; Ocampo, T-G.; Alvarez, R.; Vázquez, A.; Osorio, C. & Rosales, L. (1994). Efectos del 5-HdITP sobre la autoselección dietaria en ratas sobrealimentadas. Revista Mexicana de Psicología, 11, (1), 25-32.
- Mischel, W. (1973). Personalidad y evaluación. México, Trillas.
- Nuttin, J. (1968). La Estructura de la Personalidad. Buenos Aires, Kapeluz.
- Ocampo, T-G., Mancilla, D. J., Velasco, V. & Castro, F. (1989). Análisis antropométrico de la distribución de la grasa subcutánea en un grupo de mujeres obesas. IX Coloquio de Investigación. E.N.E.P. Iztacala, UNAM
- Ocampo, T-G., Mancilla, D. J., López, A. V., Alvarez, R., Vázquez, A., Osorio, C. & Alvarado, M. (1992). Distribución centrípeta de la grasa subcutánea en cardiopatía isquémica. IX Coloquio de Investigación, E.N.E.P. Iztacala, UNAM
- Prather, R. C. & Williamson, D. A. (1988). Psychopatlogy associated with bulimia, binge eating and obesity. International Journal of Eating Disorders, 7, (2), 177-184
- Rocha, S. (1992). Obesidad, mesa redonda. Cuadernos de Nutrición, 15, (1), 17 -32.
- Ryden, O. Y. & Johnsson, P. (1990). Psychological vulnerabilities and eating patterns in a group of moderately obese patients. Journal of Obesity and Weight Regulation, 8, (2), 83-97.
- Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). Obesidad. Martínez Roca, Barcelona.
- San Martín, H. (1984). Salud y enfermedad. México, La Prensa Médica Mexicana.

- Sarason, L. (1978). Personalidad: un enfoque objetivo. México, Limusa.
- Skromne-Kadlubik, M. D. & Gómez, M. D. (1992). Scan of hypothalamic satiety centers in the control of obesity: a preliminary report. Obesity surgery, 2, 95-96.
- Solís, A. (1991). Obesidad, ¿Qué es? ¿Cómo prevenirla? ¿Cómo corregirla?. Instituto Nacional de Nutrición, México.
- Spielberger, Ch. y Díaz, G. (1975). IDARE, Inventario de ansiedad rasgo-estado. México, Manual Moderno.
- Stanger, G. (1981). Psicología de la personalidad. Trillas, México.
- Stein, R. F. (1987). Comparison of self concept of nonobese and obese university juniors female nursing students. Adolescence, 22, (85), 77-90.
- Thompson, R. (1977). Introducción a la psicología fisiológica. México, Harla.
- Thurstone, L. (1987). Inventario de Rasgos Temperamentales. México, Manual Moderno.
- Vallejo, R. J. (1991). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. España, Salvat.
- Vargas, L. A. (1984). Factores culturales en la alimentación. Cuadernos de Nutrición, 4, 18-32.
- Yanosvski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K. & Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity, DSM-III-R in obese subjects. American Journal of Psychiatry, 150, (10), 1472-1479.