



16
29.
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PERFIL PSICOLOGICO
COMPARATIVO ENTRE DOS
GRUPOS DE PACIENTES OBESOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARTHA ANGELES CADENA



DIRECTORA:

LIC. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA

MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

261786



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

**AGRADEZCO PROFUNDAMENTE A LA
LIC. ALMA MIREIA LOPEZ-ARCE CORIA
POR SU AYUDA PROFESIONAL EN LA
REALIZACION DE ESTA INVESTIGACION**

A LA MEMORIA DE MI PADRE

CON CARIÑO, ADMIRACIÓN Y GRATITUD A MI MADRE

CON CARIÑO A MI SOBRINA GLORIA LORENA

A MIS HERMANOS Y SOBRINOS

A MIS AMIGOS

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo conocer el perfil de personalidad en pacientes obesos hombres y mujeres. La muestra estuvo formada por 84 pacientes; 40 del sexo masculino y 44 del sexo femenino entre 16 y 50 años. Fué un estudio transversal, prospectivo, exploratorio, observacional, evaluativo y descriptivo. El enfoque en el que se basó esta investigación es el Análisis Factorial de 16 Factores de Personalidad de Raymond B. Cattell. La información de esta prueba fué resultado de la aplicación en pacientes obesos de diferentes unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social en el D. F., los datos obtenidos se sometieron a un análisis estadístico descriptivo encontrando que existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre hombres y mujeres obesos, por lo que se concluye que: los hombres tienden a apartarse de lo social; inestabilidad emocional, autoafirmativos, despreocupados, no se apegan a compromisos; más extrovertidos que retraídos, sensibilidad en relaciones afectivas; imaginativos; estables emocionalmente; conservadores tratando de no crear problemas, reafirmando su posible connotación oral; dependencia grupal, componentes de alta tensión, frustración y sobreexcitación, debilidad yoica. Las mujeres mayor afinidad en la relación que establecen; contenidos concretos en el marco del aprendizaje; inestabilidad emocional; autoafirmativas, entusiastas, responden más a la estimulación externa que a sus valores internos, tendencia a no apegarse a las reglas, extrovertidas; buscan más lo práctico y lo objetivo al tomar una decisión, no muestran ingenuidad, estables emocionalmente, conservadoras tratando de no crearse problemas reafirmando su posible connotación oral; componentes de alta tensión, frustración y sobreexcitación por la debilidad yoica.

INDICE

RESUMEN	
INTRODUCCION	1
I ASPECTOS GENERALES DE LA OBESIDAD	4
Genética	6
Algunos Aspectos del Metabolismo	7
Mecanismos del Hambre	10
Nutrición	14
Mecanismos Neurales	19
Hipotálamo	20
Serotonina	22
Catecolaminas	26
Etiología de la Obesidad	27
Obesidad	32
Grados de Obesidad	34
II ASPECTOS GENERALES DE LA PERSONALIDAD	37
Teorías de la Personalidad	38
Algunas Teorías Psicodinámicas	39
Teoría Psicoanalítica de Freud	39
Teorías Neofreudianas	40
Teorías Fenomenológicas	42
Teoría Motivacional	43
Teorías Disposicionales	44
Teoría de los Biotipos	45
El Análisis Factorial	45
Teoría de la Personalidad de Cattell	47
Desarrollo de la Personalidad	50
El Contexto Social	52

III METODO CONDUCTUAL Y PSICOTERAPEUTICO	54
Los Principios de Modificación de la Conducta	57
Método Psicoterapéutico	62
IV DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	68
Método	68
Sujetos	68
Tipo de Estudio	69
Escenario	69
Instrumento	69
Muestra	70
Procedimiento	70
Análisis de Datos	
V RESULTADOS CUALITATIVOS	71
RESULTADOS CUANTITATIVOS	76
Perfil Hombres	78
Perfil Mujeres	81
Perfil Hombres - Mujeres	83
CONCLUSIONES	84
LIMITACIONES	87
SUGERENCIAS	89
REFERENCIAS	91
ANEXO 1	97
ANEXO 2	112

INTRODUCCION

En la actualidad ya no resulta desconocido el hecho de que la obesidad ha dejado de ser un problema de orden "estético", para constituirse en un problema de salud pública, dado el alto índice de personas con sobrepeso, y sus repercusiones en la salud. Se ha intentado explicar la obesidad desde distintas disciplinas; sin embargo, las teorías que tratan de dar cuenta de los factores que determinan dicho fenómeno, no han ido más allá de lo que sus propias disciplinas les permiten y, por lo tanto, sus datos sugieren sólo resultados parciales, ya que la nutrición, y muy en particular la obesidad, se han convertido en áreas donde inciden diferentes profesionales y en las que particularmente el psicólogo ha encontrado un campo fértil para su quehacer científico.

La obesidad es el resultado de un exceso de tejido adiposo, indeseable por cuanto se asocia con numerosas enfermedades y con mayores índices de mortalidad; es el producto de un balance energético superior al óptimo, que puede provenir de muchas causas. Es difícil establecer cuándo se trata de un exceso de tejido adiposo, ya que se desconocen los límites precisos del compartimiento grasa en situaciones normales y porque se utiliza el peso corporal como indicador indirecto de la grasa corporal. El concepto de balance energético permite analizar diversas

combinaciones que pueden producir obesidad, ya que se pueden desglosar la ingestión y los diversos componentes del gasto calórico separadamente y en conjunto, en relación con el balance óptimo para distintas circunstancias fisiológicas y con respecto a distintas velocidades de flujo energético en el sistema .

Los componentes del balance, y el balance mismo, son objeto de regulación en la que intervienen numerosos factores bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, nerviosos, psicológicos, sociales, etcétera. Esto lo convierte, no en un tema exclusivo de la biología o de la fisiología, sino en un fenómeno en el que están involucradas variables medioambientales; es importante considerar los aspectos medioambientales como la influencia del condicionamiento en las preferencias alimenticias. Si bien cabe tener en cuenta otros factores, incluso los neurofisiológicos.

Actualmente han aumentado las investigaciones sobre el problema de la obesidad debido a los cambios sociales y económicos que conducen a la malnutrición, aumento del estrés, empleos que favorecen la vida sedentaria, el progreso tecnológico que aporta cada día más alimentos procesados, el uso de fertilizantes e insecticidas que empobrecen los suelos de elementos indispensables para el buen funcionamiento del organismo, comidas enlatadas, conservadores, saborizantes y colorantes artificiales, alimentos congelados y comida poco o nada nutritiva.

La prevalencia de la obesidad es elevada, ya que la padece del 33 al 50% de la población de los países industrializados. En los que están en vías de desarrollo la frecuencia es semejante, sobre todo en las áreas donde las condiciones socioeconómicas lo permiten (habitualmente en las zonas urbanas) y afectando de preferencia a las clases sociales medias y bajas. Además este fenómeno de acuerdo a las estadísticas comparativas tiende a aumentar.

I ASPECTOS GENERALES DE LA OBESIDAD

Aspectos Históricos

Es histórico la preocupación del hombre por luchar contra la obesidad en épocas o en zonas de abundancia. Hay toda una evolución en el arte pictórico y el escultórico. La venus de Wilhemdorf, del período paleolítico, presentaba una importante obesidad deformante y a partir de allí muchos descubrimientos arqueológicos (Venus de Malta, Venus de Lesplugue) despertaron dudas: ¿representaban el ideal o mostraban lo que era necesario evitar?

Continúa la idea de abundancia-gordura en la Edad Media y en el Renacimiento, lo cual ha quedado evidenciado ampliamente en la literatura, pintura y escultura.

Las concepciones estéticas comienzan a cambiar a fines del siglo XIX y a principios del siglo XX, hasta el punto de Marañón (1926) que, según observaciones, nunca fue tan intensa la obsesión por adelgazar como en este tiempo, ni nunca se ha llevado a tal extremo de esbeltez. Esta concepción estética tuvo un leve retroceso al final de la década del 40 y principios de los años 50.

Hay muchos factores que pueden contribuir a la obesidad, aunque unas cuantas enfermedades poco comunes sirven como modelos para estudiar la etiología del trastorno, no explican el mecanismo del problema. Se dice que la obesidad es más frecuente en mujeres de raza negra, de estado

socioeconómico bajo; se encuentra en 80% de los hijos de dos progenitores obesos, y está influenciada por factores culturales y étnicos. Entre las causas ambientales están la ingestión excesiva de alimentos, inactividad, hábitos de cocina y dietéticos de la familia, estado socioeconómico y sabor agradable de la dieta. Las causas psicológicas se relacionan con la imagen corporal y son: depresión, provisión de alimento como "recompensa".

El estrés o la tensión emocional afecta en forma diferente a los individuos: algunos presentan anorexia, otros hiperbulia, como podría ser la dipsomanía o el abuso del tabaco o drogas, dependiendo de la estructuración individual de la personalidad, si ésta antecede o es consecuencia de la imagen corporal del obeso. Se ha afirmado que la obesidad puede resultar en un hijo con madre dominante, más por el reforzamiento de los patrones de alimentación de la vida temprana que por el efecto psicológico de la sobreprotección, uso de los alimentos como forma de entretenimiento y relación de la ingestión de ellos para estimular endorfinas; en esta forma el trastorno refleja probablemente un conjunto compuesto por factores heterogéneos.

Es posible que los mecanismos de fondo estén relacionados con desarreglos metabólicos del tejido adiposo, defectos del equilibrio de energía que incluyen su ingestión o transformación como gasto o almacenamiento. Al final el equilibrio de energía debe ser positivo para que aparezca la obesidad.

Las causas endócrinas de obesidad son poco comunes, pero puede haber exceso de grasa corporal a causa de hiperinsulinismo, exceso de cortisol o deficiencia de hormona tiroidea.

Hay influencias que condicionaron esta modalidad: practicidad, economía, factores sexuales y en muchos casos, la imitación de los países europeos.

Genética

La existencia de numerosas formas de obesidad hereditaria en animales, y la facilidad con que la adiposidad puede producirse por cruzamiento selectivo, aclara que los factores genéticos pueden jugar aquí un papel determinante (Mayer, 1968). Estos factores deben ser, además, presumiblemente importantes en la obesidad humana, aunque solamente se ha obtenido evidencia clara de transmisión genética en condiciones tan poco frecuentes como el síndrome de Laurence-MonBield. En un estudio se informó de obesidad en la prole, en aproximadamente el 80% de parejas obeso-obeso, en el 40% de obeso-no obeso y en más del 10% de no obeso-no obeso (Mayer, 1957). En otras series, Davenport informó que entre 51 niños de padres obesos, ninguno estaba delgado, todos tenían un peso por lo menos igual al promedio, y un tercio era obeso (Davenport, 1923).

Pero tales cifras confunden inevitablemente las influencias genéticas y ambientales. Aunque se hicieron esfuerzos por separar estas influencias (por estudios en gemelos y niños adoptados), nadie ha declarado el mecanismo de transmisión ni ha proporcionado más que estimaciones aproximadas de la relativa contribución de la herencia (Withers, 1964). A causa de que algunos factores no genéticos pueden influir en el peso corporal, se acepta generalmente que el exceso de peso en sí es un fenotipo insatisfactorio para el estudio de los factores genéticos de la obesidad humana.

Actualmente, el interés está cambiando a la transmisión de somatotipos; su relevancia es clara desde la demostración de Seltzer y Mayer (1964), de que la obesidad ocurre con mucha mayor frecuencia en algunos tipos físicos que en otros; las chicas adolescentes obesas, por ejemplo, muestran valores extremadamente bajos de actomorfia. La presencia de aunque sólo sea un grado moderado de ectomorfia, parece proteger contra la obesidad. Se ha estimado que dos tercios de las mujeres de la población general pueden ser suficientemente ectomórficas como para recibir protección significativa contra la obesidad. Estudios preliminares de Withers (1964), muestran que los somatotipos son hereditarios, particularmente la transmisión padre-hija de mesomorfia y madre-hijo de endomorfia.

Algunos Aspectos del Metabolismo

El proceso del Metabolismo consta de dos fases que son la absorción y el ayuno que son las dos reservas de nutrientes. Durante la fase de absorción recibimos glucosa, aminoácidos y grasas de los intestinos. El nivel de insulina en sangre es elevado, lo que permite que todas las células metabolicen glucosa. Además el hígado y los músculos convierten la glucosa en glucógeno, el cual repone las reservas a corto plazo. El exceso de carbohidratos y de aminoácidos se convierte en grasas que se almacenan en el depósito de reservas a largo plazo del tejido adiposo.

Durante la fase de ayuno, la actividad del Sistema Nervioso Parasimpático decrece, aumentando la del Sistema Nervioso Simpático. Como consecuencia disminuye el nivel de insulina y aumenta el de glucagón y el de catecolaminas adrenales. Esta provoca la conversión del glucógeno del hígado en glucosa y

la ruptura de los triglicéridos en glicerol y ácidos grasos. En ausencia de insulina, sólo el Sistema Nervioso Central es capaz de utilizar la glucosa disponible en la sangre; el resto del cuerpo vive a expensas de los ácidos grasos. El hígado convierte en glicerol en glucosa; y, si la fase de ayuno es lo suficientemente larga como para agotar las reservas de carbohidratos a corto plazo, algunos ácidos grasos se convierten en cetonas para ser también utilizadas por el cerebro.

El Peso Corporal

Una razón para pensar que la conducta de alimentación está sujeta a un sistema de control es que el peso corporal parece estar regulado por algún tipo de punto de ajuste. Los seres humanos suelen mantener el mismo peso corporal durante varios años, ya que incluso un pequeño aumento o disminución en la ingesta calórica diaria puede desembocar finalmente en un cambio importante de peso, el cuerpo tiene que aportar señales de retroalimentación que controlen la ingesta de nutrientes y el metabolismo. El control de la ingesta de nutrientes puede verse claramente en estudios de animales en los que el peso corporal se aleja del punto de ajuste, ya sea por privación de comida o por alimentación forzada. En ambos casos los animales ajustan su ingesta de alimentos subsiguiente (aumentándola o disminuyéndola) hasta que vuelvan a obtener un peso apropiado para su edad.

No obstante, la regulación del peso es diferente de la regulación de la temperatura. Mientras que la temperatura corporal es bastante similar de una persona a otra, el peso corporal varía marcadamente de persona a persona.

Además, el punto de ajuste que manifiesta una persona puede variar con el estrés, el buen sabor del alimento, el ejercicio y muchos otros factores ambientales y genéticos. Una posible explicación es que el punto de ajuste en sí mismo pueda ser cambiado por diversos factores. Otra posibilidad es que la conducta de alimentación esté regulada por un sistema de control que no tenga un mecanismo formal de punto de ajuste, pero que sin embargo funcione como si existieran niveles críticos.

En el cuerpo existen sistemas de retroalimentación de este tipo. Aparentemente, cuanto más grasa se almacena en la célula, menor es la conversión de los nutrientes en grasa. De este modo, la reserva de grasas puede ejercer, directa o indirectamente, una retroalimentación negativa, que es proporcional a la cantidad de grasa. Debido a este mecanismo de retroalimentación, las reservas de grasas tienden a mantenerse estables frente a la variación de ingesta de nutrientes. Sin embargo, si la ingesta de nutrientes se aumenta durante un periodo prolongado, el sistema recurre a un nuevo punto de ajuste por encima del valor anterior.

En dicho sistema, las reservas de grasas no pueden incrementar la señal de retroalimentación negativa (para afrontar la demanda de un mayor aporte de nutrientes), a menos que éstas hayan aumentado primero algo. Los sistemas de retroalimentación fisiológica automática de este tipo parecen jugar un importante papel en la regulación del peso corporal.

Una importante conclusión de estas apreciaciones, es que el punto de ajuste del peso corporal de cada persona puede considerarse como el peso en el que la proporción entre el gasto de energía y la masa metabólica está cerca

de 70. Si el organismo experimenta repetidamente una pérdida de peso (como en los modelos de dieta humanos), pueden ocurrir cambios a largo plazo: se necesitarán menos calorías para mantener un peso determinado, lo que tiene el efecto de aumentar el punto de ajuste, o bien, aumentar el peso en el que la proporción entre el gasto de energía y la masa metabólica se acerca a 70. Algunas personas anteriormente obesas que han mantenido un peso más bajo durante años tienen tasas metabólicas anormalmente bajas. Mantienen su pérdida de peso sólo restringiendo su ingesta calórica muy por debajo de la de otras personas con el mismo peso.

Mecanismos del Hambre

Ha sido probablemente el hambre, en todos sus significados conocida desde los orígenes de la experiencia humana Platón, Aristóteles y Galeno escribieron acerca de ella y ofrecieron hipótesis específicas sobre la naturaleza del hambre experimentada. Sin embargo, las consideraciones serias sobre el hambre hechas por fisiólogos empezaron con Albrecht Von Haller, quien escribió, hace 220 años, que el hambre surge "cuando los delicados y vellosos pliegues de la mucosa gástrica se frotan o tallan entre sí..." y que "los vellos desnudos de los nervios en una parte del estómago rozan con los nudos de los de la otra, de manera casi intolerable" (Boring, 1942).

Esta vívida descripción se aplica, obviamente al hambre experimentada; es una teoría local y periférica, que, atribuye al estómago mismo los procesos que subyacen en el hambre experimentada. Carlson (1916) distingue seis y Boring (1942) cinco, de tales teorías periféricas sobre el origen del hambre,

que se diferencian por la naturaleza específica de los procesos locales del estómago, postulados para explicarla.

En 1817, Magendie ofreció un punto de vista alternativo, afirmando que el hambre surge de un debilitamiento de los tejidos que afecta al Sistema Nervioso y al cerebro. Por lo general se conoce a este enfoque como una de las teorías del origen central del hambre, y quita importancia al papel de las contracciones estomacales.

Un tercer tipo de teoría, similar a la teoría del origen central, subraya el papel de la estimulación aferente venida de todos los órganos del cuerpo. Esta estimulación afecta indirectamente a un centro del hambre situado en el cerebro, sobre el que además, ejerce una influencia directa en algún cambio sufrido por la sangre. Esta tercera clase (Carlson, 1916), se conoce como un enfoque de que el hambre es "una sensación general".

En un principio, el trabajo empírico con los procesos gástricos, se concentró principalmente en los efectos que causaba cortar el nervio vago y el esplácnico, que inervan el estómago. En 1829, Sedillat (Boring, 1942), seccionó los vagos de animales sin suprimir la actividad de comer y, después, otros investigadores confirmaron estos descubrimientos sobre la división del vago, así como de los esplácnicos y de los nervios del gusto (Carlson, 1916). Seccionar estos nervios cambia hasta cierto grado la actividad del estómago y también evita que las consecuencias aferentes de la acción estomacal alcancen los centros nerviosos superiores. Sin embargo, el hambre persiste.

Esto parecería eliminar la actividad estomacal como un factor importante; además casos tales como el citado en 1958 por Busch, parecen contradecir aún más dicha teoría. Busch estudió a una mujer que tenía una fístula exactamente abajo del duodeno, que impedía la entrada de comida al intestino desde el estómago. Aunque su estómago estaba lleno de comida, la mujer experimentaba un intenso deseo de comer, pero no sentía "dolores" de hambre (Boring, 1942).

Se han propuesto varias teorías sobre la forma en que conoce el hipotálamo las necesidades de alimento. Una de las más conocidas la glucoestática, sostenida por Jean Mayer (1963), que establece que el centro de control del hambre reacciona ante su propio ritmo de utilización de glucosa. Cuando por la sangre circula glucosa en abundancia, el centro la aprovecha de inmediato y disminuye la sensación de hambre. Al ir disminuyendo la glucosa, su utilización también disminuye y entonces el hipotálamo desencadena la sensación de hambre. Generalmente comemos impulsados por la sensación del hambre, la cual está controlada por el hipotálamo. Al requerir comida, una región de esta estructura envía señales al estómago suscitando con ellas esa sensación que llamamos "hambre". Una vez ingerida la comida, otra parte del hipotálamo disminuye esa sensación.

Otro factor que posiblemente influye en el centro es la cantidad de grasa almacenada en el organismo (teoría lipostática). Un nivel bajo de grasa será interpretado como una necesidad de alimento, y el mecanismo de hambre será estimulado; un alto nivel que denota ingestión excesiva de grasa lo reprimirá. Algunos científicos piensan que este nivel de grasa depositada en el organismo garantiza una regulación prolongada de la ingestión, mientras

que el mecanismo glucostático controla la ingestión en un lapso breve (cada hora).

Hay otros mecanismos que también intervienen, por ejemplo: ciertos compuestos producidos por el tejido nervioso (neurotransmisores) son capaces de activar los mecanismos del hambre y la saciedad.

¿Qué inicia la conducta de comer?

Existen muchos factores que nos inducen a comer, como la presencia de una comida sabrosa, la compañía de las personas que están comiendo, o la expresión >¡a comer!<. Lo más importante es que debe de existir algún tipo de señales que indiquen al encéfalo que los suministros de nutrientes se están agotando y que es el momento de empezar a buscar e ingerir alguna comida. Las señales fisiológicas que causan el inicio de una comida no son necesariamente las mismas que causan el cese de la misma. Es posible que se empiece a comer porque los suministros han disminuído por debajo un determinado nivel pero, desde luego no se deja de comer porque se hayan recuperado los niveles normales de esos nutrientes.

En realidad, dejamos de comer mucho antes de que esto suceda, ya que la digestión requiere varias horas. De esta manera, con toda seguridad la señal del hambre y la de la saciedad han de ser distintas.

Nutrición

Refiriéndose a la nutrición como el proceso de suministrar sustancias alimenticias necesarias para mantener al individuo sano. Los alimentos incluyen carbohidratos y grasas, que proporcionan casi toda la energía orgánica, y proteínas, vitaminas y minerales requeridos para la síntesis de estructuras y compuestos químicos especiales del organismo. La energía de los alimentos se mide en términos de la cantidad de calor liberada por el desdoblamiento completo de la molécula hasta CO₂ y agua; se expresa en kilocalorías (calorías), unidades para medir el calor. La caloría es la cantidad de calor necesaria para elevar la temperatura de un kilogramo de agua en un grado centígrado.

En realidad, la caloría es una medida magnífica de la energía corporal, pues la mayor parte de la energía producida en el organismo por último se convierte en calor.

Contenido energético de los distintos alimentos

Cada uno de los tres tipos de sustancias alimenticias liberan en el cuerpo las siguientes calorías por gramo:

	Calorías
Carbohidratos	4.1
Grasas	9.3
Proteínas	4.1

Es patente que 1 gramo de grasa proporciona más del doble de energía que 1 gramo de carbohidratos o proteínas. Así las grasas en la dieta son muy desorientadoras, regularmente se piensa que se ingiere una dieta pobre en grasas y, sin embargo, puede obtenerse tanta energía de los lípidos como de los carbohidratos. Además, la grasa casi siempre está en forma pura en los alimentos, y los carbohidratos y las proteínas suelen estar muy diluidos en agua. Al comer papa con mantequilla, la grasa de la mantequilla suele contener casi la misma energía que toda la ración de papas, por dos razones: en primer lugar, la mantequilla misma proporciona 2.25 veces la energía del almidón de la papa; en segundo lugar, los almidones constituyen sólo alrededor de una sexta parte de la masa de la papa, pues casi toda ésta es agua. Por más baja que sea la concentración de aminoácidos en la sangre, el hígado todavía desamina algunos de ellos, que se excretan o se utilizan con fines energéticos.

Por la pérdida continua de aminoácidos, las proteínas corporales disminuyen constantemente si no se restituyen por la alimentación. Suelen necesitarse unos 45 gramos diarios de proteínas, para reemplazar la pérdida continua.

Algunas proteínas no contienen todos los aminoácidos esenciales en la proporción en que los necesita el organismo. Al ingerir estas proteínas, la necesidad excederá de 45 gramos diarios. Por ejemplo, las proteínas de verduras o cereales tienen los diversos aminoácidos en proporción distinta que el cuerpo humano, por otra parte, las proteínas animales en general tienen composición de aminoácidos idéntica que las del ser humano. En consecuencia, el individuo que necesita 45 gramos diarios de proteínas animales quizá necesitará incluso 65 gramos de proteínas vegetales; la cifra exacta depende del tipo de éstos. Las proteínas que no suministran una

proporción adecuada de los distintos aminoácidos son las llamadas proteínas parciales.

Necesidad energética diaria

Un individuo de 70 kilogramos de peso que está acostado todo el día y no hace otra cosa excepto comer y existir, suele necesitar 1,850 calorías diarias. Si se sienta en una silla, necesitará 200 ó más calorías adicionales. En consecuencia 2,000 calorías diarias es la cantidad basal normal de energía necesaria simplemente para vivir. Además, cualquier tipo de ejercicio exige energía adicional.

<u>Actividad</u>	<u>Calorías/hora</u>
Sueño	65
Estar despierto e inmóvil	77
Sentarse en reposo	100
Estar de pie en relajación	105
Vestirse y desvestirse	118
Sastrería	135
Escribir rápidamente (máquina)	140
Ejercicio ligero	170
Caminar lentamente (4 Km./hora)	200
Carpintería, pintura industrial	240
Ejercicio activo	290
Ejercicio intenso	450
Cortar madera	480
Nadar	500

Correr (8.5 Km/hora)	570
Ejercicio muy intenso	600
Caminar muy rápidamente (8.5 Km/hora)	650
Subir escaleras	1,100

Necesidades vitamínicas del organismo

Las vitaminas son compuestos químicos que el organismo necesita en cantidades mínimas para efectuar funciones especiales.

<u>Vitamina</u>	<u>Necesidad diaria</u>
A	5,000 unidades
Tiamina	1.8 mg.
Riboflavina	1.8 mg.
Niacina	18.0 mg.
Acido ascórbico	75.0 mg
D (niños y durante la gestación)	400 unidades
E	se ignora
K	0
P	se ignora
Acido fólico	0.5 mg.
B12	2.0 microg.
Inositol	se ignora

Piridoxina	2.0 mg.
Acido pantoténico	se ignora
Biotina	se ignora
Acido para-aminobenzoico	se ignora

En general, una dieta balanceada proporciona una cantidad suficiente de las distintas vitaminas. Sin embargo, en ocasiones una anomalía impide utilizar alguna vitamina, y en estas circunstancias ocurre deficiencia, aunque la dieta sea adecuada. Se ignoran las funciones fisiológicas exactas de casi todas las vitaminas en el organismo, pero pueden hacerse ciertas deducciones a partir de los efectos físicos causados por la carencia de las mismas.

Bases Neurobiológicas de la elección de los alimentos.

FACTORES EXTERNOS

Sabor, textura, cualidades sensoriales de los alimentos
 Composición nutricional
 Hábitos y costumbres
 Disponibilidad
 Facilidad de adquisición
 Temperatura ambiental
 Limitaciones del comportamiento
 Agresión

FACTORES INTERNOS

Estado metabólico
 Estado neuroquímico
 Receptores sensoriales
 Balance energético

Factores que influyen en la selección de los macronutrientes

El estudio de la selección dietética, como cualquier otro estudio del comportamiento alimentario, debe tomar en cuenta la multifactoriedad de los mecanismos que conducen a una persona dada a mantener una relación relativamente estable: lipídicos, protídicos y glúcidos de la alimentación.

El comportamiento alimentario es multifactorial; sólo se mencionarán las bases neuroendócrinas de la selección dietética, el papel del Sistema Nervioso Central y de varios substratos metabólicos. Con esto únicamente se abordará un aspecto del problema.

Mecanismos Neurales

El tronco del Encéfalo contiene circuitos neurales capaces de controlar la aceptación o el rechazo de comidas dulces o amargas, y puede incluso ser modulado por la saciedad o por señales fisiológicas de hambre, tal como una disminución en el metabolismo de la glucosa. Algunas neuronas del núcleo del tracto solitario parecen codificar gustos >buenos< y >malos< ; estas neuronas modifican su respuesta de >salado< a >bueno<, en ratas cuando hay deficiencia de sodio, y de >dulce< a >malo< cuando se asocia a sacarina con una inyección de cloruro de litio. Estos cambios pueden tener lugar en una rata descerebrada, incluso cuando la amígdala basolateral es necesaria para la expresión de una aversión condicionada al sabor.

Las lesiones del hipotálamo ventromedial hacen que los animales coman en exceso y se vuelvan obesos, y la estimulación eléctrica de esta área inhibe la

conducta de comer. Sin embargo, esta región no es un simple >centro de saciedad<.

Estas lesiones hacen que un animal se vuelva delicado, y provocan un aumento en la secreción de insulina forzando al animal a comer más.

Hipotálamo

Los descubrimientos realizados durante las décadas de los años cuarenta y cincuenta atrajeron la atención de los investigadores interesados en la conducta de ingesta hacia dos regiones del hipotálamo: el área lateral y el núcleo ventromedial. Durante muchos años, los investigadores consideraron que estas dos regiones controlaban el hambre y la saciedad respectivamente; una sería el acelerador y la otra el freno. Los hallazgos básicos fueron los siguientes: tras la lesión del hipotálamo lateral los animales dejaban de comer o de beber (Anand y Brobeck, 1951; Teitelbaum y Stellar, 1954), en Kandel (1997) Neurociencia y Conducta.

La estimulación eléctrica de esta misma región aumentaba la conducta de comer, de beber o ambas. Por el contrario, las lesiones del núcleo ventromedial del hipotálamo hacían que los animales comieran en exceso y se volvieran obesos, mientras que la estimulación eléctrica de ese núcleo suprimía la conducta de comer. (Hethrington y Ranson, 1942) en Brain, Walter. (1975) Enfermedades del Sistema Nervioso. Aunque el hipotálamo lateral parece tener un papel en el control de la ingesta de comida, no está claro que el núcleo ventromedial esté relacionado con la saciedad.

Hipotálamo Ventromedial / Núcleo paraventricular.

Uno de los efectos más impresionantes de las lesiones cerebrales localizadas es la conducta de comer en exceso y la obesidad que se produce como consecuencia de la lesión del hipotálamo ventromedial (HVM). La explicación más plausible para el hecho de que una lesión produzca un aumento en la ingesta es que la misma destruya mecanismos cerebrales de saciedad, explicación que ha sido aceptada durante muchos años. El hipotálamo ventromedial se conoce como el "centro de la saciedad"; las lesiones en este producen hiperfagia y obesidad, con un cambio afectivo general, irritabilidad y agresividad. (Carpenter, 1986).

Hipotálamo Lateral

Aproximadamente durante dos décadas después del descubrimiento de que las lesiones del hipotálamo lateral abolían la conducta de comer, la mayoría de los investigadores suscribieron la hipótesis de que esta región era un >centro del hambre<. Stricker y Zigmond revisaron las pruebas existentes, y llegaron a la conclusión de que los efectos conductuales de las lesiones del hipotálamo lateral, como la supresión de la ingesta, estaban producidos por la destrucción de los axones dopaminérgicos del fascículo negro estriado que atraviesa esta región, el cual tiene un papel en el control del movimiento. Sin embargo, investigaciones posteriores han puesto de manifiesto que las lesiones neurotóxicas hechas con ácido iboténico, que destruye las células dejando intactos los axones que atraviesan la región, provocan una disminución duradera de la ingesta de la comida y del peso corporal (Winn, Tarbuck y Dunnet, Lane y Winn, 1985).

Estas lesiones no afectan los axones que pasan por él, parecen estar relacionadas con el control de la conducta de ingesta. El hipotálamo lateral contiene receptores para la glucosa y neuronas cuyas tasas de respuesta aumentan cuando los animales están hambrientos y se les presentan estímulos relacionados con la comida. Los trabajos basados en la saciedad sensorialmente específica han demostrado que la actividad de estas neuronas está estrechamente vinculada con la motivación relacionada con la comida. Los sistemas neuroquímicos están implicados en la selección de los alimentos. Se ha dado interés particular a la serotonina, a las catecolaminas y a los opioides. Hay probabilidad de que en un futuro aparecerá la responsabilidad de otras sustancias neuroquímicas.

Del alimento al Neurotransmisor

La modificación de la composición plasmática en sustratos energéticos, inducida por la alimentación, influye sobre la actividad del Sistema Nervioso Central al intervenir en la síntesis de varios neurotransmisores. Esto parece claro para los aminoácidos (triptofano, tirosina) que son los precursores de la serotonina y de las catecolaminas. El comportamiento alimentario, en particular la selección de los alimentos; el mejor ejemplo documentado de tal secuencia de sucesos se refiere al metabolismo de la serotonina

Serotonina

En un principio se demostró que la estimulación de los demás serotonérgicos reduce la ingesta alimentaria en situaciones experimentales

muy variados, y que la inhibición de la serotonina tiene un efecto inverso. Se ha considerado que la serotonina tiene un papel importante en la sociedad. Se ha confirmado que parece estar implicada en la selección de los alimentos, en particular de los **prótidos** y los **glúcidos**. La mayoría de los autores concluyen que la serotonina desempeña un papel en el equilibrio **glúcido** **protéico** de la alimentación.

Alimentación y Serotonina

La síntesis central de la serotonina depende de la disponibilidad de su aminoácido precursor: el **triptofano (TRYP)**, es decir, de la cantidad de triptofano que atraviesa la barrera hemomeningea. La captación del triptofano por el cerebro depende de la relación entre este aminoácido y otros aminoácidos neutros como **tirosina**, **fenil-alanina**, **leucina**, **isoleucina**, **valina (TPLIV)**; entre más elevada es la relación **(TRYP TPLIV)**, mayor es la captación del **TRYP**. Esto se debe al hecho de que el **TRYP** comparte con estos otros aminoácidos a nivel de un sistema de transporte común que permite atravesar la barrera hemomeningea. La alimentación influye sobre la captación de triptofano.

Entre más elevada es la proporción de **glúcidos** en la alimentación, mayor es la captación de triptofano. En efecto, una alimentación **glucídica** estimula la secreción de **insulina**, aumenta la captación muscular de aminoácidos **TPLIV**, lo cual eleva la relación **TRYP TPLIV**. Por lo tanto, una alimentación rica en **glúcidos** favorece la síntesis de serotonina a nivel del **Sistema Nervioso Central**.

Recíprocamente, una activación serotoninérgica influye sobre la elección de los alimentos; ciertos agentes serotoninérgicos como la dextrofenifluramina tiene como efecto el reducir las aportaciones enérgicas disminuyendo selectivamente las aportaciones glucídicas sin alterar el consumo de prótidos. Podría decirse que la alimentación envía al Sistema Nervioso Central una señal biológica cuyo resultado es inducir una reacción de comportamiento adaptada.

La repercusión de la obesidad varía dependiendo de su magnitud y duración, así como de otros factores como la edad, estructura psicológica, estrato social y económico, etcétera. Cuando es ligera y de corta evolución, generalmente no hay alteraciones, pero cuando progresa y es crónica, aparecen complicaciones de diferentes tipos que hacen difícil su manejo, por ejemplo trastornos psicológicos tales como ansiedad, angustia, frustración, etcétera.

Los resultados de estudios epidemiológicos señalan una elevada asociación con padecimientos cardiovasculares, constituyendo una de las causas más frecuentes de muerte.

Existen características del paciente obeso que permiten conocer el pronóstico, y por lo tanto las posibilidades de éxito: los hombres reducen más peso que las mujeres, y es más difícil en ancianos y en niños; cuando la obesidad se inicia en la vida adulta o tiene poco tiempo de iniciada, es posible obtener buenos resultados. El pronóstico es sombrío en personas de bajos recursos económicos, en pacientes con desajuste emocional (con frustraciones de diversa índole que adoptan como sustituto la ingestión de alimento) y con el antecedente de fracasos anteriores. En general, la disminución de peso se

logra al reducir el ingreso calórico, la educación dietética continua es indispensable en todo programa de reducción, y puede haber un gran número de recursos dietéticos, pero todos deben cubrir los siguientes requisitos:

⇒ proporcionar un número de calorías que favorezca un balance energético negativo;

⇒ elaborar la dieta teniendo en cuenta los patrones sociales, culturales, religiosos, etcétera, con el objeto de evitar que la dieta aumente la ansiedad del paciente.

Si no existe un padecimiento que lo contraindique, el ejercicio físico es una medida que debe incluirse en todo programa de reducción de peso. Su objetivo es modificar los hábitos de trabajo inadecuados de la persona, por los cuales disminuye su consumo de energía. No es posible obtener una reducción de peso significativa con ejercicio físico exclusivamente. El uso de anorexígenos en la obesidad ha sido discutido, ya que se ha comprobado una elevada dependencia, así como efectos colaterales indeseables, por lo que se considera de valor limitado en el tratamiento. Se ha observado que en un tercio lo disminuyen en forma significativa, pero sin que se pueda distinguir entre el efecto de la droga y el placebo, pues sólo en un tercio de los casos se obtiene un efecto adecuado. El uso de hormona tiroidea, gonadotrophina coriónica y diuréticos no deben de recomendarse en el tratamiento de la obesidad extrema.

En primer término se encuentra el ayuno total que permite obtener reducción significativa de peso; en la actualidad se le considera de valor ilimitado por varios motivos: no permite modificar los hábitos del obeso; los cambios que

provoca, como la hiperuricemia, la acidosis metabólica, el balance nitrogenado negativos, etcétera. Presentan alteraciones que ponen en peligro la vida del enfermo, y los resultados a largo plazo son desalentadores.

El ayuno sólo se usa en casos seleccionados, bajo la supervisión médica estrecha, y con la advertencia de los riesgos a corto y largo plazo que pueden originar.

Con el objeto de disminuir los inconvenientes de ayuno total se han recomendado variantes como: dieta de semiayuno (300 a 600 calorías al día) o ayunos intermitentes (un día de ayuno total por semana); sin embargo, los resultados tampoco han sido satisfactorios.

Otro procedimiento con grandes inconvenientes y que sólo se usa en casos muy seleccionados es el quirúrgico, una yeyunoileoanastomosis, tratando de producir un estado de mala absorción controlada, que permite obtener reducciones significativas de peso, independientemente de la ingesta alimenticia; los resultados señalan un gran número de complicaciones que hasta ahora hacen que este procedimiento sea poco recomendable.

Catecolaminas

El papel de las catecolaminas en la regulación de la ingesta calórica está documentada; el sistema alfa-adrenérgico estimula la ingesta alimentaria, mientras que el sistema beta-adrenérgico parece estar implicado en los mecanismos de saciedad. El impacto de las catecolaminas sobre el comportamiento alimentario no parece limitarse a los aspectos cuantitativos.

Opioides

Estimulan preferentemente el consumo de alimentos de alto contenido energético. Puede una preferencia por los lípidos con la administración de morfina, y disminuirse con la naloxona (antagonista de la morfina). Los efectos de los opioides resultan de su acción a nivel del hipotálamo, mediada por la noradrenalina.

Etiología de la obesidad

La etiología, es importante en la mayoría de las enfermedades para comprender los mecanismos de su desarrollo, tratamiento y profilaxis. Refiriéndose a la etiología de la obesidad existen múltiples factores tales como:

- ◆ **Factores físicos:** Las leyes físicas fundamentales del cambio de energía influyen en la obesidad: una ingestión de energía (calorías) en los alimentos, mayor a la eliminación en el metabolismo energético total, incluyendo las necesidades básicas y la actividad física. El nivel de mantenimiento de las calorías varía considerablemente en los individuos. También influye su nivel de actividad. Muchos investigadores declaran que individuos obesos consumen generalmente menos calorías que los no obesos, pero su nivel de actividad es más bajo.

- ◆ **Factores fisiológicos:** La fisiología normal de los años del crecimiento contribuye a la acumulación de depósitos de grasa en los tejidos. Se han efectuado muchos estudios y encuestas que indican que existen períodos

críticos para el desarrollo de la obesidad. En los niños se localizan a muy temprana edad y en las primeras fases de la pubertad.

En las mujeres existe un período crítico después de los 21 años de edad, a causa de su actividad, ya que ésta es menor y no existe un ajuste con la ingestión calórica. Otros de esos períodos se presentan durante el embarazo y después de la menopausia, debido a factores hormonales. El varón se enfrenta a un período crítico entre la edad de 25 y 40 años, originado por la disminución de actividad y ningún cambio de hábitos alimenticios desarrollados durante la adolescencia. Tanto los hombres como las mujeres tienden a aumentar de peso después de los cincuentas, a causa de la disminución metabólica, así como por la falta de ejercicio sin ajustar la ingestión de calorías. (Rodwell, 1973).

- ◆ Factores hereditarios: Algunos estudios experimentales efectuados en ratones parecen indicar que existe un factor genético en la obesidad, pero la importancia de esos resultados respecto a la enfermedad de la obesidad humana se desconocen. Es cierto que los padres obesos tienen mayor probabilidad de tener niños obesos que los padres que no lo son:
- * Las encuestas indican que cuando uno de los padres es obeso, el 40% de su familia es obesa, y cuando ambos padres son obesos el 80% de sus descendientes son igualmente obesos. No obstante, es probable que la influencia familiar moldear los hábitos alimenticios. En este caso, las personas obesas tienen por norma preparar y consumir excesivas cantidades de comida, lo cual se perpetúa en la edad adulta y será transmitido a las generaciones siguientes (Saldaña y Rosell, 1988).

- ◆ **Factores Sociales:** Si se le preguntara a la gente porqué come, la mayoría diría que porque tiene hambre, otra parte diría que para conservar la salud. Con esto, probablemente, indica que algo ocurre en su organismo que les produce una sensación que aumenta el deseo de comer. Es decir, se tiene la tendencia a considerar que el hambre es algo provocado por factores fisiológicos. Pero siempre se come por hábito o como consecuencia de algunos estímulos presentes en el ambiente. Estos estímulos pueden ser un reloj que indica la hora de comer, la visión de una fuente de comida, el aroma de algún alimento que se está cocinando, o la presencia de otras personas comiendo.

Un estudio realizado por el grupo de Goldblat (1973) en la Universidad de Pensilvania, se fundamenta a 1600 adultos representativos en un área residencial urbana, a los cuales se les agrupó de acuerdo a su grado socioeconómico y se comparó su grado de obesidad. Se encontró un número mayor de obesos en el estado socioeconómico bajo que en el alto.

- ◆ **Factores Psicológicos:** El estado de obesidad bien puede ser la resolución protectora de la persona, de problemas emocionales profundos. En tales casos, si se elimina sin proveer una resolución satisfactoria, se pueden crear más problemas. Inicialmente, varias teorías psicodinámicas explicaron el fenómeno de la obesidad, haciendo casi siempre referencia a una alteración de la fase oral como causa del problema.

Paralelamente, se han realizado otros estudios para analizar la importancia de variables de personalidad, tales como depresión, neurosis, autoestima, autoconcepto, etcétera, en la obesidad intentando responder de forma

empírica a la extendida creencia de que los problemas psicológicos están más presentes en los obesos que entre las personas con normopeso. Sin embargo, estas investigaciones se han caracterizado por:

- Utilizar casi exclusivamente poblaciones clínicas;
- basar sus conclusiones en muestras pequeñas;
- no emplear grupos control con los cuales comparar los datos de estos estudios.

La obesidad sirve como una protección, a veces específica contra la posibilidad de relacionarse con el sexo opuesto, y la alimentación constituye una gratificación sustitutiva de carencias afectivas diversas.

También se señala que la sobrealimentación puede ser:

- respuesta a tensiones emocionales no específicas;
- un sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables;
- un síntoma de enfermedad mental subyacente, especialmente depresión e histeria;
- adicción a la comida.

Se puede presentar el síndrome del comedor nocturno, caracterizado por hiperfagia nocturna, insomnio y anorexia matinal. Dicho síndrome representa una respuesta a factores emocionales en ciertos obesos que característicamente tienen dificultad en bajar de peso.

El problema de la personalidad del obeso se ha podido describir como: fuertes psicológicamente, orgullosos y con negación de la debilidad. También se estudian las diferencias psicológicas en relación con el grado de obesidad y la habilidad para bajar, comparándolas con el manejo de ansiedad de estos pacientes. Se han clasificado en:

- **internalizadores:** pacientes neuróticos que usan maneras compulsivas obsesivas fóbicas o histéricas para manejar la ansiedad, y se sienten ansiosos y/o deprimidos;
- **externalizadores:** los que reniegan de sus sentimientos proyectando sus problemas en el mundo exterior;
- **esquizoides:** evitan la ansiedad, aislándose;
- **somatizadores:** desplazan a síntomas orgánicos y tienen síntomas hipocondríacos y de conversión.

Los factores psicológicos de la obesidad pueden considerarse:

- Como parte de una estructura de personalidad básica
- Como un incremento especial de ciertos impulsos
- Como conflictos psicodinámicos básicos

La obesidad sería el estado final de diversos estados psicopatológicos anteriores desde el punto de vista psicológico y somático.

Se señala que existen diferencias entre los adolescentes obesos y los no obesos. Los niños obesos son significativamente más dependientes de sus padres y particularmente de su madre, lo que permite la expresión de

agresividad normal hacia la figura materna. También hay un grado de confusión sexual en los adolescentes obesos (Cornillot, 1977).

Se estudia el problema de la compulsión a comer utilizando el concepto de negación que se vincula con las explicaciones psicoanalíticas de la obesidad basada en el fenómeno de adicción a la comida. Se dice que la obesidad es ser "adicto sin droga". Se señala la pobreza del yo del obeso, ya sea por hipertrofia de la oralidad y por regresión. Hay evidentemente semejanzas psicológicas entre los adictos a drogas, alcohol o tabaco y los obesos o "adictos sin drogas".

Estos, a su vez, además de serlo respecto de la comida pueden serlo también de diversas drogas. La compulsión a comer podría ser veces, índice de un disturbio neurológico funcional, tratable con anticomulsivantes.

Obesidad

La definición de obesidad es el peso corporal con exceso del 20% del peso ideal, o el uso de un grado crítico del índice de masa corporal, son criterios imprecisos y hay necesidad de disponer de una base de datos adecuada que relacione el peso corporal según sexo, edad y tamaño de la estructura.

También se puede definir a la obesidad como un exceso de grasa corporal, pero no se dispone de medios para determinar este parámetro con precisión. Hay quien define a la obesidad como una acumulación de grasa que está en el cuerpo y aumenta con los años, por lo cual los criterios cambian a medida que se envejece.

La obesidad está caracterizada por:

- una tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para graduar su equilibrio en el peso normal, siendo generalmente este exceso debido a hidratos de carbono,
- a una mala utilización de la que hace que se transforme muy fácilmente en grasa y
- una disminución de la actividad física causada por los años.

Sobrepeso.

Es un peso por encima de lo que señalan las tablas como peso ideal. Este exceso puede ser debido a muchas causas, porque cualquier órgano o sistema que crezca patológicamente puede producirlo. En la práctica el sobrepeso se debe a:

- ♦ Gordura: Aumento de grasa.
- ♦ Retención de líquidos: Edemas
- ♦ Hipertrofia Muscular: Deportistas, atletas, embarazo.

Obesidad Estática: Son los períodos en los que la enfermedad está detenida, manteniéndose el peso en un nivel superior al normal, pero estable.

Obesidad Dinámica: Son los períodos de engorde activo, en los cuales hay acumulación de grasa corporal. La grasa en el cuerpo aumenta con lo que se puede llegar a ganar peso en forma lenta, o a veces extremadamente rápido.

Se han observado pacientes que han aumentado hasta 30 kg. en tres o cuatro meses. Por lo general, estos casos han sido una respuesta a pérdidas afectivas muy importantes. Las dos fases; la dinámica y la estática, suelen alternarse entre sí, con el agregado de una tercera, la de adelgazamiento.

Un patrón más o menos habitual es el siguiente:

- * Período Dinámico
- * Período Estático
- * Adelgazamiento - Mantenimiento
- * Período Dinámico semejante al dinámico o mayor
- * Adelgazamiento o periodo estático

En la práctica el período dinámico siguiente a la fase de adelgazamiento será tanto más activo cuanto más inadecuado haya sido el tratamiento.

Grados de Obesidad

Según la magnitud del aumento del peso se distinguen varias categorías:

- sobrepeso moderado: 10% arriba del peso teórico
- obesidad mediana: 20% por arriba del peso teórico
- obesidad grave: 30% más arriba del peso teórico

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad se distinguen dos tipos diferentes: la obesidad hipertrófica, caracterizada porque aumenta el contenido lipídico de las células

del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas; y la obesidad hiperplásica caracterizada por un aumento de las células adiposas que puede acompañarse o no por un aumento del contenido lipídico (aparece más frecuentemente en la infancia y la otra en la edad adulta).

Desde el punto de vista clínico-anatómico, algunos autores distinguen dos distintos tipos de obesidad según su distribución corporal de la grasa. La obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana, y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior, o tipo pera. El primer tipo sería característico de los hombres (obesidad androide) y el segundo de las mujeres (obesidad ginoide).

En función de la edad de comienzo de la obesidad se distinguen dos formas: la llamada obesidad infantil, iniciada en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta que se inicia después de la adolescencia.

Otro tipo de obesidad es la obesidad del desarrollo, la cual empieza a temprana edad y continúa hasta los años adultos, produce una cantidad mayor de grasa magra, mientras que el tipo de obesidad reactiva asociada con la tensión emocional de los años del crecimiento produce una proporción excesiva de grasa.

En la mayoría de los obesos una motivación fuerte puede llevarlos a adelgazar y a mantenerse en peso, al igual que situaciones externas en las que carezcan de comida en forma extrema. El problema radica en la ingesta y el gasto calórico.

Hay factores internos y externos, biológicos, psicológicos y sociales íntimamente relacionados entre sí, algunos de ellos actúan en el comienzo de la enfermedad, otros en su perpetuación y varios en ambas circunstancias. (Cormillot, 1977). Cuando por ejemplo, los factores genéticos son débiles, se necesitarán desencadenantes más importantes; si los genéticos son fuertes, bastarán débiles complementarios.

¿Qué detiene la conducta de comer?

La búsqueda de señales que provoquen el cese de la conducta de comer sigue el mismo camino que el de la comida ingerida: los ojos, la nariz y la boca; el estómago; el duodeno y el hígado. Cada uno de estos órganos proporciona una señal al cerebro que le indica que la comida ha sido ingerida y que está siguiendo el proceso necesario para ser absorbida. Con la finalidad de descubrir la naturaleza de los detectores de cada uno de estos y sus efectos sobre la conducta, los experimentadores <<engañaron<< al organismo extrayendo comida del sistema digestivo, introduciéndola en él, o desconectando quirúrgicamente del cerebro los receptores situados a lo largo del sistema digestivo.

II ASPECTOS GENERALES DE LA PERSONALIDAD

Personalidad

Este segundo capítulo se inicia dando la definición de lo que es un "rasgo". El conjunto de éstos definen la personalidad de un ser humano, se hará una mención de las teorías sobre la personalidad, tales como las psicoanalíticas, las neofreudianas, las fenomenológicas, las disposicionales y las factoriales, así como algunos de sus representantes.

Definición de Rasgo

Al nivel más sencillo, rasgo se refiere a las diferencias entre la conducta observable directamente, o a las características de dos o más individuos en una dimensión desconocida. Por ejemplo, "un rasgo es cualquier forma distinguible relativamente duradera, en que un individuo difiere de los demás" (Guilford, 1959). En este sentido, un rasgo es simplemente una denominación superficial para algunas diferencias estables individuales de la conducta.

Un rasgo puede ser también un constructor de la personalidad, creado para su conveniencia y su fuerza explicativa. En este sentido, un rasgo es un constructor o una abstracción que justifica las consistencias duraderas de la conducta y sus diferencias; como tal, no tiene que sustentar necesariamente ninguna existencia concreta real como "cosa", "estado" o "proceso" dentro de las personas.

Sin embargo, muchos teóricos de la personalidad han conceptualizado los rasgos como características, cualidades o indicadores de rasgos que están relacionados a la disposición fundamental inferida (Loevinger, 1957). Se puede decir que mientras una persona demuestra una conducta sumisa cada vez más, como suscribir un contenido más sumiso en un inventario, más fuerte es el rasgo fundamental de la sumisión.

En contraste, la teoría psicodinámica atribuye relaciones no aditivas y fuertemente indirectas entre la conducta y los estados fundamentales supuestos. Esta conducta de sumisión puede interpretarse como una signo de agresión oculta o de conflictos de pasividad-hostilidad, o de resistencia, encubriendo algunos otros problemas caracterológicos más amenazadores.

Teorías de la Personalidad

Las teorías han desempeñado un papel decisivo en el estudio de la personalidad. Muchas de ellas nacieron de los esfuerzos por comprender y tratar en contextos clínicos a personas con algún problema de personalidad.

Las teorías con base clínica tienden a basarse en los conocimientos profundos que se logran en las entrevistas con un número pequeño de personas con problemas (perturbadas). En algunos casos, los prolongan durante varios años; muchas veces las hipótesis que brotan de las teorías con base clínica se evalúan informalmente en el transcurso de la práctica misma, al estar ayudando a los seres humanos a superar sus problemas y a lograr una adaptación satisfactoria en su vida.

Otras teorías de la personalidad han nacido de observaciones y experimentos controlados en contextos de laboratorio. Estas teorías insisten en que se tomen medidas precisas y en que se hagan análisis estadísticos. Por lo general se apoyan en el estudio de muchas personas sin problemas de personalidad. Los contactos entre los psicólogos y los sujetos tienden a ser breves e impersonales. También se suelen usar animales para los estudios de laboratorio sobre la personalidad.

Algunas teorías psicodinámicas de la personalidad

Las teorías psicodinámicas tienen como finalidad explicar la naturaleza y desarrollo de la personalidad. Hacen hincapié en la importancia de los motivos, las emociones y otras fuerzas internas. Suponen que la personalidad se desarrolla al irse resolviendo los conflictos psicológicos, generalmente durante los primeros años de la niñez. Las entrevistas clínicas son la fuente principal de datos para estas teorías. (Davidoff, 1981).

Teoría psicoanalítica de Sigmund Freud

La teoría de Freud se enfoca hacia los aspectos inconscientes de la personalidad. Los impulsos, los componentes de la personalidad, los recuerdos de las experiencias de la niñez temprana y los conflictos psicológicos dolorosos, tienden a ser inconscientes. Los impulsos sexuales juegan un papel muy importante en toda la doctrina de Freud; de acuerdo con él los impulsos sexuales generan una cantidad fija de energía psíquica, llamada libido, para la conducta general y actividad mental. La energía psíquica corre paralela con la energía física pero no se confunde con ella. Si

los impulsos sexuales no se satisfacen, la energía psíquica se va acumulando bajo presión. Los conflictos suelen aumentar la tensión. Para que las personas funcionen normalmente, tiene que reducirse la presión y si la misma no se puede descargar, la persona manifiesta una conducta anormal.

Teorías Neofreudianas

Se llaman así porque los discípulos de Freud modificaron y revisaron sus teorías. Muchos de ellos destacan las influencias sociales en la personalidad y restan importancia a las influencias sexuales. Entre sus representantes están: Jung, Adler, Horney, Sullivan y Erickson.

Carl Gustav Jung (1875-1961), estaba muy vinculado con la idea de que los seres humanos heredan un inconsciente colectivo, el cual contiene recuerdos de los antepasados, sus relaciones y sus experiencias. Estos recuerdos, según Jung, producen imágenes, como la del viejo sabio o la madre tierra que aparecen en los sueños, ilusiones y fantasías; se supone que los enunciados poéticos, míticos y religiosos provienen también de esta fuente. Jung aceptaba que la persona humana nace también con un inconsciente personal, en el cual se encuentran los recuerdos inolvidables reprimidos.

Alfred Adler (1870-1937), sentía que se había exagerado la importancia de la sexualidad. Insistió en las influencias culturales en la conducta, aceptando que la personalidad es innatamente social y que los sentimientos de inferioridad son indispensables para la motivación humana.

Adler consideraba que los sentimientos de inferioridad aumentan en proporción con la magnitud de los fracasos que se sufren en la lucha por alcanzar las metas de la vida y que son los que dan forma exclusiva al estilo de vida de cada persona.

Karen Horney (1888-1952), estaba convencida de que las diversas experiencias de los niños daban por resultado diversos conflictos y modelos de personalidad. Destacó en especial, los efectos perturbadores de los sentimientos de aislamiento e impotencia. Según Horney, estas emociones se desarrollan durante las primeras interacciones entre padres y niño, bloqueando así el crecimiento interno del niño.

Harry Stack Sullivan (1892-1949), sostenía que tanto las conductas aceptables como las desviadas, estaban determinadas por las interacciones con los padres durante el proceso de socialización en la niñez.

Sullivan se fijó de manera especial en la evolución del concepto del propio yo en cuanto se presentaba bajo la forma del "yo bueno" y "yo malo". Propuso la hipótesis de que las personas se guían por dos clases de necesidades: las que tienen por objeto la propia seguridad y las biológicas.

Para **Erick Erikson (n. 1902)**, la personalidad se forma al ir avanzando el individuo a través de diversas etapas psicosociales durante toda su vida. En cada nueva etapa el individuo descubre que hay un conflicto que tiene que enfrentar y resolver. Cada dilema tiene una solución positiva y una negativa, para él todos los conflictos están presentes en el momento de nacer, pero

destacan de una manera prominente en momentos específicos del ciclo vital de la persona.

La solución positiva produce salud mental, mientras la negativa conduce a la inadaptación. La solución de cualquier conflicto presente depende en parte de lo satisfactoriamente de que se hayan manejado los dilemas anteriores. La buena salud mental no se adquiere de una vez para siempre, ya que las experiencias felices o desafortunadas posteriormente pueden contrastar las anteriores.

Teorías Fenomenológicas de la Personalidad

Estas teorías fenomenológicas se concentran en comprender y analizar el yo de manera holística, ya que se acepta que el ser humano es un organismo integrado que no se puede conocer por el estudio de sus componentes, para luego sumarlos y conocer el resultado. Se considera que la plena realización de sí mismo (self), es el motivo humano fundamental. Las teorías fenomenológicas, cuyos representantes son los psicólogos humanistas, se basa en observaciones clínicas, sobre todo en los autoinformes de las personas (Davidoff, 1981).

Teoría del yo de Carl Rogers, define el "self" o el concepto de sí mismo como modelo constante y organizado de las características percibidas del "self", junto con valores vinculados a estos atributos. Concibe la niñez como período especialmente crucial para el desarrollo de la personalidad, todo ser humano necesita estima, cariño y aceptación de las personas que le rodean, así los niños, según su opinión, harán casi lo imposible por satisfacer esta

necesidad. Para lograr la aprobación de los padres, llegan incluso a distorsionar o negar sus propias percepciones, emociones, sensaciones y pensamiento; sin embargo, a la larga esta estrategia trae consigo algunos problemas.

El ser humano es impulsado fundamentalmente por el motivo de la plena actualización de sus potenciales, pero para poder desarrollar el propio potencial se necesita conocerse a sí mismo, así como un estilo de vida satisfactorio. Aunque Rogers reconoce que la herencia y el ambiente limitan la personalidad de varias maneras, se fija más bien en los límites que cada quien se impone a sí mismo. Según él, para ayudar a su crecimiento, las demás personas 'importantes' del entorno deben aceptar todos los aspectos del individuo, así como estimarlo y apreciarlo mucho, ya que en estas circunstancias los seres humanos empiezan a aceptarse a sí mismos, se abren a sus propias experiencias y se orientan hacia su plena realización.

Teoría motivacional de las necesidades de Abraham Maslow

Este teórico considera que las personas tienen la capacidad y necesidad de lograr la actualización, es decir su potencial humano completo, pero él sugiere que las personas fracasan en obtenerlo, debido a la presencia de las necesidades no cubiertas, y no tanto por la incongruencia entre la autoexperiencia y la experiencia orgánica.

Para Maslow estas necesidades forman una jerarquía que incluye los requisitos fisiológicos básicos con los que cada persona nace tales como el agua y la comida entre otros, así como requisitos de un nivel superior como la seguridad, amor, pertenencia, autoestima y finalmente la autoactualización.

En este esquema, la satisfacción de todas las necesidades de los niveles inferiores. Por lo tanto, aunque cada persona contiene el potencial para la autoactualización, no se puede buscar o expresar ese potencial si las necesidades de los niveles inferiores permanecen insatisfechas.

Según Maslow la mayoría de las necesidades insatisfechas en nuestra cultura generalmente tienen que ver con la seguridad, el amor, la pertenencia y la autoestima y a menudo producen conductas adultas basadas en una búsqueda de satisfacer estas necesidades en una forma "neurótica", perturbada o simplemente problemática. En algunos casos relativamente raros, sin embargo, las necesidades de orden inferior se encuentran satisfechas de manera adecuada conforme se desarrolla la persona y por lo tanto la liberan para la búsqueda de la necesidad más alta, la autoactualización. Estas personas gozan de una posición en la cual pueden centrarse en lo que pueden ser y no en lo que no poseen, a lo cual Maslow lo llamó "motivación de crecimiento".

Teorías disposicionales de la Personalidad

Estas teorías explican los atributos aparentemente estables y permanentes. Hacen hincapié en las características individuales fundamentales, mientras que las teorías de los biotipos insisten en conjuntos de rasgos que se cree se relacionan entre sí.

Muchas de estas teorías tienen su origen en la investigación de laboratorio.

Teoría de los biotipos de William Sheldon

Sheldon sostenía que las personas con determinado biotipo tienden a desarrollar determinado tipo de personalidad, según su teoría, los seres humanos están genéticamente dotados de características físicas que determinan las actividades en las que seguramente sobresaldrán y por consiguiente que encuentran agradables. Los atributos corporales son la base también de las expectativas de los demás y de esta manera las mismas incluyen en la conducta, ya que las personas con frecuencia desempeñan el papel que otros esperan de ella.

La Teoría Factorial

La técnica de Spearman, destinada a aislar factores particulares, fue corregida mediante la introducción del análisis factorial múltiple de Thurstone (1931), que, tras abrir el camino hacia el estudio de problemas mucho más complejos, ha sido desde entonces el principal método de análisis factorial.

El Análisis Factorial

En este análisis, el teórico factorial comienza el estudio de la conducta de cada uno de los sujetos de un grupo numeroso con una gran cantidad de puntajes derivados de cuestionarios, estimaciones, pruebas situacionales o cualquier otra fuente que provea de una medida significativa y cuantificable de la conducta. Estas mediciones idealmente deben encarar diferentes aspectos de la conducta. Una vez obtenidos los índices externos, el investigador aplica la técnica del análisis factorial a fin de descubrir los factores subyacentes que

determinan o controlan el cambio de las variables externas. Espera, así, identificar un pequeño número de factores básicos cuya acción explique la mayoría de las variaciones operadas en la gran cantidad de medidas que constituyeron su punto de partida.

El análisis factorial no solo aísla los factores fundamentales; proporciona, además, una estimación del grado en que cada uno de ellos contribuye a determinar cada medida o conjunto de puntajes. Tal estimación, por lo común denominada factor de saturación de la medida, indica simplemente hasta qué punto la variación de una medida particular es atribuible a cada uno de los factores. Tanto el significado psicológico de un factor como el nombre o el rótulo que se le asigna, están determinados principalmente por la naturaleza de las medidas particulares que tienen una gran carga de dicho factor.

Por lo regular, una vez que los factores básicos han sido satisfactoriamente identificados, el teórico factorial procura idear los medios aptos para medir tales factores con mayor eficacia que la permitida por el empleo de las medidas originales.

Así, el teórico factorial comienza con una amplia gama de medidas de la conducta, identifica los factores subyacentes a las mismas, e intenta luego, elaborar medios más eficaces para la evaluación de esos factores que, a nivel conceptual, no difieren sino en mínimo grado de los componentes o las variables subyacentes consignados por otros teóricos de la personalidad. En suma, tales factores constituyen simplemente intentos de formular variables que expliquen la gran complejidad de la conducta manifiesta; el aspecto

novedoso de este enfoque reside tan sólo en la técnica empleada para derivar dichas variables.

Si bien los factores de grupo o comunes revisten un especial interés para el analista factorial, no constituye el único tipo de factores existentes, Burt (1941). Ha proporcionado una descripción ampliamente aceptada de las clases de factores que es posible derivar de la aplicación del análisis factorial, según él, existen factores generales o universales que contribuyen en la realización con respecto a todas las mediciones; factores de grupo o particulares que desempeñan el papel en más de una medida pero no en todas; factores específicos o singulares que intervienen sólo en una de las medidas y, finalmente factores de error o accidentales, que aparecen en la administración aislada de una medida única y han de ser atribuidos a una evaluación errónea o a la carencia de control experimental.

Teoría de la Personalidad de Cattell

Raymond Cattell recurrió a técnicas matemáticas para identificar los rasgos fundamentales y estructurar pruebas de personalidad. Su investigación tiene por objetivo describir, explicar y predecir diversos tipos de conducta.

Como todos los teóricos que enfatizan el método del análisis factorial, Cattell se declara profundamente identificado con el trabajo precursor de Spearman y al amplio desarrollo que le dió Thurstone; sus formulaciones teóricas están al parecer, directamente relacionadas con la de McDougall, cuyo interés en buscar las dimensiones subyacentes de la conducta y cuya insistencia en el sentimiento de autoconsideración aparecen actualizados en las publicaciones

de Cattell. Por otra parte, en especial las relativas al desarrollo, muestran una vinculación bastante estrecha con las formulaciones de Freud y de los posteriores autores consagrados al psicoanálisis.

Para Cattell (1950), personalidad "es aquello que permite predecir lo que una persona hará en una situación dada". En consecuencia, el objetivo de la investigación psicológica de la personalidad consiste en establecer leyes acerca de lo que diferentes personas harán ante todo tipo de situaciones sociales y ambientales en general. Cattell considera a la personalidad como una estructura compleja y diferenciada de rasgos, cuya motivación depende en gran medida de un subconjunto llamados rasgos dinámicos.

De acuerdo con Cattell (1950), un rasgo es "una estructura mental" referida a partir de la conducta observada y destinada a explicar la regularidad o coherencia de ésta; coincidente con Allport, Cattell juzga que existen rasgos comunes, presentes en todos los individuos o al menos en los que comparten ciertas experiencias sociales; así mismo, existen rasgos singulares que sólo corresponden a un individuo particular y que no aparecen exactamente de la misma forma en ninguna otra persona.

La concepción de Cattell atribuye fundamental importancia a la discriminación entre rasgos superficiales, que representan grupos de variables manifiestas o abiertas que al parecer operan en conjunto y rasgos fundamentales, los cuales representan variables subyacentes que intervienen en la determinación de múltiples manifestaciones superficiales, es decir, lo que en medicina podría ser denominado síndrome recibe aquí el nombre de rasgo superficial.

Por otra parte, los rasgos fundamentales sólo son identificables mediante el análisis factorial, que habilita al investigador para estimar las variables o los factores que residen en la base de esta conducta manifiesta. Estos rasgos pueden ser divididos por lo menos, en dos tipos: los que reflejan las condiciones ambientales y los que reflejan la herencia, es decir, rasgos moldeados por el ambiente y rasgos constitucionales respectivamente.

Los rasgos pueden ser divididos según la modalidad de la expresión: los rasgos dinámicos que se refieren a la movilización del individuo hacia el logro de algún objetivo, los rasgos de aptitud que conciernen a la efectividad de tal logro y los rasgos de temperamento que atañen a los aspectos constitucionales de la respuesta como velocidad, energía y de actividad emocional.

Según el criterio de Cattell hay tres grandes fuentes de datos sobre la personalidad: Historia personal o datos L, el cuestionario de autoevaluación o datos Q y el test objetivo o datos T. La primera (datos L) puede incluir en principio verdaderos informes de la conducta de una persona en sociedad tal como los escolares y legales, por el contrario, la autoevaluación (datos Q) incluye las propias apreciaciones personales sobre la conducta, procurando un "interior mental" para el registro externo obtenido por los datos L.

El test objetivo (datos T) está basado en la tercera posibilidad; la creación de situaciones especiales en las cuales puede clasificarse la conducta de manera objetiva, tales como tareas con lápiz y papel, o incluir, instrumentos de varios tipos.

Cattell ha intentado localizar los rasgos generales de la personalidad, conduciendo estudios separados de análisis factorial y utilizando las tres fuentes de datos antes mencionados, pues supone que si surgen los mismos rasgos fundamentales de estas tres fuentes, proporcionarían pruebas decisivas que serían unidades funcionales y no solo instrumentos de un método.

Desarrollo de la Personalidad

Cattell estudió (1953-1966) el desarrollo de la personalidad en un nivel puramente descriptivo, haciendo la representación gráfica del cambio de estructuras a lo largo de la existencia. Así mismo estudia el desarrollo en un nivel teórico, en función de las influencias genéticas y ambientales incluidas, y las leyes de maduración y aprendizaje que describen su interacción en la formación del individuo en desarrollo.

Herencia-Ambiente

En sus estudios, Cattell (1955-1956), encontró que las correlaciones entre herencia y ambiente parecen ser predominantemente negativas, a lo cual él interpretó como una prueba de la ley de coerción a la media biosocial, es decir, una tendencia de las influencias negativas ambientales a oponer de modo sistemático la expresión de variables genéticas, como cuando los padres (u otros agentes sociales) intentan dar a distintos niños las mismas normas de conducta, alentando a los tímidos y conteniendo a los más rebeldes.

Aprendizaje

Distingue por lo menos tres tipos de aprendizaje (1960) que tienen roles importantes en el desarrollo de la personalidad. Los dos primeros son el condicionamiento clásico y el instrumental (operante), señala que el clásico tiene importancia para las respuestas emocionales conexas a las señales ambientales y el instrumental, para establecer los medios de satisfacción de "ergs".

El tercer tipo de aprendizaje se denomina aprendizaje de integración y en donde el individuo aprende a obtener la satisfacción total de largo alcance mediante la expresión de ciertos "ergs". en un momento dado, y por la supresión, represión o sublimación de otros. Este tipo de aprendizaje es un aspecto clave de la formación de sí mismo y del sí mismo del super yo.

De acuerdo con Cattell, (Hall, S.C. 1974) el aprendizaje de la personalidad se describe mejor como un cambio multidimensional de la respuesta a la experiencia en una situación multidimensional. Un medio de estudiar el aprendizaje de la personalidad empíricamente es el procedimiento llamado análisis de ajuste (tal como regresión, sublimación, fantasía, síntomas neuróticos) que la gente pueda realizar en respuesta a situaciones conflictivas.

Entonces, si se puede estimar la frecuencia con que cada individuo ha adoptado cada uno de estos modos de ajuste, es posible resolver una ecuación matriz para descubrir el efecto promedio que tiene cada modalidad sobre la modificación de cada uno de los rasgos.

El Contexto Social

Según Cattell, (1948), así como los rasgos son empleados para describir individuos, las dimensiones pueden serlo para describir grupos. Tales dimensiones representan la sintonalidad de grupo (Cattell, 1948), es decir, el equivalente de la personalidad individual; en consecuencia, la descripción de la "sintonalidad" de los diversos grupos que influyen sobre la personalidad individual constituye un importante estudio de la misma en relación con la matriz sociocultural, ya que sólo a través de la adecuada representación de ambas, personalidad individual y sintonalidad de grupo se podrá alcanzar un profundo conocimiento acerca de la interacción de las dos estructuras.

De acuerdo con lo anterior, la personalidad es el conjunto de todos los acontecimientos vinculados con la historia de un individuo (H. Thomas, 1970) y al rededor de ésta se han construído teorías que pretenden explicarla, muchas de ellas nacieron de los esfuerzos por comprender y tratar en contextos clínicos a personas perturbadas, otras han nacido de observaciones y experimentos controlados en contextos de laboratorios, las cuales insisten que se tomen medidas precisas y en que se hagan análisis estadísticos (Davidoff, 1981).

Se pueden mencionar las psicodinámicas en las cuales se hace hincapié en la importancia de los motivos, las emociones y otras fuerzas internas y su máximo representante Freud; también existen las que se concentran en comprender y analizar el yo de manera holística, ya que se acepta que el ser humano es un organismo integrado que no se puede conocer por el estudio de sus componentes para luego sumarlos y conocer el resultado como son las

teorías fenomenológicas, y en contraparte se encuentran las conductistas, las cuales proclaman que los métodos rigurosamente científicos, sobre todo la experimentación son esenciales para comprender la personalidad y tenemos las factorialistas, las cuales toman como base el análisis factorial, siendo uno de sus máximos representantes Cattell.

III METODO CONDUCTUAL Y PSICOTERAPEUTICO

Método Conductual

La aplicación de los métodos conductuales en los trastornos alimentarios durante los últimos veinte años constituye el avance más significativo que se ha realizado en el tratamiento de estos estados desconcertantes y difícilmente tratables. Una descripción de estos logros resulta constructiva, no solamente por sus contribuciones a la terapia, sino también por la luz que arroja sobre el desarrollo de una teoría, que comprende un proceso tan vital como el comer.

En este trabajo se mencionarán algunos métodos conductuales de tratamiento de una de las patologías de la nutrición. Durante siglos se ha conocido una sencilla receta para perder peso; reducir la ingestión de alimentos e incrementar la actividad física. Brillat-Savarin, el famoso gastrónomo y autor francés, afirmó en 1825: "cualquier tratamiento para la obesidad ha de comenzar con los siguientes tres preceptos absolutos: sobriedad al comer, moderación al dormir y ejercicio a pie". Este es, ciertamente un buen consejo y ha sido el fundamento de muchos programas de reducción de peso elaborados en el transcurso de los años.

Recientemente, y a causa de la preocupación excesiva de nuestra sociedad respecto a la silueta esbelta se han promovido innumerables enfoques dietéticos, de ejercicio y psicológicos, cada uno de ellos exponiendo sus virtudes y éxitos en el tratamiento de la obesidad.

A pesar de las pretensiones notables basadas en la pérdida de peso en unas cuantas personas, estos regímenes han fracasado en cuanto a lograr la meta principal: la pérdida permanente de peso.

Diversos investigadores como Penick y Col., 1971; Mahoney, 1974, han informado de una notable variabilidad en la capacidad de respuesta a las técnicas conductuales de control de peso. El origen de estas variaciones no se ha aclarado aún. Stuart y Davis (1972) comentan que los patrones de alimentación idiosincrásicos pueden explicar gran parte de esta variabilidad. Otras dos posibilidades se refieren a que las técnicas en sí mismas son variables en sus efectos o que los sujetos pueden alterar la utilización real de las técnicas sugeridas.

Hasta hace poco, muchas de las suposiciones básicas en el tratamiento conductual de la obesidad han permanecido virtualmente sin examinar. Como este ejemplo, se suponía que la adopción consciente de las sugerencias del terapeuta era más amplia en los pacientes que obtenían éxito que en los que fracasaban. Este uso de una variable dependiente para deducir una variable independiente es una estrategia de investigación riesgosa.

Además, una serie de estudios recientes sobre el "estilo obeso de la alimentación", ha puesto en duda muchas de las fundamentales de las terapias de control de peso (Mahoney et al. 1974). No se pone en duda, desde luego, de los resultados del tratamiento conductual sino más bien de sus procesos. La continuación de las investigaciones en esta área se espera que aclare y perfeccione el tratamiento clínico de la obesidad.

Aunque el actual terapeuta de la conducta deliberadamente aplica los principios del aprendizaje a sus operaciones, las prescripciones terapéuticas para cambiar la conducta son quizá tan antiguas como la civilización; si se considera que ésta se convirtió en característica de la vida humana, debió haber ocasiones en las que el hombre se quejaba de sus males ante otro hombre, quien le aconsejaba o lo persuadía de seguir una conducta determinada.

Esto puede ser considerado como una terapia de la conducta, siempre que la conducta misma sea concebida como el agente terapéutico. En este sentido los escritos antiguos contienen innumerables ejemplos de consejos terapéuticos que podrían constituir una terapia de la conducta, incluso si no fueran efectivos; sin embargo, no se puede dudar que una parte de esta terapia funcionaba con frecuencia, si no es que siempre, del modo como creía el consejero. Seguramente, a menudo había efectos de "sugestión" o de "placebo" que se daban en virtud de las respuestas ante las cuales las palabras o las cosas habían sido condicionadas previamente.

Las primeras técnicas de modificación de conducta que empezaron a dar atención a los aspectos cognoscitivos son las propuestas por Cautela y Homme (1964) llamadas terapias de condicionamiento encubierto.

Menciona Mahoney (et al. 1974), y defendiendo las técnicas de modificación de conducta cognoscitiva, enfatiza la importancia de los factores cognoscitivos en la modificación de conducta y propone que no se desprecien tanto, como lo hacen los conductistas puros, y se les dé oportunidad a las terapias de modificación cognoscitiva de florecer para que se puedan evaluar posteriormente. Hace también una revisión de los temas filosóficos y

conceptuales respecto a las inferencias y procesos simbólicos cognoscitivos, haciendo una evaluación empírica de tres modelos medicionales; el modelo de condicionamiento encubierto, el modelo de aprendizaje cognoscitivo y el modelo de procesamiento de información. En el análisis de estos modelos se consideran secciones donde se examinan los estímulos, las respuestas y las consecuencias como cuentos encubiertos. Se examinan las terapias de condicionamiento encubierto, contracondicionamiento, detención de pensamiento, sensibilización, reforzamiento, extinción e imitación encubiertas.

En la evaluación del modelo de procesamiento de información, se analizan los procesos de atención, registro sensorial, codificación, memoria a corto plazo, retención, recuperación y memoria a largo plazo.

Los principios de modificación de la conducta utilizados

Dos clases importantes de principios de modificación de la conducta se derivan de los efectos de estímulos antecedentes y consecuentes. El tratamiento conductual de la obesidad se presenta en términos de tales principios.

Control consecuente de la conducta - Refuerzo del Terapeuta: En la mayoría de los programas de tratamiento existe un refuerzo social implícito, si no explícito, por parte del terapeuta a fin de lograr un control provechoso del peso. Wollersheim (1970) mostró que los pacientes que recibían refuerzo del terapeuta y del grupo social por el control del peso pierden más peso que los pacientes a los cuales se les ofrece la presión de la expectativa social para hacerlo, o la concepción de la terapia tradicional, o ningún tratamiento. Penik,

Filion, Fox y Stunkard (1971), también utilizaron el refuerzo del terapeuta y del grupo social para facilitar la pérdida de peso en sujetos con sobrepeso.

En general, el refuerzo social y tangible del terapeuta ha sido eficaz para producir pérdida de peso durante el tratamiento. Sin embargo, puesto que los efectos del refuerzo dispensado por el terapeuta no siempre han durado, los investigadores han comenzado a investigar el refuerzo ambiental y el autorrefuerzo como medios para facilitar el mantenimiento de la pérdida de peso.

En general, el refuerzo social y tangible del terapeuta ha sido eficaz para producir pérdida de peso durante el tratamiento. Sin embargo, puesto que los efectos del refuerzo dispensado por el terapeuta no siempre han durado, los investigadores han comenzado a estudiar sobre el refuerzo ambiental y el autorrefuerzo como medios para facilitar el mantenimiento de la pérdida de peso.

Refuerzo social ambiental. Se sabe que la conducta de una persona está controlada en gran medida por su entorno social. Stuart y Davis (1972), tratan sobre la importancia de obtener ayuda de los seres queridos del paciente cuando se emprende un programa de pérdida de peso. Una serie de estudios han incluido el refuerzo social ambiental; sin embargo, pocos han investigado sistemáticamente este componente. Se informaron resultados alentadores en un estudio que instruía a los pacientes para que pidieran a su familia y amigos que no los criticasen a causa de su peso y que los elogiaran por una conducta dietética adecuada (Mahoney 1973). Se necesita trabajar más en esta área

de reprogramación del ambiente social inmediato a fin de que refuerce el vivir delgado más que el vivir pesado.

Autorrefuerzo. En sus esfuerzos para facilitar el mantenimiento de la pérdida de peso, algunos investigadores han indagado la aplicación del autorrefuerzo. El supuesto básico del autorrefuerzo es que el paciente tendrá que manejar eventualmente su propio peso a falta del apoyo del terapeuta. El entrenamiento del paciente en las aptitudes de automanejo debería aumentar la probabilidad de que sea capaz de mantener exitosamente su peso después de terminado el tratamiento normal. Para entrenar a los sujetos en el autorrefuerzo, Jeffrey y Christensen (1972) les presentaron una lista de consecuencias positivas asociadas con la pérdida de peso, y luego los instruyeron para que leyesen esa lista cada día que alcanzaban mejoras en sus objetivos de peso.

El procedimiento pareció eficaz, sin embargo, resultó imposible medir objetivamente con cuánta frecuencia y qué apropiadamente los sujetos se reforzaban a sí mismos.

Control aversivo. Un propósito importante de los procedimientos aversivos de control consiste en eliminar una respuesta. Sin embargo, a diferencia de los programas de tratamiento para fumadores en que el objetivo es la abstinencia, en la obesidad el objetivo de los programas de tratamiento no es la eliminación del comer sino una reducción de la cantidad de alimento consumido. Retrospectivamente, desde el punto de vista teórico y empírico, parece mejor emplear procedimientos de control positivos que regulen una

apropiada conducta de comer más que el empleo directo de procedimientos de condicionamiento aversivos.

Control del estímulo antecedente. La investigación sobre condicionamiento operante ha demostrado claramente que los estímulos condicionados discriminativos son los principales determinantes de la conducta animal y humana. Se podría esperar que, mediante numerosos apareamientos de incitaciones antecedentes al alimento (olor, vista, gusto, exhibición del alimento) y del subsiguiente consumo del mismo, las incitaciones antecedentes mismas establecerán el marco para la búsqueda y consumo de alimentos. Schachter y cols. (1971) dirigieron numerosos estudios que muestran que los pacientes obesos ofrecen mayor respuesta a las incitaciones al alimento ambientales, externas, en tanto que las personas con peso normal ofrecen mayor respuesta a las incitaciones psicológicas internas al alimento.

Estudios de laboratorios y naturalísticos, que han manipulado el tiempo percibido en individuos normales y obesos, muestran que los sujetos obesos se sentirán influidos para comer si las incitaciones ambientales indican que es la "hora de la comida" en tanto que las personas con peso normal tienden a guiarse por incitaciones internas a la comida (Goldman, Jaffa y Schachter 1968). Otros estudios, han encontrado también que las personas obesas son más influidos por la vista, olor y gusto del alimento que los sujetos con peso normal.

Las implicaciones de estos descubrimientos para el tratamiento de la obesidad son claras: investigadores y terapeutas necesitan examinar cuidadosamente los estímulos antecedentes discriminativos que controlan el consumo de

alimento, y que el paciente los elimine o bien desarrolle respuestas alternativas de no comer ante estos estímulos.

Numerosos estudios han intentado descubrir los correlatos psicológicos de la obesidad (Hall y Hall 1974; Stunkard 1958). Siendo esta investigación sobre las características de personalidad del paciente obeso, parece que hay dos importantes variables del paciente que deberían considerarse en la implementación de un programa de intervención. Una es la motivación del paciente. Si el paciente no desea tratamiento o rechaza el tratamiento, parece poco lo que pueda hacerse por él. Es importante señalar que los estudios de modificación de la conducta más exitosos incluyeron pacientes motivados que deseaban perder peso.

Obviamente, esto no significa que la sola motivación sea condición suficiente para un adelgazamiento exitoso, pero la motivación del paciente parece ser una precondition necesaria. Una segunda variable es la situación vital del paciente y su disponibilidad para perder peso. Si su situación vital presente no conduce a la pérdida de peso, quizá sea mejor que primero resuelva los aspectos problemáticos de su vida antes de emprender un programa de adelgazamiento a largo plazo.

Además de las variables del paciente, existen también variables del terapeuta que parecen importantes para el éxito de los programas de pérdida de peso. Las investigaciones en psicoterapia indican que esas variables incluyen aptitudes terapéuticas e interpersonales. Aunque las variables del terapeuta se han investigado poco sistemáticamente en los programas conductuales para la obesidad, la literatura sobre psicoterapia sugiere varias

consideraciones importantes. Primero, el terapeuta necesita ser competente en los principios de modificación de la conducta y conocer los principios de nutrición básica y de ejercicios. Segundo, es preciso que el terapeuta se preocupe por el paciente y que en todo momento tenga sensibilidad respecto a sus necesidades.

La modificación de la conducta resulta muy prometedora en el tratamiento de la obesidad; puede considerarse un progreso en el manejo de la obesidad. Sin embargo, no debería considerársela como una panacea o una fácil solución para este complejo y difícil problema de salud.

Método Psicoterapéutico

Adherencia Terapéutica. Al hablar de adherencia terapéutica, se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su terapeuta para el manejo de su enfermedad.

La existencia de este proceso es ampliamente conocida, ya que todos los terapeutas saben que un número de sus pacientes no cumple con el tratamiento, o lo sigue en forma inadecuada. A pesar de eso, a este proceso no se le ha dado ni la importancia ni la relevancia que tiene. Por lo que se refiere al paciente, se debe reconocer que se requiere cada vez más de su activa participación, y que esta participación constituye un proceso cada vez

más complejo, ya que el número de posibles recomendaciones que mejoran el estado de salud, aumentan constantemente.

La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta como por ejemplo:

- ◊ fallas o dificultades para iniciar un tratamiento,
- ◊ fallas por suspensión prematura de la terapia
- ◊ implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta.

La importancia y el significado de la falta de apego a los programas terapéuticos, resulta en grandes pérdidas en lo personal, en lo familiar, en lo social y en lo psicológico. Entre otros factores además de los ya mencionados está el de la magnitud relativa de la disonancia, ya que de ésta resultará la toma de decisión del paciente, de cumplir o no. La existencia de disonancia en el paciente, siendo un proceso psicológicamente incómodo, motivará la búsqueda de alternativas que propicien la disminución o la resolución de la disonancia.

Factores predictivos en la adherencia terapéutica. Haynes y Sackett (1976) consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento, se encuentran:

- La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
- El grado de cumplimiento del paciente en otras áreas de su vida. Quienes cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
- Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento. Los pacientes que pueden, en una forma clara y precisa, darse cuenta de los beneficios obtenidos con el tratamiento, mostrarán un mayor interés en continuar y mantener sus tratamientos. Lo opuesto ocurre en quienes han tenido resultados insatisfactorios y por lo mismo una gran frustración.
- Supervisión cercana del terapeuta. Los pacientes que pueden asistir con una buena periodicidad, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento. Por supuesto que la calidad en la relación terapeuta-paciente es importante, además de la frecuencia de las consultas.

Estos autores (Haynes y Sackett, 1976) mencionan que, por otra parte, existen factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento. Entre éstos se encuentran:

- ◆ Complejidad del tratamiento. Aquellos pacientes que tienen que combinar dieta, ejercicio, medicamentos y/o dosis frecuentes, muestran más posibilidades de no cumplir con el tratamiento.

- ◆ Grado de cambio de conducta requerido. Los pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.

- ◆ Tiempo de espera para la consulta. Se ha encontrado que los pacientes que tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o que se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a su tratamiento.

Importancia de la relación paciente-terapeuta. La actitud y la conducta del terapeuta en este aspecto puede contribuir a generar una mayor o menor adherencia. En este punto es conveniente comentar los efectos que genera una "actitud autoritaria" dentro de una relación terapéutica, definida primordialmente por el establecimiento de dos papeles diferentes: "el que sabe" y "el que ignora" (Foucault "El Nacimiento de la Clínica"). En estas condiciones, el terapeuta confía en que al dar una indicación o una instrucción ésta será atendida, comprendida, recordada y ejecutada por el paciente.

Uno de los métodos psicoterapéuticos que ha dado mejores resultados hasta la actualidad, es el que aplican en Comedores Compulsivos; este programa de recuperación es una adaptación del de Alcohólicos Anónimos, utilizan los mismos doce pasos y únicamente cambian las palabras "alcohol" y "alcohólico" a "comida" y "comedor compulsivo". En este programa comparten su problema y se ayudan entre ellos para beneficiarse y beneficiar a su familia y demás personas con quienes conviven.

Comer compulsivamente es una enfermedad que con frecuencia se manifiesta en forma física. Ya sea que estén más pesados, que vuelvan a subir de peso o que estén más delgados que nunca, son muy pocos los que están en la mejor condición física cuando llegan a Comedores Compulsivos. El hecho de haber vivido durante años la glotonería ha ido destruyendo progresivamente su salud.

La incapacidad para controlar su comportamiento con la comida es un problema continuo para ellos; en Comedores Compulsivos llegan a entender que la comida no es su problema y que el exceso de alimento y de grasas son únicamente síntomas de los problemas de sus vidas. Para algunos miembros es más fácil liberarse de la preocupación de la comida por medio de un plan de alimentación individualizado. "Se aconseja que aquellos que estén interesados en los detalles específicos acerca de la nutrición y los planes alimentarios, consulten con profesionales calificados" (Comedores Compulsivos, 1996).

El único requisito para pertenecer a Comedores Compulsivos (C.C.) es el deseo de dejar de comer compulsivamente; la práctica diaria de los doce pasos, les proporciona la libertad para escoger cómo y qué es lo que comen. La vida basada en un principio le da el poder para enfrentar la vida sin excesos de comida y los libra de la obsesión por el alimento, se mueven más allá de la comida, hacia una vida más sana y feliz.

La comida es necesaria para mantener la vida, pero para el comedor compulsivo, el exceso de alimento es necesario para enfrentar la vida. Cada emoción, es enfrentada por una huída hacia la comodidad y la abstracción de

la comida; este patrón de escape por medio del alimento excesivo perjudica la salud emocional. Comer compulsivamente es una enfermedad producto del aislamiento, dentro del cual con frecuencia se sienten incapacitados para comunicar sus sentimientos en forma completa y honesta, por lo que optan por exagerarlos o negarlos.

Muchas personas llegan a C.C. sin esperanza, deprimidos y con tendencias suicidas o simplemente sintiéndose que no están bien. Por otra parte, algunos piensan que están muy bien emocionalmente y que los demás son los que están mal; cualquiera que sea el caso, se dan cuenta que lo único que están haciendo es aislarse de la realidad y escapar a través de la comida.

Encuentran el equilibrio a través de la práctica cotidiana de los doce pasos de Comedores Compulsivos, enfrentan la prueba y los goces de la vida, sin recurrir a comer compulsivamente. Los instrumentos son útiles que los ayudarán a realizar el trabajo para el cual fueron diseñados. Dado que el comer compulsivamente es una enfermedad producto de aislamiento, algunos de los siete instrumentos de C.C. tales como tener un padrino, asistir a las reuniones, utilizar el teléfono y dar servicio resultan útiles para romper las barreras que los rodean y que impiden su recuperación. Los instrumentos restantes son la abstinencia, el anonimato y la literatura; entre más utilicen los instrumentos, mayor será la ventaja que generan al practicar el Programa de recuperación de los doce pasos.

IV DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

METODO

Planteamiento del Problema

En la actualidad no existen investigaciones sobre rasgos de personalidad en obesos. La obesidad es considerada un grave problema de salud pública, ésta enfermedad suele ocurrir durante la adolescencia en uno y otro sexo, acentuándose posteriormente a partir de los 45 años, teniendo en este período de la vida una importancia especial; la obesidad acorta la vida, es por eso que existe gran interés en los investigadores que se dedican a esta área.

Se han encontrado varias investigaciones sobre la obesidad, relacionadas con diferentes temas, pero no específicamente sobre rasgos de personalidad; por lo tanto esta investigación ha sido realizado con el fin de obtener información que permita responder la siguiente interrogante: ¿Existe un perfil característico de personalidad del obeso, tanto para hombres como para mujeres?

SUJETOS

La población estuvo constituida por pacientes de las clínicas 4, 6 y 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal.

Se empleó el muestreo determinístico para extraer la muestra, y se integró a aquellos pacientes que llegaron a consulta. El tamaño de la muestra se obtuvo

de los pacientes que asistieron a consulta externa en un lapso de seis meses y que además reunieran los criterios de inclusión y de exclusión, siendo un total de 84 sujetos.

Criterios de inclusión: Fueron obesos de ambos sexos, con una edad entre los 16 y 50 años, con un grado mínimo de estudios de secundaria.

Criterios de exclusión: No se incluyeron a aquellos pacientes que presentaron alguna enfermedad crónica, así como algún trastorno físico o mental adyacente.

TIPO DE ESTUDIO

Debido a que solamente se aplicó el cuestionario de 16 Factores de Personalidad en una sola ocasión, es un estudio transversal. Por otro lado es prospectivo, ya que se describen los rasgos de personalidad, explorativo, observacional, evaluativo y descriptivo.

ESCENARIO

La prueba fué aplicada en las aulas de las clínicas 4, 6 y 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

INSTRUMENTO

Se utilizó el expediente clínico para conocer si reunían los criterios de inclusión y de exclusión; como instrumento de medición se aplicó la prueba 16

Factores de Personalidad, misma que proporcionó datos objetivos y confiables.

MUESTRA

Esta prueba es un instrumento diseñado para la investigación en el campo de la personalidad a corto tiempo, para ser aplicado a personas mayores de 16 años, que tengan un nivel educacional de secundaria.

PROCEDIMIENTO

Teniendo la autorización para aplicar la prueba se revisaron los expedientes para saber si los pacientes cubrían los criterios y así podían ser sujetos de investigación. La prueba se les aplicó en las aulas de las propias clínicas dentro del horario que ellos elegían. En cuanto los pacientes llegaban a su cita se les indicaba cómo iban a proceder a contestar la prueba; en todas las aplicaciones se encontraron presentes las responsables de esta investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos obtenidos se muestran por medio de un análisis descriptivo como son: frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y gráficas.

RESULTADOS CUALITATIVOS

INTERPRETACIÓN GLOBAL DEL PERFIL DE PERSONALIDAD, CONSIDERANDO DIFERENCIAS PREDOMINANTES EN AMBOS GRUPOS

FACTOR "A" EXPRESIVIDAD EMOCIONAL

(Soliloquia Vs Sociabilidad)

En el grupo de hombres, se observa una ligera tendencia a mostrarse un tanto más apartados de la interacción social, en comparación con el grupo de mujeres, las cuales buscan una mayor afinidad en la relación que establecen.

FACTOR "B" INTELIGENCIA

(Inteligencia Baja Vs Inteligencia Alta)

En este rubro se observa en el grupo de hombres, una mayor tendencia a manejar contenidos abstractos que, eficientemente aplicados, rebasan de alguna manera los contenidos concretos que el grupo de mujeres aplica en el marco del aprendizaje.

FACTOR "C" FUERZA DEL YO

(Debilidad del Yo Vs Fuerza del Yo)

En este contexto, prácticamente los dos grupos muestran una tendencia mucho más marcada hacia la impresionabilidad de estímulos externos, presentando inestabilidad emocional al ser perturbados por una pobre

tolerancia a la frustración, siendo ésto mucho más predominante en el grupo de mujeres.

FACTOR "E" DOMINANCIA

(Sumisión Vs Ascendencia)

En este factor los dos grupos muestran estabilidad en cuanto a su necesidad de ascendencia, tratando de compensar a través de sus actividades, posibles frustraciones en sus relaciones objetales.

FACTOR "F" IMPULSIVIDAD

(Retraimiento Vs Impetuosidad)

En ambos grupos, no obstante ser autoafirmativos, tienden a ser despreocupados o entusiastas, pero sin medir concretamente su impetuosidad, es decir, responden más a la estimulación externa que a sus valores internos.

FACTOR "G" LEALTAD GRUPAL

(Superego débil Vs Superego Fuerte)

En este punto la posible falta de autodefinición, provoca en ambos grupos cierta fragilidad en el seguimiento de una conducta más apegada a sus verdaderas necesidades, mostrando una tendencia a no apegarse a las reglas o compromisos que llegan a proponerse.

FACTOR "H" APTITUD SITUACIONAL

(Timidez Vs Audacia)

En ambos grupos se denota cierta tendencia a mostrarse más extrovertidos que retraídos, sobre todo en la forma de adaptarse a sus propias circunstancias. Tal vez ésto se deba a una necesidad de dependencia que les permita sentirse integrados a su grupo social.

FACTOR "I" EMOTIVIDAD

(Severidad Vs Sensibilidad emocional)

El grupo de hombres muestra una mayor sensibilidad en sus relaciones afectivas, pudiendo inclusive llegar al extremo de una actitud lábil por ser más dependientes y más sensitivos en su relación. En las mujeres se observa estabilidad en cuanto a la apreciación de aspectos realistas, pero sin arriesgarse a mostrar áreas vulnerables.

FACTOR "L" CREDIBILIDAD

(Confianza Vs Desconfianza)

El grupo de mujeres no obstante ser más desinhibidas en la relación que mantienen, tienden a ser más desconfiadas o suspicaces, lo que probablemente se asocie a una valoración más rígida en lo que interpretan de su realidad. En tanto que en el grupo de hombres se observa más confianza, aceptando condiciones o siendo más seguros en éste sentido.

FACTOR "M" ACTITUD COGNITIVA

(Objetividad Vs Subjetividad)

En correlación con los factores "I" y "L", el grupo de mujeres busca más lo práctico y lo objetivo al tomar una decisión. En cambio, en el grupo de hombres se denota una regular tendencia a mostrarse más imaginativos o subjetivos ante aquellos aspectos que cubran sus aspiraciones.

FACTOR "N" SUTILEZA

(Ingenuidad Vs Astucia)

En este factor, el grupo de hombres actúa más en base a sus aparentes cualidades, mostrando con ello una mayor ingenuidad en comparación al grupo de mujeres.

FACTOR "O" CONCIENCIA

(Adecuación serena Vs Propensión a la culpabilidad)

En ambos grupos se observa una aparente estabilidad emocional, que puede ser el resultado de una formación reactiva ante la situación que viven.

FACTOR "Q1" POSICION SOCIAL

(Conservadurismo Vs Radicalismo)

En este rubro, ambos grupos intentan ser conservadores, tratando de no crearse problemas o de creárselos a otros, lo cual reafirma su posible dependencia o connotación oral.

FACTOR "Q2" CERTEZA INDIVIDUAL

(Dependencia grupal Vs Autosuficiencia)

Asímismo, en este factor es probable que existe una dependencia grupal o de apego a las reglas sociales que prevalecen alrededor de su círculo social y sobre todo, en aquello que consideran adecuado o placentero.

FACTOR "Q3" AUTOESTIMA

(Inferencia Vs Control)

Este factor sintetiza de alguna manera, la debilidad superyoica que viven ambos grupos, ya que por un lado aparentan tener control en su autoestima, pero al mismo tiempo se dejan manipular por sus propias necesidades frustradas, lo que en resumen identifica a parte de la labilidad afectiva, una pobre definición o seguridad de lo que esperan obtener.

FACTOR "Q4" ESTADO DE ANSIEDAD

(Tranquilidad Vs Tensión)

En este nivel es notable encontrar, la existencia de componentes de alta tensión, frustración y sobreexcitación, debido a la fragilidad yoica que muestran ambos grupos, lo que bien puede aumentar su ansiedad y su propensión hacia la búsqueda de satisfactores orales.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Los resultados obtenidos que tienen mayor relevancia son:

HOMBRES (Gráfica No. 1)

FACTOR "B" INTELIGENCIA

Se obtuvo una puntuación estén de 7 con un equivalente a 15.0%; intelectualmente adaptables, con buen juicio, aprenden rápidamente, poseen capacidad de concentración, buena organización del pensamiento. Se obtuvo facilidad de palabra y buena capacidad mental general.

FACTOR "C" DEBILIDAD DEL YO

Obteniéndose una puntuación estén de 4 con un equivalente a 15.0%; son emocionalmente poco estables, con algunas fluctuaciones en su estado de ánimo, un poco temperamentales, afectados por sentimientos. Tienen una debilidad del yo.

FACTOR "I" SENSIBILIDAD EMOCIONAL

Con una puntuación estén de 7 con un equivalente a 15.0%; son afectuosos, buscan ayuda y simpatía de los demás, sobreprotegidos.

FACTOR "Q1" CONSERVADURISMO

Se obtuvo una puntuación estén de 4 con un equivalente a 15.0%; son conservadores, tratan de respetar las ideas establecidas.

FACTOR "Q4" TENSION

Obteniéndose una puntuación estén de 8 con un equivalente a 9.2%; son impulsivos, presentan estado de ansiedad y frustración.

MUJERES (Gráfica No. 2)

FACTOR "C" FUERZA DEL YO

Se obtuvo una puntuación estén de 3 que tiene un equivalente a 9.2%; son emocionalmente inestables, con fluctuaciones en su estado de ánimo, temperamentales, evaden responsabilidades con tendencia a desistir, afectadas por sentimientos. Tienen una debilidad del yo.

FACTOR "M" ACTITUD COGNITIVA

Con una puntuación estén de 4 que tiene un equivalente de 15.0%; la muestra de las mujeres puede decirse que es objetiva; son prácticas, tienen preocupaciones reales.

FACTOR "Q1" CONSERVADURISMO

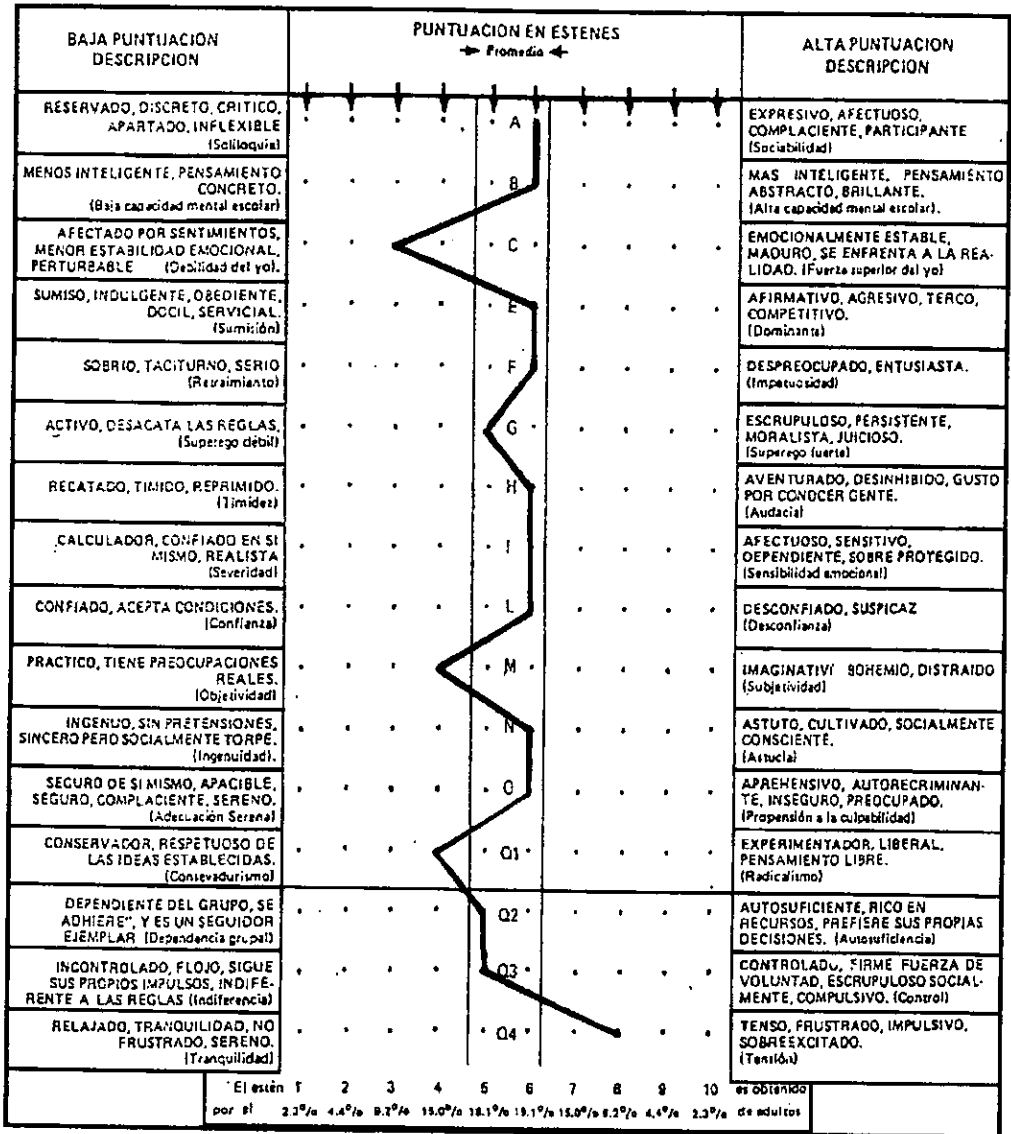
Obteniéndose una puntuación estén de 4, equivalente a 15.0%; son conservadoras, respetuosas de las ideas establecidas.

FACTOR "Q4" TENSION

Con una puntuación estén de 8, equivalente a 9.2%; son impulsivas, presentan estado de ansiedad y frustración, por lo regular se tensan.

En el Factor "M" - Objetividad; los hombres obtuvieron una puntuación estén de 5 - 19.1% y las mujeres de 4 - 15.0%, también quedando dentro del promedio.

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 PF MUJERES



HOMBRES Y MUJERES (Gráfica No. 3)

Dentro de los factores que se encontraron en puntuación están el Factor "C" - Debilidad del Yo; siendo afectados emocionalmente tanto mujeres (3 - 9.2 %), como hombres (4 - 15.0%).

En el Factor "Q1" - Conservadurismo; no se encontró ninguna diferencia, siendo los dos grupos respetuosos de ideas establecidas; (4 - 15.0% y 4 - 15.0%).

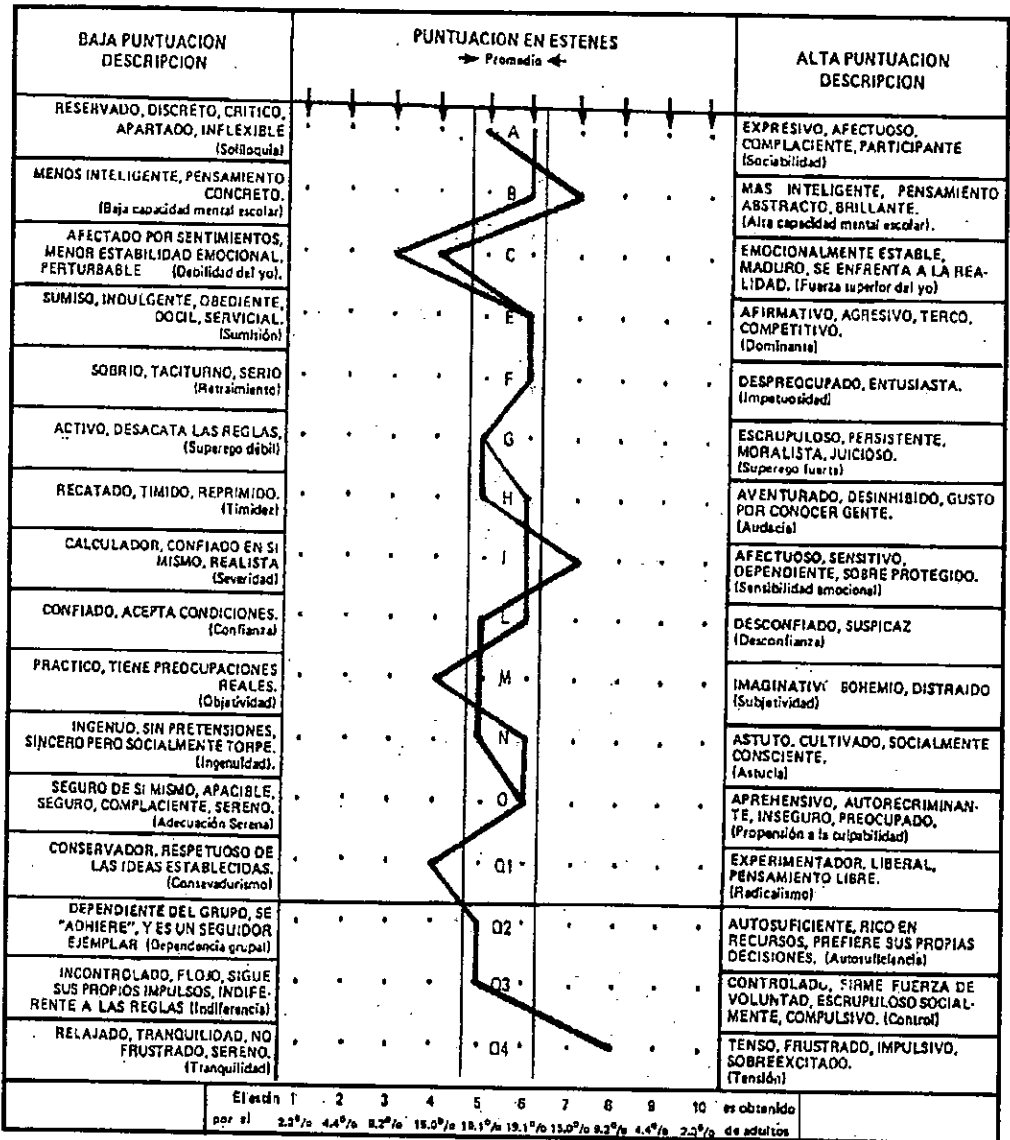
En el Factor "Q4" - Tensión; no se encontró ninguna diferencia en hombres con una puntuación de 8 - 9.2%; las mujeres con una puntuación de 8- 9-2%, ya que los dos grupos presentan estados de ansiedad y frustración.

En el Factor "B" - Inteligencia; se encontró una diferencia en los hombres con una puntuación de 7 - 15.0%; las mujeres con una puntuación de 6 - 19.1%.

En el Factor "I" - Sensibilidad Emocional; los hombres obtuvieron una puntuación de 7 - 15.0%; las mujeres una puntuación de 6 - 19.1%, es decir, quedaron dentro del promedio.

En el Factor "M" - Objetividad; los hombres obtuvieron una puntuación de 5 - 19.1% y las mujeres de 4 - 15.0%, también quedando dentro del promedio.

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 PF HOMBRES Y MUJERES



CONCLUSIONES

En la presente investigación se hizo un análisis de los 16 diferentes factores de personalidad que integran la prueba aplicada como instrumento de medición. En la interpretación conjunta de las diferencias más predominantes en los dos grupos se observa en los Factores "B", "C", "I", "M", "Q1" y "Q4".

Los datos obtenidos se sometieron a un análisis estadístico descriptivo encontrando que existen diferencias significativas en los rasgos de personalidad entre hombres y mujeres obesos, por lo que se concluye:

En los hombres hay una mayor tendencia al manejo de contenidos abstractos y que eficientemente aplicados rebasan de alguna manera los contenidos concretos en el manejo que hacen las mujeres en relación con el aprendizaje; de acuerdo a los datos obtenidos en el apartado de Análisis es relevante encontrar uno de los rasgos caracterológicos que diferencian en la muestra a ambos sexos en el Factor Fuerza del Yo, se encontró una tendencia muy marcada hacia la Impresionabilidad, lo que se puede interpretar como una debilidad o fragilidad yoica que los lleva a ser inestables emocionalmente, dado que muestran una tolerancia a la frustración, sobre todo en las mujeres. En Emotividad, el grupo de hombres muestra mayor sensibilidad en sus relaciones afectivas. En las mujeres se observa estabilidad en cuanto a la apreciación de aspectos realistas, no mostrando áreas vulnerables.

En Actitud Cognitiva, correlacionando los factores de la Emotividad y de la Credibilidad las mujeres buscan más lo práctico y lo objetivo al tomar una decisión. En Posición Social, los dos grupos intentan ser conservadores, tratando de no crear o crearse problemas. En Estado de Ansiedad, existen componentes de alta tensión, frustración y sobreexcitación por la fragilidad yoica que muestran ambos grupos y que se hace notar en la Fuerza del Yo, que bien puede aumentar su ansiedad y su propensión hacia tener que buscar satisfactores orales.

En los otros factores la puntuación quedó dentro del promedio como la Expresividad Emocional, los hombres se van más hacia la Soliloquia y las mujeres más hacia la Sociabilidad, en lo que se refiere a la Dominancia, los dos grupos muestran estabilidad en cuanto a su necesidad de ascendencia, Impulsividad, hombres y mujeres son autoafirmativos, tienden a ser entusiastas, respondiendo más a la estimulación externa que a sus valores internos, en Lealtad Grupal, posiblemente por la falta de autodefinición, causa en los dos grupos cierta fragilidad en el seguimiento de una conducta más apegada a sus necesidades; en Aptitud Situacional, en los dos grupos se denota cierta tendencia a mostrarse más extrovertidos que retraídos.

En Credibilidad, en los hombres se observa más confianza, no así en las mujeres, a pesar de ser más desinhibidas en la relación que mantienen tienden a ser más desconfiadas o suspicaces. En Sutileza, el grupo de hombres actúa más en base a sus aparentes cualidades, mostrando en ello una mayor ingenuidad en comparación al grupo de mujeres. En los dos grupos hay una aparente estabilidad emocional que puede ser el resultado de

una formación reactiva ante la situación que viven. Es probable que exista una dependencia grupal a las reglas sociales que prevalecen alrededor de su círculo social y sobre todo, en lo que consideran adecuado. En el Estado de Ansiedad, es notable encontrar que existen componentes de alta tensión, frustración y sobreexcitación.

- ◆ En lo que se refiere a métodos terapéuticos el éxito definitivo de cualquier régimen de tratamiento depende de la cooperación del paciente, y de que cumpla con todos los aspectos del programa.
- ◆ Al interactuar con el paciente, las características del terapeuta juegan un papel importante en el cumplimiento terapéutico.
- ◆ La conducta no verbal del terapeuta juega un papel determinante en la aceptación o el rechazo al tratamiento.

LIMITACIONES

Tomando en consideración tanto las características propias del trabajo, como las de la población elegida, la presente investigación presentó ciertas limitaciones, algunas de ellas a continuación se exponen:

No existe suficiente información de investigaciones acerca de la personalidad en el paciente obeso. Una limitante más fué que a los pacientes se les hacía muy extensa la prueba al ir la resolviendo; varios pacientes que a la segunda cita (generalmente fueron dos citas para cada paciente) ya no asistían e incluso en la primera aplicación en ocasiones no la terminaban, argumentando que ellos suponían que no sería tan "pesada", y se retiraban.

Algunos pacientes preguntaban que si al resolver la prueba tendrían algún beneficio y al explicarles el objetivo de la aplicación se desanimaban y decían que no tenían tiempo para resolverla. Otros empleaban más o hasta el doble del tiempo promedio para resolverla, a pesar de tener las instrucciones y que aseguraban que no tenían duda alguna. También se tuvo el inconveniente que al estar esperando a los pacientes en el horario acordado, en numerosas ocasiones no llegó ninguno.

Como se pudo ver, la simple aplicación de la prueba a los pacientes no fué de mucho interés para ellos, ya que les interesaba un tratamiento específico, y en esta investigación no se realizó por no ser un punto incluido en la misma.

Al realizar este estudio solamente se manejaron datos sobre la prueba que se les aplicó a los pacientes, pero sin tener un contacto directo más tiempo; ya que en toda evaluación psicológica es importante la observación directa del evaluado tal como lo marcan las teorías con base clínica.

SUGERENCIAS

Basándose en la investigación realizada y en los resultados obtenidos, se tienen las siguientes sugerencias:

- ◇ La elaboración de Programas Preventivos
- ◇ La elaboración de Programas Terapéuticos
- ◇ Estudios de Seguimiento
- ◇ Informar a través de los distintos medios de comunicación (televisión, radio y prensa, entre otros, haciendo énfasis en el cambio de conductas:
 - ◆ motivación hacia la salud,
 - ◆ percepción de riesgo y
 - ◆ eficacia de tratamientos.

Se debe informar, aclarar y dejar la idea de que la obesidad es una enfermedad como la diabetes o la gota, muchos de cuyos mecanismos se desconocen y que además no tiene cura, sino recuperación: ningún obeso podrá volver a comer normalmente sin riesgo de recaídas.

Es importante tener presente que la enfermedad de la obesidad se vea como un *riesgo real* en la mayoría de la población.

Que los programas antes mencionados sean aplicados en las diferentes Centros de Salud Pública de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado y demás instituciones de Salud existentes. Alcanzar la cobertura total de los servicios de salud y mejorar su calidad son dos grandes objetivos nacionales. El proceso de adherencia terapéutica tiene un papel importante en la obtención de dichos objetivos.

El campo de aplicación de la prueba 16 Factores de Personalidad de Raymond B. Cattell es realmente amplio, por lo que ofrece innumerables posibilidades para realizar futuras investigaciones que lleven a aumentar los conocimientos que hasta ahora se tienen de la Psicología en México.

REFERENCIAS

- Allport, Gordon W. (1961) Pattern and Growth in Personality. Holt.
- Allport, Gordon W. (1974) Psicología de la Personalidad. Paidós.
- Blanco Soler, C. (1946) La obesidad y su Tratamiento. Madrid. Morata.
- Blundell, J. E. (1984) Serotonine and Appetite. Neuropharmacology. New York. Van Nostrand.
- Bourges, R. H. (1986) Memorias de la Primera Semana de Nutrición, UNAM-ENEPI
- Capenter, R. H. S. (1986). Neurofisiología. Principios de Fisiología Médica. México. Manual Moderno.
- Carlson, Neil R. (1991) Fisiología de la Conducta 2o. tomo. Barcelona. Ariel.
- Cattell, Raymond B. (1963) Principios Fundamentales de los Tests de Personalidad Proyectivos o de Percepción Erronea, en Anderson y Anderson. del Técnicas proyectivas diagnóstico psicológico. Buenos Aires. Paidós.
- Cattell, Raymond B. (1965) (c) The Scientific Analysis of Personality. Baltimore. Penguin.
- Cattell, Raymond B. (1985) Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad, Parte 1: manual e instructivo. Parte 2: cuadros, figuras y perfiles. México. Manual Moderno.
- Cofer, C. N. Y M. H. Appley. (1976) Psicología de la Motivación. Teoría e Investigación. México. Trillas.
- Cornillot, Alberto F. J. (1977) Obesidad. México. Médica Panamericana.

- Cormillot, Alberto F. J. (1989) El Arte de Adelgazar. México. Médica Panamericana.
- Craighead, Kazdin, Mahoney. (1982) Behavior Modification. (Balfour, Jeffrey).
- Cueli, Jose. (1976) Teorías de la Personalidad. México. Trillas.
- Davidoff, Lynda I. (1980) Introducción a la Psicología. México. Mcgraw Hill.
- Downie, N. M. Y R. W. Heath. (1976) Metodos Estadisticos Aplicados. México. Harla.
- Espejo, Sold. J. (1986) Manual de Dietoterapia de las Enfermedades del Adulto. México. El ateneo.
- Fadiman, James., Robert Frager. (1979) Teorías de la Personalidad. México. Harla.
- Feldman, Elaine B. (1990) Principios de Nutrición Clínica. México. Manual Moderno.
- Frager, Robert. (1979) Teorías de la Personalidad. México. Harla.
- Guyton, Arthur C. (1979) Fisiología Humana. México. Interamericana.
- Garfield, Sol. L. (1991) Psicología Clínica. El Estudio de la Personalidad y la Conducta. México, Manual Moderno.
- González, R.F., Febles, E. M. Roloff, G.G. (1982) Algunas Cuestiones Teóricas y Metodológicas sobre el Estudio de la Personalidad. Pueblo y educación. España.
- Hall, Calvin S. (1984) La Teoría Factorial de la Personalidad. Buenos Aires. Paidós.

- Hernández Sampieri, R. (1984) Metodología de la Investigación. México. Mcgraw Hill.
- Holguin Quiñones, Fernando. (1984) Estadística Descriptiva Aplicada a las Ciencias Sociales. México. UNAM.
- Holland, J. G. y B.f. Skinner. (1972) Análisis de la Conducta. México. Trillas.
- Kandel, Eric R., Tomas M. Jessell y James H. Schwartz (1997) Neurociencia y Conducta. Madrid. Prentice Hall.
- Krause, Marie V., Martha A. Hunscher. (1975) Nutrición y Dietética en Clínica. México. Nueva Editorial Interamericana.
- Leitenberg, Harold. (1982) Modificación y Terapia de Conducta. Madrid. Morata.
- Malacara, J. Manuel, M. Garcia V., C. Valverde R. (1979) Fundamentos de Endocrinología Clínica. México La Prensa Médica Mexicana.
- Mahoney, Michael y Kathryn Mahoney. (1982) Cognition and Behavior. México. Trillas.
- Mahoney, Michael J. y Arthur Freeman. (1986) Cognición y Psicoterapia. México. Trillas.
- Mahoney, Michel y Kathryn Mahoney. (1984) Control Permanente de Peso. México. Trillas.
- Mc Guigan, F. J. (1996) Psicología Experimental. Métodos de Investigación. México. Prentice Hall Hispanoamericana.
- Montemayor Garcia, Felipe. (1992) Estadística para Investigadores. Tomo I México. UNAM.
- Morales, Maria Luisa. (1986) Psicometría Aplicada. México. Trillas.

- Morley, J. Levine. A. S. (1983) The Central Control of Appetite. Lancet.
- Moyer, K. E. (1984) Neuroanatomía. México. Nueva Editorial Interamericana.
- Nunnally, Jum c. (1973) Introducción a la Medición Psicológica. Buenos Aires. Paidós.
- Nunnally, Jum. C. (1987) Teoría Psicométrica. México. Trillas.
- Pervin, Lawrence A. (1979) Personalidad, Diagnóstico, Teoría de la Investigación. España, Pesclee de Brower.
- Pichot, Pierre. (1976) Los Tests Mentales. Buenos Aires. Paidós.
- Plutchik, R. (1987). Las Emociones. México. Diana.
- Robinson, Corinne H. (1982) Fundamentos de Nutrición Normal. México. Cía. Editorial Continental.
- Rodwell, William S. (1973) Nutrición y Dietoterapia. México. Impresiones Modernas.
- Rojas Soriano, R. (1989) El Proceso de la Investigación Científica. México. Trillas.
- Saldaña C. Y R. Rossell. (1993) Obesidad. México. Martínez Roca.
- Sokolow, Maurice, Malcolm B. McIlroy y Melvin D. Cheitlin. (1992) Cardiología Clínica. México. Manual Moderno.
- Stuart, R. B., Davis B. (1972) Slim Chance in a Fat World: Behavioral Control of Obesity. Illinoi. Research Press.
- Tamayo, M. (1993). El Proceso de la Investigación Científica. México. Limusa.
- Walter, Michel. (1973) Personalidad y Evaluación México. Trillas.

- Whittaker, Jaimes O. (1984) Psicología. México. Interamericana.
- Wiley J. y Sons, Y. (1979) Los Alimentos y el Hombre. México. Limusa.
- Wolpe, Joseph. (1979) Práctica de la Terapia de la Conducta. México. Trillas.
- Wong, George. American Journal of Nutrition. (1979) Nutrition. 22 (1), pag. 8-11.
- Zavala, C. Compendio de nutrición (1984) Nutrientes. (3), pag. 204-205 México. Universo.
- World Health Organization. (1988) Measuring obesity. Classification and Description of Anthropometric Data. Report WHO consultation on the epidemiology of obesity. Copenghagen: WHO regional office for Europe, nutrition unit.
- Wurtman, J. D., Robert J. Wurtman. Drugs that Enhance Serotonergic Transmission Diminish Elective Carbohydrate Consumption by Rats. Life Sciences 1979; 24: 895-904.
- Compendio de Nutrición y Dietética (1990). Tomos 2, 4, 5 y 8 Buenos Aires. Paidós.
- Diccionario de la Psicología. (1983) Norbert Sillamy. México. Larousse.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán". (1983) Nutrición. Colec. Salud México. Tlaloc.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. (Mayo 1992). México.

ANEXO 1

UN PROGRAMA CONDUCTUAL AMPLIO

Los principios generales de la modificación de la conducta como el control de estímulo antecedente y consecuente pueden utilizarse con éxito en el manejo de la obesidad. Los refuerzos sociales y tangibles controlados por el terapeuta han producido dramáticas reducciones de peso durante el período de tratamiento. Los esfuerzos para promover el mantenimiento de la pérdida de peso después de la terminación del tratamiento se han centrado recientemente en el refuerzo ambiental y en el autorrefuerzo. La investigación ha indicado que el autorrefuerzo es tan eficaz como el refuerzo externo para producir pérdida de peso y más eficaz para promover el mantenimiento de la pérdida de peso. Por otra parte, el castigo y los procedimientos de condicionamiento de la evitación han resultado relativamente ineficaces para producir o mantener la pérdida de peso.

Al principio, la mayoría de los investigadores se centraron la pérdida de peso, pero hace poco han comenzado a centrarse en la modificación de los más importantes hábitos de comida y ejercicio. Los primeros programas de intervención enfatizaban la fase del tratamiento en tanto que los programas actuales han comenzado a enfatizar la evaluación inicial del paciente y el posterior mantenimiento de la pérdida de peso, además de la fase de tratamiento.

Para el manejo conductual de la obesidad se propone un modelo dimensional de 3 x 3 x 2, basado en los descubrimientos de investigación. Ese modelo conceptual está diseñado para ofrecer un enfoque amplio al manejo de la obesidad, el cual incluye los principios de modificación de la conducta.

Etapa de evaluación

La etapa de evaluación consiste en tres entrevistas de una hora, que se subdividen de la siguiente manera:

Primera entrevista. Antes que el paciente vea al terapeuta llena un cuestionario con la historia de su peso. Teniendo el cuestionario el terapeuta explica al paciente que las tres primeras entrevistas se dedicarán a describir el programa y a concluir una evaluación de las conductas relacionadas con el peso del paciente y de la disponibilidad para emprender un programa de pérdida de peso. No se toma ninguna decisión sobre si es apropiado comenzar el tratamiento hasta la tercera entrevista. Este tiempo permite tanto al terapeuta como al paciente decidir si el paciente debería emprender tal programa en este momento de su vida. Se dice al paciente que el sentido del programa es ayudarlo a reducir su ingestión calórica y aumentar su gasto de energía mediante la modificación de hábitos específicos de comida y de ejercicio. También se le dice que el tratamiento continuará hasta que alcance el peso deseado y que la etapa de mantenimiento continuará durante un año a partir de entonces. Por último, se le pide que se someta a un examen físico para asegurarse que puede participar en moderadas reducciones de la ingestión de alimentos y en moderados aumentos de gasto de energía.

Desde el comienzo, el terapeuta acentúa la importancia de la participación del paciente en su propio tratamiento. El terapeuta instruye al paciente para que, durante dos semanas, registre diariamente su peso, el alimento consumido y toda su actividad física. Se le dan formularios para que registre esta información.

Segunda entrevista. Se evalúan cuidadosamente los registros de comida,

peso y ejercicio 'vigilados' por el paciente. La comida diaria se examina como 'algo entre comidas', especialidades de fin de semana o el comer provocado por situaciones o estados de ánimo determinados. Se observan el tipo, la frecuencia y la duración de la actividad física. Se discuten con el paciente las ventajas de permanecer obeso a convertirse en una persona delgada.

Se prepara un contrato conductual que especifica las conductas deseadas y las contingencias del programa. Luego se examinan los objetivos de peso final e intermedio del paciente, mejora de los hábitos de comida y progreso en la actividad física. El contrato también especifica la cantidad de dinero u objetos valiosos que deben ser depositados por el paciente y las condiciones para recuperarlos. Se pide entonces al paciente que deposite una cantidad sustancial que perdería si no mereciera que se le devuelva. La recomendación usual para el contrato de contingencia es que el terapeuta paga al paciente una cuarta parte de su depósito cuando alcanza el peso final, y una cuarta parte cuando mantiene su peso por un año; el paciente se paga a sí mismo la mitad restante durante el tratamiento por progresos en sus hábitos de comida y ejercicio. (La autorrecompensa no es por pérdida de peso.) El paciente pierde todo el depósito si abandona el programa. En esta segunda entrevista se llena el contrato pero no se firma. Se dice al paciente que piense seriamente acerca de su compromiso, así como sobre las condiciones de su contrato previas a su programa de manejo de peso.

Etapas de tratamiento del programa

La etapa de tratamiento está dividida en tres fases. La Fase I consiste en 12 clases semanales de una hora sobre manejo de alimentos y ejercicios. La Fase II consiste en 12 clases semanales de media hora dedicadas a las específicas dificultades que el paciente puede encontrar en el manejo de sus

alimentos y en sus tareas de ejercicio. La Fase III consiste en reuniones cada dos meses o cada mes de 15 a 30 minutos que se centran en estabilizar los nuevos hábitos de comida y de ejercicio adquiridos. Los principios de conducta tales como debilitamiento del estímulo y el esparcimiento del refuerzo se incluyen sistemáticamente en el seguimiento de esta fase del tratamiento.

Tercera entrevista. Se pesa al paciente y se examinan su comida y sus actividades físicas diarias. Además se revisa el contrato y se contesta a cualquier pregunta. Si el paciente y el terapeuta están totalmente satisfechos sobre los términos del contrato, el paciente deposita su dinero o valores personales con el terapeuta y ambas partes firman el contrato.

Fase I: Clases estándar. La forma general de la Fase I es primero presentar información sobre un tema particular, luego evaluar los actuales elementos positivos y déficits del paciente respecto a este tema, por último planear una tarea para que él cumpla la semana siguiente. La próxima reunión se utiliza para evaluar los progresos y dificultades en la implementación de la tarea de la semana previa; luego se presenta el tema para la semana siguiente.

Se dice al paciente que el manejo del peso avanza si aprende a recompensarse a sí mismo apropiadamente por el logro exitoso de los objetivos de control del peso. Se le dice, además, que debería recompensarse sólo si cumple su tarea semanal >no debería recompensarse si no cumple la tarea semanal<. La mitad del depósito inicial se divide en 12 partes iguales; una parte puede recuperarse durante cada semana de la Fase I. Todo el dinero que el paciente no se retribuye a sí mismo durante las reuniones semanales es restituible a petición al final de la Fase I.

Clases 1 y 2: Nutrición y una dieta de intercambio de alimentos. Se ofrece una información básica sobre nutrición y sobre la importancia de una dieta bien balanceada. Puesto que uno de los propósitos del programa es alterar en forma permanente los hábitos de comida y evitar las quebras temporales de la dieta no se recomienda una dieta estricta. En vez de eso se recomienda una dieta de "alimentos intercambiables" (Stuart y Davis 1972), en tanto que ofrece una guía sobre qué comer pero al mismo tiempo permite al paciente comer según sus propias preferencias alimenticias. Se examinan nuevamente los patrones de comida del paciente, la historia de su actividad física y los objetivos de pérdida de peso.

Con esta información se selecciona un plan individualizado de calorías alimenticias diarias el cual puede llevar a una pérdida de peso semanal de .45 a 1.81 kilos. Si el paciente tiene un sobrepeso moderado o excesivo, se recomienda una pérdida de peso semanal de .91 a 1.81 kilos. Sin embargo, a medida que el paciente se aproxima a su peso deseado, el objetivo se rebaja de .45 a .91 kilos semanales.

Al final de la primera clase se instruye al paciente para que pase la próxima semana implementando su dieta de alimentos intercambiables. En la clase 2 se examinan los progresos del paciente y se explican aspectos adicionales de la dieta. Las clases 3 a 6 se centran en alterar las conductas de manejo de alimentos.

Clase 3: Compra de alimentos. Si las personas no tienen alimentos altamente calóricos en su casa no pueden comerlos. Por tanto, es importante alterar sus hábitos de compra de alimentos. Cuando se le informa sobre nutrición y las dietas de alimentos intercambiables, se dice al paciente que

compre sólo aquellos alimentos que cumplen los requisitos de la dieta de alimentos intercambiables. No se deberían comprar otros alimentos. Se le aconseja que prepare una lista de alimentos antes de ir a comprar, comprar sólo lo indicado en esa lista, ir de compras cuando está saciado y no cuando está hambriento, y no comprar cantidades extra de alimentos.

Clase 4: Almacenamiento de alimentos, preparación y modo de servirlos.

La investigación sobre el control del estímulo para comer en exceso indica que para una persona obesa el alimento fuera de la vista a menudo está fuera de la mente. Así pues, se instruye a los pacientes para que evalúen sus actuales prácticas de almacenamiento de alimentos y para que almacenen sus alimentos, siempre que sea posible, de modo que no sean fácilmente visibles o alcanzables. Un ejemplo consiste en sacar los alimentos de la sala de estar o de la mesa de la cocina y ponerlos en recipientes opacos. Respecto a la preparación de los alimentos se instruye a los pacientes para que planifiquen y sigan un menú que incluye puntos provenientes tanto de la dieta general de alimentos intercambiables como de sus alimentos favoritos. Se alienta una ingestión moderada de alimentos favoritos como modo de mantener una asociación positiva entre comer y adelgazar. También se instruye a los pacientes para que se sirvan porciones más pequeñas de alimentos y poner su comida en platos más pequeños.

Clase 5: Comer alimentos. El comer es una experiencia agradable para la mayoría de las personas con peso normal y también debería serlo para las personas con sobrepeso. Sin embargo, la mayor parte de las personas con exceso de peso comen tanto y tan rápido que no tienen tiempo de saborear sus alimentos o de percibir cuándo están fisiológicamente satisfechos (o sea cuando sus estómagos están llenos). Se recomienda a los pacientes que

disfruten los alimentos comiéndolos lentamente y pensando qué buen sabor tiene cada pequeño bocado de alimento. Se les instruye para que pongan cantidades más pequeñas de alimento en el tenedor, para que mastiquen y pasen más lentamente y esperen entre bocado y bocado. Por último, se dice a los pacientes que enfoquen su atención sobre cuán llenos sienten sus estómagos, y cuando los sienten llenos, dejar de comer.

Clase 6: Limpiar los restos de comida y revisión. Las personas con sobrepeso a menudo terminan su plato y después mientras están sentados a la mesa comienzan a picotear los restos hasta que no queda nada. Este problema puede resolverse, en parte, comprando, preparando y sirviendo cantidades más pequeñas de alimentos. Si aún quedan restos, se instruye a la persona para que limpie la mesa en cuanto termina de comer y ponga aparte todo resto para suprimir una ulterior tentación. El resto de esta sesión se dedica a revisar las clases 1 - 5.

Clase 7: Comer entre tiempos. El comer entre tiempos, desde el picotear hasta tomar grandes aperitivos, es regularmente un problema importante del paciente obeso. Se examina el registro de comidas del paciente para identificar cualquier problema de comida entre tiempos, y si es necesario, se desarrolla un plan específico para disminuirlo. Muchos de los recursos para el manejo de alimentos ya examinados pueden utilizarse para disminuir las dificultades de comer entre tiempos. Por ejemplo, si una persona no compra su comida favorita, no la tendrá para comerla; si compra un alimento de baja caloría (verduras), podrá aún tomar un aperitivo pero su ingestión calórica será menor. Los que comen fuera de hora saltan casi siempre el desayuno o la comida y luego comen entre tiempos porque dicen que se sienten con mucha hambre. Sin embargo, un examen de su registro de comida revela con

frecuencia que consumen más calorías que si hicieran un desayuno o almuerzo nutritivo. Por lo tanto, se instruye a quienes comen fuera de horas que coman en los tiempos regulares de comida y que omitan o reduzcan sustancialmente su picoteo entre comidas.

Clase 8: Conseguir la ayuda de la familia y de los amigos. La importancia de las otras personas significativas en cuanto a ayudar o impedir los intentos de perder peso ya se ha mencionado. Ahora es el momento de hacer que la persona obesa gane activamente su ayuda en el manejo de su peso. Debería pedir a su familia y amigos: 1) que no critiquen su gordura sino que lo elogien por sus progresos en el manejo del peso; 2) que compren, preparen y sirvan alimentos de bajas calorías; 3) que no le ofrezcan porciones adicionales de alimentos; 4) que no hablen de comidas sino de otras cosas; y 5) que lo comprometan en actividades no relacionadas con la comida.

Clase 9 y 10: Aprender a manejar los sentimientos y situaciones vitales de modo que no impliquen comer. La mayor parte de las personas encuentran situaciones en que se sienten ansiosos, deprimidos, solitarios, enojados, aburridos o exhaustos. Las personas obesas con frecuencia manejan sus sentimientos comiendo en exceso, en tanto que las personas con peso normal reaccionan de manera que no implica comer. Para ayudar a los pacientes a aprender nuevas formas de manejar los sentimientos que no incluyan comer, se reexaminan sus registros de comida para identificar el tipo y frecuencia de situaciones en que ellos manejan los sentimientos comiendo. Entonces pueden sugerirse y poner en práctica una serie de buenas alternativas. Algunas de ellas pueden ser: 1) hacer una lista de amigos para visitar o llamar cuando se siente preocupado o solitario; 2) planificar una serie de actividades, como ir al cine, salir a comprar ropa, visitar museos, etcétera, para realizarlas

cuando se siente ansiosa o deprimida; 3) desarrollar intereses a largo plazo y pasatiempos para manejar el aburrimiento; 4) aprender modos adecuados de expresar el enojo; y 5) hacer ejercicio cuando se tiene el sistema nervioso alterado.

Clase 11: Actividad física y gasto de energía. Las clases de la 1 a la 10 se centraron en la pérdida de peso mediante la disminución de ingestión calórica; la clase 11 enfoca la pérdida de peso mediante el aumento del gasto de energía. Esta clase a) ofrece información sobre la importancia de un mayor gasto de energía como una manera saludable de adelgazar, b) examina el registro de actividad física pre-tratamiento y c) hace que el paciente planifique su propio programa para un mayor gasto de energía. Las siguientes sugerencias se presentan al paciente a fin de que planifique e implemente su programa de actividad física:

- ◆ El mayor gasto de energía puede provenir de una mayor actividad física como ir a la tienda caminando en vez de hacerlo en auto, y subir las escaleras en vez de subir en elevador o de ejercicios y deportes enérgicos.
- ◆ Seleccionar actividades físicas que se relacionen con la propia situación y estilo de vida.
- ◆ Organizar la actividad física de modo que se convierta en parte del propio plan regular o semanal, entonces siempre hay tiempo para eso.
- ◆ Encontrar un amigo con quien hacer ejercicio.
- ◆ Inscribirse en un gimnasio o poder pertenecer a un club o pertenecer a

algún equipo de determinado deporte pues esto ofrece el placer social que se requiere para mantener el interés en la actividad física.

- ◆ Llevar un sencillo registro de la actividad física para medir el progreso.

Clase 12: Revisión. En esta clase se hace una revisión de las lecciones previas sobre manejo de alimentos y de actividad física.

Fase II. Esta fase consiste en 12 reuniones semanales de media hora que se centran en los problemas de manejo de alimentos y de actividad física que ofrecen particulares dificultades el individuo. Se interrumpen las autorrecompensas formales tangibles. Sin embargo, se dice al paciente que continúe recompensándose a sí mismo en su casa cuando cumpla sus objetivos de manejo de peso. Se alienta al paciente para que desarrolle su propio sistema, oculto y manifiesto, de recompensa. Por ejemplo, si domina un período perturbador de comer fuera de hora, podría felicitarse ocultamente y comprarse un sweater de una talla menor.

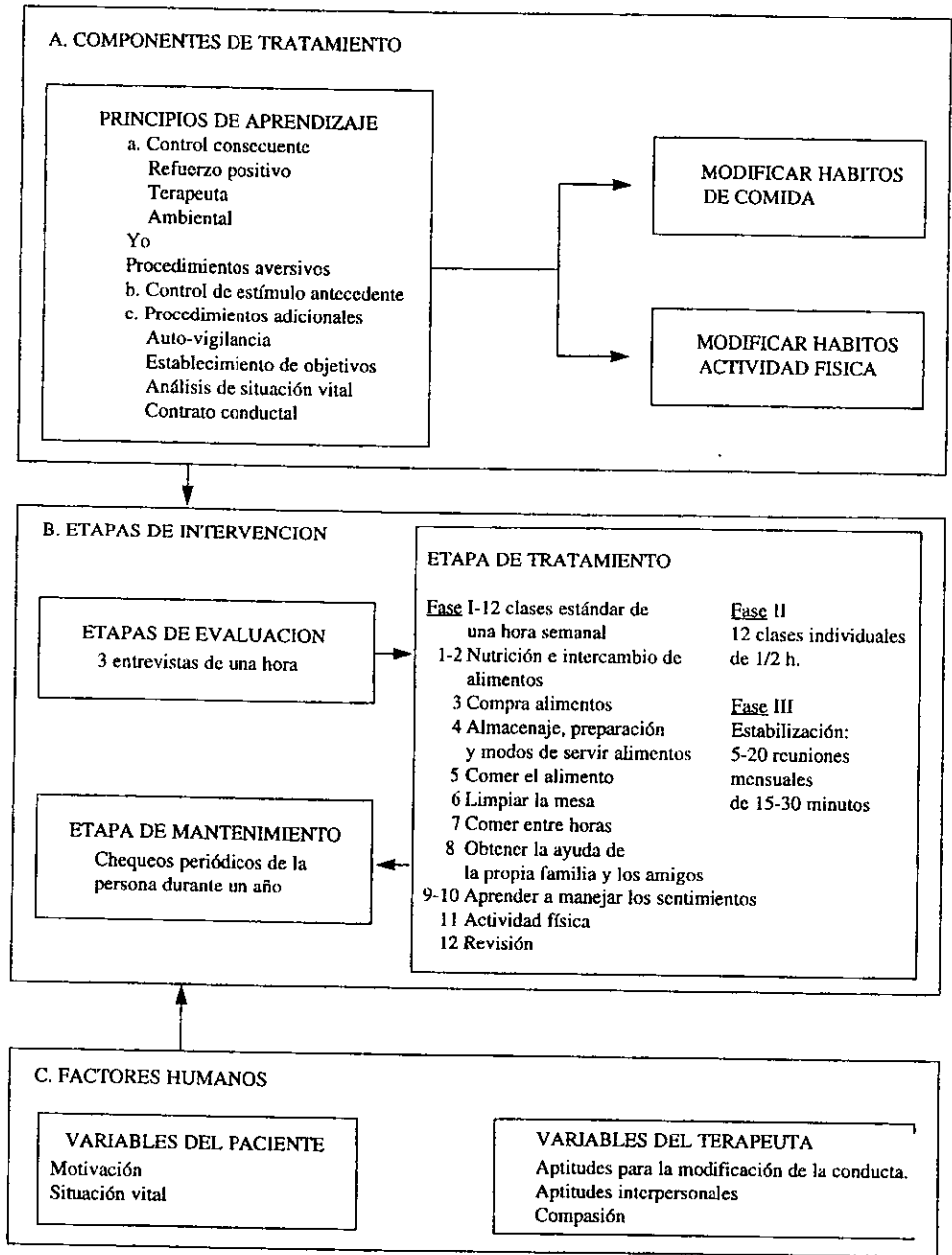
Fase II. Esta fase abarca entre 5 y 20 reuniones quincenales o mensuales de 15 a 30 minutos de duración. El propósito de estas reuniones es estabilizar los nuevos hábitos de comida y de actividad física. Se alienta al paciente para que siga recompensándose a sí mismo en tanto maneja su peso.

Las reuniones continúan hasta que el paciente alcanza su peso deseado, momento en que se le restituye una cuarta parte de su depósito inicial.

Etapas de control posterior del mantenimiento

Cuando se alcanza el peso deseado termina la etapa de tratamiento y

comienza la etapa de mantenimiento. El énfasis se pone en hacer que el paciente afiance sus hábitos de comida y ejercicio en niveles que mantendrán su pérdida de peso. El paciente sigue asistiendo a reuniones quincenales o mensuales de 15 a 30 minutos. El mismo tipo de procedimientos de debilitamiento y de esparcimiento empleados durante el tratamiento se implementan durante el mantenimiento. Las reuniones se vuelvan más cortas y menos frecuentes. El promedio de reuniones suspendidas depende de la capacidad del paciente para mantener sus hábitos de comida y actividad física. Cualquiera que sea la proporción de esparcimiento, durante un año debería continuarse algún contacto personal. El paciente debería disponer de programas de apoyo en caso de que se presente cualquier signo de recaída. Si el paciente mantiene su peso deseado durante un año se le paga la cuarta parte restante de su depósito. Todo el dinero que no se haya ganado al final de la etapa de mantenimiento se podría entregar a una institución sin fines de lucro.



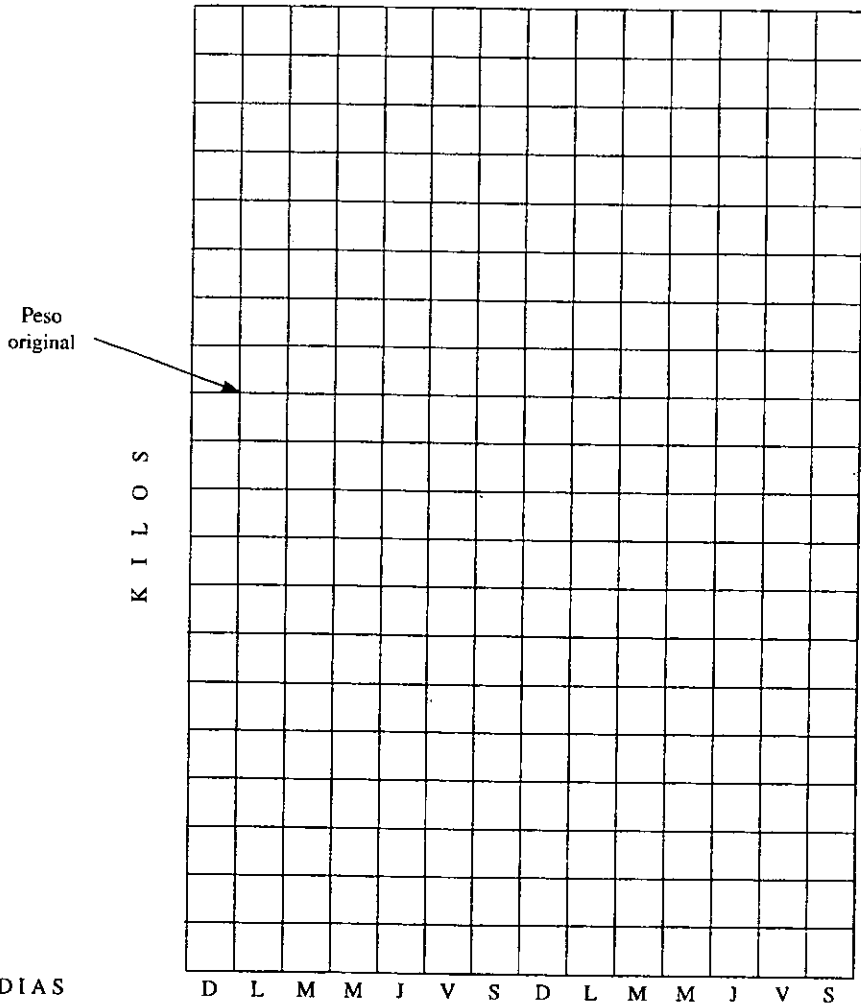
Un modelo dimensional de 3 x 3 x 2 para el manejo conductual de la obesidad

NOMBRE: _____

PESO ORIGINAL: _____

PESO DESEADO: _____

OBJETIVO DE LA PERDIDA DE PESO _____



DIAS

FECHA

SEMANA

Gráfico del peso diario para un programa de control de la obesidad

NOMBRE: _____

	SUCESOS ANTECEDENTES (Tiempo, lugar, situación y estado de ánimo antes y mientras se come)	RESPUESTA DE COMIDA			SUCESOS CONSEQUENTES (Estado de ánimo y actividades que siguen a la conducta de comer)
		Alimento	Cantidad	Calorías	
DESAYUNO					
MAÑANA					
ALMUERZO					
TARDE					
CENA					
NOCHE					

Consumo diario de alimentos para un programa de control de obesidad

NOMBRE: _____

TIEMPO	LOCACION	SOLO O CON COMPAÑERO	ACTIVIDAD FISICA			Sentimientos después de la actividad)
			Tipo	Cuánto tiempo, cuán lejos o núm. de veces	Calorías gastadas	

Actividad física diaria para un programa de control de la obesidad

ANEXO 2

DESCRIPCION DE LOS FACTORES PRIMARIOS

Factor A - Expresividad Emocional: En individuos con puntuaciones altas tiene mayor fluctuación diaria en su estado anímico, se hace referencia al polo A como Sizothymia (en latín significa "plano"), refiriéndose a la motivación plana y seca en el individuo.

A+ como "Affectothymia", que se refiere a la expresión exagerada de afecto (sentimiento).

En las respuestas a cuestionarios, el individuo A+ expresa una marcada preferencia por ocupaciones donde haya trato con gente, goza de reconocimiento social y en general está dispuesto a participar oportunamente, mientras que la persona A gusta de cosas y palabras (como por ejemplo lógica, maquinaria) y de trabajo solo, tiene un enfoque intelectual, obstinado y rehusa transigir.

Hay evidencia de que personas que pertenecen al grupo A+ son por naturaleza "Asociativos", dispuestos a formar grupos activos y existe evidencia experimental de que son más generosos en sus relaciones personales, menos temerosos de la crítica, más aptos para recordar nombres de personas, pero posiblemente menos confiables en trabajos de precisión y son más despreocupados para cumplir sus obligaciones. Las ocupaciones predominantes A+ son las de trabajadores sociales y

empresarios, mientras que las menos calificadas A- suelen ser artistas, electricistas e investigadores científicos.

Factor B - Inteligencia: La dimensión principal de la capacidad mental general siempre es importante, y se le da un lugar al lado de dimensiones semejantes.

El objetivo de construir la escala B ha sido el de mantener un equilibrio entre el énfasis en los factores de habilidad general. Esta escala no tendrá una correlación tan alta con las pruebas de inteligencia comúnmente usadas. Esta escala es adecuada para elecciones vocacionales.

Factor C - Fuerza del yo: Este factor es de integración dinámica y madurez, opuesto a una emocionalidad general controlada, desorganizada. Este patrón existe en normales y neuróticos, designados por Eysenck (1953); los psicoanalistas hablan de fuerza y debilidad del ego.

La persona C se molesta fácilmente por causas simples, se encuentra inconforme con la situación mundial, con su familia, con las limitaciones de la vida, con su propia salud, y siente que no puede enfrentarse a la vida, muestra respuestas neuróticas generalizadas que se traducen en fobias; perturbaciones psicosomáticas, sueños perturbados, y una conducta histérica obsesiva.

Individuos con C+ son administradores de negocios. La mayoría de los desordenes muestran una puntuación baja en la fuerza del yo.

Factor E - Dominancia: Este rasgo se puede concebir como una extensa y temperamental personalidad disposicional.

Por ocupación una alta puntuación en Dominancia la obtienen atletas, investigadores científicos, y las puntuaciones bajas granjeros, cocineros. Está apreciablemente influenciada por la herencia y es un factor de la personalidad que distingue a los sexos.

Factor F - Impulsividad: Puntaje alto son personas que generalmente se desarrollaron en un ambiente más fácil, menos duro, más optimista, creativo, que ha tenido una actitud despreocupada al tener aspiraciones menos precisas.

Factor G - Lealtad Grupal: Parecido al factor C de patrón de Fuerza del yo, como conducta autocontrolada y la preocupación por otros, en oposición a una conducta emocional e impulsiva. La diferencia es que G+ opera como un impulso para "hacer lo mejor que sea posible". C+ significa una fuerte involucración en los problemas del bien y del mal. La persona G+ se considera que actúa con propósitos perseverantes, lleno de planes, capaz de concentrarse, se interesa en analizar personas y prefiere gene eficiente a otros compañeros. Logran éxito en actividades que requieren perseverancia, definición y buen organización. Se correlaciona negativamente con delincuencia, conductas sociopáticas, homosexuales y positivamente con realizaciones escolares y generales.

Factor H - Aptitud Situacional: Es un factor fuertemente definido. H- puede representar al temperamento "Leptosomático" innato con alta tensión y sobreactividad autónoma.

En H- son sujetos tímidos, atormentados por sentimientos de inferioridad, lentos y torpes para expresarse, le distinguen las ocupaciones en las que tengan contacto interpersonal H- es perfectamente normal en sí, a pesar de sus dificultades iniciales para establecer contactos sociales.

H+ representa una baja reactividad psicológica a la amenaza, por eso H- se denomina timidez.

Esta factor se hereda; H- se presenta en individuos con sistema nervioso simpático hiperactivo que lo hacen reactivo a la amenaza.

H+ muestra inhibición ante la amenaza ambiental, es insensible en la interacción social, no es susceptible a lo social, sexual, emocional, situaciones de peligro físico.

H+ tiende a aumentar con la edad, a medida que la genete se vuelve menos tímida. Este factor es muy importante para ocupaciones que exigen capacidad para enfrentar situaciones emocionales difíciles.

Factor I - Emotividad: I+ se muestra como un individuo melindroso y a disgusto con personas toscas y ocupaciones rudas, gusto por viajes y nuevas experiencias, mentes estéticas imaginativas y un tanto irreal.

Los artistas califican altamente en este factor e influye la cultura. Las mujeres califican más alto que los hombres y los neuróticos califican también más alta que los normales.

En grupos los individuos han sido discretos como fastidiosos, retrazando la actuación del grupo a tomar decisiones y hacer observaciones negativas socioemocionales.

I representa algo como rudo, masculino, maduro, práctico, realista, generador de solidaridad en el grupo.

En ocupación I+ tiende a ser notablemente alto para consejeros de ocupaciones, músicos y artistas, distingue a los artistas de los ingenieros químicos y pilotos comerciales y tal vez a los psicómetras de los clínicos sensitivos. Los técnicos psiquiátricos, artistas y escritores califican alto y los electricistas, policías y mecánicos califican bajo.

I- son individuos con historia de pocas enfermedades y operaciones, mayor agresividad y un significancia mayor en el atletismo y deportes.

Factor L - Credibilidad: El término protensión significa "proyección" y tensión interna" y se usa para describir este factor. L+ son meticulosos en su trabajo, proviene de un hogar paternal que admiró y en el que tenía intereses intelectuales, desprecia la mediocridad, exageradamente correcto en su conducta compensatoria de protección. La protección es el

mejor método para manejar la ansiedad, es alto también en Q2 (ansiedad) en los médicos.

L- es de tolerancia, relajamiento, amigable y carencia de ambición y de empeño.

Factor M - Actitud Cognoscitiva: Esta es un patrón sutil. La persona M+ tiene una vida mental inferior y una ansiedad intermitente interna más alta que la persona praxernica, habla y camina en sueño y alterna períodos de plácida omisión de cuestiones prácticas con períodos histeroides de conducta relativamente inmadura, exigente y sobreexcitado.

Autis: pensamiento autístico o al menos internamente autónomo y su opuesto praxernica que significa la seria preocupación por detalles externos engorrosos.

M+ capacidad temperamental y parcialmente constitucional para separar sistemas ideacionales y recuerdos. M alta por ocupación se presenta en artistas, investigadores, ejecutivos de planeación y editores.

M baja es para actividades que requieren de sentido mecánico, realismo y viveza.

Factor N - Sutileza: N+ es para personas ingeniosas, acertado en diagnósticos clínicos, flexibles en sus puntos de vista, inclinados a estudiar las distintas alternativas, observador de modales.

La N baja tiene cualidades positivas como ingenua autenticidad emocional, completamente directo y franqueza espontánea. Este patrón es socialmente adquirido y se encuentra asociado negativamente en patología como esquizofrenia y neurósis y por lo tanto puede tratarse de una viveza mental generalizada, la cual resulta debilitada en patología.

Ocupacionalmente los grupos más altamente calificados son profesionistas hábiles en trabajos de precisión y los que califican bajo son sacerdotes, misioneros, enfermeras, técnicos psiquiátricos, cocineros y convictos.

N alta esta negativamente relacionada con el éxito con la enseñanza; los individuos con N baja son más aceptados y se les tiene mayor confianza.

Puntuaciones altas en N para los delincuentes.

Con toda probabilidad N es un patrón adquirido, parcialmente estimulado por un ambiente de "sálvese quien pueda", creando inseguridad y sospechas maliciosas.

N+ se presenta en individuos tolerantes con la gente y sus fracasos. N- concuerda con los conceptos, con las observaciones de ingenuidad auténtica.

Expresividad Emocional, afecto natural y gusto por la gente, las puntuaciones altas del factor N para personas directivas en discusiones analíticas y orientadas hacia objetos.

Factor O - Conciencia: Para este factor se utilizan términos como "tendencia depresiva", "mal humor", "sensibilidad emocional", "autodepreciación" y "neuroticismo".

La baja O sirve para distinguir aquellos que externalizan un desajuste como conflicto interno.

Se eleva el rasgo O por ejemplo: en la presencia de propensión a la culpabilidad por haber llegado a ser estadísticamente incorporado a las especificaciones de ecuaciones para predecir delincuencia .

O+ se siente inestable, informa exceso de fatiga por situaciones exitantes, no puede dormir por preocupaciones, se siente inadecuado para enfrentarse a la vida cotidiana, se descorazona fácilmente y tiene remordimientos, sienten que las personas no tienen moral, tranquilos, síntomas hipocondríacos, neurasténicos, pero prominentemente de fobias y ansiedades. La propensión a la culpa y la piedad es el punto central en "emocionalidad oceánica".

O+ se da en grupos religiosos, artistas, granjeros y editores.

O- en atletas, electricistas, artistas, enfermeras y gerentes de ventas.

O+ defienden la fantasía.

Factor Q1 - Posición Social: Se conoce a través del "interior mental" por medio de cuestionarios. En niños se dice que es un conjunto de actitudes adquiridas, radicales, intelectuales, políticas y religiosas. Q1+ son

personas bien informadas y dispuestas a experimentar con soluciones y problemas, y menos dispuestas a moralizar, con más dudas acerca de puntos de vista generales.

Un examen del contenido actual de los reactivos de Q1 muestra mayor interés por el pensamiento analíticos, por los ensayos modernos, por la lectura en oposición a enseñanza en la clase, a romper con las costumbres y la tradición o a persuadir a la gente.

Ocupacionalmente Q1 califica alto entre ejecutivos, maestros universitarios e investigadores científicos.

Q1 bajo se da entre policías y enfermeras, en grupos de trabajo poco aptos y en los más exitosos técnicos de psiquiatría.

Factor Q2 - Certeza Individual: Es uno de los principales factores de la introversión QS1. Los reactivos revelan a una persona resuelta y que acostumbra tomar sus propias decisiones.

Q2 se encuentra en personas que marchan con el grupo y dependen más de la aprobación social.

Q2 es básico en el factor de introversión de segundo orden.

Factor Q3 - Autoestima: Q3+ muestra respuestas de carácter socialmente aprobadas, control, persistencia, previsión, consideraciones hacia otros, conciencia y respeto por la etiqueta y la reputación social.

Q3 alto se encuentra asociado con éxito en actividades mecánicas, matemáticas y organizacionalmente productivas. Es alto en aquellos que requieren de objetividad, equilibrio y decisión como pilotos de aerolíneas, administradores de universidades, electricistas y técnicos psiquiátricos.

La persona se preocupa por el grado en que ha cristalizado para sí mismo un patrón admirado, consistente y claro de conducta aprobada socialmente.

Factor Q4 - Estado de Ansiedad: Persona con alto Q4 rara vez alcanza el liderazgo. Califica alto en empleos que pueden manifestar muy poca autoexpresión, pero que descargan una crítica a las demandas ambientales.

En grupos en ejecuciones simples de ensayo-error, donde el nivel de actividad es importante y se ha encontrado una correlación positiva con Q4. En ejecuciones medias de dimensión de fuerza moral, en pequeños grupos se encuentra en un nivel superior con una media más baja que Q4, para cada miembro del grupo.

El Q4 muestra necesidad de energía (id), excitado en exceso. La capacidad del ego está mal dirigida, convertida en perturbaciones psicósomáticas, ansiedad y trastorno en el equilibrio emocional. Presión del id o "impulso frustrado" expresa el factor Q4.