

01921
126



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ESTUDIO DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DE MUJERES CON OBESIDAD MORBIDA (IMC > 30), PACIENTES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE DEL ISSSTE."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

WENDY DE LAS MERCEDES LARA OLGUIN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO: DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

DR. RICARDO ORTEGA PINEDA
DRA. BERTHA BLUM GRINBERG
MTR. ISAAC SELIGSON NISEMBAUM
MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA



CAMERAS PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo intelectual.

NOMBRE: Wendy de las Mercedes Lara Olguin
FECHA: 14 - Nov - 2003
FIRMA: Wendy

Amo y siento deseos de hacer algo extraordinario *☺* No sé lo que es. *☺* Pero es un deseo incontenible de hacer algo extraordinario. *☺* ¿Para qué amo, me pregunto, si no es para hacer algo grande, nuevo, desconocido?

Alfonsina Storni.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer especialmente a mis sinodales por su contribución en la revisión y corrección de este trabajo. Toda su experiencia y sus atinados comentarios fueron un invaluable apoyo para la culminación de este proyecto.

A Lilia mi directora:

Quiero agradecerte que más allá de ser mi maestra, seas una gran amiga, con la cuál he tenido verdaderas lecciones de vida. Contigo he aprendido el valor de la amistad, lo importante que es no perder la fé y la fortaleza para volver a creer en un mañana, porque siempre es posible volver a empezar.

Te agradezco por creer en mí, por ser un pecho donde llorar, por ser un apoyo en los mejores momentos y en los peores, por sentir con esa intensidad con la que tú sientes.

Gracias por ser parte de mi vida.

A Ricardo mi revisor:

Quiero agradecerte, tu paciencia y tu empeño para revisar este trabajo, porque el tiempo que invertiste para ayudarme a conseguir mi meta es invaluable. Gracias por interesarte, por ofrecerme tu experiencia, por contribuir con mi formación profesional, por ser un buen amigo.

A Bonny:

Gracias por todas las aportaciones que hiciste a mi trabajo, por la dedicación que me ofreciste en este tiempo. También quiero agradecerte la oportunidad de haberme formado como psicóloga clínica, puesto que todo el conocimiento que adquirí puedo aplicarlo actualmente en mi trabajo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

C

A mi Padre:

Quiero agradecerte por todo lo que me has dado, por enseñarme el amor al trabajo, por ser el mejor ejemplo de vocación y profesionalismo. Te agradezco papá, el haberme inculcado la lealtad y la nobleza de espíritu, porque siempre he admirado tu fortaleza y quisiera algún día alcanzar las bondades que en ti encuentro.

A mi Madre:

Gracias por haberme enseñado a luchar, por dedicarme tu atención y tu cariño, por estar siempre conmigo. Por que aprendí de ti, que a pesar de los errores, siempre podré seguir adelante. Te agradezco mamá por tu esfuerzo para darme siempre lo mejor, por asegurarte de inculcarme buenas bases para ser siempre una mujer íntegra.

A mis hermanas Angelina, Liliana, Pili y Lola por ser parte importante en mi vida.

Oz, gracias por todo tu apoyo, por las interminables charlas que cuestionan los irremediables de la vida, por los triunfos y fracasos, por ser un gran amigo al que quiero conservar siempre.

Agradezco infinitamente a todas las personas que hicieron posible la realización de este trabajo.

INDICE

	Páginas
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.	2
CAPÍTULO 1. "OBESIDAD".	
1.1. Definición de obesidad.	5
1.2. Tipos de obesidad.	6
1.2.1. Sobrepeso.	6
1.2.2. Obesidad.	7
1.3. Etiología de la obesidad.	8
1.4. Diagnóstico de la obesidad.	9
1.5. Teorías que explican la obesidad.	12
1.5.1. Teoría del consumo, balance e ingesta de energía.	13
1.5.2. Teorías biológicas.	15
1.5.3. Teoría sobre la familia y la obesidad.	15
1.5.4. Teorías psicoanalíticas.	17
1.5.5. Teorías sociales.	18
1.6. Trastornos atípicos de la conducta alimentaria.	19
1.7. Tratamientos.	21
1.8. Prevalencia de la obesidad.	23
CAPÍTULO 2. "TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD".	
2.1. Antecedentes.	25
2.2. Definición de la personalidad.	26
2.2.1 Definición de rasgo.	29
2.3. Elementos de la personalidad.	30
2.4. Teorías de la personalidad	30
2.4.1. Psicología humoral.	31
2.4.2. La teoría fisiognómica.	31
2.4.3. La frenología.	32
2.4.4. La biotipología de Kretschmer	32
2.4.5. Teoría de los biotipos de William Sheldon.	33
2.5. Algunas teorías psicodinámicas de la personalidad.	34
2.5.1. Teoría psicoanalítica de Sigmund Freud.	34
2.5.2. Teorías neofreudianas.	36
2.6. Teorías fenomenológicas de la personalidad.	38
2.6.1 teoría motivacional de las necesidades de Maslow	38

E

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.7. Teorías del rasgo y factoriales.	39
2.7.1. Teoría del análisis factorial.	39
2.7.2. Teoría de la personalidad de Cattell.	40
2.7.3. Teoría de las disposiciones personales de Allport.	42
2.8. Medición de la personalidad.	44
2.8.1. Validez de las pruebas de personalidad.	44
2.9. Características de la personalidad madura.	45
2.10. Los trastornos de la personalidad.	47

CAPÍTULO 3. "PANORAMA DE LA OBESIDAD: ENFOQUE PSICOLÓGICO".

3.1. Epidemiología de la obesidad en México.	50
3.2. Factores étnicos y culturales de la obesidad.	52
3.3. Abordaje de la obesidad desde un enfoque psicológico.	57
3.3.1. Hipótesis psicológicas que explican la obesidad.	62
3.3.1.1. La hipótesis de la externalidad.	62
3.3.1.2. La hipótesis de la ingesta emocional.	63
3.3.2. Obesidad y psicopatología.	64
3.3.2.1. Alteraciones psicológicas primarias.	65
3.3.2.2. Alteraciones psicológicas reactivas.	68
3.4. Aportaciones de la investigación sobre obesidad.	69
3.5. Otras investigaciones sobre obesidad en México.	71

CAPÍTULO 4. "MÉTODO"

4.1. Planteamiento del problema de investigación.	75
4.2. Objetivo general.	75
4.3. Objetivos específicos.	75
4.4. Hipótesis.	75
4.5. Variables.	75
4.6. Diseño de Investigación.	76
4.7. Muestra.	76
4.8. Escenario.	76
4.9. Instrumento.	76
4.10. Procedimiento.	78

CAPÍTULO 5. "RESULTADOS"

5.1. Datos Socio-demográficos.	79
5.1.1. Edad.	79
5.1.2. Escolaridad.	79
5.1.3. Estado civil.	80
5.1.4. Número de hijos.	80

5.2. Índice de Masa Corporal (IMC).	81
5.2.1. Historial de peso: tiempo estimado con IMC>30.	82
5.3. Perfil de Personalidad.	83
5.4. Diferencias por rango de IMC.	84
5.5. Pruebas de Relación.	85
CAPÍTULO 6. "DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES"	
6.1. Discusión.	87
6.2. Conclusiones.	92
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	93
REFERENCIAS	94

RESUMEN

La presente investigación, es un estudio exploratorio cuyo propósito es, estudiar el perfil de personalidad obtenido por el MMPI Inventario Multifásico de la personalidad elaborado por Hattaway y Mckinley (traducida y adaptada por R. Núñez), en una muestra (n=37) de mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal>30), pacientes de Centro Médico Nacional "20 de noviembre" del ISSSTE; y la relación de éstos rasgos de personalidad, con el grado de obesidad. El principal objetivo de éste trabajo es contribuir al conocimiento del mecanismo que propicia el desarrollo de la obesidad mórbida y los factores psicológicos relacionados con ésta. Los resultados obtenidos, apuntan a la existencia de un perfil de personalidad muy similar en las pacientes estudiadas. Por otro lado no se encontraron diferencias significativas entre el perfil de personalidad obtenido con el grado de obesidad, datos que sugieren la posibilidad de contemplar éste hallazgo, como un criterio diagnóstico en los estudios preventivos de poblaciones con sobrepeso.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

Hoy día, en nuestra cultura como en el resto del mundo, se ha relacionado el ser delgado con la felicidad y el éxito (Verdúzco y Platas, 1999). De este modo, la sociedad ha marcado una pauta a seguir en cuanto al cuidado de la apariencia física, en un intento por retomar prácticas saludables, como medida preventiva de enfermedades que están estrechamente relacionadas con la estética corporal.

Actualmente, se puede apreciar la preocupación del hombre y su constante lucha contra la obesidad, en épocas y en zonas de abundancia. Esta tendencia se ha manifestado a través de los años, como una representación entre el ideal corporal y una apariencia considerada repulsiva. La asociación entre la gordura y la abundancia ha quedado evidenciada ampliamente en la literatura, pintura y escultura desde la Edad Media y el Renacimiento.

Las concepciones estéticas comenzaron a cambiar a fines del siglo XIX y a principios del siglo XX, y de acuerdo con las observaciones de Marañón(1926) citado por Sánchez y Mojica (1998), nunca fue tan intensa la obsesión por la delgadez como en nuestro tiempo, y tampoco se había llevado a tal extremo la esbeltez como en la actualidad. Esta concepción estética tuvo un leve retroceso al final de la década del 40 y principios de los años 50.

Bruch (1957), comentaría la implicación de encontrarse fuera del ideal corporal, establecido por la cultura moderna y resaltaría en particular, la vivencia de los individuos, para quienes el más leve grado de sobrepeso suele actuar como una barrera dañina, lo cual resulta muy certero en la medida que el incremento de peso corporal es un factor de riesgo para el desarrollo de diversos padecimientos, tanto físicos como psicológicos.

Existen muchos factores que pueden contribuir al desarrollo de la obesidad y aunque algunas enfermedades como la hipertensión, diabetes mellitus, artritis, enfermedades cardiovasculares entre muchas otras afecciones físicas; sirven como modelos para estudiar la etiología del trastorno, no explican el mecanismo del problema (Verdúzco y Platas, 1999; Braier, 1988; Braguinsky, 1987).

Se dice que la obesidad es más frecuente en mujeres de raza negra y de estatus socioeconómico bajo; se encuentra en 80% de los hijos de dos progenitores obesos, y está influenciada por factores culturales y étnicos (Verdúzco y Platas, 1999, Casanueva, 1988).

Entre las diversas causas ambientales se pueden mencionar la ingestión excesiva de alimentos, la inactividad, los malos hábitos alimentarios o dietéticos de la familia, estatus socioeconómico, etc. Las principales causas psicológicas refieren el deterioro de la imagen corporal y la aparición de trastornos tales como la depresión, la ansiedad, la provisión de alimento como "recompensa" emocional, el estrés, el abuso del tabaco o drogas, entre otras que, dependen de la estructuración individual de la personalidad, y si ésta antecede o es consecuencia de la imagen corporal del obeso. (Barber y cols., 1995, Gómez Pérez Mitre, 1993, Le Bow, 1986).

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, el 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. (Bruchon y Schweitzer, 1992)

Las causas fisiológicas, muestran la posible relación entre los desarreglos metabólicos y la distribución del tejido adiposo, defectos en el equilibrio de energía que incluyen su ingestión o transformación como gasto o almacenamiento de grasa y; aunque son menos frecuentes, las causas endocrinas de obesidad pueden generar un exceso de grasa corporal a causa de hiperinsulinismo, exceso de cortisol o deficiencia de hormona tiroidea. (Braier, 1988).

En la actualidad se puede considerar a la obesidad, como un producto de la era de la industrialización; el estilo de vida actual tiene un ritmo mucho más acelerado, la mecanización del mundo conduce a un mayor sedentarismo y el avance de la tecnología ha formado una sociedad consumista, lo cual repercute de manera directa en la calidad de vida. Los avances tecnológicos y el nivel de conocimientos generados en esta época ha llevado a la alimentación (a diferencia de épocas pasadas), a un tope, en el cual, cualquier persona puede tener acceso a alimentos altamente procesados, enriquecidos con los elementos necesarios para el buen funcionamiento, pero que no requieren una preparación previa ni compleja.

Dicho de otra forma, la alimentación actual es práctica, se prefieren los alimentos de consumo rápido y fácil preparación que han sido respaldados por lo que consideramos una adecuada nutrición; sin embargo, esto también ha repercutido en que el consumo de los alimentos sea desproporcionado, en cuanto a las necesidades de cada individuo, y esta desproporción estriba tanto en la cantidad de los alimentos como en la calidad de los mismos, que supera en gran medida los requerimientos básicos para un adecuado funcionamiento corporal (Saldaña, 1988).

La obesidad esta asociada con una mortalidad excesiva. Las tasas de mortalidad aumentan en forma más marcada cuando el peso corporal ha excedido más del 40 % del peso normal de un individuo, de acuerdo a sus características morfológicas (FUNSALUD, 2002).

La obesidad, refiere un estado de salud alterado que ha pasado de ser un problema estético a uno de los mayores problemas de salud pública que afecta a un elevado número de personas cada día; convirtiéndose en un padecimiento severo y difícil de erradicar, que no sólo influye en el ámbito orgánico sino también en el ámbito psicológico y emocional.

CAPÍTULO 1. "OBESIDAD"

1.1 DEFINICIÓN DE OBESIDAD.

La palabra OBESIDAD proviene del latín, de las raíces OB: "a causa de..." y EDERE: "comer". Así tenemos que OBESIDAD significa: "a causa de comer". (Braier, 1988).

Se habla de obesidad cuando la acumulación de grasa en el cuerpo ha excedido el 20% del peso apropiado para la constitución particular de cada individuo (Craig, 1994). Dicho de otro modo, la característica principal de la obesidad es la acumulación excesiva de grasa corporal innecesaria (Mahoney, Mahoney, Rogers y Straw, 1979, citados por Saldaña, 1988).

Cormillot (1992) define la obesidad como una tendencia a comer más de lo que el organismo necesita para mantener el peso adecuado, ingiriendo generalmente un exceso de carbohidratos y/o manteniendo una ingesta que hace que se convierta fácilmente en grasa, además de una disminución en la actividad física.

Otra definición es la propuesta por Cervera, Clapes y Rigolfas (1993) quienes consideran que la obesidad es un aumento de peso o un exceso de grasa corporal, en relación con el peso promedio estándar dado principalmente por la talla, edad y el sexo de cada individuo. Consideran que la obesidad no sólo incluye un aumento de peso sino que involucra un exceso de tejido graso, además de que no todas las personas corresponden a lo que se ha entendido por obesidad. Proponen diversos métodos para conocer la desviación de peso que corresponde a la obesidad tales como el Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC):
basado en la relación peso (Kg.) / (talla (m)²).

Gómez Pérez-Mitré (1995) define obesidad como un exceso de grasa corporal o de tejido adiposo que se determina por un índice de masa corporal (IMC); se considera obesidad a un índice mayor de 27 en mujeres y mayor de 28 en hombres, y obesidad severa o masiva un índice mayor de 30 en hombres y mujeres.

La obesidad es una enfermedad que acarrea muchísimos problemas y que predispone al que la padece a desarrollar otras enfermedades graves. En este padecimiento no necesariamente existe sobrepeso, aunque por lo general se presente; la obesidad se traduce en un exceso en la grasa corporal de un individuo, el cual se deduce a partir de porcentajes considerados como saludables y de la estimación que puede hacerse en cualquier persona, de acuerdo con su talla y constitución física.

Sin embargo, está caracterizada por una tendencia a ingerir más de lo que el organismo necesita para graduar su equilibrio de peso corporal; debido con frecuencia, al consumo desmedido de hidratos de carbono, cuya utilización se transforma muy fácilmente en grasa y una disminución de la actividad física causada por los años de sedentarismo (Bruchon y Schweitzer, 1992, Saldaña y Rossell, 1988).

1.2 TIPOS DE OBESIDAD.

La obesidad es el trastorno metabólico más frecuente en los países desarrollados. Su aumento en las últimas décadas, aunado a un culto excesivo al cuerpo, ha convertido al sobrepeso y la obesidad en un motivo de preocupación.

El peso corporal es la suma del peso de nuestros huesos, músculos, vísceras, líquidos y tejido adiposo. De forma natural, estos indicadores, sufren fluctuaciones en diversas etapas de la vida, especialmente la proporción de agua que posee el cuerpo, para constituir el peso corporal (Saldaña y Rossell, 1988).

Algunos adultos "privilegiados", logran mantener un peso corporal constante gracias a un complejo sistema de mecanismos nerviosos, hormonales y bioquímicos que establecen un equilibrio entre la cantidad de calorías ingeridas y las consumidas.

Pero para el resto de la población, las alteraciones en estos mecanismos ocasionan Sobrepeso y Obesidad, los cuáles describo a continuación:

1.2.1 SOBREPESO.

El sobrepeso se define por ser la unidad de peso corporal, que se encuentra por encima del ideal, de acuerdo a la constitución anatómica. Este incremento de masa corporal no necesariamente se considera obesidad, puesto que los porcentajes de masa grasa pueden ser normales, sin embargo, en algunos casos, se debe considerar la existencia de otros factores que propician el sobrepeso, tales como el incremento de masa muscular o la retención de líquido en exceso.

En la práctica, se encuentra que el sobrepeso puede deberse a los siguientes factores:

- o Gordura: aumento de grasa.
- o Retención de líquidos: Edemas
- o Hipertrofia Muscular: Deportistas, atletas
- o Embarazo entre otras.

1.2.2 OBESIDAD.

De acuerdo con Braier, (1988), la **obesidad** puede clasificarse como **sintomática** e **idopática**:

SINTOMÁTICA

o Exógenas:

Debido a una conducta de sobrealimentación.

o Endógenas:

Cuyo origen radica en la presencia de otras enfermedades metabólicas.

IDIOPÁTICA

o Factores hereditarios:

Predisposición genética, principalmente.

o Factores psicógenos:

Ingesta excesiva como mecanismo compensatorio.

o Factores ambientales:

Hábitos alimentarios inadecuados, sedentarismo

La gran mayoría de obesidades suelen ser exógenas por ingesta excesiva aunado a poco ejercicio corporal. Especialmente, un consumo excesivo de grasas e hidratos de carbono y pocas proteínas.

Según la magnitud del aumento de peso se distinguen varios tipos de obesidad: sobrepeso moderado: 10% arriba del peso teórico, obesidad mediana: 20% por arriba del peso teórico a obesidad grave: 30% más arriba del peso teórico (Braguinsky, 1987).

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo, para clasificar la obesidad se distinguen dos tipos diferentes:

- **Obesidad hipertrófica**, caracterizada porque aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas (aparece con mayor frecuencia en la infancia).
- **Obesidad hiperplásica** caracterizada por un aumento de las células adiposas que puede acompañarse o no, por un aumento en el contenido lipídico (aparece más frecuentemente en la edad adulta).

Desde el punto de vista clínico-anatómico, algunos autores distinguen dos subtipos de obesidad de acuerdo con la 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). (Saldaña, 1988)

La obesidad suele iniciarse entre los 20 y 30 años debido a que:

- Se ingiere más alimento.
- Se requiere menos energía para las funciones básicas del organismo a medida que avanza la edad.
- Se consume menos energía al realizar menor ejercicio físico.

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 (Le Bow, 1986).

Los cambios en el estilo de vida, el aumento en la ingesta calórica, la disminución de la actividad física y el sedentarismo han incrementado la obesidad en los países occidentales. En todas las sociedades y culturas, la obesidad predomina más entre las mujeres que entre los hombres. En Europa, la obesidad oscila entre un 15% en mujeres y un 10% en varones. En E.U., es el doble, mientras que en Japón es menos frecuente. En algunos grupos étnicos, como los polinesios, es más frecuente, quizás por los factores genéticos aunados a los hábitos alimentarios, mientras que en México, el incremento de padecimientos relacionados con la obesidad ha constituido un factor de riesgo primordialmente la población de mediana edad. (FUNSALUD, 2002).

1.3 ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad, es un problema de salud multifactorial que tiene muchas consecuencias, tanto físicas como psicológicas y sociales, que además contribuyen significativamente a la morbilidad, así como la mortalidad general, por lo cual es necesario contemplar las causales principales, que dan origen al problema. Entre los factores más comunes, se encuentran:

- **Factores Hereditarios:** La obesidad tiene su origen en la familia y se debe a factores ambientales como hábitos alimentarios, el estilo de vida, la actividad física y diversos valores aprendidos en torno a la comida. Además de la carga genética que determina el tipo de constitución física que se posee, la reacción del organismo ante la comida y la tendencia a engordar, existen una serie de síndromes hereditarios como el de Prader Willi, el de Bardet Biedl, el de Ahistrom, el de Cohen y el de Carpenter, por citar algunos; que incluyen obesidad, generalmente moderada, entre sus componentes (Saldaña, 1988).

- **Factores Fisiológicos y endocrinológicos:** Se ha encontrado que el hipotálamo tiene una gran influencia en la ingestión de alimentos y que participa en la etiología de la obesidad, además de las alteraciones metabólicas, por ejemplo: el hiperinsulinismo, la diabetes mellitus, el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing se acompañan de obesidad. La relación tan estrecha entre la acción de las glándulas y el metabolismo del cuerpo explican que la obesidad aparezca como resultado del mal funcionamiento del sistema endocrino.
- **Factores psicológicos:** El placer que proporciona comer y el gusto por los alimentos y platillos ricos con grandes aportes energéticos, la tendencia a comer de más y con mayor rapidez, la distorsión en la percepción de la imagen corporal y la menor capacidad para distinguir entre hambre y otras señales como lo son la tensión, la angustia, el aburrimiento, etc., son los factores psicológicos más involucrados.
- **Factores culturales:** Estos factores influyen decisivamente en los hábitos de alimentación y de ejercicio. En muchas familias hay actitudes y valores que favorecen la obesidad. Se concibe a la obesidad como símbolo de salud, de prosperidad y hasta de felicidad. Se acostumbra a comer en exceso y se acostumbra a comer porciones muy amplias. Se premia con alimentos y se castiga por la falta de ellos. Se acostumbra "terminarse todo" y hasta repetir platillos como rasgo elemental de cortesía. Se acude a la comida como remedio de las penas. Se favorecen ciertos alimentos y formas de preparación que llevan a ingerir un exceso de energía. (Jhonston, 1998).

1.4 DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD

La obesidad mórbida es evidente a la inspección; si el caso es menos extremo y sobre todo en la obesidad leve, se necesita una exploración más completa para confirmar el diagnóstico (Bourges citado en Jhonston, 1998).

Existen varios métodos para medir la composición corporal. En general, los más precisos sólo se han utilizado en estudios de investigación, en cambio los utilizados en clínica son mucho menos directos y por lo tanto, sujetos a error. La talla y el peso brindan estimaciones razonables de la relativa gordura corporal en la mayor parte de las circunstancias, pero no permiten separar la grasa de lo magro y pueden plantearse problemas cuando existen tejidos magros en cantidades anormalmente pequeñas o grandes. Sin embargo la facilidad con la que se mide la talla y el peso han hecho que se acumulen muchos datos que han proporcionado estándares para diversas poblaciones.

Se cuenta actualmente, con métodos de laboratorio para medir la grasa del cuerpo, pero ninguno de ellos está ampliamente disponible para uso clínico. Estos métodos suelen dividir el cuerpo en compartimientos: graso y no graso o magro. Cada uno requiere admitir que la composición de los dos compartimientos es idéntica para todas las personas en quienes se mide. Esto puede ser problemático cuando hay que valorar personas con estados diversos de hiponutrición o hipernutrición. Además de los métodos de laboratorio, existen varias técnicas que pueden utilizarse en estudios de campo o clínicos. Estos generalmente se basan en mediciones antropométricas de dimensiones corporales y son menos directas que los métodos de laboratorio.

Métodos de laboratorio

- Peso bajo el agua
- Recuento de K
- Agua Corporal Total
- Método Tobec

Métodos clínicos y de campo

Peso y Talla

Las medidas antropométricas más utilizadas en clínicas de obesidad y en la práctica son la talla y el peso. Autores como Gómez Pérez Mitré y Saucedo-Molina (1997) han utilizado estos métodos para determinar la validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal (IMC) en pre-adolescentes y adolescentes mexicanos. Estas autoras dicen en su artículo, (1997) que el peso, la talla y la edad son las mediciones básicas que deben registrar un sistema de vigilancia epidemiológica de la nutrición.

- **Peso Relativo:** Este sistema, popularizado por las compañías de seguros consiste en dividir el peso del paciente por un peso estándar que se basa en la talla, se compara la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del sujeto, proporcionando la siguiente fórmula:

Peso Relativo: $\text{Peso actual (Kg.)} / \text{peso medio para la talla} \times 100$

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

- Inferior a 90% significa malnutrición o bajo peso
- Entre 90% y 119% es igual a normalidad
- De 120% a 129% es sobrepeso grado I
- Entre 130% y 139% es sobrepeso grado II u obesidad

- **Índice peso-talla:** Este método se define como el peso dividido por algún poder de la talla (W/Hp) 3. La función de poder (P) se selecciona en una población para dar correlación máxima con la grasa corporal o índice de Quetelet kilo sobre m², que es el índice más utilizado de peso-talla. Se le conoce también como segmento antropométrico y ha mostrado ser un buen indicador de la masa corporal de un individuo, citado por Vargas y Casillas (1983)

Este índice, al ser relacionado con la edad del sujeto proporciona una dimensión de mayor dinamismo al incorporar simultáneamente el peso, la talla y la edad como variables, en función de las cuáles, se establece el crecimiento somático. Se calcula dividiendo el peso (Kg.), entre la talla(m) elevada al cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{Peso}(\text{kg.}) / \text{Talla} (\text{m})^2$$

Los puntos de corte para el IMC en adultos es el siguiente (Vargas y Casillas, 1983):

Categoría	Índice de Quetelet
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15 a 18.9
Normal	19-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad (grado I)	30-39.9
Obesidad (grado II)	Mayor a 40

Varios estudios han demostrado que el índice de masa corporal (IMC) guarda estrecha relación con la grasa del cuerpo y es independiente de la talla (Keys, 1972) citado por Gómez Pérez-Mitré (1993).

El índice de masa corporal (IMC) cubre las siguientes condiciones:

- Se ha aprobado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal medida con un método más preciso – no antropométrico- y relativamente más directo como es el de la densitometría, que mide la densidad corporal pesando al individuo inmerso total o parcialmente en agua (Durrin y Womerally, 1974; Keys y cols., 1972) citados por Gómez Pérez Mitré (1993) y
- Su misma fórmula prevé, al elevar la estatura al cuadrado (peso/talla 2), la disminución de la influencia de la misma.

Pero la dificultad principal que enfrenta el campo de investigación actual sobre obesidad no reside en los métodos utilizados para clasificarla sino precisamente, en los criterios empleados para definir cada categoría de peso corporal ya sea bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad, etcétera, y la consecuencia de esta falta de consenso es la dificultad de avanzar en el conocimiento sobre el tema. (Gómez Pérez Mitré, 1993)

Otras medidas son las de pliegues cutáneos, que pretende estimar la grasa corporal de acuerdo a la distribución de la grasa sin llegar a ser una medición precisa pero sí un buen indicador para valorar alguna modificación en la pérdida de peso. Y valiéndose de una cinta métrica se llevan a cabo mediciones tales como la circunferencia del abdomen, cadera, cintura, glúteos, etcétera, esta medición es más precisa y esta sujeta a menos errores.

1.5 TEORÍAS QUE EXPLICAN LA OBESIDAD.

Desde los escritos clásicos de Stunkard y Bruch sobre las características de pacientes obesos, se han descrito distintas modalidades en su conducta de alimentación y muchas de ellas no se diferencian mayormente de las que presentan individuos no obesos.

La observación rigurosa del comportamiento alimenticio más la consideración de los factores genético-metabólicos en su constitución, han hecho entonces, que la obesidad deje de ser un "trastorno de la alimentación" genérico.

Por otra parte los llamados Trastornos de la Alimentación (TDA) adquirieron relevancia a partir de 1980 con la descripción de la Bulimia en el DSM III, enfermedad que junto con la clásica Anorexia Nerviosa tienen su capítulo propio en el eje I del DSM IV. En esta misma obra, donde se han unificado los criterios internacionales diagnósticos en psicopatología con un sistema multiaxial, la obesidad sólo debiera diagnosticarse en el eje III como enfermedad médica y/o en el eje I como "Factor Psicológico que afecta la condición médica" si se sospechara la existencia de aquellos factores.

Existen diversos factores que desencadenan la obesidad, fisiológicamente se encuentra el inicio de la menarca, la menopausia, el embarazo en las mujeres; el padecimiento de enfermedades y los períodos largos de convalecencia, la realización de tratamientos quirúrgicos o farmacológicos inadecuados o aspectos que tienen que ver con el desarrollo de la vida.

1.5.1 TEORÍA DEL CONSUMO, BALANCE E INGESTA DE ENERGÍA.

Diversos estudios nutricionales que hablan sobre el aporte energético de los alimentos en la dieta del hombre, han determinado que la obesidad obedece a una acumulación de energía en forma de triglicéridos, que se almacenan en el cuerpo en las zonas adiposas dado que no han podido ser consumidas que superan los requerimientos de energía básicos para el funcionamiento corporal normal. Diariamente el cuerpo requiere una cantidad de energía específica de acuerdo al balance fisiológico, estilo de vida y actividades que cada individuo realiza, al existir excedentes de energía se contribuye directamente a la acumulación de grasa. En un adulto promedio la energía no utilizada y acumulada (100, 000k cal aproximadamente) sirve como una reserva del organismo para cubrir las necesidades de energía durante un período prolongado. El individuo obeso tiene un balance excesivo de energía, el consumo de las reservas energéticas es pobre y la ingesta es mayor que las necesidades de consumo.

La energía que requiere el cuerpo se obtiene directamente de los alimentos que componen la dieta diaria que a su vez, contienen diversas sustancias tales como los glúcidos, ácidos grasos y amino ácidos. El consumo de estos elementos energéticos está regulado por las sensaciones de hambre y saciedad.

Freud (1917) define hambre como: "Fenómeno de escasez siendo su satisfacción una necesidad" (en este caso es la necesidad de energía). Por lo tanto la saciedad es "Falta de hambre y/o rechazo de los alimentos". Se ha estudiado que los centros reguladores del hambre y la saciedad se encuentran en el hipotálamo y que están relacionados con el metabolismo de la glucosa como indicador principal del gasto de energía, pero además se ven involucrados en este proceso también el tracto digestivo, el hígado y el propio tejido adiposo. Este sistema esta modulado por varias hormonas, neurotransmisores (principalmente la serotonina) y diversos péptidos de origen digestivo y nervioso.

El funcionamiento de este sistema, permite elegir el tipo de alimentos y la cantidad que más conviene consumir de éstos. En los animales funciona con una precisión excepcional, puesto que bajo condiciones donde no es posible elegir el tipo de alimentos que se van a consumir, se puede regular la ingesta al gasto de energía necesario para mantener un balance energético adecuado. Este ajuste no es inmediato, requiere de aproximadamente dos o tres días para efectuarse, sin embargo en los casos donde el gasto de energía es muy bajo no se logra disminuir la ingestión suficientemente. (Jhonston, 1998). Esto permite explicar porque bajo condiciones de poca actividad física (donde el gasto de energía es muy bajo), se facilita la obesidad.

De esta manera se espera en los humanos que el funcionamiento del sistema regulado, sin embargo la conducta alimentaria a diferencia de la de los animales esta influenciada no sólo por los determinantes fisiológicos de hambre y saciedad, sino por un gran número de factores biopsicosociales. La conducta alimentaria del hombre está regulada entonces por sus hábitos, su estilo de vida, sus emociones y su razonamiento más que por su necesidad de comer.

El organismo utiliza energía de forma continua en todas sus funciones. En términos generales hay dos tipos de gasto: el interno, representado por el metabolismo y el crecimiento; y el externo representado por la contracción muscular voluntaria (actividad física).

El gasto interno corresponde a todas las funciones que no se interrumpen como son la cardiovascular, respiratoria, endocrina, hepática, renal, nerviosa y de mantenimiento de la temperatura corporal y, en su caso, crecimiento, embarazo y lactancia. El gasto medido en estas condiciones se llama gasto basal y está fuertemente dominado por el gasto en termogénesis (la producción de calor para mantener la temperatura corporal).

El gasto por actividad física es muy variable, mucho más que el gasto basal y la termogénesis alimentaria, ya que este depende de las actividades que realice el individuo, la cantidad de energía que gaste y el tiempo empleado en ello.

Es claro que, para que se acumule masa grasa el balance energético debe ser excesivo; en otras palabras, se ingiere más de lo que necesita ya sea porque aumenta la ingestión o porque las necesidades son menores o simplemente porque ambas cosas ocurran. Todo indica que en la obesidad la reducción en los requerimientos juega un papel más importante que el aumento en la ingestión. (Jhonston, 1998)

Los estudios epidemiológicos sugieren que el individuo obeso suele comer menos que el no obeso, pero los estudios clínicos revelan que el obeso come más, lo hace más rápidamente y tiene menor capacidad para adaptar su ingestión ante cambios en la densidad energética de la dieta que el sujeto no obeso (Castonguay, 1998).

En el individuo obeso el apetito parece predominar sobre el hambre como señal para la ingestión de alimentos y está sujeto a numerosas influencias ambientales (por ejemplo, el lugar donde se come) y emocionales. Se ha observado que muchos obesos comen en respuesta a señales que no son el hambre, tales como la angustia, la hora del día o lo que suponen que se espera que hagan.

Al existir una constancia en el peso y la masa grasa en el cuerpo durante largos períodos, se contempla la existencia de un sistema fisiológico que controla el peso y la masa grasa y no sólo la ingestión de los alimentos. Pero la existencia de este sistema se desconoce tanto en sus características como en su localización.

Pero la teoría del gasto de energía explica que si un individuo, normal u obeso, es forzado a perder peso y luego regresa a sus hábitos normales de alimentación, en cierto tiempo recupera su peso original (o un poco más); es decir, el sujeto normal vuelve a su peso normal y el obeso vuelve a su sobrepeso (Jhonston, 1998)

1.5.2 TEORÍAS BIOLÓGICAS

En el desarrollo de la obesidad, se ha encontrado una estrecha relación con una predisposición hereditaria, que determina tanto la forma del cuerpo como aquellas reacciones del mismo a un estilo de vida particular, que puede incluir la sobrealimentación y el sedentarismo. En estos casos, las necesidades vitales se han cubierto con poca energía por lo que el excedente producido al ingerir más de lo necesario se acumula como grasa.

Otros factores, tienen que ver con desórdenes orgánicos como alteraciones glandulares hormonales, alteraciones en las células grasas, alteraciones metabólicas, estructurales y el padecimiento de otras enfermedades.

Se ha señalado que en el cortex, se induce una conducta alimentaria adecuada, sin embargo diferentes elementos como lo son la educación, el medio social, cultural, los hábitos y estados emocionales, alteran la respuesta metabólica dirigida por estructuras límbicas e hipotalámicas, lo que puede llevar a la obesidad.

Una respuesta metabólica alterada que aunada a factores como la educación, el medio ambiente, las emociones y hábitos repercuten en el desarrollo de la obesidad.

1.5.3 TEORÍA SOBRE LA FAMILIA Y LA OBESIDAD:

Al ocurrir la obesidad en un marco familiar, se encuentra una relación de mutua compensación, donde los padres rodean a sus hijos de expectativas que suelen estar muy lejanas a la satisfacción propia del hijo, esto no permite su desarrollo ni su independencia, lo cuál repercute directamente en la adquisición de hábitos y actitudes que están enfocadas principalmente, a la satisfacción de las conductas socialmente aceptadas.

Los hijos, en estas condiciones, no logran desarrollar su independencia personal ni su autoestima, viendo deterioradas las expectativas que se se depositan en ellos y la necesidad de satisfacer sus propias necesidades. De esta forma, se puede observar en la dinámica familiar del obeso, una relación restrictiva de afecto ligada a la vivencia de culpa y resentimiento por parte de padres e hijos (Zuckerfeld, 1992, Le Bow, 1986).

Este proceso ocurre en mayor o menor medida en todas las familias, sin embargo la peculiaridad en la familia del obeso es, que han aprendido a excluir sus sentimientos y a fuerza de ingerir los alimentos puede aliviar vivencias de angustia y dolor sin tomar en cuenta sus necesidades corporales.

Se ha aprendido a delegar en la comida, toda aquella vivencia tanto positiva como negativa en relación con la convivencia cotidiana y además nos sirve como mecanismo ideal para escapar de situaciones conflictivas y para relacionarnos de forma pacífica con los otros.

Algunos individuos obesos utilizan el sobrepeso para mitigar sus angustias, esto se complica más cuando siente que sus familiares y amigos los rechazan a consecuencia de su obesidad, por lo que buscan equilibrio en la comida; la cuál ha adquirido el valor de amor y satisfacción (Villarreal, 2000).

Así entonces, cualquier vivencia significativa tanto de satisfacción o logro como de pérdida y frustración, lleva al individuo obeso a reaccionar bajo las condiciones aprendidas, principalmente por medio de los rituales del comer. Otra causa psicológica que se atribuye al surgimiento de la obesidad es el aburrimiento, la pobre socialización y la propia devaluación personal.

De acuerdo con Minuchin (1989) citado por Sánchez y Mojica (1998), la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones es algo que siempre se presenta en familias obesas.

Se explica de esta manera, que la interacción familiar tiene que ver en buena parte; con la adquisición de malos hábitos alimentarios que contribuyen de forma significativa con este padecimiento, además de la vivencia de pérdida de autocontrol, que repercute en que los obesos se sientan manejados por otros y que sólo puede mantener por medio de la comida la satisfacción de sus propias necesidades y deseos.

1.5.4 TEORÍAS PSICOANALÍTICAS.

Dentro de las teorías que explican el problema de la obesidad encontramos que Fromm (1980) citado por Sánchez (1998), la trata como una búsqueda de placer por parte del sujeto, donde: "Placer es la sensación que acompaña al alivio de una tensión penosa" (El hambre en este caso). Explica que los placeres derivados de la satisfacción de las necesidades fisiológicas, provienen de una satisfacción real, son normales y constituyen una condición para la felicidad, opuestos a los deseos neuróticos que corresponden a la mitigación temporal de la necesidad e indican un funcionamiento patológico, y por lo tanto un estado de infelicidad fundamental.

Explica que una persona puede tener una sensación de hambre intensa, sed o apetito sexual exagerado, pero no es causado por la necesidad normal fisiológicamente condicionada, sino por necesidades psíquicas que mitigan un estado de ansiedad o depresión. Lo que explicaría el impulso de comer en el obeso, al obtener placer como medio para reducir la ansiedad y/o depresión además, su propia necesidad de gratificación.

Bruch (1957) por su parte explica el desarrollo de la obesidad al determinar que la comida satisface otras necesidades psicológicas, además de aliviar la angustia y disminuir la frustración, también plantea que la obesidad surge más fácilmente, en individuos que han vivido en condiciones inestables, lo cuál los ha formado como personas inmaduras y dependientes.

Para Apfelbaum, (1987) citado por Sánchez (1998) el exceso de peso constituye un círculo vicioso de defensa, en el cual la soledad y el aislamiento reivindica el derecho en la mujer de ser ignorada. Esto le permite vivenciar con menor intensidad el rechazo y evitar así ser humillada. Esta afirmación cobra sentido, al explicar como la obesidad sirve de armadura para evitar mostrarse como ser deseante, lo que implicaría sobre todo en las mujeres, el ser sexualmente atractivas y el poder cumplir con la función y el rol femenino en la sociedad.

Freud (1930) sostiene que, al existir una fijación en la etapa oral, el individuo buscará la gratificación siempre por medio de sus órganos de satisfacción oral como la boca, los labios y la lengua y empleará los mismos en rituales como la masticación al momento de comer, lo cuál le será muy placentero. El psicoanálisis da mucha importancia a los factores que tienen que ver con la familia; en especial el vínculo con la madre, la cual ha tenido el papel de proveedora de la satisfacción oral, que además ha compensado la carencia de tipo afectivo por medio de la saturación de la comida, otro factor es la vivencia de poca feminidad, debida a un conflicto preedípico donde el hambre, la sed y las necesidades de excreción pueden ocupar el lugar de un deseo sexual.

1.5.5 TEORÍAS SOCIALES.

La dieta occidental, el estilo de vida de la sociedad actual, el sedentarismo, la mecanización y la premisa de poco esfuerzo han dado pauta para el desarrollo de padecimientos como la obesidad.

Anteriormente, se pensaba que el sobrepeso era resultado de una vida saludable y era considerado un símbolo de abundancia y felicidad. Sin embargo, hasta hoy es que se ha considerado que la obesidad es un problema grave de salud, puesto que afecta directamente el equilibrio del organismo además de generar diversas alteraciones tanto físicas como psicológicas.

El factor social es predominante, pues se espera que la conducta vaya enfocada a lo que la mayoría considera una práctica adecuada de salud, sin embargo en nuestra cultura es muy permitido los excesos sobre todo en relación con la comida.

Otro factor, es la vivencia del acto de comer relacionado a eventos de mucha carga afectiva, como lo son las celebraciones, las reuniones familiares o las reuniones con amigos, lo cuál otorga a la comida un valor más significativo, que la satisfacción del hambre.

Así mismo cuando la persona se ve expuesta a frustraciones sociales con el consecuente sentimiento de hostilidad, lo lleva a buscar la satisfacción comiendo, expresando así simbólicamente su agresión (Cornillot y Zukerfeld, 1999, Stunkard, 1959).

La persona obesa come cuando las circunstancias sociales así se lo permiten, de modo que comerá estando sólo o por la noche cuando nadie puede percatarse de ello, porque se presenta un menor control social y situacional, evitando de esta manera el sentimiento de culpa. También comerá lo que sea más accesible o en su defecto aquel alimento que ofrezca un satisfactor extra que pueda asociarse con la vivencia de amor (Villarreal, 2000).

Estas ideas generadas socialmente, repercuten en que el obeso no se percate de que lo es y, por lo tanto no tenga un registro y un control sobre lo que consume, además de justificar esta conducta por medio de la aceptación social, donde explicará la persona obesa su dificultad para despreciar el ofrecimiento de comida, que se le haga en situaciones como reuniones de trabajo o familiares.

En general, se pueden encontrar diversos factores sociales que contribuyen al desarrollo y la permanencia de la obesidad, pero es necesario comprender, que el obeso tiene que lidiar cotidianamente con situaciones que incitan la conducta de comer fuera del cumplimiento de sus

necesidades fisiológicas, tal sea el caso de múltiples festividades que se relacionan con la comida como una tradición, o el ofrecimiento de satisfactores inmediatos por medio de la comida. Pero se puede concluir, que las causas sociales de la obesidad, tienen como origen la falta de conocimiento sobre prácticas saludables y al tipo de alimentación que se requiere para un buen funcionamiento corporal.

Además, la obesidad también puede contemplarse como un mecanismo de protección contra las actitudes sociales relacionadas con la sexualidad, las personas que se forman una coraza de grasa y una figura obesa, manifiesta señales de ser poco atractivas, (sexualmente hablando) y por lo tanto, no desean un intercambio sexual. También en algunos casos, la imagen obesa se mantiene, por convertirse en una necesidad para el desempeño de ciertas actividades, como es en el caso de algunos artistas o deportistas (luchadores, lanzadores de bala, etc.) donde la caracterización del personaje o el deporte exige esa figura para destacar.

1.6 TRASTORNOS ATÍPICOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Para llevar a cabo un diagnóstico diferencial de la obesidad, considerándola como trastorno de la alimentación; es necesario conocer la existencia de una variedad de trastornos de la conducta alimentaria que no necesariamente refieren la conducta de los individuos obesos, pero que puede llegar a presentarse con frecuencia, formando otro criterio de diagnóstico y tratamiento del problema:

INGESTA COMPULSIVA

Las personas que padecen este trastorno se caracterizan por tener periodos de ingesta abundante y rápida de comida. Son personas que se obsesionan por la comida y por dietas que difícilmente siguen. Tienen sentimientos de culpa debido a la falta de control en la ingestión de alimentos (Plazas, 1997).

Para que se considere que se trata de un episodio de ingesta compulsiva se debe presentar:

- Consumir en un periodo corto de tiempo (2 horas) una cantidad de alimento que sea mayor a la cantidad que la mayoría de las personas comerían en ese lapso y bajo las mismas circunstancias.
- Perder el control de lo que se come durante el episodio. Sentir que no puede parar de comer y que no controla que ni cuanto come.

Lo que marca la diferencia entre comer compulsivamente y comer en exceso es la falta de control. Además este trastorno puede manifestarse solo, o bien asociado con la bulimia nerviosa o con la obesidad.

RUMIACIÓN

Parry-Jones y Parry-Jones (1994), definen la rumiación o mesmerismo, como un raro trastorno de la función gástrica o del esófago. En el desorden físico, la característica principal es que la comida ingerida es regurgitada hacia la boca, sin náuseas y sujeta a una segunda placentera masticación, la masa frecuentemente es masticada y se vuelve a deglutir, resultando en déficits nutricionales de moderados a severos. Una de las observaciones más obvias es la asociación entre la rumiación y el retraso mental.

PICA

Este trastorno ha sido conocido desde hace 2 milenios, como una manifestación de un falso antojo o apetito, la ingestión deliberada de una selección bizarra de comida, sustancias no nutritivas e incomedibles. (Parry-Jones y Parry-Jones, 1994).

La población propensa a este trastorno son los niños pequeños, mujeres embarazadas, retrasados mentales y geofagistas. Las sustancias que frecuentemente buscan las personas son: carbón, hielo, yeso, tierra y arcilla, entre los más conocidos. Esto trae consigo que el organismo se infeste de lombrices intestinales; uno de los más importantes hallazgos, ha sido la asociación común entre pica y los déficits de hierro (anemia) en un número significativo de pacientes.

En estudios recientes de la conducta alimentaria en la infancia temprana y en la adolescencia (Marchi y Cohen, 1990, citado en Parry-Jones y Parry-Jones, 1994), han indicado que la pica en la niñez constituye un factor de riesgo para el desarrollo de Bulimia nerviosa en la adolescencia.

DESORDENES DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADOS

Los desórdenes de la alimentación no especificados fueron propuestos por primera vez en el DSM-IV. Esta categoría se refiere a que se cumple con la mayoría de las categorías diagnósticas excepto una o bien, en donde no se cumple el criterio temporal de un síntoma específico, por ejemplo: para las mujeres se cumple con todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto la irregularidad en la menstruación, en algunos casos, la persona se mantiene dentro de los límites de peso normales, a pesar de la pérdida significativa del mismo; y por otro lado se encuentran conductas compensatorias anómalas que son utilizadas por individuos de peso corporal normal, después de comer pequeñas cantidades de alimento, entre otros síntomas poco específicos.

El conocimiento de estos trastornos, permite estudiar los factores de origen psicológico que están ligados a la conducta de sobreingesta, además del nivel de interacción de los individuos con exceso de peso.

1.7 TRATAMIENTOS.

Dentro de los tratamientos, usados generalmente con y sin prescripción médica se puede encontrar el de la "dieta" que es el más común. Dentro de las dietas más frecuentemente utilizadas se encuentran:

- **Dieta alta en grasa:** Esta es efectiva pero baja en energía, por lo que no es conveniente emplearla porque provoca cetocidosis, que no es más que la común acidez estomacal, además que provoca que se deje de comer más y sea peligrosa si la persona metaboliza las grasas.
- **Dieta baja en carbohidratos:** Esta es una dieta mucho más balanceada que trabaja con el principio de que los alimentos con altos contenidos de carbohidratos, azúcares y grasas, contribuyen más al almacenamiento de energía innecesaria y por lo tanto a la acumulación de grasa.
- **Dieta de líquidos o ayuno:** Estas dietas trabajan con el principio de balance energético, tienen la función de utilizar las reservas grasas de energía, consumiendo los nutrientes de frutas y verduras por medio de jugos para acelerar el metabolismo. No es tan recomendable su utilización dado que tiene consecuencias al descompensar el organismo.
- **Dietas bajas en calorías:** Estas dietas constan de menús con alimentos balanceados que reducen el consumo de calorías diarias y pretenden adaptar al organismo a otro tipo de régimen alimenticio con la finalidad de nutrir adecuadamente al cuerpo y eliminar el exceso de energía que se almacena en el cuerpo.

Las dietas severas no pueden ser mantenidas para siempre, de tal forma que es un error tratar de reducir peso con una dieta que no es compatible con la vida diaria, además que someterse a regímenes de dieta restrictivos provoca estados de elevada angustia y pérdida de control lo que repercute en el fracaso.

No existe un tratamiento único para los problemas de sobrepeso y obesidad, cada persona posee un metabolismo único y, por tanto, su tratamiento debe ser siempre personalizado, donde pueda seguir un control regular para conseguir el máximo equilibrio.

De acuerdo con Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez y Vidal, J. (1997), entre las principales recomendaciones para llevar a cabo un régimen de adelgazamiento adecuado se encuentran:

- Disminución de las calorías con una dieta individualizada. El objetivo es lograr un cambio en los hábitos dietéticos.

Los regímenes deben ser variados y atractivos, y respetar, dentro de lo posible, los gustos personales

- Aumento del gasto calórico a través de incrementar el ejercicio físico, ya que disminuye la grasa y se mantiene la masa corporal magra, el músculo.
- Utilización de fármacos, siempre bajo control y, si se requiere, de cirugía.

Los tratamientos que emplean fármacos pretenden estimular el metabolismo y reducir el apetito, emplean anfetaminas, inhibidores serotoninérgicos, entre otros. Éstos se prescriben con una dieta y que suelen tener muchos efectos secundarios y consecuencias a largo plazo como adicción, trastornos del sistema nervioso central, síndromes de mala absorción de neurotransmisores, provocando graves trastornos del ánimo, falso estado de alerta, hasta periodos de psicosis.

También existen tratamientos como los masajes reductivos, la utilización de cremas y complementos alimenticios que son de componentes mucho más naturales pero que ofrecen una solución temporal y generalmente tienen efectos secundarios e incluso daños al tejido cutáneo y en casos más severos la oclusión de vasos y venas con la propia grasa.

Otro tipo de tratamiento es el quirúrgico, el cuál consiste en la reducción tanto del estómago como del esfínter que permite la entrada de los alimentos al mismo. Las técnicas quirúrgicas que se emplean mayormente son, la colocación de una banda gástrica en el esfínter anterior del estómago; la colocación de una grapa lineal de reducción, para un tercio de la porción del estómago y la derivación gástrica, donde se conecta un tercio de la porción anterior del estómago con el intestino.

La finalidad del tratamiento quirúrgico es, reducir la cantidad de alimentos que el cuerpo tolera para su digestión, permitiendo una disminución del peso corporal, pero se ha comprobado que este tratamiento es efectivo, sólo por el período durante el cuál el organismo se acostumbra a la modificación del proceso digestivo (un periodo máximo de dos años); pero finalmente, el individuo al retornar a sus anteriores hábitos alimentarios, recupera el peso inicial después de un tiempo.

Dentro de los tratamientos psicológicos se encuentra la psicoterapia en diferentes gamas (individual, grupal, de apoyo, psicoanalítica) Esta pretende llevar al individuo a un proceso de aprendizaje y de conocimiento de sí mismo donde pueda rescatar las herramientas necesarias para mantener el control sobre diversas áreas de su vida en especial la conducta de comer.

El objetivo en psicoterapia es que el paciente tenga claro que el estar obeso tiene una connotación psicológica muy importante, además de asumir que la obesidad es una enfermedad que debe tratarse como tal dado el riesgo que tiene para su vida, así entonces es mucho más sencillo abordar problemas como la autoestima o la distorsión de la imagen del individuo entre otras muchas consecuencias de la obesidad. Al definir sus problemas, el paciente podrá encontrar nuevas soluciones y alternativas que le ayuden a enfrentar sus conflictos y pueda de este modo ir reduciendo el peso.

1.8 PREVALENCIA DE LA OBESIDAD.

En la actualidad, una de las mayores preocupaciones de los profesionales de la salud es el incremento de la obesidad. En los últimos años diversas investigaciones han demostrado que el exceso de peso es un factor de riesgo tanto para desencadenar otras enfermedades como, posiblemente, para elevar las tasas de mortalidad.

Por ejemplo, Mayer (1986) citado por Saldaña (1988), señala que las personas que tienen sobrepeso, son más susceptibles de contraer un número de enfermedades que las personas con peso normal, y la sobreingesta se ha relacionado con seis de las diez causas principales que provocan la muerte en los Estados Unidos: enfermedades coronarias, infarto al miocardio, diabetes, arterioesclerosis y cirrosis (Mc Govern, 1976) citado por Saldaña (1988).

Los riesgos para la salud que conlleva la obesidad crónica son bastante serios. Estudios realizados en este sentido han mostrado una estrecha relación entre obesidad e hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, trastornos pulmonares y renales, riesgos ante intervenciones quirúrgicas, problemas con la anestesia, complicaciones durante el embarazo, así como frecuentes problemas con las articulaciones: artritis, dolor de espalda, dificultades en las caderas, rodillas y tobillos (Bray, 1976), Dawber, (1980), Jeffrey y Katz (1977), Kannel y Gordon (1979), Van Itallie, (1979) citados por Saldaña (1988).

El riesgo último de la obesidad para la salud es la muerte. A pesar de lo difícil que resulta estimar cuantas personas fallecen a consecuencia de su sobrepeso dado que, por lo general, las estadísticas recogen la causa última de la muerte (por ejemplo, infarto al miocardio), y apenas se presta atención a la incidencia del sobrepeso.

Wallen, Hausserman y Lavin (1977) citados por Saldaña (1988) han estimado que las tasas de mortalidad para los individuos obesos son aproximadamente 50% superior a las de los sujetos con peso normal, y Armstrong (1951) citado por Saldaña (1988) encontró que el índice de mortalidad era un 70% superior en los hombres con un marcado sobrepeso y

un 42% más elevado para los hombres con exceso de peso moderado; para las mujeres, las tasas fueron del 61% y 42% respectivamente.

Existen muchos factores que participan en el desarrollo de la obesidad, pero hay uno que sin duda es el más importante, tanto por lo perjudicial de su efecto como porque es susceptible de intervención (lo cual no ocurre con la herencia o con la edad, por ejemplo): los hábitos alimentarios.

La obesidad es, por lo general, consecuencia del tipo de alimentación del individuo que la padece. En una importante proporción se desarrolla desde la infancia, que es cuando aprendemos a alimentarnos y el período en el que adoptamos la gran mayoría de nuestros referentes culturales (no olvidando que la alimentación es cultura).

Es sumamente probable que un niño obeso sea después un adulto obeso; no puede dejarse de lado el que hasta hace muy poco tiempo, y aún en la actualidad, un niño cachetón y gordito era considerado un niño sano, cuando en realidad la obesidad y la salud -la buena salud- son dos procesos contradictorios.

Los hábitos alimentarios son modificables y adaptables, dado que la cultura evoluciona. Todos los individuos pueden alimentarse correctamente; comer inadecuadamente es algo susceptible de corregirse. Tal vez para las personas que padecen de obesidad, y en general para todos, la modificación de los hábitos alimentarios sea un camino un poco más difícil para reducir de peso, o para mantenerse saludables, pero es mucho más seguro y confiable.

La obesidad es una enfermedad que debe tratarse y controlarse antes de que repercuta irreversiblemente en el organismo, antes de que afecte a los órganos del cuerpo, antes de que se desarrollen otras enfermedades. La obesidad es un problema de salud que puede y debe corregirse a través de prácticas de alimentación adecuadas y de una vigilancia nutricional.

CAPÍTULO 2. "TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD".

2.1. ANTECEDENTES:

En distintas civilizaciones y a través de la historia, la obesidad ha constituido un serio problema; los tiempos actuales no son la excepción. El hombre moderno, ha incorporado a su esquema de vida la sobrealimentación y la obesidad como consecuencia de ésta; tiende a comer demasiado, no sólo en banquetes y fiestas, sino también en su vida cotidiana. Uno de los cuestionamientos más importantes ante este fenómeno, es el porqué come tanto. ¿Cuál es el motivo psicológico de la sobrealimentación de hombres y mujeres obesos, que de continuo se esfuerzan por disminuir su peso y fracasan en sus intentos? La respuesta cotidiana sería que la consecuencia de su conducta, dada por la "falta de voluntad", es la que los lleva a fracasar en sus intentos, sin embargo es claro que cada reacción y manifestación conductual esta mediada por el tipo de personalidad de cada individuo (Verdúzco y Platas, 1999).

Al hablar sobre obesidad, se pueden apuntar diversos factores que propician su desarrollo, como se menciona en el capítulo anterior. Sin embargo, uno de los factores que con menor frecuencia se aborda en los estudios sobre éste padecimiento, es el perfil de personalidad de los pacientes obesos.

El interés por la relación entre personalidad y trastornos alimentarios proviene de dos distintas fuentes, la primera se relaciona con las dificultades para consensuar los criterios diagnósticos, que identifiquen claramente los diversos trastornos de la alimentación; a pesar de que, tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa han recibido suficiente atención en los últimos años y ambas fueron ampliamente descritas en la literatura del siglo pasado.

La consideración de la bulimia, como una entidad clínica separada de la anorexia nerviosa y de otras enfermedades psiquiátricas, aparece por primera vez en el DSM-III de 1980, mientras que el nombre definitivo - bulimia nerviosa- surge en los criterios del DSM-III-K de 1987. A partir del auge tomado por diversos investigadores sobre este tema, se produjeron modificaciones en los criterios diagnósticos, tanto de anorexia como de bulimia nerviosa. Por ejemplo, en el manual diagnóstico DSM-IV (1994), se incluye en una categoría aparte, el BED (Binge Eating Disorders) o "Trastorno por Atracción Nocturno"; además se agrupan trastornos alimentarios no especificados como un conjunto de alteraciones que no cumplen acabadamente con los criterios correspondientes a las patologías ya firmemente establecidas en cuyo rubro aparece la obesidad.

La segunda fuente de interés, necesita una pequeña introducción: Los trabajos clínicos que exhiben variadas formas de tratamiento de los trastornos alimentarios, suelen considerar como criterio de éxito, la mejoría sintomática.

De tal manera, las pacientes anoréxicas son consideradas "curadas" al aumentar de peso y recomenzar los períodos menstruales, y las bulímicas al disminuir sustancial o totalmente los atracones y los vómitos.

Sin embargo, es curioso que se consideren criterios de curación de carácter somático, en enfermedades que reúnen los criterios diagnósticos, sólo si presentan una condición psicopatológica como el "temor mórbido a engordar", pensamiento característico en la anorexia y la bulimia nerviosa. De tal manera, puede comprenderse que las características que subyacen y sustentan los síntomas, no suelen ser suficientemente consideradas. Los trabajos clínico-terapéuticos, como es habitual; se ocupan sólo de lo aparente (la punta del iceberg), sin enfocar las relaciones entre condición psicopatológica y personalidad.

Después de haber revisado los factores causales de la obesidad, es preciso entonces, conocer más a fondo el concepto de personalidad y sus múltiples componentes; además de profundizar sobre la relación de ésta con la presencia de un trastorno psicopatológico, en miras de poder describir con mayor claridad la sintomatología de las pacientes obesas.

2.2 DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Personalidad se deriva del término "persona" que en latín clásico se emplea para designar las máscaras o caretas que los actores romanos utilizaban en sus representaciones. Con el término personalidad, se hace referencia a la máscara o a la apariencia que cada sujeto quiere representar de acuerdo con la situación o el contexto; puede referirse al rol o roles que se experimentan en diversas etapas de la vida y una tercera acepción, hace referencia al actor en sí mismo, como un individuo constituido por un conjunto de características individuales, que difieren de la representación y de los artificios utilizados para la misma (la máscara). También refiere las connotaciones sociales de prestigio y dignidad, a una persona que goza de un estado legal o de un estatus profesional. (Mischel, 1988)

El término personalidad se usa en muchas formas, de acuerdo con Nicolás Di Caprio (1985), puede referirse a todo lo que se sabe acerca de una persona o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. Desde un punto de vista científico, todos los individuos poseemos una personalidad ya que simplemente es nuestra naturaleza psicológica individual.

Se piensa en la personalidad, como una identidad personal del individuo. La identidad tiene diversos componentes, algunos de los cuales son más centrales que otros: los componentes centrales definen a la persona, mientras que los componentes periféricos son limitados y están sujetos a cambios. Conforme conocemos a alguien, adquirimos conocimientos de su identidad central. (Di Caprio, 1985)

Al buscar el conocimiento de sí mismo y de los demás, se debe distinguir siempre y con claridad, los aspectos centrales y periféricos de la identidad personal. Otra forma de pensar en la noción de identidad personal, es considerar los casos en que la persona no parece ser ella misma. Cuando un ingrediente esencial de la identidad se pierde o cambia significativamente.

Actualmente, existe una ambigüedad en el empleo de la definición no sistemática o popular, como en la definición científica o sistemática del término personalidad. La primera, se une a la perspectiva, antes mencionada; sobre la máscara o prestigio social donde, de acuerdo a sus manifestaciones externas; se puede atribuir distintas personalidades a un sujeto, en función de las personas que lo juzgan y en función al conjunto de características que le confieren atractivo social a un individuo.

En este sentido, la personalidad es la configuración resultante de las situaciones donde se emite un juicio. Estas caracterizaciones son además base real del comportamiento tanto del observador que hace la valoración, como del individuo o actor.

Estos juicios de valor, tienen una utilidad predictiva y adaptativa para el observador, que percibe de antemano una serie de conductas o señales que manifiesta el actor, de manera tal que le permite especular sobre cómo será su personalidad. A esto se le llama constructo teórico o atribución. El observador que categoriza a otra persona explica el valor predictivo y adaptativo, dicho de otra forma; explica los estereotipos, a la vez que cada individuo modela su comportamiento con las etiquetas que los demás le atribuyen (Mischel, 1988).

Con respecto al empleo científico de la definición, existe un acercamiento al actor en sí mismo, en cuanto es poseedor de un conjunto de cualidades y propiedades peculiares, que le definen independientemente de la categorización que los demás realizan sobre él y su comportamiento.

Kaplan (1988) define personalidad como "el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles". Cuando este conjunto supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas y de los rasgos de personalidad; son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo se puede hablar de un trastorno de la personalidad.

Nicolás Di Caprio (1985) señala que la personalidad puede referirse a todo lo que se sabe de una persona; o a lo que es único en alguien o lo típico de una persona. No obstante, en el sentido popular incluye en la personalidad rasgos como el atractivo social y la atracción de los demás.

McClelland(1951) citado en Jay(1996) definió personalidad como "la conceptualización más adecuada del comportamiento de una persona en todo su detalle". Menninger (1953) citado en Jay(1996) la definió como "el individuo en su conjunto, su estatura y su peso y amores y odios y presión sanguínea y reflejos; sus sonrisas y esperanzas y piernas arqueadas y amígdalas agrandadas. Significa todo lo que cualquiera es y en lo que está tratando de convertirse".

Allport (1960), determina las características de personalidad en términos de rasgos. De acuerdo con su teoría del rasgo se puede describir a una personalidad por la representación de sus rasgos los cuáles refieren por ejemplo, su inteligencia, su sensibilidad, su capacidad de predominio o sumisión, etc. Existen docenas de definiciones diferentes de la personalidad, algunas que intentan explicar un aspecto particular de la persona, como el campo fenomenológico del individuo o el individuo como ser social, pero finalmente se intenta abordar los aspectos más significativos de una persona con relación a su naturaleza psicológica individual. La conducta está influenciada por la herencia, por las condiciones del cuerpo, y por estímulos y situaciones.

De acuerdo con Allport la personalidad en sí misma es una fuente principal de conducta. Si se dejan de lado las variables de la personalidad, no habría la capacidad de obtener un cuadro completo de las causas de la conducta. La conducta presente no es simplemente el resultado de la situación inmediata, sino que está influida por un estado mental simultáneo.

Como proponían los conductistas sociales, una conducta en particular depende del contexto de los factores que están activos en cualquier momento dado, muchos de los cuales se encuentran dentro de la personalidad misma (variables de la persona). Se puede aceptar la suposición de que la personalidad es algo que se puede describir, que se desarrolla, cambia y tiene principios de funcionamiento que se pueden conocer.

Al no poder explicar la conducta por medio de causas externas, se puede recurrir a las variables de personalidad, como los sentimientos, los impulsos y las ansiedades. Estas deben inferirse de la conducta, si se espera describir con éxito la personalidad.

Como sostiene Mischel (1988), las variables de personalidad no son vistas como disposiciones automáticas que controlan la conducta, sino más bien como determinantes que son influidos y modificados en gran medida por las situaciones. Incluso un cambio ligero en una situación puede provocar una alteración radical en la conducta. Cualquier variable de personalidad propuesta, como la suspicacia, considera algo más que sólo las conductas presentes. Esta variable existió en el pasado y puede continuar en lo futuro, este punto es un principio básico del estudio de la personalidad.

Los teóricos de la personalidad no niegan la influencia significativa de los diversos determinantes de la conducta; más bien, tratan con su efecto en la estructura y funcionamiento de la personalidad. Por tanto, el medio ambiente influye en la personalidad; los determinantes biológicos afectan el funcionamiento de la personalidad; la herencia fija los límites del desarrollo de la personalidad.

La personalidad humana constituye, en efecto, una integración dinámica de todos los elementos descritos en la persona. Los rasgos incluyen características como la sociabilidad, afectividad, sensibilidad, control emocional, autoseguridad, iniciativa, capacidad de observación, imaginación, perseverancia, "voluntad".

Cuando entre los rasgos y aspectos de la personalidad existe un equilibrio interior se le denomina personalidad ajustada. Y si se halla en equilibrio con el medio social, personalidad adaptada.

2.2.1 DEFINICIÓN DE RASGO

El concepto de rasgo, se refiere a las diferencias entre la conducta observable directamente, o 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 que están relacionados a la disposición fundamental inferida (Loevinger, 1957, citado en Jay, 1996).

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 resistencia, encubriendo algunos otros problemas caracterológicos más amenazadores descritos como rasgos.

2.3. ELEMENTOS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad es un elemento complejo, que para su estudio requiere la observación de sus elementos los cuales son:

1. **Constitución:** Conjunto de aspectos exteriores e interiores de base genético-hereditaria, origen de la reacción funcional.
2. **Temperamento:** Tono o disposición afectiva, se refiere a la naturaleza emocional del individuo. Se nace con el temperamento.
3. **Carácter:** Forma concreta y estable que adquieren en un individuo los rasgos afectivos-dinámicos heredados.
4. **Actitudes:** Predisposiciones persistentes a responder favorable o desfavorablemente ante una situación dada.
5. **Aptitudes:** Aptitud es la capacidad para hacer algo.
6. **Rasgos:** Características constantes del comportamiento del individuo en una gran variedad de situaciones.

2.4. 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.

De acuerdo con Mischel (1988), las teorías están formuladas por constructos y postulados, los primeros son conceptos hipotéticos y los últimos son principios hipotéticos y tentativos. Podemos utilizar los constructos y postulados de una sola teoría como guía en la comprensión, predicción y/o cambio de la conducta o podemos seguir un enfoque ecléctico y utilizar constructos y postulados de diversas teorías.

Gran parte de las teorías de la personalidad son semejantes, en cuanto a la estructura y principios de funcionamiento de la personalidad y la conducta. Varias teorías se parecen entre sí en su orientación básica, por tanto es posible hablar de modelos tales como el egosocial, el modelo humanístico existencial y el modelo conductual.

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 conflictos. 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.

2.4.1 PSICOLOGÍA HUMORAL.

Se basa en la teoría griega de los 4 elementos: aire, tierra, fuego y agua. Hipócrates señaló que se forma en el hombre 4 humores. Si uno predomina en el individuo, se forma un temperamento.

Galeno además de lo anterior, relaciona a los humores con enfermedades. Ejemplo: Un exceso de bilis amarilla provoca fiebre. Un exceso de bilis negra produce la depresión del ánimo y decaimiento.

HUMORES	TEMPERAMENTO
Sangre	Sanguíneo
Bilis negra	Melancólico
Bilis amarilla	Colérico
Flema	Flemático

Tanto la medicina occidental como la islámica aceptan la propuesta de Galeno.

Los cambios se inician cuando Harvey descubre que la sangre humana sí circula y no está estática (Siglo XVII). Se decía que un joven era sanguíneo. El hombre viril era colérico. En la madurez era melancólico. En la vejez era flemático (Bruchon-Schweitzer, 1992).

3.4.2 LA TEORÍA FISIOGNOMICA

Es el arte de descubrir las características de la personalidad basándose en el aspecto físico de individuo particularmente en la configuración y expresión de la cara. Se pueden obtener deducciones de cualquier rasgo del rostro, gestos y movimientos.

Las conclusiones obtenidas deben estar todas orientadas en el mismo sentido y no contradecirse. Tiene más valor la estructura ósea y la configuración general del cuerpo que revelan lo innato y lo relativamente fijo, mientras que la estructura muscular y el movimiento denotan rasgos de personalidad adquiridos.

2.4.3 LA FRENOLOGIA

Es una teoría expuesta por Fracs Joseph (1758-1828), en donde la mente y el cuerpo están relacionados entre si de algún modo; Por lo que la estructura interna de la personalidad se manifiesta exteriormente. Siendo el cerebro el elemento más importante de la mente, éste puede estudiarse a través del cráneo. Y se mide a través de las prominencias y hundimientos craneanos.

2.4.4 LA BIOTIPOLOGÍA DE KRETSCHMER

Kretschmer (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992), se basó en la configuración del esqueleto y la distribución de la grasa para determinar el temperamento de un individuo. Consideró que los biotipos patológicos no son mas que grados extremos de tipos normales.

Dentro de su clasificación se encuentra:

Tipo Pícnico:

Estatura media, esqueleto sólido, cara ancha, abdomen voluminoso, miembros cortos, piel suave. Tendencia a la calvicie.

Tipo Asténico:

Altos, delgados, de cabeza estrecha. Cuello largo, tórax estrecho, abdomen aplanado con brazos y piernas largos y delgados. Piel seca y pálida.

Tipo Atlético:

Estatura superior al promedio, cabeza grande, pómulos salientes, tórax ancho y fuerte, abdomen aplanado, extremidades largas.

Tipo Displásico:

Cubre todas las configuraciones físicas anormales debidas a trastornos glandulares.

Kretschmer correlaciona los tipos anteriores con dos tipos principales de temperamento: **el ciclofímico y el esquizofímico.**

- **Temperamento ciclofímico:** tendencia temperamental a variar entre la depresión y la relación. Experimentan variaciones rápidas en sus estados de ánimo. Son intensamente impresionables a estímulos exteriores. Son bondadosos, cordiales, activos, organizados, naturales, simpáticos, comprensivos, cálidos, sociales, prácticos, realistas y utilitarios.
- **Temperamento esquizofímico:** varían entre el aplanamiento y la excitación. Reservados, con explosiones inesperadas. Tímidos, delicados, sensitivos, ocultan sus sentimientos. Sarcásticos, de grandes ideas pero no las llevan a cabo por su falta de contacto con la realidad. Retraídos, impenetrables, fríos, distantes, teóricos y abstractos.

Kretschmer también relaciona las estructuras corporales y las enfermedades mentales:

Los asténicos o atléticos tienden a la esquizofrenia.

Los pícnicos a las enfermedades maniacas-depresivas.

Hasta la fecha no se ha podido apoyar su aseveración.

2.4.5 TEORÍA DE LOS BIOTIPOS DE WILLIAM SHELDON

Sheldon (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992), 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 papel que otros esperan de ella.

Se basa en un esquema para determinar que porción de cada uno de sus tres tipos corporales (somatotipos) tiene una persona determinada. Mide las longitudes y diámetros corporales calculando cocientes y atribuye a cada individuo una puntuación (1 al 7).

Clasificación:

Endomorfo : las vísceras y otras actividades anchas , poseen una forma redonda y son relativamente débiles en cuanto al desarrollo óseo y muscular.

Mesofórfico: huesos y músculos grandes y la forma del cuerpo es rectangular.

Ectomórfico: extremidades largas y delgadas, cavidades del interior del cuerpo y escaso desarrollo muscular, tienen una forma lineal.

Temperamentos de Sheldon:

Viscerotónico (Endomórfico); Somatotónico (mesomórfico); Cerebratónico (Ectomórfico);

Relajado, gusta de comer, posee reacciones lentas, es sociable, complaciente, profundamente. Si pasa penas o contrariedades busca compañía.	Agresivo, gusta de las aventuras físicas, mucha energía, ejercicio.	Contención en las actividades, reacciones rápidas, gran intensidad en todas las actividades. Duermes mal, es ansioso, reservado e inhibido. Introvertido. Cuando pasa penas buscan la soledad.
---	---	--

La noción de "tipo" ha sido rechazada de forma más o menos explícita por diversas corrientes, por juzgarla demasiado ambigua y sobre todo inapropiada para describir las diferencias interindividuales. De ahí entonces, la noción de rasgo reduce el campo de investigación a unos dimensiones mucho más simples, y a su vez permite describir sujetos o comparar grupos particulares mediante las constelaciones de rasgos. (Bruchon-Schweitzer, 1992)

2.5 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).

Entre las teorías psicodinámicas, como las propuestas por Freud, Jung y Murray; una característica común es el subrayar los motivos y los conflictos inconscientes que coexisten en todos los individuos, y utilizan procedimientos de evaluación indirectos, como las pruebas proyectivas, para descubrir dicho contenido inconsciente.

Freud y Jung se identifican claramente a sí mismos como psicólogos de profundidad, debido a que se interesan en la naturaleza y principios fundamentales de las capas inconscientes de la psique. Murray también acepta el papel fundamental del inconsciente en la estructura psíquica y utiliza las divisiones de personalidad propuestas por Freud.

En este sentido el término psicodinámico denota la naturaleza activa de la personalidad; las fuerzas dinámicas (motivacionales) como fuerzas impulsoras de carácter predominantemente inconsciente.

2.5.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA DE SIGMUND FREUD

Las teorizaciones de Freud pueden verse desde un enfoque interactivo del desarrollo, éste se ocupa de la motivación, el conflicto y las estructuras de la personalidad. El enfoque del desarrollo considera el curso de este a través del despliegue y los instintos sexuales además de la formación de los tipos de carácter. Con ello es posible estudiar la personalidad desde el punto de vista de su formación o desarrollo o desde la interacción de sus componentes.

Freud divide la psique en varios niveles, consciente, preconsciente e inconsciente:

- La conciencia consiste en percatarse de lo que ocurre como resultado de la estimulación externa o la vivencia de la experiencia interna.

- El preconscious consiste en recuerdos latentes, los cuales pueden irrumpir deliberadamente en la conciencia o surgir por asociación dada la estimulación actual.
- El inconsciente para Freud es la porción mayor de la psique, la cuál posee sus propios principios de funcionamiento, sin llegar a ser falta de conciencia.

La función de lo inconsciente se revela a través de los sueños, los equívocos de acción o actos fallidos, equívocos de palabra o lapsus linguae, los lapsus de memoria y en forma más clara y convincente los trastornos de personalidad y de conducta.

Otro de los conceptos que introdujo fue el mecanismo de represión, para explicar los síntomas psicológicos, que puede describirse como una exclusión del material de la conciencia. Cuando se reprime un motivo consciente, permanece dinámicamente activo en el inconsciente, hasta que se descubre y se abre paso.

La conducta puede revelar la presencia de un motivo inconsciente, el motivo radical que difiere el motivo manifiesto. Lo cuál quiere decir que la conducta suele expresar grandes porciones de intenciones, afectos y motivaciones que no corresponden a una causa evidente sino a una causa inconsciente.

Freud plantea en su teoría tres sistemas principales que son:

- El Ello, que conforma la parte más primitiva de la personalidad, es la fuente de los deseos inconscientes y está regido por el principio del placer y los procesos primarios de pensamiento.
- El Yo es el sistema controlador, funciona como el administrador de la personalidad, se rige por el principio de realidad, a través de los procesos secundarios de pensamiento.
- El Super Yo es el componente ético de la personalidad. Está formado por la conciencia y el ideal del Yo, se forma gracias a la introyección de los preceptos morales y culturales, prohibiciones e ideales. El yo experimenta con frecuencia conflictos en éstos ámbitos por lo cuál, intenta reducir estos conflictos y producir armonía dentro de la personalidad.

Freud opinaba que el desarrollo de la personalidad era el despliegue de las pulsiones sexuales. Diversas zonas del cuerpo son los puntos de la estimulación placentera al principio de la vida. Para ello delineó cuatro etapas de desarrollo psicosexual: la oral, anal, fálica y genital. Cada etapa tiene sus necesidades y satisfacciones particulares.

Los tipos de carácter particulares consisten en un síndrome de rasgos que se forman durante cada etapa, como resultado de la manera en que se satisfacen o se frustran las necesidades, en cuyo caso extremo provocan fijaciones que se entienden propiamente como la detención del desarrollo.

Por otra parte Freud trata las anomalías por medio de fallas en el desarrollo, como las fijaciones y por exageraciones o deficiencias en uno u otro sistema de personalidad. Los conceptos descritos por Freud han tomado validez de acuerdo a las contribuciones hechas a la psicología tales como: lo irracional de la naturaleza humana (disfraces, defensas y distorsiones) como la exploración del inconsciente, el servicio de los síntomas y el conflicto continuo en relación con la vivencia placentera y displacentera, entre otros muchos conceptos.

2.5.2 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. Carl Gustav Jung habla sobre los Arquetipos que se entienden como predisposiciones heredadas a tener experiencias comunes. O la tendencia innata de formar imágenes universales, de allí que los arquetipos formen lo que él denomina el inconsciente colectivo.

Comparte la idea de Freud en cuanto señala la importancia de los sueños como el material para lograr acceso a lo inconsciente. Jung introduce el concepto de máscaras sociales para referirse a la exploración de una persona, ya que para este autor es necesario el conocimiento de sí mismo para entender su teoría y señala que las "máscaras" aunque esenciales para la vida no son la personalidad completa. En la psicología analítica de Jung observamos importantes hallazgos para las teorías de la personalidad. Señala que todos los seres humanos poseemos un proyecto genético, que se despliega si se dan las condiciones apropiadas, al que denominó proceso de individuación, que conforma todas las partes de la estructura de la personalidad. Para Jung el Yo es el centro de la personalidad expandida y surge a partir del ego como núcleo de la personalidad total y su tarea principal es la armonización de la personalidad

Henry Murray es otro de los autores que se ve influenciado por Jung y por Freud dado que refiere la motivación inconsciente y hace también una división del aparato psíquico. Señala además un nuevo concepto que denomina *Personología*, y que se refiere al estudio del individuo apoyándose en su relación con el medio ambiente y a las estructuras y funciones dentro de la personalidad, y la historia de la persona.. Hasta la fecha sus postulados y contribuciones son de gran utilidad para generar nuevas hipótesis y teorías, ya que ha sido el único en esclarecer algunos puntos con relación al inconsciente y los conceptos básicos como por ejemplo, su idea del instinto de muerte, su crítica a la reducción de la tensión, así como sus métodos de investigación por citar algunos.

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 (1888-1962), 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 (1982), 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.

2.6 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 sumarlas 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 auto informes 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 periodo 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 cual 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.

2.6.1 TEORÍA MOTIVACIONAL DE LAS NECESIDADES DE MASLOW

Este teórico considera que las personas tienen la capacidad y necesidad de lograr la autorealización, 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 auto experiencia y la experiencia organística.

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

En este esquema, la satisfacción de todas las necesidades de los niveles inferiores. Por lo tanto, aunque cada persona contiene el potencial para la auto actualización, 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".

2.7 TEORÍAS DEL RASGO Y FACTORIALES.

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.

2.7.1 TEORÍA DEL ANÁLISIS 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.

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 encerrar 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 M 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.

2.7.2 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 M 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 contenido 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.

2.7.3 TEORÍA DE LAS DISPOSICIONES PERSONALES DE ALLPORT

Gordon W. Allport (1937-1961) menciona a las disposiciones personales en vez de hablar de rasgos, hace varias distinciones entre las clases de rasgos. Allport (1960), clasifica a las personas según el grado con que son caracterizables en términos de cierto número de rasgos. De acuerdo a la teoría del rasgo se puede describir a una personalidad por su posición en cierto número de escalas, cada una de las cuales representa un rasgo. Por lo tanto, podemos colocar a una persona en una escala de inteligencia como indicadora de un rasgo de personalidad; en una escala de sensibilidad emotiva como otro rasgo en una escala o predominio y sumisión como un tercer rasgo.

La primera distinción se encuentra entre los rasgos comunes y disposiciones personales; cuando las medimos de acuerdo con las escalas de rasgos nos referimos a rasgos comunes. Allport (1960) establece una escala de valores, que se destina para apreciar los rasgos comunes, comparando una persona con otra de acuerdo a los valores preferidos que pueden ser: Teóricos, económicos, estéticos, sociales, políticos y religiosos. No obstante, determina los rasgos verdaderos como disposiciones personales, que son únicos para la persona; y por ello no se pueden usar de un modo exacto al comparar una persona con otra.

Otra de las distinciones que hace el autor, para indicar que las disposiciones están organizadas en forma jerárquica ya que algunas serán más importantes para el individuo que otras; de tal forma que distingue entre los rasgos cardinales, centrales y secundarios.

El individuo que se caracteriza por los rasgos cardinales, a menudo son "personalidades de referencia" es decir, le estamos clasificando con una personalidad de referencia cuyas características son conocidas aparentemente (Don Juan o Quijotesco, etc)

Los rasgos centrales son aquellos que predominan en un individuo y son pocos los términos para caracterizarle, es decir con pocos rasgos se describe la personalidad esencialmente.

Hay otro tipo de rasgos como los rasgos secundarios, que expresan intereses y modos de responder relativamente aislados, también se les llama "actitudes". Resumiendo Allport menciona la autonomía funcional de los motivos: es decir que un motivo actual puede dirigir la conducta, sin obtener ningún apoyo de las tensiones que estaban originalmente presentes cuando el sistema de motivos se desarrolló.

Para Allport, los adultos normalmente sanos, son motivados por su orientación de los valores y de los sistemas de su interés presente, sin considerar los origen de dichos valores. En síntesis la teoría de Allport es que la individualidad, sujeta a un modelo, tipificado que constituye el objeto de la ciencia de la personalidad, por ello, se opone a reducir a la personalidad a los rasgos que son comunes a todos los hombres, ya que habla de la unidad individual. Allport clasifica pues seis tipos idealizados de hombre, basados en los intereses peculiares que tienen sus medios culturales, en la clasificación de Edward Spranger, filósofo alemán. Los tipos de Spranger son modelos ficticios, pero tienen utilidad en la nomenclatura de la personalidad.

Principales consideraciones de la teoría de Allport:

- o Intenta justificar la complejidad y la unicidad de la conducta humana.
- o Considera que los determinantes conscientes son básicos. (el yo)
- o Existe una discontinuidad entre lo normal y lo anormal; entre el niño y el adulto, entre animales y el hombre.
- o Considera que "el sitio de acción" es lo más importante para aplicar un método psicológico, en donde se toma en consideración las condiciones sociales.
- o Tiende a considerar su teoría como Abierta utilizando un eclecticismo sistemático.
- o Propuso una investigación epistemológica para investigar la personalidad al que denominó Realismo Heurístico; Que acepta al hombre como verdaderos seres humanos, con una organización neuropsicológica real y hay que tratar de comprenderlo.

Concepto de carácter y temperamento según Allport:

Carácter es un concepto ético en el cual se prefiere definirlo como evaluador de la personalidad. Temperamento, es el que se refiere a aquellas disposiciones que están ligados a determinantes biológicos o fisiológicos.

RASGO: una estructura neuropsíquica que tiene la capacidad de encontrar un estímulo funcionalmente equivalente y para iniciar y guiar al individuo por diversas formas de conducta adaptativa.

Características de la Teoría de las Disposiciones Personales de Allport:

- o **Disposición cardinal:** son disposiciones de la personalidad generales que fácilmente se puede saber de donde procede su influencia. Es relativamente rara.
- o **Disposición central:** representa las características más personales de un individuo.
- o **Disposición secundaria:** es rara y se refiere a una descripción menos importante de la personalidad que solo aparece cuando hay un estímulo apropiado.

2.8. MEDICIÓN DE LA PERSONALIDAD

Los procedimientos para medir la personalidad son quizá los más numerosos y heterogéneos de toda la psicología, como corresponde al estado aún inmaduro del campo y a la fascinación que ejerce sobre muchos profesionales de disciplinas afines.

Para no duplicar innecesariamente la información en torno a las pruebas de personalidad. Es de obra sabido que los tests de personalidad suelen dividirse en psicométricos, proyectivos, expresivos, situacionales y neurofisiológicos. Recordar que, como todos los tests, las pruebas de personalidad deben ser fiables, estar normalizadas, adaptarse a las características cronológicas, sociales, etc. de los sujetos que van a ser explorados con ellas y, por supuesto, ser válidas. Este último aspecto, sin duda el más decisivo de todos, suele ser, no obstante, el más descuidado, y el que cuando se analiza empíricamente arroja resultados más decepcionantes; no mucho más, a decir verdad, que los que arrojan otras clases de tests.

2.8.1 LA VALIDEZ DE LAS PRUEBAS DE PERSONALIDAD

Existen diversas maneras de averiguar si un test mide en realidad lo que pretende medir. Un procedimiento de comprobar si su validez real coincide con la aparente, consiste en correlacionar las puntuaciones que los sujetos obtienen en los tests con unos criterios que se supone representan con fidelidad su genuina conducta; esto es, si los resultados de las pruebas psicológicas indican que un sujeto es extrovertido y todos los que le conocen están de acuerdo en considerarle como un ser taciturno y tímido, es obvio que algo va mal en el test.

Estas validaciones empíricas, expresadas usualmente en término de coeficientes de correlación entre las puntuaciones de los tests y los criterios correspondientes, suelen ser de dos clases: concurrentes y predictivas.

En la validación concurrente, las medidas criterioles y la aplicación de los tests son simultáneas, o relativamente breves, dicho de otro modo, que la aplicación se lleve a cabo en pocos días. Si la aplicación del test y la determinación del criterio están separadas, en cambio, por períodos largos, de meses o años, la correlación entre ambas series de datos indica el valor predicativo del test con respecto a una conducta posterior; naturalmente, los índices son tantos más débiles cuanto mayor es el período de tiempo que separa al test del criterio. Otro procedimiento para validar un test consiste en comparar sus resultados con los de otras pruebas cuya validez empírica esté acreditada, o bien, en incluirlos en un análisis factorial Ad hoc, diseñado para averiguar la composición de su varianza; a este último tipo de validación vía constructo puede denominársela teórica.

Ahora bien, tanto la validación empírica como la teórica se fundamenta en último extremo, en la existencia de unos criterios o bases empíricas firmes que sirven de constraente a las puntuaciones de las pruebas. Los dos tipos de pruebas de personalidad que han sido principal objeto de estudios de validación son los cuestionarios y las pruebas proyectivas, junto con la entrevista. El carácter psicométrico de los primeros los hace más compaginables con la investigación de tipo experimental y con las selecciones y clasificaciones masivas.

2.9. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD MADURA:

La meta del desarrollo de la personalidad es lograr la madurez de la misma. No es fácil determinar qué es madurez en cuanto a la personalidad. Sin embargo, quienes se dedican a estudiar este punto señalan una serie de rasgos que son propios de una personalidad madura. Son los siguientes:

- **Estabilidad emocional:** Que implica una *integración de la personalidad*, es decir, haber integrado instintos, impulsos, tendencias, necesidades, emociones, sentimientos, vivencias y acciones con pensamiento y voluntad, que permite a la persona *reaccionar* ante los distintos *estímulos de una forma estable y autónoma* determinada no por impulsos primitivos, sino por los elementos rectores de su personalidad bien integrada.
- **Conocimiento de sí mismo:** Conocimiento de las *capacidades, cualidades y valores* que posee uno mismo, así como de las *deficiencias, debilidades y tendencias* de acción que le son características.
- **Capacidad de autoevaluación:** El individuo maduro *se juzga a sí mismo* y reconoce cuándo actúa bien o mal, que aspectos positivos y negativos posee. La autoevaluación permite mejorar, superar fallas, estar en una actitud de cambio y superación; así mismo permite reconocerse tal cual es, con éxitos y fallos, con cualidades y defectos, con planes, metas y realizaciones. Es un factor más que proporciona elementos para ser realista.

- **Capacidad de decisión:** El individuo que la posee toma decisiones *sabiendo y aceptando las consecuencias* de las mismas: *sacrificando* unos motivos por seguir otros. Proporciona a la persona una mayor autonomía para decidir por sí mismo, lo que no implica consultar con otros, buscar otras opiniones; y es un factor de seguridad en la vida.
- **Capacidad de aceptar riesgos y responsabilidades:** Implica *emprender las acciones no a ciegas*, sino habiendo medido los riesgos que se van a correr y haciéndose completamente responsable no sólo de la acción en sí, sino también, de sus consecuencias.
- **Autonomía del yo:** Implica, dentro de uno cumplir las normas sociales, ser libre, es decir, no estar esclavizado al ambiente social ni al grupo social en que se vive. Exige *actuar tal como es* y de acuerdo con sus criterios, valores y conciencia, a pesar de que esa manera de comportarse sea mal vista y criticada por la sociedad.
- **Fuerza de voluntad:** Es la capacidad de *organizar las energías corporales* en dirección a una meta. La fuerza de voluntad proporciona constancia en las acciones, esfuerzo prolongado en dirección de una meta; y se opone a un cambio continuo de planes y trabajos, al idealismo fantasioso que nunca se concreta en realizaciones.
- **Capacidad de esfuerzo:** Es la "*voluntad de querer*", es decir, la *acción continuada y esforzada para lograr un objetivo o cumplir una acción*. Es el factor que permitirá alcanzar metas difíciles o que se logran a largo plazo. Permite superar las satisfacciones inmediatas para luchar por objetivos cuya recompensa será muy retardada. Así mismo, proporciona permanencia en la acción y compromiso de esfuerzo para cumplirla.
- **Capacidad de convivencia:** Supone *tener en cuenta* no solamente las necesidades del propio yo, sino también *las necesidades, derechos y motivos de los demás*. Exige que se haya desarrollado la idea de convivir, que se aprecie en los demás, valores, cualidades y aportes necesarios para la construcción de la sociedad; que se haya superado el egoísmo. Es condición indispensable para poder llegar a amar; poder sentir la necesidad del esfuerzo personal en la construcción del bienestar de los demás.
- **Autenticidad:** El hombre maduro ha adoptado aquellos valores, normas de vida e ideales que cree mejores en relación con sus motivaciones y *actúa en forma consecuente* con ellos. Tiene una *filosofía de vida* según la cual interpreta las cosas y orienta sus acciones; y a pesar de todas las deficiencias o fallas que tenga en su actuación, tratará de identificarse con su forma de concebir la vida humana. Este factor será un elemento que refuerce su autonomía y le permita ser libre aún viviendo intensamente las realidades sociales propias de su ambiente de trabajo y convivencia.

A modo de conclusión de todas estas características se puede afirmar que *una persona madura es aquella que está bien integrada interiormente, que se adapta correctamente al medio ambiente, que obtiene gratificaciones de él mismo y se comporta trascendientemente de acuerdo con sus aptitudes y posibilidades.*

2.10. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Los trastornos de la personalidad son patrones de comportamiento inadaptados, generalizados, persistentes y muy arraigados. La alteración se localiza en el rasgo de la personalidad, más que su estado (Kaplan, y Sadock, 1996).

Los rasgos inadaptados pueden ser:

- comportamiento
- emocionales
- cognoscitivos
- perceptivos
- psicodinámicos

La necesidad de conocer mejor ha surgido por tres razones fundamentales:

La constatación de que se trata de trastornos frecuentes en la comunidad, y se detectan en medios socioculturales distintos; el daño o perjuicio que suponen para el individuo que los padece, la familia y la sociedad en general, la evidencia de que son una variable importante para la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales, así como para el resultado del tratamiento (Millon, T, 1998).

Las concepciones de la personalidad se han desarrollado tradicionalmente a partir de tres disciplinas distintas: psicoanálisis, sociología y psicología conductista. A éstas hay que añadir el enfoque biológico. Uno de los puntos más discutidos al comparar los distintos modelos teóricos consiste en saber si deben ser considerados desde un punto de vista dimensional o bien categorial. Este problema se plantea debido a que muchos rasgos descritos se encuentran, en mayor o menor grado, en la mayoría de los individuos (Fuentes S., Barragán J., Valero C., 1998) Según el enfoque dimensional, que cuenta con más pruebas experimentales a su favor, los trastornos de la personalidad constituyen variantes cuantitativas extremas y desadaptativas dentro del amplio espectro de la personalidad normal.

El enfoque categorial considera que son entidades psicopatológicas cualitativamente distintas, síndromes que pueden estar presentes o ausentes. Tal vez lo adecuado sea utilizar un enfoque u otro en función de los distintos trastornos. La mayoría de definiciones coinciden en destacar tres puntos fundamentales:

Se inician precozmente, en la infancia, adolescencia o, como máximo, al principio de la edad adulta; persisten a lo largo del tiempo y los distintos ámbitos personales y sociales van siendo invadidos por patrones anormales de conducta, y generan un importante malestar al individuo y/o problemas de rendimiento laboral o social.

Asimismo, es preciso distinguir si realmente se trata de un trastorno estable y duradero o si, por el contrario, es consecuencia de otros factores, como enfermedad mental, abuso de sustancias, enfermedad orgánica o simplemente la reacción a un acontecimiento estresante. También es necesario considerar las circunstancias ambientales que envuelven al individuo (Valdés, M, 1993).

Los trastornos de la personalidad no muestran diferencias respecto al sexo; algunos trastornos específicos parecen ser más frecuentes en los hombres que en las mujeres, o al contrario. Los abordajes de tipo psicoanalítico son preferibles en pacientes ansiosos y/o inhibidos, mientras que las terapias cognitivo-conductuales se muestran más eficaces cuando se trata de fijar unos objetivos o de modificar hábitos desadaptativos o socialmente peligrosos.

Clasificación de los trastornos de personalidad según la CIE-10 y el DSM-IV:

CIE-10	DSM-IV
Trastorno paranoide de la personalidad	Trastorno paranoide de la personalidad
Trastorno esquizoide de la personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad
Trastorno disocial de la personalidad	Trastorno antisocial de la personalidad
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	-
Tipo impulsivo Tipo límite (<i>borderline</i>) de la personalidad	- Trastorno límite
Trastorno histriónico de la personalidad	Trastorno histriónico de la personalidad
Trastorno anancástico de la personalidad	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
Trastorno ansioso (con conductas de evitación) de la personalidad	Trastorno de la personalidad por evitación
Trastorno dependiente de la personalidad	Trastorno de la personalidad por dependencia
Otros trastornos específicos de la personalidad	-
-	Trastorno esquizotípico de la personalidad
-	Trastorno narcisista de la personalidad
-	Trastornos de la personalidad no especificados

El DSM-IV clasifica los trastornos de la personalidad en torno a tres grandes grupos e incluyen 11 categorías:

Sujetos extraños o extravagantes:

esquizoides
esquizotípicos
paranoides

o Sujetos inmaduros:

histriónicos
narcisistas
antisociales
límite

Sujetos temerosos:

evitadores
dependientes
compulsivos
pasivo-agresivos

Los trastornos de la personalidad no son enfermedades, son sistemas estructurales y funcionales internamente diferenciados, no entidades internamente homogéneas. Son sistemas dinámicos, no entidades estáticas y permanentes. La personalidad consiste en múltiples unidades con múltiples niveles de datos. No hay división estricta entre normalidad y patología. La patogenia de la enfermedad no es lineal, sino que se distribuye secuencialmente y de forma múltiple a través de todo el sistema(Kaplan, 1996).

Los criterios con los que se evalúa la patología de la personalidad deben ser coordinados de forma lógica con el propio modelo de sistemas, de modo que los trastornos de la personalidad pueden ser evaluados, pero no diagnosticados de forma definitiva y requieren modalidades de intervención combinadas y diseñadas estratégicamente(Fuentes S., Barragán J., Valero C.,1998).

El estudio de los factores psicológicos de la obesidad pueden considerarse como parte de una estructura de personalidad básica puesto que la relación entre la personalidad y el desarrollo de conflictos psicodinámicos básicos es muy estrecha. Con la referencia de las diversas teorías de personalidad pretendo hacer una aproximación más clara del perfil de rasgos y características de personalidad de la población de mujeres con obesidad mórbida, de tal modo que pueda estudiarse si la obesidad sería el estado final de diversos estados psicopatológicos anteriores desde el punto de vista psicológico y somático.

CAPÍTULO 3. "PANORAMA DE LA OBESIDAD. ENFOQUE PSICOLÓGICO".

3.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD EN MÉXICO

Para estudiar la obesidad, y saber si ésta constituye un problema de salud pública, es necesario analizar su frecuencia y distribución en la población nacional, agregando información sobre su impacto en la salud; utilizando datos sobre mortalidad, incapacidad o complicaciones (FUNSALUD, 2002).

Anteriormente, no existía un consenso universal sobre si la obesidad debía considerarse como enfermedad o si debía considerarse como un estado asociado al desarrollo de otras enfermedades. Entonces se afirmaba que un "sujeto obeso sano", era aquél que no presentaba otra alteración o trastorno distinto de la obesidad. Esta aseveración, consideraba a la obesidad, únicamente; como un factor predisponente para el desarrollo de otras enfermedades, como diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial (HTA), diversos tipos de dislipidemias y trastornos cardiovasculares, entre los que destacan aterosclerosis, enfermedad coronaria e infarto agudo del miocardio (Verdúzcio y Platas, 1999, Saldaña y Rossell, 1988, Braguinsky, 1987).

Sólo hasta épocas recientes y dado el incremento de personas con éste padecimiento; es que se reconoce a la obesidad como una enfermedad crónica que constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo, lejos de ser sólo un factor de riesgo, considerándola como un problema en sí misma.

Asimismo, no existe una definición operativa universalmente aceptada para identificar y clasificar a las personas obesas. Existe cierto consenso en cuanto a su definición conceptual, que señala que la obesidad es la presencia de un exceso de grasa corporal. Sin embargo la diferencia radica en la dificultad práctica de medir la cantidad de grasa corporal, ya que ésta no se puede determinar de manera total por métodos sencillos y económicos, que permitan su utilización en la práctica clínica habitual. (FUNSALUD, 2002).

La apreciación más común y sencilla, es determinar si existe sobrepeso, un dato que se obtiene relacionando el peso corporal con algunos de los siguientes indicadores: estatura, complexión, sexo, edad y condición del sujeto con relación a su crecimiento o a la presencia de embarazo, entre otros indicadores.

Sin embargo, es necesario destacar que: "No todo exceso de peso implica obesidad".

Obesidad implica exceso de grasa corporal, según la definición conceptual del término y a la inversa de lo que se creería, sujetos con pesos considerados normales pueden presentar un exceso de grasa corporal y masa muscular escasa, lo que incrementa los riesgos para su salud; propios de la obesidad.

No obstante, se considera que el sobrepeso es un buen indicador de obesidad en los estudios epidemiológicos, pues se asume que la mayoría de los obesos tienen sobrepeso. No es fácil determinar la proporción de sujetos que observan estas características, sin embargo existen diferentes procedimientos clínicos para evaluar el sobrepeso. En la actualidad, el más usual sigue siendo el índice de masa corporal (IMC), porque se considera que este método es muy práctico y permite comparar distintas poblaciones.

Es indudable que el IMC no es un indicador perfecto, sus defectos principales son comunes a todos los procedimientos para evaluar el sobrepeso, ya que no mide exceso de grasa; también se ha encontrado que en personas de estatura baja subestima el sobrepeso, por lo que algunos autores recomiendan utilizar puntos de corte menores en tales condiciones (FUNSALUD, 2002, Gómez Pérez-Mitre, 1995).

Después de analizar la evidencia científica nacional e internacional, un grupo de consenso propone que en México se considere obeso a todo individuo con IMC mayor o igual a 27, puesto que por encima de este punto la mortalidad es mayor, y se le considera tanto indicador de obesidad como de riesgo de muerte. (FUNSALUD, 2002).

Considerando como método de diagnóstico el índice de masa corporal, puede afirmarse que alrededor del 60% de la población mexicana presenta algún sobrepeso. (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas/Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, 2002).

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1989 mostró que el 59.9% de los mexicanos presentaban cifras de IMC de 25 o mayores; incluso en el 21.5% del total el IMC es de 30 o más. Por su parte, la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (1995) encontró que el 48% de los hombres y el 57% de las mujeres presentaban un IMC de 25 o mayor. El problema es grave inclusive entre los estratos de menores recursos, donde los porcentajes fueron de 42% y 56% respectivamente.

La obesidad es una enfermedad que tiende a incrementar su prevalencia en relación directa con la edad, por lo que en personas de 50 o más años llega a afectar hasta al 70% de la población e incluso más. Una evaluación nutricional reciente, realizada en pacientes con enfermedades del corazón bajo tratamiento, encontró que el 100% de los casos eran individuos con un porcentaje de grasa corporal superior al saludable (González-Barranco, 1997).

Las enfermedades crónicas transmisibles, llamadas también enfermedades del desarrollo, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las hiperlipidemias y las enfermedades del corazón, entre otras -asociadas a la obesidad- suelen ser padecimientos incapacitantes, por lo que el costo

humano y económico de este problema puede ser muy alto si no se toman las medidas pertinentes.

Al parecer la explicación de la obesidad, no se reduce a un simple patrón de sobrealimentación, y quizás la variable más alterada de manera significativa sea la reducción de la actividad física. Así entonces, la sobrealimentación no implica necesariamente obesidad; la variable más significativa en la prevalencia de ésta contempla también una drástica reducción de actividad física (González-Barranco, 1997, Campollo, 1995).

En los últimos años, la disponibilidad de elementos tecnológicos que sustituyen la actividad física de las personas ha llevado al sedentarismo, que combinado con dietas de alta complacencia y desequilibradas promueven la acumulación progresiva de grasa a nivel individual (Gutiérrez, 1999).

3.2 FACTORES ÉTNICOS Y CULTURALES DE LA OBESIDAD.

Casanueva y Morales (2002) promueven que, para el estudio de la obesidad; no basta con la identificación de los mecanismos fisiológicos que determinan la magnitud y tipo de alimentos consumidos por diversas poblaciones, dado que sólo brinda una explicación parcial de los patrones de alimentación.

Toda exposición acerca de la selección de alimentos como respuesta al apetito sería incompleta si no se hiciera referencia a uno de los principales factores que dirigen la selección de alimentos en los seres humanos, que es la cultura. Por lo tanto, en los seres humanos, la selección de alimentos como respuesta al apetito es dirigida preponderantemente por los hábitos culturales.

Es poco, lo que actualmente se conoce con certeza sobre los mecanismos del apetito pero de acuerdo con Castonguay (1991), existen al menos siete determinantes del consumo de alimentos:



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para muchos de los determinantes propuestos, aún no se conocen los mecanismos de acción, sobre todo los relacionados con los aspectos sociales y psicológicos.

Diversas culturas y sus sociedades han desarrollado una selección y preparación de alimentos que se transmiten de generación en generación (conducta alimentaria). La cocina desarrollada por cualquier cultura proporciona normas sobre el cultivo, preparación, conservación de los alimentos y siempre es el resultado de pruebas de ensayo-error que permiten lograr la mejor combinación de alimentos para las necesidades de los individuos que conforman una población específica (Casanueva y Morales, 2002).

Es probable que la falta de información en éste campo se deba a la facilidad que provee, diseñar experimentos controlados para explorar algunos factores bioquímicos y fisiológicos de la obesidad, que evaluar los aspectos antropológicos y psicológicos.

Existen evidencias de que la distribución y la magnitud del depósito de grasa corporal presenta grandes variaciones entre los diferentes grupos humanos. Lo anterior pudiera ser resultado de una predisposición genética a depositar grasa preferentemente en algunos sitios, a una serie de patrones y conductas sociales que tienden a estimular la sobrealimentación, a una diferente percepción de la imagen corporal socialmente aceptable, o a una combinación de todas ellas (Gómez Pérez-Mitre, 1999).

Lo que respecta a los determinantes del depósito de grasa en el ser humano, se puede mencionar que la grasa es uno de los componentes corporales con mayor variación y probablemente uno de los mayores determinantes del dimorfismo sexual. De esta manera, mientras que las diferencias en talla entre varones y mujeres de una misma población tienden a variar entre 5 y 7%, la variación en el contenido de grasa va de 15 a 27%, siendo esta diferencia aún más importante cuando se compara la magnitud del depósito de grasa entre varones y mujeres en las extremidades. Como resultado de lo anterior, la obesidad suele ser más prevalente entre las mujeres que entre los varones (FUNSALUD, 2002).

Otro de los determinantes del depósito de grasa está representado por el efecto de los diferentes patrones de alimentación donde, en la medida que la dieta tiende a occidentalizarse y por lo tanto a ser influenciada por la industrialización, la proporción de lípidos aumenta, con el consecuente riesgo de obesidad. Burkitt, citado en Casanueva y Morales, (2002); propone que la obesidad sea considerada como "una enfermedad de la civilización", ya que a mayores niveles de industrialización, mayor es la prevalencia de sobrepeso; sin embargo, es importante mencionar que entre los estratos altos de los países desarrollados la prevalencia de obesidad es menor que en los estratos bajos.

Al parecer una predisposición genética, ciertos patrones y conductas sociales de sobrealimentación, y la percepción de la imagen corporal a nivel social son determinantes en la aparición de obesidad en el ser humano.

Desde una perspectiva cultural, la obesidad puede ser alabada o estigmatizada dependiendo del grupo social de que se trate. Sin embargo, no todas las sociedades consideran a la obesidad como un signo de belleza. Un estudio transcultural que evaluó los estándares de belleza de más de 300 grupos sociales de diferente desarrollo económico y grupo étnico, encontró que 81% de ellas consideraron a la obesidad moderada como un indicador de belleza, mientras que la delgadez fue considerada como signo de hermosura en 19% de los casos. Al parecer en lo que existe mayor consenso es en el sitio de depósito de grasa, ya que 90% de los grupos analizados prefirió a las mujeres de caderas gruesas y sólo 10% mostró preferencia por las caderas delgadas (Allan, 1998).

La conducta alimentaria en algunos países, está muy relacionada no solamente con la respuesta a una necesidad, sino que es una manera social de interacción y de gratificación compartida, donde la abundancia representa riqueza y, por lo general, la sobreingesta se interpreta como un reconocimiento y agradecimiento del comensal al anfitrión. De tal suerte que el alimento se convierte en un contenido afectivo en el que además se hace factible obtener una situación de aislamiento y como recurso gratificante, o bien que mediante su práctica se posibilita una interacción, aunque superficial; ya que es notable cómo el acto de comer "acompañado" no necesariamente implica la oportunidad de relacionarse con otro, sino que es la ilusión de acompañamiento sin ningún elemento de comunicación íntima, convirtiéndose el ritual en un acto compulsivo vacío y sin posibilidad de una relación comprometida que pretenda el acompañamiento emocional (Casanueva, 1988, citada en FUNSAIUD, 2002).

En el proceso educativo impuesto desde la casa, se educa al niño a no desperdiciar los alimentos, y por tanto debe ingerir las porciones que se le ofrecen, no tomándose en consideración la saciedad del niño sino la regla establecida. El estilo de alimentación, está matizado por la cultura, pero también por la relación afectiva entre quien proporciona el alimento y quien lo recibe, es decir, el hábito de alimentación también posee una representación del vínculo afectivo entre los que intervienen, por tanto, entre más se ofrezca, mayor es el afecto (Le Bow, 1986).

De lo anterior, se deduce que la integración de ambos componentes da por resultado una conducta compleja, que es integrada de manera simbólica por el individuo y proporciona una manera específica de manejo. La percepción personal, esta influenciada por condiciones internas y externas, de las cuales existe una pobre consciencia, debido a que se han internalizado de forma imperceptible por el sujeto a lo largo de su historia.

De ahí que el individuo refiera no saber el origen de su comportamiento, mismo que en general tiene una manifestación compulsiva, con la imposibilidad de frenarla de manera voluntaria (Casanueva y Morales, 2002, Cormillot y Zukerfeld, 1999, Carrillo, 1998, Cadena, 1998).

Desde esta visión estrictamente psicológica, la expresión comportamental de la obesidad, sólo es un elemento sintomático de una condición de conflicto interno, que no puede ser resuelto en la medida en que se desconoce su origen y su motivación. Lo anterior, lleva a considerar que la obesidad es una resultante de la cultura internalizada, pero además puede brindarle al sujeto ganancias secundarias que instauran de manera firme el síntoma. Esta situación, provoca que haya poca adaptación a los tratamientos, mismos que pueden tener un éxito relativo cuando el síntoma se contraponen a otro evento (no necesariamente, un conflicto interno), generalmente circunstancial, pero con frecuencia se observa que no hay un mantenimiento (por ejemplo, la reducción de peso) pues concluida esta contraposición se regresa a la conducta anterior (Casanueva, 2002, Carrillo, 1998).

El concepto de sí mismo es el resultado, entre otros factores, de las expectativas sociales que han sido internalizadas por los sujetos mediante la educación, las costumbres, los rituales, los mitos, etcétera.

Cada cultura dentro de su contexto histórico, político y económico moldea una imagen ideal que se espera sea cumplida por los miembros de la sociedad en cuestión. Estos fenómenos a su vez condicionan los tipos perceptuales de cada individuo, de tal manera que una imagen puede representar belleza o fealdad, obesidad o delgadez, en concordancia con los patrones culturales y con aspectos internos regulados por la historia de un sujeto (Aranceta, 1998).

La mayoría de las personas tienen preocupaciones sobre la salud, siendo clara la tendencia a subestimar los efectos de la obesidad en sus vidas, la disposición para tomar medidas preventivas radica, en aminorar el riesgo de contraer enfermedades de fatales consecuencias, tal es el caso de contraer diabetes, hipertensión, entre otras. Pero, particularmente, en el caso de la obesidad se ha observado que la repercusión social, es muy similar al juicio que hacemos sobre aquella población, que ha adquirido diversas enfermedades de transmisión, por ejemplo el SIDA, donde existe la firme creencia de que la persona es responsable sobre la adquisición de su padecimiento, ya que no tomó las medidas necesarias para prevenirlo. (Casanueva, 2002)

Se puede explicar entonces, que el juicio que hacemos sobre los demás y sobre nosotros mismos puede ser erróneo.

Las diversas manifestaciones del juicio social, han repercutido en la disminución de la autoestima y el autoconcepto de las personas obesas, ya que el constante bombardeo publicitario deja fuera de sus cánones, tanto las dimensiones como las disposiciones actitudinales de los obesos. Cabe enfatizar, que en nuestra cultura mexicana como en muchas latinoamericanas, la imagen estereotipada de la mujer esta asociada a cuerpos esbeltos, de finos rasgos, de curvas bien torneadas y con dimensiones promedio a una talla de 155 centímetros, dejando claro, que la mujer obesa rebasa ésta imagen hasta el grado de perder las formas características femeninas. (Villarreal, 2000)

Por otro lado, la mujer obesa no tiene acceso a la moda actual, donde la obsesión por la esbeltez ha marcado una tendencia en el vestuario, también es discriminada en los trabajos, puesto que no provee una imagen "limpia o saludable", además de ser objeto de rechazo, prejuicios e insultos por parte del sexo opuesto, que ha considerado la obesidad poco atractiva sexualmente.

Según las aportaciones de Bruch (1941, 1943 y 1948) citado por Jhonston (1998), la forma en que desde niños evaluamos el cuerpo, es reflejo de los valores de quienes nos atienden. Los niños aceptados por sus familias habitualmente no sobrestiman, ni subestiman sus cuerpos. En cambio, cuando el niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia llega a menospreciarse.

De igual forma, las familias que tienden a enfatizar la significación del aspecto y el funcionamiento físico, les inculcan a los hijos a menudo, una sobrevaloración de la seguridad que ofrecen la "belleza física" o la "muscultura". (Le Bow, 1986)

Al parecer existe una contradicción, cuando la imagen del paciente atenta contra las expectativas, pero al analizar y revisar sus motivaciones, se obtendrá una explicación de lo que es un arreglo psicodinámico en el que tiene mayor peso la parte sintomática, que puede referirse a un mecanismo defensivo (Carillo, 1998).

Las investigaciones más recientes sobre obesidad, han abordado ampliamente los factores fisiológicos que la originan, tanto que existe actualmente, suficiente conocimiento sobre alteraciones a nivel genético, metabólico y estructural del cuerpo, además de las repercusiones a nivel bioquímico y sobre todo, las principales consecuencias que el desarrollo de la vida moderna acarrearán al estilo de vida actual, a la calidad de alimentación, al establecimiento de relaciones sociales y las diferencias culturales.

Sin embargo, es necesario apuntar, que en el terreno de la psicología, existe poca información que pueda proporcionar un patrón comportamental o un perfil de personalidad, que amplíe el conocimiento acerca del problema y permita prevenir el desarrollo del padecimiento.

3.3. ABORDAJE DE LA OBESIDAD DESDE UN ENFOQUE PSICOLÓGICO

La obesidad, además de ser un problema estético, una alteración fisiológica o un factor de riesgo para el desarrollo de padecimientos crónicos; es un estado que, a nivel psicológico trastorna de manera radical a los individuos que la padecen. A pesar de los avances tecnológicos, culturales y sociales, todavía, en la actualidad, se sigue considerando la obesidad como el reflejo de la falta de voluntad, la inconstancia, la torpeza, la fealdad, y tanto hombres como mujeres han sido sancionados en esa forma por el pensamiento popular.

Existen gordos que provocan envidia, gordos que provocan la risa y aquellos que causan lástima, sin embargo; si la obesidad aumenta, la persona es objeto de bromas de mal gusto, rechazo, discriminación, hasta convertir un individuo equilibrado en un sujeto lleno de temores, inseguridad, persecución, agobio, apatía y tristeza.

Este grave problema de salud pública, ha revelado factores en el entorno ambiental, social y familiar, en los hábitos alimentarios y el estilo de vida; pero también ha revelado factores psicológicos, sociales y culturales que han hecho pertinente la comprensión del problema, desde aspectos que, en diversos estudios sobre obesidad, no se habían contemplado con anterioridad.

La concepción sobre la obesidad ha cambiado, no sólo implica el aumento de peso corporal, ni constituye una alteración originada por el padecimiento de otros trastornos orgánicos, y aunque se ha observado la relación de la enfermedad, con el deterioro de la imagen corporal y la ruptura de las relaciones interpersonales; no se ha considerado la obesidad como un trastorno del comportamiento alimentario, como se ha considerado la anorexia y la bulimia, que han sido ampliamente estudiadas. Cabe destacar que, en la mayoría de las sociedades y culturas, la obesidad predomina mayormente en mujeres que en hombres, lo cual hace frecuente que el foco de investigación se centre en función del género y también del inicio del padecimiento.

Existen diversas interpretaciones de la obesidad desde el enfoque psicológico, una forma de abordar el problema es la concepción de que se trata de un hábito inadecuado por intermediación de una limitada educación, consecuencia de ignorancia, mitos, costumbres, carencias económicas, publicidad, etc.

Si ese fuera el caso, la prevención y manejo de la obesidad podría lograrse mediante programas de reeducación, orientación, información, normas gubernamentales que regulen algunos productos mediante subsidios, los precios del mercado, en particular los referentes a un grupo de artículos básicos, que delimiten la publicidad, etc.

A su vez podrían implementarse programas de modificación de hábitos y apoyarse en dietas balanceadas, fármacos u otros recursos conocidos, pero se ha observado que los obesos son presa de las compañías que manejan, ilusoria, artificial y mágicamente "remedios" para este trastorno alimentario, olvidándose de que el acto de comer, desde la imaginación, planeación, tiempo, ingredientes, forma y consumo, así como las sensaciones alrededor de todo ello; son elementalmente psicológicas (Villarreal, 2000).

Pocos padecimientos son tan difíciles de tratar como éste, la "curación" es excepcional, pero muchos casos son controlables si se avoca la disciplina del paciente y se tolera la alta tasa de recaídas, sobre todo en los casos más extremos. Sin embargo, es importante resaltar otras formas de enfocar el problema, que inciden en un patrón de comportamiento, cuyas condiciones se relacionan con una baja autoestima, alteraciones del autoconcepto, conflictos emocionales y trastornos de la personalidad, cuya resolución requiere de un tratamiento especializado y un equipo de intervención que observe que el trastorno de alimentación, es una más de las manifestaciones de la alteración emocional (Zuckerfeld, 1999, Gómez Pérez-Mitré, 1998, Saldaña y Rosell, 1988).

Entre los principales determinantes psicológicos de la obesidad, de acuerdo con Saldaña y Rosell (1988) se observan:

- Hábitos inadecuados, secundarios a educación deficiente e ignorancia
- Consecuencia de mitos, costumbres o carencias económicas
- Publicidad e información inadecuada
- Baja autoestima y alteraciones del autoconcepto
- Conflictos emocionales
- Trastornos de la personalidad

Cameron (citado por Barber y cols., 1995) dice que las personas obesas se comportan como si fueran adictos a la comida; parecen incapaces de controlar su excesiva necesidad de alimento. Se someten a dietas una y otra vez, pero en cuanto han perdido algo de peso, comienzan a excederse en la comida, hasta ganar los kilos perdidos. Desde el punto de vista del metabolismo energético la obesidad es el producto de un desequilibrio entre la ingestión y el consumo de energía. En general, se ingiere más alimento que el necesario para sostener los gastos calóricos, a consecuencia de una alteración del apetito.

En el plano normal, no existen individuos que digieran o utilicen más eficientemente los alimentos, y por lo tanto, la causa de la obesidad no es un mayor aprovechamiento de alimentos.

Es imposible abordar el problema de la obesidad, omitiendo los factores psicológicos que subyacen a la enfermedad, dada su importancia a nivel diagnóstico, para entender la relación entre condición psicopatológica y personalidad. Muchos autores han referido la tendencia biológica-hereditaria en algunos individuos, como predisposición para el desarrollo del padecimiento, sin embargo no se ha abordado a profundidad, si existen rasgos específicos de personalidad que puedan sugerir el desarrollo de la obesidad mórbida en sujetos con historia de sobrepeso.

Tampoco se han incluido en los estudios sobre obesidad, aquellos determinantes que fueron influidos o modificados, a consecuencia de una experiencia traumática vivida en la infancia, puesto que éstos conforman un efecto en la estructura y funcionamiento de la personalidad. Entendido desde éste enfoque, puede significar la manifestación del aumento de peso como signo de conflictos y desajustes, propiciados por el desarrollo. Dicho de otra forma, la relación entre la sobreingesta, el aumento de peso corporal y el deterioro de la imagen y el autoconcepto, son resultado del conflicto interpersonal surgido a partir de una agresión externa, ya sea física o psicológica; que además se exacerban a partir de la vivencia de situaciones que remiten al trauma original (Villarreal, 2000, Zukerfeld, 1996, Braier, 1990)

Desde la teoría fisiognómica, donde la creencia de que la configuración del cuerpo revelaba aspectos importantes de la personalidad; se han estudiado las repercusiones de la obesidad en la personalidad.

Kretschmer, consideraba a la obesidad en un biotipo patológico, correspondiente a un temperamento ciclotímico, donde la tendencia del individuo era una variación constante entre la depresión y la euforia, que además, mostraba una marcada susceptibilidad a la estimulación externa y algunas actitudes bondadosas, cordiales, activas, simpáticas, sociales, entre otras.

Sheldon, clasificaba el temperamento de los obesos como vicerotónicos o endomórficos, donde apreciaba su conducta relajada, la tendencia a la sobreingesta, además de la complacencia y sociabilidad característica de las personas con obesidad.

Por otro lado, las teorías que más se han aproximado al estudio de la personalidad de los obesos, son las teorías psicodinámicas puesto que, se centran en los conflictos internos del individuo, en relación con su ambiente, su constitución, la estimulación que han recibido durante su desarrollo y la vivencia de diversos conflictos en todas las etapas de su vida.

Desde el enfoque psicoanalítico, el origen de la obesidad radica en el interior del sujeto, en el inconsciente dinámico, sede de las pulsiones y motivaciones básicas, donde coexisten un cúmulo de recuerdos, impresiones, afectos y pensamientos. Esta es una idea que Sigmund Freud aportó, al descubrir la naturaleza de lo inconsciente y del inconsciente, que ofreció una visión distinta del comportamiento humano. (Villarreal, 2000)

Freud, en algunos de sus trabajos, tocó el tema de los trastornos de la alimentación, como expresiones sintomáticas de conflictos interiores, dándole lugar a la anorexia, el vómito histerico y la repugnancia a la comida, sosteniendo por otro lado que la compulsión a comer es un área "no suficientemente investigada"(1926).

Desde esas observaciones, prácticamente pasaron 20 años para que otros autores iniciaran investigaciones psicoanalíticas acerca de la obesidad psicógena, asociándola con fijaciones oral-anales, o centradas en la coraza adiposa como defensa ante el crecimiento. También se encontraron explicaciones referidas a dificultades en la simbolización y alteraciones en el impulso, particularmente en la relación entre amor y comida. Otros autores aseguraron la existencia de fantasías inconscientes focalizadas en la piel y grasa corporal, entre otras hipótesis (Fenichel 1945; Shick 1947; Bruch 1947; Rascovsky 1951; Abadj 1956; Liberman 1957, García 1956; Garma 1968; Castelnuevo-Tedesco y Reiser 1988; Chiozza y cols. 1996, referidos en Villarreal, 2000).

Sin embargo, prácticamente nadie se preocupó por la sensación de hambre, hasta que Hilde Bruch (1969) lo hiciera refiriéndose al instinto nutricio, y su importancia y fijación en el erotismo oral, utilizándolo como explicación tanto para casos de anorexia como para obesidad.

Villarreal (2000) retomando las investigaciones de Chiozza y cols. (1996) propone que el hambre; principal síntoma de los obesos, funciona como sensación encubridora, de un asalto sexual en la infancia; sobre todo en los casos de obesidad mórbida, (aquella que rebasa más del 50% de masa corporal esperada para edad, sexo y estatura).

Propone también, que no sólo pueden existir recuerdos, focalizados a personas y eventos relacionales, sino sensaciones que provocan este desplazamiento de la agresión en la conducta alterada; por ejemplo ante depresiones, muchas personas recurren defensivamente a sensaciones de sueño y cansancio en vez de llorar, reconocer el sentimiento y reaccionar de acuerdo a éste, particularmente aquellas que sufrieron pérdidas tempranas.

El hambre en sí es una sensación primitiva, que aparece rápidamente en el ser humano y originalmente es condicionada desde la lactancia.

El reconocimiento de dicha sensación con el paso del tiempo se asocia con imágenes, las cuales tienen contenidos afectivos y predominancia pulsional, e impera durante toda la existencia. El hambre por sí sola erogeneiza zonas en el cuerpo (boca, vista, alfa, estómago, intestino, ano, etc.) y de acuerdo a la urgencia, circunstancias, historia personal-familiar, entre otras más, será la parte libidinizada o agresivizada. (Braier, 1990, Bruch, 1973)

En ese sentido, se sabe que en muchas personas el hambre aparece ante determinadas circunstancias (soledad, ocio, improductividad o aburrimiento, etcétera), que estimulan a su vez estados emocionales específicos (depresión, ansiedad, entre otros), y además activan recuerdos incorporados a nuestra conciencia, pero con ramificaciones inconscientes asociadas a experiencias anteriores, lo cual hace que en vez de recordar y "revivir" el pasado, éste se sustituya por el hambre (Freud 1905, 1915 [1917], 1936).

De acuerdo con el planteamiento de Villarreal (2000), el hambre es una sensación encubridora de un recuerdo traumático, generador de un conflicto psíquico, reprimido en el inconsciente (de los individuos con obesidad mórbida) que, en muchos casos de abuso sexual infantil; al arribar a la adolescencia y activar al cuerpo como objeto receptor de la experiencia sexual temprana, (ansiógena y perturbadora), recurren a una sensación encubridora: el hambre que genera la consecuencia y abrumadora sobrealimentación.

Dicho de otra forma, el trauma focalizado en lo genital, produce un cambio o desplazamiento zonal, no a la boca sino a dos niveles, uno sensorial, psicofisiológico (el hambre) y otro en la piel, particularmente en lo adiposo, siendo así, una coraza defensiva tanto a nivel interaccional, como intrapsíquico (Chiozza 1996, Schilder 1935, citados en Villarreal, 2000). El trauma original al estar simbolizado y desplazado o sustituido, carece de asociación con la experiencia sexual temprana, permitiendo lo que Freud maneja como el equilibrio neurótico, en el interior del obeso (Freud 1899, 1910, 1914, 1915, 1920, 1915 [1917] citados por Villarreal, 2000).

En 1971, Pichon-Rivière, (citado en Bruchon, 1992), decía que el obeso se protegía de sus objetos malos proyectándolos en la capa de grasa, por lo tanto, si esta defensa era quitada bruscamente, aparecían las persecuciones incontroladamente. Bruch en 1973, publicó que la talla alcanzada por el obeso es una manera de autoafirmarse, por lo cual el adulto obeso desarrolla con el descenso de peso sensaciones de debilidad y tensión insuportable; además esta autora relacionaba la obesidad con perturbaciones en el rol sexual, la imagen corporal y el menosprecio del medio social, lo que provocaba una disociación entre la estructura corporal y la imagen deseada y socialmente aceptada.

Desde los escritos clásicos de Stunkard y Bruch, sobre las características de pacientes obesos, se han descrito distintas modalidades en su conducta de alimentación y muchas de ellas no se diferencian mayormente de las que presentan individuos no obesos. La observación rigurosa del comportamiento alimenticio, más la consideración de los factores genético-metabólicos en su constitución, han hecho entonces, que la obesidad deje de ser un "trastorno de la alimentación" genérico (Cormillot y Zukerfeld, 1999).

3.3.1 HIPÓTESIS PSICOLÓGICAS QUE EXPLICAN LA OBESIDAD.

La importancia de los llamados factores psicológicos en la génesis y el mantenimiento de la obesidad, podría deducirse del análisis de cualquiera de los modelos explicativos del sistema regulador del hambre desarrollados hasta ahora. En efecto, sería lógico creer que si los factores psicológicos tienen un papel esencial en el control del hambre, la obesidad sería una enfermedad en la cual las alteraciones psicológicas constituirían un elemento central.

Diversas observaciones clínicas realizadas desde hace cuatro o cinco décadas, claramente influidas por las investigaciones psicoanalíticas, parecieran confirmar esta posición, al señalar que las personas obesas tienen una estructuración anómala y relativamente específica de la personalidad y que, en general, presentaban grados de alteración neuróticas superiores, a las no obesas. De modo que, surge la importancia del estudio de algunas hipótesis.

3.3.1.1 LA HIPÓTESIS DE LA EXTERNALIDAD.

Esta hipótesis sugiere que la ingesta de las personas con peso normal está regulada por estímulos internos, principalmente señales fisiológicas de hambre y saciedad, mientras que la ingesta de las personas con sobrepeso está regulada por estímulos o señales externas, tales como la presencia de alimentos, el olor de los mismos, la presencia de personas comiendo, el paso del tiempo, etcétera.

El concepto de externalidad surge a partir de los planteamientos realizados por Bruch (1973) sobre el error de discriminación que el obeso comete entre estados emocionales internos y hambre, y la asociación entre la sensación de hambre y las contracciones gástricas en las personas con peso normal, pero no así en los individuos obesos.

Esta hipótesis se pone a prueba mediante la aplicación de la técnica de control de estímulos para el tratamiento de la obesidad, siendo ésta el componente más popular de los tratamientos conductuales.

Mediante el control de estímulos se enseña a los pacientes a reducir la frecuencia con que aparecen estos estímulos o señales externas que anteceden a la conducta de ingesta y, consecuentemente, disminuir el consumo de alimentos (Schachter, 1971 citado en Ahumada-Ayala, 1999).

Numerosos estudios han mostrado que, en comparación con las personas de peso normal, los obesos no parecen responder de forma diferencial ante la estimulación externa, y que la mayor sensibilidad ante estímulos alimentarios externos se produce en todas las categorías de peso, a pesar de que puede tener mayor prevalencia entre individuos con sobrepeso moderado (Álvarez-Cordero, 2000).

Algunos estímulos externos, como la hora de la ingesta, la apariencia del alimento y especialmente lo apetitoso que se presente el mismo, pueden influenciar más la sobreingesta de los obesos que de los que no lo son. La gran mayoría de los programas de tratamiento para la obesidad siguen teniendo presente como uno de sus componentes básicos la técnica de control de estímulos (Álvarez-Cordero, 2000, Zuckerfeld, 1999, Le Bow, 1986).

3.3.1.2 LA HIPÓTESIS DE LA INGESTA EMOCIONAL.

Se acepta ampliamente que los estados emocionales positivos o negativos afectan al comportamiento alimentario. Los efectos de la ansiedad sobre la ingesta han sido sucesivamente estudiados en gran número de investigaciones, aun cuando todavía no ha sido posible obtener resultados concluyentes que determinen si la ingesta se reduce o incrementa bajo niveles de ansiedad altos.

En esta línea de investigación, los estudios pioneros partían de la hipótesis psicósomática según la cual, proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Poco después, muchos autores apoyaron esta hipótesis al considerar la ingesta como el procedimiento empleado por el obeso para reducir el estímulo (arousal) generado por estados emocionales internos (Casado, Camuñas, Sánchez y Vidal, 1997).

En este sentido, Bruch propuso que los indicadores de estados emocionales, pueden producir un error de discriminación que a su vez desencadenara una ingesta inadecuada. Debido a ello, consideró como posible, que el individuo obeso confundiera frecuentemente sus diversos estados de actividad emocional con el hambre y, a consecuencia de este error de discriminación, comiera cuando estuviera activado emocionalmente.

El trabajo presentado en 1980 por Robbins y Fray citados por Barber y cols. (1995), resultó ser fundamental y se mostraría como una alternativa a la hipótesis psicósomática defendida hasta el momento.

Partiendo de una revisión exhaustiva de la literatura existente, y sin más apoyo experimental que el de los resultados del amplio número de investigaciones analizadas, concluyeron que la conducta de ingesta está inducida por el estrés, pero que dicho comportamiento no actúan como un reductor de estrés, tal como se mantenía en la hipótesis psicósomática, y en relación con las personas obesas, mantenían que los individuos obesos no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que les conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta a su activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés.

3.3.2. OBESIDAD Y PSICOPATOLOGÍA.

Existen una serie de factores de carácter psicológico, que exponen a las personas a que tengan una facilidad para ganar peso, y puede ocurrir en mayor o menor medida que pasen desapercibidos para los sujetos obesos, dicho de otra forma, serán de algún modo inconscientes y literalmente -no saben porque ganan kilos- esto es de suma importancia para cualquier intervención terapéutica que tenga como principal objetivo la modificación de conducta.

Otros investigadores, han relacionado con frecuencia los siguientes factores en individuos obesos:

- Afrontan con dificultades las situaciones que provocan frustración o ansiedad.
- Poseen una autoestima negativa o un concepto bajo de sí mismo.
- Presentan estados de ánimo depresivos o de angustia.
- No parecen ser capaces de postergar una experiencia gratificante.
- Tienen un excesivo control de la conducta por parte de los padres o parientes.
- No disponen de mecanismos de autorregulación, que mantengan el equilibrio entre: ingesta y gasto de energía.
- Experimentan sentimientos de incapacidad para controlar la propia vida.
- Atribuyen un exceso de responsabilidad a factores externos de lo que les ocurre a ellos mismos (impulsos, deseos, fracasos, etc.)
- Tienen la sensación de que no poder ejercer un autocontrol sobre el ambiente social.
- Prestan demasiada atención a los mensajes del entorno social.
- Dependen de forma exagerada de la información que le brinda el grupo social.
- Confunden ansiedad nerviosa con deseo de comer.

Si bien es cierto que la experiencia clínica diaria demuestra que, en conjunto, los pacientes obesos no presentan una alteración primaria específica, mayor que otros enfermos médicos o quirúrgicos, no es menos cierto que no se puede negar la existencia de alteraciones psicológicas claras en algunos grupos de pacientes obesos, cuya detección y tratamiento adecuado es condición para lograr una buena evolución terapéutica.

Braier (1990), propone que la relación entre obesidad y disfunción se puede establecer esquemáticamente en tres niveles:

- Pacientes obesos con alteraciones psicológicas primarias; que constituyen un factor originario claro en el desarrollo de la obesidad.
- Pacientes obesos con alteraciones reactivas a situaciones vitales, y
- Pacientes que desarrollan alteraciones psicológicas como consecuencia de la propia obesidad.

3.3.2.1. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS PRIMARIAS

Clásicamente, cuando se han considerado las posibles alteraciones primarias que pueden representar un papel etiológico en la obesidad, se ha dedicado una atención indudable, al posible trastorno de personalidad que tendrían un alto porcentaje de pacientes obesos. A partir de las ideas psicoanalíticas, se consideró al obeso como un individuo que, por exceso o por defecto de estimulación oral en la infancia, presentaría **"fijaciones"** en el estadio oral del desarrollo, de manera que, en su vida adulta, volvería a un grado de conductas orales ante circunstancias estresantes.

Investigaciones psicoanalíticas posteriores ampliaron el concepto inicial de gratificación oral, hasta llegar a la totalidad de las experiencias compartidas con la madre durante la primera etapa de desarrollo, superando el concepto primario de **"personalidad oral"** de pacientes obesos y acentuando en otros aspectos; tales como la valoración de la madre **"obesógena"** y la incapacidad de distinguir entre hambre, saciedad y otras sensaciones somáticas internas.

La asociación entre sobreingesta y diversos estados disfóricos esta asociada a numerosos conflictos psicodinámicos, (que forman parte de los estudios de trastornos en las fases oral y post-oral del desarrollo) o, dicho de otra manera, la sobreingesta funciona como un intento mal adaptativo para reducir experiencias afectivas dolorosas y restaurar la sensación de bienestar, utilizando la comida como representación simbólica de la función maternal de cuidado y tranquilización (Zuckerfeld, 1999; 1996, Chiozza y cols., 1996).

Diversos estudios actuales centrados en la evaluación psicológica de los pacientes obesos, han intentado demostrar la importancia de los trastornos de personalidad en la génesis de la obesidad. Algunos de estos trabajos se han realizado en sujetos con obesidad mórbida, tipo de obesidad que se había supuesto asociada con un alto grado de alteraciones psicológicas, en más del 80% se encontró un trastorno de personalidad claro, sobre todo pasivo-dependiente y pasivo-agresivo.

En el estudio de una muestra de obesas mórbidas candidatas a tratamiento quirúrgico, señalaron que no se podía hablar de una psicopatología homogénea, sino que se podían identificar tres grupos: normal, neurótico y caracteropático. En la evaluación psicopatológica de pacientes obesos mórbidos candidatos a cirugía bariátrica, los trastornos más frecuentes eran los del grupo excéntrico y dramático (trastorno límite antisocial e histriónico).

Si bien, en los estudios realizados los últimos años se utilizan instrumentos fiables y se aplican criterios diagnósticos estrictos, es evidente que ni los resultados pueden extrapolarse a todos los obesos mórbidos (es probable que los que no buscan tratamiento quirúrgico tengan un mayor grado de alteración psicopatológica) ni a otros tipos de obesidad (leve o moderada).

La consideración de que diferentes estados disfóricos conducen a una conducta de sobreingesta (y la consiguiente obesidad) se sitúa en la base de todas las teorías psicósomáticas formuladas desde la publicación del ya clásico trabajo de Kaplan en 1957. La sobreingesta sería, según la teoría psicósomática inicial, una conducta aprendida por el paciente con finalidades ansiolíticas o, dicho de otra manera, que busca reducir la activación secundaria a estados emocionales internos. A pesar de considerar la sobreingesta como consecuencia de un estado disfórico básico, no se ha puesto en duda su capacidad reductora de activación emocional (Villarreal, 2000, Zukerfeld, 1996).

En los resultados de investigaciones clínicas sobre el tema, se observó que aunque la sobreingesta sería el resultado del estrés, la relación entre ansiedad e ingesta sería curvilínea, de manera que grados bajos de activación incrementarían la ingesta mientras que los elevados tendrían una capacidad inhibitoria de la ingesta, y que el obeso mantendría la alteración de la ingesta no solo por su capacidad ansiolítica, sino porque el alimento actuaría como un refuerzo positivo de esta conducta (Cooper, Z. y Fairburn, Ch., 2001; Williams, R., Schaefer, C., Shisslak, C., Gronwaldt, V. y Comerci, G., 1986).

Desde un punto de vista clínico, no se puede establecer en general una relación directa entre psicopatología primaria y gravedad de la obesidad, con la excepción de un subgrupo de obesos mórbidos, que desarrollan una sobreingesta voraz con características de atracción (binge eating disorder).

La experiencia clínica demuestra, en efecto, que en un porcentaje valorable de obesidades leves o moderadas la psicopatología primaria constituye un factor causal evidente (Zukerfeld y Cormillot, 1999). Mientras que en muchos obesos mórbidos la evaluación psicológica no evidencia alteraciones primarias (incluso reactivas) valorables.

La psicopatología primaria que se encuentra con más frecuencia es la que genéricamente puede denominarse ansiosa y que desde un punto etiológico puede ser, por un lado, un síntoma más o el síntoma central de un trastorno de personalidad de base o, por otro, presentarse de manera más o menos episódica como reacción vivencial ante situaciones de estrés (Zukerfeld y Cormillot, 1999).

La primera situación ya ha sido considerada al hablar de los trastornos de personalidad, y en lo que hace referencia a la ansiedad reactiva se puede comprender que la conducta de sobreingesta reactiva a situaciones de estrés en el denominado Trastorno de atracón nocturno (Binge Eating Disorder) que presenta un porcentaje de pacientes obesos no superior al 10 por ciento, en el que destaca una hiperfagia nocturna clara que va acompañada de una conducta anorexiforme durante el día, y en la que se puede identificar sin dificultad una situación ansiógena causal.

De acuerdo con Zukerfeld, Cormillot, y Zukerfeld, RZ. (1980), la patología depresiva primaria pocas veces es un factor causal de obesidad, ya que la mayoría de cuadros depresivos de intensidad valorable cursan con anorexia. Una excepción es la llamada depresión atípica, síndrome depresivo primario cuya localización nosológica no está bien precisada, y en la que destaca, junto con la sintomatología depresiva, la presencia de hipersomnia diurna discreta y de hiperorexia con tendencia a la ingesta excesiva y bastante selectiva de hidratos de carbono (Verdúco y Platas, 1999).

Si bien lo más frecuente es que este tipo de depresión comporte simplemente un aumento discreto de peso, en los casos en que el cuadro se prolonga por cualquier motivo, puede haber un incremento de peso importante, progresivo, secundado a distimia o trastorno del ánimo leve y prolongado.

La conducta bulímica es un factor causal evidente de obesidad en un número valorable de pacientes. En efecto, junto a enfermos que tienen conductas de sobreingesta discreta y continuada, determinada más o menos de forma psicógena, Stunkard ya había definido, hace más de 30 años, un tipo de obesos en los que presencia de atracones claros (binge eating) era determinante en la génesis del sobrepeso. Considerar este patrón anormal de ingesta como una alteración primaria y específica en los obesos sería incorrecto en un sentido estricto ya que, por un lado, este patrón constituye un síndrome determinado multifactorialmente (factores que serían en realidad las auténticas alteraciones primarias:

Personalidad, respuesta a la dieta, factores socioculturales, etc.) que de forma secundaria dará lugar a la obesidad (Zuckerfeld, R; Giannone, C.; Visco, V.; Cormillot, A., 1986).

Por otro lado, se sabe que el patrón de conducta bulímica también puede aparecer en personas con infrapeso (pacientes con anorexia nerviosa) y en aquellas con peso normal afectadas de bulimia nerviosa. En los últimos años, y probablemente como consecuencia del interés que ha provocado este último proceso, se ha reexaminado la importancia del síndrome bulímico en la obesidad, y algunos autores han propuesto incluso una nueva categoría diagnóstica para el DSM-IV: binge eating disorder (BED), trastorno de la conducta alimentaria por atracones (Zuckerfeld y Cormillot, 1999).

3.3.2.2. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS REACTIVAS

Todos los autores que han estudiado las alteraciones psicológicas reactivas que presentan los pacientes obesos han señalado, como primer hecho sorprendente, la desproporción entre la intensa presión social adversa y las incapacidades o disfunciones físicas que sufren y la escasa repercusión psicológica que tienen. En efecto, y tal y como se ha señalado repetidamente, los pacientes obesos sufren discriminación social, laboral y no de manera infrecuente un trato médico poco respetuoso, que con objetividad tendría que comportar reacciones desadaptativas (Cadena, 1998; Braguinsky, 1996; Campollo, 1995; Jacobs, Sh, y Wagner M, 1984).

Puede aceptarse que, en algunos casos, el prejuicio y la discriminación asociadas con frecuencia, son vividos por el paciente obeso como "**condicionantes externos**" de los que puede no sentirse responsable y que a menudo determinan un victimismo defensivo y no una culpabilización depresiva. Al contrario, las incapacidades y disfunciones físicas consiguientes, que tienen fundamentalmente los obesos mórbidos no pueden ser atribuidas a factores externos y constituyen en teoría una fuente continua de frustración y de potencial culpabilización depresiva (Zuckerfeld y cols. 1999, 1994, 1993, 1990).

Naturalmente, en estos casos habría que esperar frecuentes reacciones distóricas que, sin embargo, no se producen. Así, en relación con muchos otros trabajos de revisión de los estudios que demuestran que en la obesidad, los trastornos emocionales son más las consecuencias que la causa.

Utilizando criterios diagnósticos estrictos, Halmil et. Al. (1989) demostraron en un grupo de 86 obesos mórbidos que la prevalencia vital de patología depresiva diagnosticable en el eje I del sistema DSM era en torno del 29 por ciento, es decir, no lejos de las cifras que diversos estudios epidemiológicos atribuyen a la prevalencia vital de depresión en la población normal.

Es evidente, no obstante, que los instrumentos de evaluación psicológica más utilizados en clínica, pueden no poner de manifiesto los sentimientos de autodepreciación que aparecen de manera reactiva a ciertas situaciones, como sería la incapacidad para mantenerse y no recuperar el peso perdido, o de humillación, por ejemplo, por no poder encontrar un asiento adecuado o por no poder subir a un transporte público, etc.

Los bajos niveles de alteración psicológica detectados en la esfera afectiva, contrasta con el rechazo manifiesto a su imagen corporal que tienen muchos pacientes obesos (Bruchon, 1992). En sentido estricto, no se puede calificar este fenómeno de dismorfofobia -creencia delirante a ver su cuerpo como aberrante- ya que la alteración objetiva es evidente, pero comparte con ésta, por lo menos en algunos casos, el carácter de sobrevaloración y las conductas de evitación fóbica (es decir, el característico rechazo al espejo). La experiencia clínica indica que el rechazo de la imagen corporal no es, sin embargo, universal, y que los obesos emocionalmente sanos no presentan esta alteración.

Es frecuente encontrar en las mujeres de clase media-alta, así como en los casos en que la obesidad se inició en la infancia y la época crítica de la adolescencia, que pacientes obesos recibieron de padres y amigos, bromas y actitudes sarcásticas referentes a su sobrepeso. Una vez instaurada la alteración de la imagen corporal, pocas veces desaparece de forma espontánea (Cadena, 1998, Le, Bow, 1986). En numerosas series de pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica se ha podido comprobar el efecto altamente beneficioso de un tratamiento de este tipo sobre estos síntomas, con la desaparición de la insatisfacción y el rechazo de la imagen corporal en la mayoría de casos.

3.4 APORTACIONES EN LA INVESTIGACIÓN DE LA OBESIDAD.

Existen muchas controversias entre si el trastorno de la alimentación precede, es consecuencia, o comórbido a la obesidad, pero hay pocas dudas acerca de su valor intrínseco a la misma, por estar alterados los mecanismos de hambre y saciedad. Pero también adquiere gran valor terapéutico, determinar si existen otros cuadros psicopatológicos, donde estén alteradas emociones y pensamientos.

Si éste es el caso, la posibilidad de modificación del comportamiento patológico es mayor, dada la necesidad de tomar conciencia sobre la situación o enfermedad y posibilitar la decisión de cambio y el reaprendizaje de conductas alimentarias adecuadas. (Gómez Pérez-Mitre, 1993, Bruchon, 1992, Stunkard, 1990, Zukerfeld y cols. 1990) .

Se ha identificado que uno de los principales trastornos asociados a la obesidad, es la ansiedad como respuesta de sobrealimentación ante situaciones estresantes, lo cuál genera un vínculo negativo con la ingesta de

comida, dado que el comer provoca sentimientos de culpabilidad y autodesprecio, y la forma de mitigar éstos se traduce en mayor ingesta de alimento (Stunkard, 1990, 1987, Cormillot, 1990.).

Resulta de gran interés señalar, que el factor más importante del análisis hecho por Gómez Pérez-Mitre (1999), es la ansiedad que constituyó el rasgo común del aumento de la sobreingesta y agrupó 13 variables que describen conducta alimentaria compulsiva.

Stunkard resaltó que, el significado de la obesidad depende directamente de la estructura de la personalidad. Investigaciones hechas por Wadden, Steel, Wingate y Foster (1996) demostraron la asociación de la obesidad con rasgos de dependencia, pasividad, sobreestimación y necesidad de reconocimiento, pobre autoestima, dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales y poca asertividad.

Mills (1995) apunta que los sujetos obesos desde la infancia, tienen mayor propensión a desarrollar trastornos psicóticos, además de mostrar niveles muy elevados de ansiedad.

Por otro lado Stunkard (1986) plantea que la obesidad en sí misma es una carga emocional de grandes dimensiones, puesto que distorsiona la imagen corporal del individuo hasta presentar serias dificultades en el establecimiento de programas de tratamiento, tales como el régimen dietético o el ejercicio.

Sansone, R. Wiederman, L. Sansone Y Monteith (2001) estudiaron la presencia de la personalidad tipo limítrofe o borderline en pacientes obesos, a lo cuál adjudicaron la relación de conflictos primarios y abuso sexual emocional y/o físico. Los resultados de la investigación mostraron una conducta impulsiva, pasiva y dependiente además de mostrar dificultades para autorregular su comportamiento y la tendencia a la sobrealimentación crónica.

A finales de la década de 1960, cuando se formalizaron los estudios sobre el modelo adictivo a partir de los estudios sobre el alcoholismo, se produjeron importantes modificaciones en el tratamiento de la obesidad. Así fue como se desarrollaron programas de recursos múltiples para modificar el estilo de vida y las actitudes de estos pacientes, se introdujo la noción de recuperación en lugar de curación y se estimuló el aprendizaje interpersonal y los principios psicoeducacionales a través de sistemas de autoayuda. (Cormillot y Zukerfeld, 1999, LeBow, 1986)

Posteriormente se adoptaron e integraron modelos que permitieron pensar la obesidad desde el punto de vista de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y de las patologías del sedentarismo y las discapacidades; también como aquellos grupos que son objeto de discriminación y pueden ser estudiados desde la psicología del cuerpo.

Por otro lado, los modelos provenientes de la psiquiatría (en particular el del "control de los impulsos" y el de los trastornos de la alimentación), sirven para comprender especialmente al tipo de pacientes obesos que anteriormente se catalogaban como "obesidad psiquiátricamente activa" y que incluía a los "comedores compulsivos". (Verdúzco y Platas, 1999, Zuckerfeld y Cormillot 1999, Bruchon, 1992.)

Brownell, Wadden, 1992, Foster, 1995, observaron que cerca de 40% de obesos que buscaban adelgazar presentaban algún trastorno de su imagen corporal y que el 65%, estuvieran o no en tratamiento, tenían algún grado de depresión. Es importante diferenciar distintos tipos de obesidades y entre ellas las que incluyen trastornos de la alimentación que suelen ser las que tienen mayores complicaciones psicopatológicas, ofrecen más dificultades terapéuticas y representan el 30% de obesos que buscan asistencia.

3.5. OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE OBESIDAD EN MÉXICO.

Gómez Pérez-Mitré (1993) encontró que personas entre los 15 y 49 años, solo un 20% desconocía lo que constituye una dieta balanceada y lo que define a la obesidad; es decir las personas cuentan con información para no desarrollar la obesidad, existe una educación sobre lo que se debe comer, sin embargo; encontró que el 41 % tenía tendencia al sobrepeso. Su muestra en general mostró un conocimiento mínimo sobre algunos aspectos relacionados con anomalías de la conducta alimentaria. Por ejemplo una quinta parte conocía lo que era bulimia y anorexia, en cambio, una gran mayoría sabía lo que era una dieta balanceada y lo que define a la obesidad, aunque desconocían que esta fuera una enfermedad.

En otra investigación que aporta evidencias de la personalidad en pacientes obesos con gastroplastia o banda gástrica realizada por Díaz y Pérez (1999), se estudiaron ocho pacientes con obesidad mórbida a los que se les proporcionó psicoterapia grupal por seis meses. Se analizaron algunas pautas de conducta conforme iban perdiendo peso para conocer los elementos de personalidad que resultaran relevantes. Los aspectos estudiados fueron: dependencia, envidia, atención, relaciones caóticas, control, soledad, imagen corporal, tolerancia, ejercicio, pensamiento mágico, desconfianza, fobias, sociopatías y resistencias. Resultados: Fueron ocho pacientes operados mediante gastroplastia o banda gástrica, que perdieron entre 30 y 50% de su peso.

Crispín encontró que no hay mayores problemas psicológicos o alteraciones emocionales en las poblaciones de personas obesas que en las de peso normal.

Gómez Pérez Mitre(1993), expresa que conforme aumenta la obesidad la alteración de la imagen corporal se hace más evidente.

Hafner y Halmil citados en Sánchez y Platas (2000) refieren que aún no se ha encontrado un perfil de los rasgos de personalidad en donde se agrupe a los obesos, han aplicado diversas pruebas psicológicas y tampoco encuentran una patología severa; incluso se ha observado que funcionan como el común de las demás personas neuróticas, aun cuando se encuentran algunos casos con patología.

Sin embargo, considera que cuando se les atiende psicoterapéuticamente se encuentran rasgos de personalidad que resultan similares en muchos de ellos, tales como:

- a) Dependencia, pasividad, envidia.
- b) Agresión disfrazada en forma de chiste, o bromas de mal gusto y autodevaluación.
- c) En términos generales les es difícil encontrar una pareja.
- d) Sensación de soledad, poca tolerancia a la frustración.
- e) Ansiedad, irritabilidad, enojo y desesperación cuando tratan de reducir su peso por medio de la dieta.

Mancilla, D., Durán, D., Ocampo, T., López, A. (1992) al estudiar los rasgos de personalidad comunes en obesos, aportaron la evidencia de las diferencias entre los sujetos obesos y los no obesos. Relación que observó, al aplicar el inventario de rasgos temperamentales Thurstone e IDARE, donde encontró que las variables que están correlacionadas negativamente con los índices de grasa, son las escalas de activo y dominante en relación a temperamento, además de observar rasgos tales como ansiedad generalizada y depresión.

Mancilla et. Al. (1996) continuaron sus estudios con una población de mujeres obesas que manejó en muestras independientes (grupo experimental con dieta y grupo control sin dieta), de acuerdo con su IMC. Los instrumentos utilizados fueron: MMPI, Escala de ansiedad IDARE, Test de Temperamento de Thurstone, teniendo como principales resultados, que las mujeres muestran mayores niveles de ansiedad, hipocondriasis, histeria e introversión, que su actitud ante el tratamiento era más evasiva en el grupo experimental y que se mostraron en general mucho más impulsivas que el grupo control, además de una tendencia a la hipoactividad.

De acuerdo con los estudios hechos por Álvarez G., Mancilla, D.J., López, A.X., Ocampo T.T. y López, V (1998) entre las variables asociadas a la obesidad, se encuentran la euforia, la hipofimia, la depresión, la suspicacia y la dependencia.

González B. (García, 1997) estima que alrededor del 35% de la población mexicana presenta diversos grados de sobrepeso debido a múltiples factores, entre ellos, el aspecto genético, la forma de vida, disfunciones del sistema endocrino y metabólico.

La obesidad suele ocurrir durante la adolescencia en los dos sexos, y después de los 45 años en las mujeres. Se ha visto que existen dos tipos de gordos: los que engordan durante la niñez y la adolescencia, y los que lo hacen después.

Leann, Lipps y Birch en 1991 calcularon que existen, aproximadamente 34 millones de adultos obesos en Norteamérica. La encuesta Nacional de Nutrición realizada por la Secretaría de Salud en 1988, informó, que solo un 14.6% de 17,300 mujeres de edad reproductiva no embarazadas clasificaron con obesidad (Gómez Peresmitré, 1996).

Es más frecuente que la obesidad se presente en las mujeres que en los hombres. A medida que los hombres incrementan su edad, son más susceptibles a la obesidad al presentar índices de grasas más elevados en el periodo de los 40 a los 59 años; lo mismo se evidencia con las mujeres de los 36 a los 52 años de edad.

Lo anterior se ilustra a través de un estudio realizado en mujeres mexicanas en edad reproductiva, 75 de ellas con IMC > 25 y 75 con IMC < 25. Cuando se les preguntó si estaban obesas, 90% de las mujeres con IMC > 25 dieron una respuesta afirmativa, mientras que ninguna de las no obesas dijo estarlo. Posteriormente se les preguntó si consideraban que la obesidad es una enfermedad y en este caso más de 90% de las mujeres de ambos grupos contestaron afirmativamente. Lo paradójico del estudio fue que cuando se les preguntó si estaban enfermas, 32% de las obesas dijo estar enferma, contra sólo 8% de las no obesas. Es decir, las mujeres con obesidad no son capaces de aceptarse como enfermas a pesar de que aceptan que la obesidad es una enfermedad (Gómez Pérez-Mitre, 1997).

La investigación que se ha realizado en el campo de los desórdenes alimentarios a nivel mundial es sumamente amplia y variada, en México se han realizado algunas investigaciones, por ejemplo:

Estudios realizados por Sepúlveda, Amor, Lezana, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal y Kumate (1990), en relación al estado nutricional de preescolares y mujeres en México reportaron que aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición, particularmente la Ciudad de México reportaba la cifra más baja con un media de 550 mil niños desnutridos, así mismo se encontró que en relación a la obesidad 4.4% a nivel nacional de menores la padece.

Por otra parte la proporción de mujeres adultas, no embarazadas que de acuerdo al índice de masa corporal presentan un estado nutricional inadecuado, ya sea por bajo peso o sobrepeso representa casi la mitad de la muestra.

Un total de 2.57 millones de mujeres de 12 a 49 años (13.8%) tienen algún grado de anemia. La mayoría de los casos de anemia en mujeres es nutricional, y se asocia con una mala dieta, alta paridad y períodos ínter genésicos cortos. Un 14.6% de mujeres a nivel nacional padecen obesidad.

En otro estudio, Gómez Pérez-Mitré, (1993), llevó a cabo la detección de indicadores de la conducta alimentaria anómala, (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa). La muestra (n=197) que tomó de una población estudiantil mostró inexistencia del problema de obesidad (2%), en cambio el problema de sobrepeso que prevalecía fue de un 41%. Además se encontraron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de obesidad.

El terreno de la investigación sobre este tema, es muy amplio, sin embargo las posibilidades de acceder a poblaciones como la estudiada en ésta investigación, están muy limitadas, además es necesario establecer parámetros para intervenir a las diversas poblaciones con sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida.

Por otro lado, el auge en la aplicación de la psicología dentro del área de la salud, ha permitido la aproximación al estudio del problema, pero ésta práctica requiere mucho mayor apoyo, por parte de profesionales de otras disciplinas.

CAPÍTULO 4. "MÉTODO"

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son los rasgos de personalidad específicos de un grupo de mujeres con obesidad mórbida (IMC > 30)?

4.2 OBJETIVO GENERAL:

Determinar cual es el perfil de personalidad específico de una muestra de mujeres con obesidad mórbida (IMC > 30)

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Conocer el perfil de personalidad y los rasgos más frecuentes en un grupo de mujeres con obesidad mórbida (IMC > 30).

Investigar si existen diferencias entre el grado de obesidad y el perfil de personalidad detectado.

4.4 HIPÓTESIS

- 1.-La obesidad severa (IMC > 30) se relaciona significativamente con rasgos de personalidad específicos.
- 2.-Existen diferencias entre el grado de obesidad y los rasgos de personalidad detectados.

4.5 VARIABLES

Variable Dependiente: **Perfil de Personalidad**

Definición Conceptual: el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles. (Kaplan, 1988)

Definición Operacional: Puntajes Obtenidos en la escala MMPI

Variable Independiente: **Obesidad Severa (IMC > 30)**

Definición conceptual: Obesidad es un exceso de grasa corporal, en relación con el peso promedio estándar, dado principalmente por la talla, edad y el sexo de cada individuo. Cervera, Clapes y Rigolfas (1993)

Definición operacional: Se define como obesidad severa un IMC mayor a 30.

4.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio exploratorio transversal de campo, con un diseño de una sola muestra donde se compara, la relación entre la obesidad extrema y los rasgos de personalidad de un grupo de mujeres con obesidad severa (IMC>30) de Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

4.7 MUESTRA:

Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional integrada por N=37 mujeres diagnosticadas con Obesidad Severa (IMC>30), pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

Control de variables:

Ser mujeres mayores de 18 años, sin antecedentes de patologías psiquiátricas (como esquizofrenia, retardo mental, entre otras), con escolaridad mínima de secundaria.

4.8 ESCENARIO:

Consultorio del servicio de Psiquiatría y Psicología del CMN "20 de Nov." ISSSTE

4.9 INSTRUMENTO:

MMPI Inventario Multifásico de la personalidad elaborado por Hattaway y Mckinley (traducida y adaptada por R. Núñez)

El test esta estructurado con 10 escalas clínicas y cuatro de validez. Este test se apoya en la base teórica que sustenta que, cuando un grupo de personas son similares en ciertos aspectos de su conducta, son similares también en otros aspectos de su misma conducta, de tal modo que debemos inferir el hecho de que ciertas características de personalidad de un grupo de sujetos se hacen manifiestas en sus respuestas de la prueba cuando éstas contestaciones son comparadas con las de un grupo específico determinado.

Las escalas clínicas se determinan con el nombre del síndrome que identifican:

1. Hs.-Hipocondriasis: Se refiere a la descripción de la sensación de problemas somáticos.

2. D –Depresión: Es el conjunto de características que se relacionan con los sentimientos de tristeza, inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.
3. HI-Histeria: Es la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo.
4. Dp-Desviación psicopática: Es una medida muy general de la posibilidad del individuo de manifestar de forma abierta y sin control sus descargas impulsivas.
5. Mf-Masculinidad/Feminidad: Se refiere a las características masculinas y femeninas que la sociedad asigna convencionalmente a los hombres y alas mujeres.
6. Pa- Paranoia: Son actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencias a la sobreinterpretación de los estímulos acompañadas de frecuentes descargas agresivas como forma de defensa.
7. Pt-Psicastenia: Se refiere al grado de angustia con que un individuo enfrenta los diversos estímulos de la vida.
8. Es-Esquizofrenia: Es una tendencia importancia hacia el aislamiento y la fantasía, que le traen problemas al individuo para relacionarse interpersonalmente.
9. Ma-Manía: Se refiere a una forma de evaluar la energía que tiene el sujeto para fijarse metas para ambicionar algo y tratar de alcanzarlo.
10. O-Si: Sociabilidad (Introversión/extroversión): Trata de encontrar tendencias de la persona para identificarse con características que los agrupan con la introversión-extroversión.

Las cuatro escalas de validez son:

- ? No puedo decir (Frasas omitidas)
- L Mentira (Ajuste al grupo social)
- F Validez (Confusión, reconocimiento de los problemas)
- K Corrección (Defensas, actitud del sujeto ante la prueba y ante sí mismo.)

Existen varios sistemas de codificación del perfil, los más conocidos son los de Hattaway y de Welsh. Un sistema de codificación se realiza con el fin de obtener la clave del perfil del MMPI, en este se colocan los dígitos de las escalas clínicas y se ordenan de forma descendente según las puntuaciones T:

- 90 en adelante se coloca * (asterisco)
- 80-89 se coloca '' (dos símbolos prima)
- 70-79 se coloca ' (un símbolo prima)
- 60-69 se coloca - (un guión)
- 50-59 se coloca / (diagonal)
- 40-49 se coloca : (Dos puntos)
- 30-39 se coloca # (Signo de número)

Las escalas de validez se anotan a la derecha de las escalas utilizando los mismos símbolos mencionados de acuerdo a las puntuaciones T.

La prueba se invalida cuando no se cumplen los siguientes criterios:

1. Cuando ninguna de las escalas clínicas se encuentran dentro del rango de la normalidad (T-45 a T-55).
2. Si en la escala F se obtiene una puntuación de 20 o más.
3. Cuando el índice de Gough (que mide la distorsión de la prueba que ofrece la actitud de la persona) es igual o mayor a 9.

4.10 PROCEDIMIENTO:

Se citaron las pacientes referidas al servicio de Psiquiatría y Psicología del CMN "20 de Noviembre" del ISSSTE provenientes de otros servicios de especialidad, los cuáles solicitaron valoración psicológica completa. Se realizó una entrevista inicial para corroborar los criterios de inclusión y se aplicaron las pruebas antes mencionadas, en un plazo de 3 o 4 sesiones. Una vez resueltas las pruebas se calificaron de acuerdo a los criterios estipulados para cada una.

CAPÍTULO 5. "RESULTADOS"

5.1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

La muestra estuvo integrada por 37 sujetos de sexo femenino, pacientes del CMN "20 de noviembre" del ISSSTE.

A continuación se presentan los principales datos sociodemográficos:

5.1.1. EDAD:

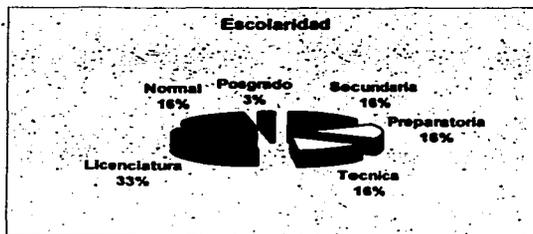
La gráfica 1, muestra las estadísticas descriptivas para la variable edad, se puede ver una media de 38.6 con una desviación estándar de 12.85

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
EDAD	18.00	65.00	38.5946	12.8506

Gráfica 1: Edad de la muestra

5.1.2. ESCOLARIDAD:

En la grafica 2 puede verse la distribución para la variable escolaridad.



Gráfica 2: Escolaridad de la muestra.

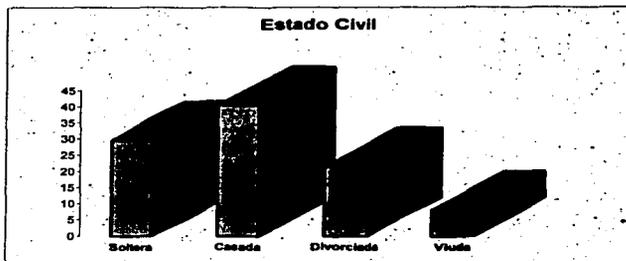
La gráfica muestra que el mayor porcentaje de escolaridad se encontró para el rango de licenciatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

5.1.3. ESTADO CIVIL:

A continuación se presenta el porcentaje para el estado civil de la muestra.



Gráfica 3: Estado Civil

En la gráfica anterior, se observa que el mayor porcentaje (40.5 %) de la muestra lo representan las mujeres casadas.

5.1.4. NÚMERO DE HIJOS:

La tabla siguiente muestra las frecuencias para la variable número de hijos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Ninguno	14	37.8	37.8
1.00	8	21.6	59.5
2.00	10	27.0	86.5
3.00	3	8.1	94.6
4.00	1	2.7	97.3
7.00	1	2.7	100.0
Total	37	100.0	

Gráfica 4: Número de Hijos

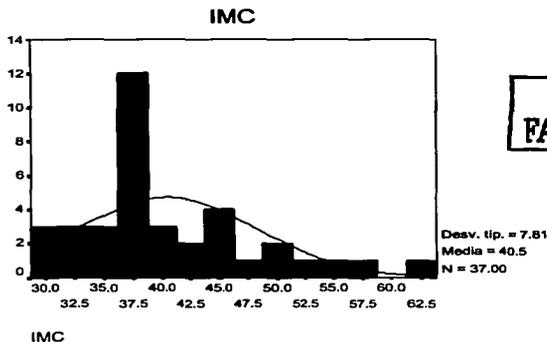
5.2. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

A continuación se presenta, la distribución de la variable Índice de Masa Corporal (IMC). La clasificación del grado de obesidad, se determinó por rangos:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Obesidad I	7	19.4	19.4
Obesidad II	16	41.7	61.1
Obesidad III	14	38.9	100
Total	37	100	

Gráfica 5: Rangos para Grado de Obesidad

Histograma de distribución del Índice de Masa Corporal:

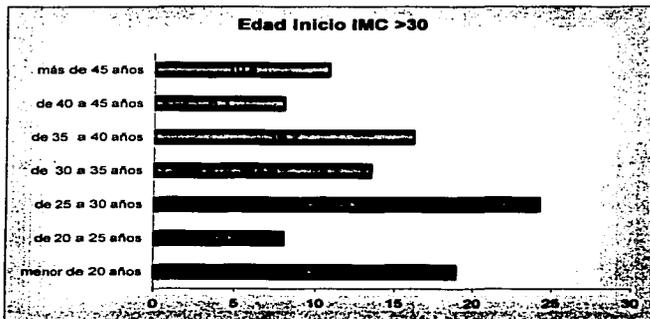


Gráfica 6: Distribución de la variable IMC

Puede observarse que el porcentaje más alto se obtuvo para el grado de Obesidad II, así mismo la media para esta variable fue de 40.5 con una Desviación Estándar de 7.81.

5.2.1. HISTORIAL DE PESO: TIEMPO ESTIMADO CON IMC>30

La tabla siguiente, muestra el tiempo estimado en años, que las pacientes han tenido un IMC>30. Se distribuyeron en rangos de 5 años.



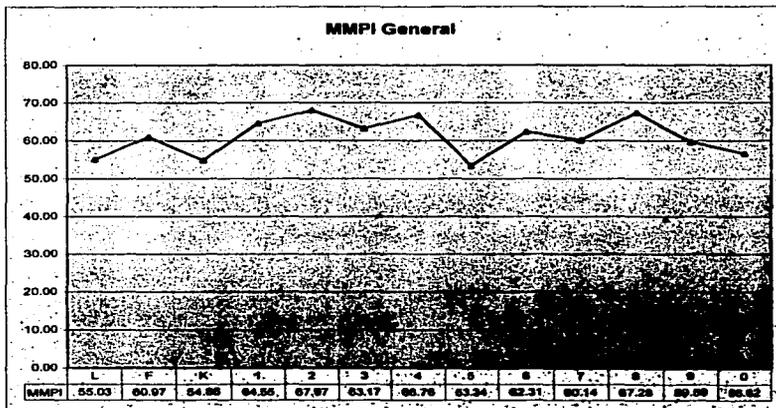
Gráfica 7: Tiempo estimado con IMC>30.

El 24.3 % de la muestra llegó a un IMC>30 en un rango de edad de 25 a 30 años y el 18.9% de la población tiene un historial de IMC>30 desde tempranas edades, previas a los 20 años.

TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

5.3. PERFIL DE PERSONALIDAD:

A continuación se presenta el perfil de personalidad (MMPI) general, obtenido para la muestra de 37 mujeres diagnosticadas con obesidad mórbida (IMC >30).



Gráfica 8: Perfil de Personalidad del MMPI para la muestra.

En la gráfica anterior se observan los promedios para los puntajes "T" obtenidos para cada escala del MMPI

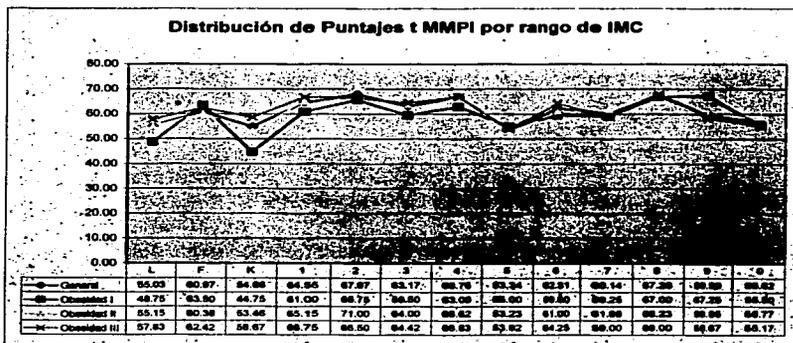
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.4. DIFERENCIAS POR RANGO DE IMC:

A fin de poder llevar a cabo el análisis, se dividió la muestra por rangos de IMC y se analizaron los datos con la prueba de rangos de Kruskal Wallis, obteniéndose lo siguiente:

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los puntajes obtenidos en las escalas de MMPI, para los grupos divididos por rango de IMC.

Del mismo modo que el caso anterior, al observar la figura 8 se encuentra una gran similitud entre los perfiles obtenidos para cada uno de los grupos.



Gráfica 9: Distribución de puntajes de MMPI por rangos de IMC

Como puede verse en la gráfica anterior, se encontraron puntajes más altos en las escalas 2 y 8 y más bajos para la escala 5. Aunque se encuentra una diferencia algo mayor para la escala 9 en el caso de obesidad I, esta no resulta ser estadísticamente significativa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

5.5. PRUEBAS DE RELACIÓN:

Se aplicó una correlación no paramétrica Rho de Spearman, para determinar el grado de las relaciones existente entre las diferentes escalas de MMPI. Los resultados se muestran en la tabla a continuación.

	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Mt	Pa	Pt	Es	Ma	Si
L	-0.397											
Sig L	0.03											
F												
Sig F												
K												
Sig K												
Hs												
Sig Hs												
D												
Sig D												
Hi												
Sig Hi												
Dp												
Sig Dp												
Mt												
Sig Mt												
Pa												
Sig Pa												
Pt												
Sig Pt												
Es												
Sig Es												
Ma												
Sig Ma												
Si												
Sig Si												

Las correlaciones sombreadas en color claro, son significativas a un alpha de .05, mientras las sombreadas en color oscuro son significativas a un alpha de .001.

Se encuentran correlaciones altamente significativas para las escalas L y K, F y Psicastenia, F y Esquizofrenia, K y Esquizofrenia, Hipocondriasis e Histeria, Hipocondriasis y Psicastenia, Hipocondriasis y Esquizofrenia, Depresión y Psicastenia, Depresión y Si (0), Desviación psicopática y Psicastenia, Psicastenia y Esquizofrenia, Psicastenia y Si (0) y por último para las escalas Esquizofrenia e Hipomania, cabe resaltar que todas las correlaciones fueron positivas, lo cual indica que la relación es directamente proporcional.

Por otro se observan correlaciones moderadas y directamente proporcionales, significativas al .05 entre las escalas F e Hipocondriasis, F y

Depresión, F y Desviación psicopática, F y Paranoia, F e Hipomania y F y Si (0), Hipocondriasis y Depresión, Hipocondriasis y Si (0), Depresión e Histeria, Depresión y Desviación psicopática, Depresión y Esquizofrenia, Histeria y Masc-Fem, Desviación Psicopática y Esquizofrenia, Desviación Psicopática e Hipomania, Masc-Fem y Paranoia, Paranoia y Psicastenia , Paranoia y Esquizofrenia, finalmente Paranoia e Hipomania.

Así mismo se encontraron correlaciones moderadas e inversamente proporcionales para las escalas F y L, L y Desviación psicopática, L y Psicastenia, L y Hipomania, L y Si (0), F y K, K y Psicastenia , K y Esquizofrenia.

CAPÍTULO 6. "DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES"

6.1. DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación fue, estudiar el perfil de personalidad de un grupo de pacientes con obesidad mórbida (IMC > 30), y determinar su relación con el grado de obesidad.

La muestra se conformó por 37 mujeres, previamente diagnosticadas con obesidad mórbida, cuyas edades fueron 18 y 65 años como máximo, teniendo una edad promedio de 38 años en el total de la población. Su nivel de escolaridad es medio superior y superior predominantemente, siendo el 33% de la muestra, profesionistas con nivel de Licenciatura.

El 40.5% de la población, lo representan las mujeres casadas, seguido por un 29.7% de la muestra que son solteras y como tercer grupo se encuentra las divorciadas.

Otro dato relevante fue, que la mayor parte de las mujeres estudiadas (37.8%) nunca han tenido hijos, y el resto de la población ha tenido entre 1 a 7 hijos.

Con respecto a la distribución del Índice de Masa Corporal, la media para esta variable fue 40.5, lo que la ubica en un grado de Obesidad II, con una desviación estándar de 7.81.

De acuerdo con el historial de peso de las pacientes, se encontró que el porcentaje mayor de inicio de la obesidad (24.3%) se dio durante el lapso de los 25 a los 30 años, seguido por inicio de la obesidad a menos de 20 años (18.9%). Como era lo esperado, todas las pacientes cubrieron el criterio diagnóstico de obesidad mórbida.

El punto de partida de esta investigación, fue proponer la relación de la personalidad en la etiología de la obesidad, para esclarecer la influencia psicológica en el desarrollo del padecimiento, contemplando los rasgos específicos asociados tradicionalmente a la conducta de sobrealimentación, además del impacto que a nivel emocional provoca el incremento mórbido de masa corporal. Este aspecto que se retoma como expresión psicopatológica, ha sido muy descuidado por otros autores, ya sea por el abrumador fenómeno de la anorexia nerviosa y la bulimia o por ser para muchos una enfermedad secundaria.

El rebasar más del 50% de masa corporal esperada para edad, sexo y estatura, trae consigo una clara implicación afectiva que puede observarse en la estructura y patrón de personalidad del individuo, donde se hace evidente la afectación en todas sus esferas de acción.

Se estableció un perfil de personalidad general, obtenido por la prueba MMPI, para ésta muestra que presentó elevaciones de las escalas clínicas:

Depresión (2), Esquizofrenia (8), Desviación Psicopática (4) e Hipocondriasis (1). Se encontraron correlaciones altamente significativas para las escalas **L** y **K**, **F** y **Psicastenia**, **F** y **Esquizofrenia**, **K** y **Esquizofrenia**, **Hipocondriasis** e **Histeria**, **Hipocondriasis** y **Psicastenia**, **Hipocondriasis** y **Esquizofrenia**, **Depresión** y **Psicastenia**, **Depresión** y **SI (0)**, **Desviación Psicopática** y **Psicastenia**, **Psicastenia** y **Esquizofrenia**, **Psicastenia** y **SI (0)** y por último para las escalas **Esquizofrenia** e **Hipomanía**. Donde todas las correlaciones fueron positivas, con una relación directamente proporcional.

La interpretación del perfil general, en concordancia con la elevación de las escalas clínicas indica que:

Durante la ejecución del inventario de personalidad, la población trató de ofrecer una imagen favorable de sí misma, con una reducida capacidad de autocrítica, que les impide un adecuado reconocimiento de su problemática, distorsionándola y sintiendo que poseen una buena capacidad para enfrentarla sin necesidad de ayuda (L, F, K). Se ha asociado ésta dificultad en el reconocimiento del conflicto personal, como un error de discriminación ante las respuestas emocionales, lo que provoca una escisión del afecto y la corporalidad (Zukerfeld, 1999, Chiozza y Cols, 1996, Bruch, 1969).

La combinación de las escalas clínicas "Depresión (2) y Esquizofrenia (8)", denota aspectos psicopatológicos, que refieren sentimientos de inseguridad, culpa y minusvalía, además de la tendencia al aislamiento como característica principal, lo cuál ha sido referido clásicamente como una alteración psicológica primaria, en poblaciones de obesos, puesto que representan un intento mal adaptativo para reducir experiencias dolorosas (Zukerfeld, 1998, 1999, Chiozza y cols. 1996).

Destacaron las características depresivas en este perfil, hallazgo que también detectaron Hafner y Halmillmil y colaboradores (1989), al demostrar la prevalencia de patología depresiva diagnósticable en el Eje I del sistema DSM, cifras muy cercanas a las que arrojan diversos estudios epidemiológicos.

Zukerfeld y Cormillot (1998) refieren que la patología depresiva primaria pocas veces es un factor causal de la obesidad, ya que la mayoría de los cuadros depresivos de intensidad valorable cursan con anorexia. Mencionan, que lo más frecuente es que éste tipo de depresión comporte un aumento discreto de peso, sin embargo, puede haber un incremento de peso importante, progresivo secundado a distimia o trastorno del ánimo leve y prolongado.

La elevación moderada de las escalas 2 y 8 en el perfil, sugieren la tendencia a fijarse metas por debajo de las capacidades reales, alteración propia de la percepción de los individuos obesos, que es un elemento ampliamente estudiado en la distorsión de la imagen corporal, además pareciera existir esta contradicción, cuando la apariencia física atenta contra las expectativas, y propiamente al analizar y revisar la motivación inconsciente, éste aspecto sintomático puede referirse a un mecanismo defensivo (Carrillo, 1998).

Con la combinación de éstas escalas (2,8), se observan además, elementos auto agresivos, que se reportan como sentimientos de inferioridad, traducidos en auto desprecio y pesimismo acerca de las propias capacidades. Cameron (citado por Barber y colaboradores, 1995) comentaba que las personas obesas se comportan como adictos a la comida, con la incapacidad de controlar su ingesta voraz y éste mecanismo repercute en la ideación auto agresiva, la sensación permanente de fracaso y las ideas de minusvalía.

Así mismo, muestran una tendencia a somatizar como mecanismo defensivo. La propuesta psicoanalítica sobre el desarrollo de la obesidad determina su origen en el interior del sujeto, dicho de otro modo la obesidad es la expresión sintomática de un conflicto interno. La somatización a su vez, permite justificar fallas y fracasos, debido a las dificultades en la simbolización y la dificultar para controlar impulsos (Sánchez y Mojica, 2000).

Este perfil de personalidad reporta, que las mujeres estudiadas demandan de forma exagerada, tolerancia, atención y cuidados de la gente que les rodea, lo cuál les impide establecer compromisos afectivos profundos. Villarreal (2000) propone que los individuos con obesidad mórbida o severa, presentan una historia de erotización temprana, que repercute (en la edad adulta) en el inadecuado establecimiento de relaciones interpersonales, sobre todo con personas del sexo opuesto y explica que el trauma original (generalmente abuso sexual) al estar desplazado o sustituido, carece de asociación y permite el desarrollo de la obesidad.

Esta teoría coincide con los hallazgos del perfil donde se observa, que la expresión de feminidad es reducida en el grupo estudiado, lo cuál puede atribuirse al conflicto con la expresión de la sexualidad que las pacientes reportaron.

Los datos refieren que las mujeres estudiadas, tienden al aislamiento y a la disociación y como resultado obtienen confusión, ineficacia e incapacidad para concentrarse. Bruch (1973), observó que los individuos obesos, confunden frecuentemente sus diversos estados de actividad emocional, y a consecuencia de este error de discriminación se atribuye la sobre ingesta como mecanismo de compensación cuando existe activación emocional.

Marks y Seeman (1963) citados por Núñez (1996), refieren que las personas con éste perfil, suelen distanciarse de la gente y evitan relacionarse por temor a involucrarse emocionalmente; son desconfiados y ofrecen resistencia pasiva al medio ambiente; son poco originales, defensivos, con rasgos obsesivo-compulsivos y además, son estereotipados en sus relaciones interpersonales.

Los hallazgos del perfil de personalidad, (a partir de la elevación de las escalas clínicas 2 y 8) muestran los siguientes síntomas: depresión severa, angustia, agitación o manía y pérdida de control. En algunos casos, se observó la presencia de cuadros de histeria, ideas de referencia y delirios de persecución, insomnio, apatía y sentimientos intensos de inferioridad.

Hathaway y Meehl citados por Núñez (1996), encontraron éste perfil en pacientes que manifestaban depresión, ansiedad y agitación como cuadro clínico principal, pero en algunos casos se encontraron trastornos de tipo histéricos.

Los rasgos principales de éste perfil, de acuerdo con Núñez(1996) generalmente se observan en sujetos psicóticos depresivos (maniaco-depresivos, depresivos o involutivos), pero también se encuentra en cuadros neuróticos de tipo mixto o en el cuadro neurótico con reacción depresiva. La muestra estudiada, arroja datos de hipocondriasis, que aunque no tan frecuente, también se encuentra referida por otros autores en éstos cuadros clínicos.

Mancilla y cols. (1996) estudiaron poblaciones de mujeres obesas, empleando el MMPI y los datos coinciden en la presencia de mayores niveles de ansiedad, hipocondriasis, histeria, introversión, impulsividad, además de una tendencia a la hipoactividad.

En conclusión, el diagnóstico obtenido por el perfil de la muestra, de acuerdo con la propuesta diagnóstica de Rafael Núñez (1996), para el inventario de personalidad de Minessofta; describe un trastorno de personalidad limítrofe; señalando como rasgos principales, poca inteligencia social y la carencia de elementos para expresar adecuadamente la emotividad, debido a las dificultades que advierten para adaptarse, su inseguridad y su búsqueda ansiosa de afecto y atención.

Los rasgos de dependencia, pasividad, sobreestimación de las propias capacidades, necesidad de aprobación y reconocimiento, baja autoestima, dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales y poca inteligencia social, encontrados en la muestra de ésta investigación; coinciden con los rasgos detectados en los estudios de Wadden, Steel, Wingate y Foster (1996) quienes demostraron su asociación con la obesidad mórbida.

Por otro lado, la patología que se observa en éste perfil concuerda con las observaciones de Sansone, R. Wiederman, L. Sansone Y Monteith (2001) quienes estudiaron la presencia de personalidad tipo limítrofe o borderline en pacientes obesos.

La pobre adaptación que muestran las pacientes, su dependencia extrema, aunada a sentimientos de inferioridad y auto agresión ha sido estudiada desde el modelo adictivo en otras poblaciones de obesos. Cameron (citado por Barber y cols., 1995) reportaba que las personas obesas se comportan como si fueran adictos a la comida; y presentan dificultades para controlar sus impulsos y su excesiva necesidad de ingerir alimento.

El principal indicador psicopatológico que arroja el perfil de personalidad estudiado es la Depresión, Zukerfeld y Cormillot (1997, 1992, 1990), reportaron la patología depresiva en algunos de sus estudios sobre obesidad, sin embargo consideran que no es un factor causal de la misma. Sin embargo, Halmil et. Al.(1989) demostraron en un grupo de 86 obesos mórbidos la prevalencia de patología depresiva.

Hafner y Halmil citados en Sánchez y Mojica (2000) mencionaban que no existía un perfil contundente sobre los rasgos de personalidad que agrupen obesos. Sin embargo los resultados de ésta investigación apuntan en otra dirección, que determina un perfil de personalidad específico que se repite en las mujeres estudiadas.

Cabe destacar la similitud entre los rasgos específicos de personalidad, encontrados en ésta población, los cuáles hacen referencia a la existencia de un perfil de personalidad que pareciera desarrollarse en condiciones donde existe obesidad mórbida. Sin embargo, no se encontraron datos que propiciaran la relación entre el nivel de psicopatología y el grado de obesidad.

Así entonces, se plantea que éste perfil de personalidad, específicamente en las pacientes con obesidad mórbida; refiere la vivencia de culpabilidad (una de las principales características de los trastornos alimentarios), entendida desde el enfoque psicodinámico, como un mecanismo represivo que se desplaza a través del cuerpo, en concordancia con la ya mencionada hipótesis psicósomática en la génesis de la obesidad, planteada en diversas investigaciones psicoanalíticas (Villarreal, 2000; Zukerfeld y Cormillot, 1999; Chiozza y cols., 1996).

Además los indicadores de ansiedad y depresión, encontrados en éste perfil; sustentan la presencia de rasgos psicopatológicos de orden pasivo agresivos, que pueden relacionarse con las conductas de sobre ingesta en las pacientes con obesidad mórbida, como mencionaban Zukerfeld y Cormillot, (1999).

Éstos autores señalaron que la ansiedad constituye un síntoma central, en un trastorno de personalidad base y se encuentra con mayor frecuencia ante situaciones de estrés.

6.2. CONCLUSIONES

Se obtuvo un perfil de personalidad, caracterizado por la combinación de las escalas clínicas 2 "Depresión" y 8 "Esquizofrenia", del Inventario Multifásico de Personalidad de Minessotta.

Se detectó en la muestra de mujeres con obesidad mórbida (IMC>30), la presencia de un trastorno afectivo de tipo depresivo-ansioso y un trastorno de personalidad límite de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

En la mayoría de los casos puede observarse un nivel de funcionamiento común a otros pacientes neuróticos, a pesar de las constantes fluctuaciones entre rasgos psicóticos y neuróticos, característicos del trastorno de personalidad límite.

Se encontró que las mujeres con obesidad mórbida son insociables y muy suspicaces en sus relaciones interpersonales; presentan una sintomatología que incluye pensamiento mágico, aplanamiento afectivo y en los casos más severos, rasgos psicóticos. Además, el grupo estudiado manifestó inseguridad, necesidad de atención, conducta impredecible y dependencia.

Sus principales mecanismos defensivos son la racionalización y la conducta hostil, además de la disociación y la somatización.

Por otro lado, los rasgos de ansiedad y depresión, encontrados en éste perfil; sustentan la presencia de rasgos psicopatológicos de orden pasivo agresivos, que se relacionan directamente con la conducta de sobre ingesta.

LIMITACIONES

Una de las principales limitantes para llevar a cabo esta investigación fue el tipo de población estudiada, dada que la mayor parte de los pacientes, fueron referidas por otros especialistas del centro hospitalario, lo cual no implicaba realizar la valoración completa de forma voluntaria; además, aquellas mujeres que no estuvieran diagnosticadas con obesidad mórbida (IMC>30), no se enviaban a valoración psicológica.

En algunos casos, sobre todo de las pacientes ya captadas, iniciada su valoración psicométrica, abandonaban la misma, mostrando múltiples resistencias para llevar a cabo cualquier tratamiento que se determinara. Por otro lado, la población se encontraba paralelamente en un protocolo de tratamiento para ser sometidas a una cirugía bariátrica, lo cual además, dificultaba la realización de entrevistas sucesivas con las pacientes.

Otra limitante es el instrumento aplicado, puesto que es la primer versión del inventario de personalidad de Minessotta, sin embargo, se aplicó por formar parte de la batería de pruebas que regularmente se emplean para valoración psicológica, dentro del departamento de psicología del centro médico.

Además, el tiempo tan breve de intervención en cada consulta dentro del centro hospitalario, impide llevar a cabo la aplicación de otras pruebas, que requieren un mayor tiempo de ejecución y que podrían ampliar el estudio de otras variables asociadas al padecimiento.

Por último, el no haber incluido un grupo control para contrastar las variables estudiadas en poblaciones de normopeso.

SUGERENCIAS

Sugiero llevar a cabo el estudio de la población con diagnóstico de obesidad mórbida, aplicando otros instrumentos que permitan estudiar variables como peso, personalidad, imagen corporal y autoestima.

Propongo además que se lleven a cabo estudios comparativos entre la población con obesidad mórbida y población con normopeso, para estudiar las variables ya mencionadas.

Por otro lado, sugiero llevar a cabo estudios longitudinales, que correlacionen las variables de personalidad, en aquellos pacientes que se encuentran en algún tipo de tratamiento de reducción, ya sea dieta, cirugía, etcétera, para verificar si existen diferencias de personalidad contemplando éstas medidas de intervención y contrastando los resultados con poblaciones de peso normal.

REFERENCIAS

- Agrad, W.S. (1988). "Trastornos alimentarios": Intervención de la obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Nueva York: Pergamon Press.
- Ahumada-Ayala M. (1999). "Obesidad: Genética y fisiopatología". Cirujano General, 21 (4), 259-264.
- Álvarez-Cordero, R. (2000). Obesidad y autoestima. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Álvarez, G.L., Mancilla, J.M., López, A.X., Vázquez, A.R., Ocampo, T.T. y López, V.C. (1998). "Variables Psicológicas asociadas a la Obesidad: Algunos Avances de Investigación", Revista Psicología Iberoamericana, 6(2), 22-28.
- Álvarez, G.L., Mancilla, J.M., Martínez, M., López, A.X. (1998). "Aspectos Psicosociales de la Alimentación". Revista Psicología y Ciencia Social, 2(1), 50-57.
- Allan JD. (1998) "Explanatory models of overweight among African American, Euro-american and Mexican American Women". West J Nurs Res 20(45) 45-66
- Allport, G. W. (1937) Personalidad: Una interpretación psicológica. Nueva York Holt.
- Allport, G. W. (1960) Psicología de la personalidad. Buenos Aires, Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-III (1980). España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM-III R (1987). España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana: Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales DSM- IV (1994). España: Masson.
- Barber, S., Balaños-Cacho P., López, J. Ch., Ostrosky, A. (1995). "Los extremos de la conducta alimentaria: Anorexia y Obesidad". Revista Psicología Iberoamericana, 3(2), 20-34.

- Blank, S.J., Alexander, M. A., Clark, L. Dean, A., Welter, L. (1992). "Instruments measuring maternal factors in obese preschool children." Western Journal of Nursing Research, 14.
- Braguinsky, J. (1987). Obesidad, Patogenia Clínica y Tratamiento. Buenos Aires: Promedicina.
- Braier, E. A. (1987) Psicoanálisis : Tabúes en teoría de la técnica. metapsicología de la cura. Buenos aires : Nueva visión.
- Braier, O. (1988). Fisiología y Clínica de la Nutrición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bray, G.A. (1989). Obesidad: Aspectos Básicos y Aplicaciones Clínicas. México: Interamericana.
- Brown PJ, Kanter M.(1987) "An anthropological perspectives on obesity" Human Obesity 320-329
- Bruch, H. (1969). Obesidad y Oralidad. Acta Psicoanalítica, 5, 130-143.
- Bruch, H. (1973) Eating Disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. Nueva York, Basic Books.
- Bruchon y Schweitzer, M. (1992) Psicología del cuerpo. Barcelona:Herder.
- Campollo, R.O. (1995). Obesidad: Bases fisiológicas y Tratamiento. México: Pomúa.
- Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). "Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación." Psicología.com, 1(1) Consultado en Febrero 24/2000 en www.psiquiatria.com/psicologia.
- Casanueva E, Magaña L. (1988) "Obesity and Body Image or the logic of self deceit", Nut Rep Int, (3) 547-550.
- Casillas L; Vargas L. (1993) "La distribución de la grasa corporal, posible factor de riesgo para la salud". Cuadernos de nutrición, 16(6) 7-15.
- Castonguay TW, Applegate EA, Upton DE, Stern JS. (1991) "Hunger and Appetite: old concepts/new distinctions". Present Knowledge in Nutrition 4 ed. Washington:The nutrition foundation, 16-27.
- Cattell, R. B. (1950) Personalidad. Nueva York, Mc. Graw Hill

- Cervera, P. Clapes, J y Rigolfas, R. (1993) Alimentación y dietoterapia. Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. México, Mc. Graw Hill.
- Chiozza, L. y Cols. (1996). "Las fantasías adiposas en la obesidad" en: Del Afecto a la Afección, Alianza Editorial, Buenos Aires, 99-166.
- Cooper, Z. y Fairburn, Ch. (2001). "A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity." Behavior Research on Therapy, 39, 499-510.
- Cormillot, A; Zukerfeld, R.; Olkies, A y Murua, C. (1990) Obesidad: Argentina; Médica Panamericana.
- Cormillot, A.F. y Zukerfeld, R. (1999). Desórdenes de la alimentación en obesos de Buenos Aires. Consultado en marzo 4/2000 en Psicomundo [online] 1(1)
- Craig, G. J. (1994) Desarrollo Psicológico. México: Prentice may Hispanoamericana
- DiCaprio, N. S. (1989), Teorías de la personalidad. México: Interamericana, 1989.
- Erickson, E. (1977) "Identidad, juventud y crisis". Buenos Aires Paidós.
- Freud, S. (1893) "Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos", Obras Completas. Argentina: Amorrortu
- Freud, S. (1895) "Historiales Clínicos", Obras Completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1905) "Tres ensayos sobre Teoría sexual". Obras Completas: Amorrortu.
- Freud, S. (1914) "Trabajos sobre Técnica Psicoanalítica" Obras completas Argentina: Amorrortú.
- Freud, S (1915) "Introducción a lo inconsciente" Obras completas. Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917) "Mas allá del principio del Placer". Obras Completas: Amorrortu.
- Freud, S. (1923) "El Yo y el Ello". México Editorial Patria.

- Freud, S. (1930) "Duelo y Melancolía", Obras Completas, Argentina: Amorrortu.
- Freud S. (1936) "El Yo y los mecanismos de Defensa" Obras completas, Argentina: Amorrortu.
- Fundación Mexicana para la Salud, A.C. [FUNSALUD], (2002). Obesidad: Consenso. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Anorexia y Bulimia Nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12(2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Proyecto de investigación: Una aproximación multifactorial en la detección temprana de desórdenes del comer para la promoción de la salud. Papime.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). "Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes". Revista Mexicana de Psicología 1(14), 31-40.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana, 6(2), 10-21.
- González-Barranco J. (1997) "Epidemiología de la Obesidad en México". Documento Interno del Consejo de Nacional de Obesidad.
- González, M.V. (1976). Observaciones sobre alteraciones de la imagen corporal en pacientes obesos. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guilford, J. P. (1959) Personalidad Nueva York, Mc. Graw Hill.
- Jacobs, Sh. y Wagner, M. (1984). Obese and Nonobese individuals: Behavioral and Personality Characteristics. Addictive Behaviors, 9, 223-226.
- Jay Chone, R; Swerdlik. (2001) Pruebas y Evaluación Psicológicas, México: Mc. Graw Hill.
- Jhonston, Y. (1998) Autoatribución e imagen corporal en adolescentes obesos y no obesos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología UNAM.

- Jung, C. G (1923) "Psychological Types" Londres R&K P. Versión española Psic On LINE (1998).
- Kaplan H.; y Sadock B.: (1988) "Obesidad en: Factores psicológicos que influyen en las enfermedades físicas" Compendio de Psiquiatría 2º Ed. México; Salvat pp511-515.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1992). Diccionario de Psicoanálisis. España: Labor.
- Le Bow, M. D. (1986). Obesidad Infantil. Buenos Aires: Paidós.
- López, A. X; Mancilla, D.J. y González, V. A. (1995). Evaluación de Patrones de Comunicación en Familias Obesas. Revista Mexicana de Psicología, 12(2), 199-210.
- López, A. X; Mancilla, D.J. y Álvarez, R. G. (1998). Factores Sociales y Psicológicos de la Obesidad. Psicología Iberoamericana, 6(2), 3-9.
- Mischel, W. (1988), Teorías de la personalidad. Mexico: McGraw-Hill.
- Núñez, R. (1996) Manual Práctico del MMPI. México, Trillas.
- Océano: Diccionario Enciclopédico de Ciencias de la Salud, (1998) México.
- Parry-Jones W y Parry-Jones, B. (1994) "Implications of historical evidence for classification of eating disorders; A review". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31 (5), 802-809
- Pérez E.J.R. (1999). Pautas de conducta: Evidencias de la personalidad en pacientes obesos con gastroplastia o banda gástrica. Cirujano General, 21 (4), 270-274.
- Plazas, M. (1997) "El otro lado de la obesidad" Cuadernos de Nutrición, Vol. 20 (6), 44-46
- Rivera M. L. (1997) "Relación entre nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en Mujeres de 15 a 19 años." Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología UNAM
- Rivera J. O. (1999) Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. El manual moderno. México.
- Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). "Obesidad". Barcelona: Martínez Roca

- Sánchez S.G. y Mojica, M.V. (1998) Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM.
- Sansone, R., Wiederman, M.W. y Sansone, L. (1999). Treating Obesity: Clinical implication of comorbid borderline personality disorder. Journal of Mental Health Counseling, 21(2), 148.
- Saucedo, M. y Gómez Pérez-Mitré G. "Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos". Revista Acta Pediátrica 1(18), 19-27.
- Stunkard, A.J. (1959) "Eating Patterns and obesity. Psychiatry Quarterly, 33:284-295
- Stunkard, A. J. y Mendelson, M. (1967). Obesity and the body image: Characteristics of the disturbances in the body image of obese people.. The American Journal of Psychiatry, 123(10), 1296-1300.
- Stunkard, A. J. (1982). "Obesity". En A. S. Bellack, M. Hersen, y A. E. Kazdin (eds.). International Handbook of Behavior Modification and Therapy. New York: Pleum Press
- Stunkard, A. y Rand, C. (1987). Obesity and Psychoanalysis. American Journal Psychiatry, 35(5), 547-551.
- Stunkard, M.D.A(1990) "A description of eating disorders in 1932". The American Journal of Psychiatry, 147 (3), 263-268.
- Villarreal H. A. (2000) "El hambre como sensación encubridora en la obesidad psicógena", Congreso Mexicano de Psicoanálisis APM, México.
- Verdúzco, F. y Platas. (1999). Obesidad y Salud Mental. Psiquiatría, 15(3), 49-55.
- Zuckerfeld, R. (1992) Acto Bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos Aires, Paidós.
- Zuckerfeld R., Fuchs, A., y Cormillot, A. (1998) "Características y detección de bulimia en la ciudad de Buenos Aires", Acta Psiquiátrica 298-302