



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
División de Estudios Profesionales

"PERFIL DE PERSONALIDAD DE ACUERDO AL MMPI-2 EN PACIENTES
CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CLAUDIA ROJO ALONSO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LILIA JOYA LAUREANO

REVISORA: MTRA. LAURA ÁNGELA SOMARRIBA ROCHA

Ciudad Universitaria. México, D. F.



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.

DEDICATORIAS

A mi madre María del Refugio Alonso Neria:

Simplemente no sé cómo agradecerte todo lo que has hecho por mí. No me alcanzará la vida para hacerte saber y sentir el gran amor que tengo por y para ti y sobre todo, para darte las gracias y corresponder a todos tus cuidados, tus atenciones, por tu amor, por los exquisitos momentos a tu lado.

Este es un gran paso en mi vida, lo menos que puedo hacer, es dedicarte este trabajo en el que has estado conmigo codo a codo desde el inicio.

Gracias por compartir conmigo tu enorme sensibilidad como ser humano, la cual en gran medida me ha inspirado para dedicarme al igual que tú, al cuidado del enfermo, entender sus necesidades, sus preocupaciones, su dolor... gracias por enseñarme que aún en los momentos en que la vida es adversa para las personas, un poco de nuestro trabajo ayuda a aliviar el dolor tan grande que existe en su ser. Ojalá logre forjar la sabiduría y el amor que tú imprimes a tu labor.

*“Me enseñaste cómo crecer cuando era pequeña
Me enseñaste todo lo que debía saber
Me enseñaste cómo caminar sin tus manos...
Tú me enseñaste cómo amar
Tú me enseñaste cómo cuidar
Y me mostraste que siempre estarías allí”*

Eres lo más importante en mi vida. Gracias por todo. Te amo mami.

A mi tía Yolanda Alonso Neria:

Mi segunda madre. Sin tu apoyo, sin tu amor, sin tus cuidados, este camino de la vida hubiera sido muy sinuoso. Gracias por ser un ángel que cuida y vela por mí, por mi familia. No tengo las palabras precisas para expresar mi agradecimiento; ojalá en algún momento, logre corresponder todas tus atenciones. Infinitamente gracias. Te adoro.

A Nancy Diana Jiménez Alonso.

Al igual que tu madre, tú has sido una guardiana para mí. Gracias, muchas gracias por tantos momentos juntas, gracias por ser una confidente, por tus sabios consejos, por tu oído siempre atento, por ser una hermana para mí, por tu amor y paciencia. Y gracias por haber sido mi conejillo de Indias tantas veces, sin tu apoyo, esto no sería posible. Te amo morenita.

A Diana Rojo Alonso:

Hermana mía. Muchísimas gracias por siempre estar allí para mí. Gracias por siempre haberme ayudado en mi vida académica. Gracias por tantas y tantas risas y buenos momentos juntas; gracias por demostrarme que pese a las contrariedades de la vida, siempre hay que luchar por nuestros sueños y por los que amamos. Te amo car.

A Osiris y Ulises Ramírez Rojo:

Espero que la vida me dé la oportunidad de ver la culminación de sus estudios. Ahora ustedes son pequeños, tal vez no entiendan el porqué de esta dedicatoria, pero al pasar el tiempo, ojalá que al ver este trabajo, les sirva como motivación para que ustedes adquieran la sabiduría y el compromiso para estudiar, para superarse y para progresar. Son las mayores alegrías de mi vida. Gracias por endulzar mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Mtra. Lilia Joya Laureano:

Mi querida maestra Lilia, no sé cómo agradecer todas sus atenciones, todo su apoyo, su gran compañerismo y su calidez como persona. Es un gran honor y una bendición para mí, el que la vida la haya puesto en mi camino, gracias por enseñarme el lado más bello de nuestra profesión, gracias por enseñarme a respetar el dolor del otro, gracias por motivarme a seguir preparándome. Gracias por ser una madre académica para mí.

A mis sinodales:

Gracias por todas sus contribuciones y observaciones para enriquecer mi trabajo, es especial a:

Mtra. Laura Somarriba Rocha: *gracias por sus anotaciones, por su tiempo y su apoyo para agilizar mi trámite de titulación. Gracias por todo el conocimiento que me aportó cuando fue mi profesora.*

Dra. Alejandra Valencia Cruz: *muchísimas gracias por ayudarme en el trabajo estadístico de este trabajo, gracias por su tiempo, por sus correcciones y por su gran disponibilidad para trabajar conmigo.*

Dr. Hugo Martínez Lemus:

Gracias por sus contribuciones a este trabajo, por permitirme trabajar con sus pacientes, gracias por la gran oportunidad.

Mtro. Eric Chargoy Romero:

Infinitas gracias por sus precisas observaciones para este trabajo. Gracias por haberse tomado el tiempo para pulir este documento.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. OBESIDAD

| | |
|---|----|
| 1.1. Definición de obesidad..... | 4 |
| 1.2. Tipos de obesidad..... | 5 |
| 1.3. Diagnóstico de la obesidad..... | 7 |
| 1.3.1 Índice de Masa Corporal..... | 7 |
| 1.3.2 Pliegues Cutáneos..... | 8 |
| 1.3.3 Otras mediciones de la obesidad..... | 9 |
| 1.4 Causas de la obesidad..... | 9 |
| 1.4.1 Genéticas..... | 9 |
| 1.4.2 Endócrinas..... | 12 |
| 1.4.3 Por efecto secundario de medicamentos..... | 13 |
| 1.4.4 Por género..... | 14 |
| 1.4.5 Factores sociales y ambientales..... | 14 |
| 1.4.6 Inseguridad alimentaria..... | 18 |
| 1.5 Comorbilidades de la obesidad..... | 21 |
| 1.5.1 Comorbilidades médicas..... | 21 |
| 1.5.2 Comorbilidades “sociales” de la obesidad..... | 22 |
| 1.6 Tratamientos de la obesidad mórbida..... | 23 |
| 1.6.1 Programas de modificación de conducta..... | 24 |
| 1.6.2 Dietas hipocalóricas..... | 25 |
| 1.6.3 Tratamientos Farmacológicos..... | 26 |
| 1.6.4 Cirugía bariátrica..... | 26 |

CAPÍTULO 2. PERSONALIDAD

| | |
|--|----|
| 2.1 Definición de personalidad..... | 32 |
| 2.2 Principales teorías de la personalidad..... | 33 |
| 2.2.1 Teorías psicodinámicas..... | 33 |
| 2.2.2 Teorías del aprendizaje y el comportamiento..... | 35 |
| 2.2.3 Teoría de los rasgos..... | 37 |
| 2.2.4 Teorías humanistas..... | 40 |
| 2.2.5 Teorías cognitivo-conductuales..... | 42 |
| 2.3 Teorías psicológicas que explican la obesidad..... | 44 |
| 2.3.1 Perspectiva psicodinámica..... | 44 |
| 2.3.2 Perspectiva conductual..... | 46 |
| 2.3.3 Factores psicosociales..... | 47 |
| 2.4 Psicopatología de la obesidad..... | 48 |
| 2.4.1 Comorbilidades psicológicas de la obesidad..... | 49 |
| 2.4.1.1 Trastorno por atracón..... | 49 |
| 2.4.1.2 Síndrome de comedor nocturno..... | 50 |
| 2.4.1.3 Depresión y ansiedad..... | 51 |
| 2.4.1.4 Otros problemas psicológicos..... | 53 |

CAPÍTULO 3. PERSPECTIVA DE LA OBESIDAD

| | |
|--|----|
| 3.1 Obesidad en México..... | 55 |
| 3.1.1 Obesidad en niños..... | 55 |
| 3.1.2 Obesidad en adolescentes..... | 56 |
| 3.1.3 Obesidad en adultos..... | 57 |
| 3.1.4 Tendencias..... | 58 |
| 3.2 Estudios sobre obesidad con MMPI-2..... | 60 |
| 3.2.1 Teoría de los tipos de códigos del MMPI-2..... | 64 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 4. MÉTODO..... | 66 |
| CAPÍTULO 5. RESULTADOS..... | 69 |
| CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 76 |
| CAPÍTULO 7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS..... | 83 |
| REFERENCIAS..... | 85 |



RESUMEN

El siguiente trabajo es un estudio descriptivo realizado con el propósito de identificar cuál es el perfil de personalidad de una muestra de 36 pacientes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE que se encontraban en el protocolo de cirugía bariátrica de ésta institución, diagnosticados con obesidad mórbida, de acuerdo al tipo de código que se utilizan para describir los resultados obtenidos del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI-2).

La importancia de este trabajo reside en que hasta el momento no existen investigaciones que empleen los tipos de códigos utilizados en el MMPI-2 para determinar la personalidad del paciente obeso.

Los resultados de esta investigación arrojan que la mayor parte de la muestra tienen una codificación 1-3, 3-1, cuya interpretación se apega en demasía a la personalidad que se pudo observar al trabajar con estos pacientes y con lo descrito en la literatura. La gran utilidad de emplear el tipo de código, es que la descripción de la tipología de los pacientes es mucho más completa y concreta que interpretar los puntajes escala por escala.

Aunque con éstos resultados, no se puede aseverar que éste sea el perfil único de ésta población, ya que para ello, se requeriría un número mayor en la muestra.

Palabras clave: Obesidad, cirugía bariátrica, MMPI-2.



INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica que actualmente afecta a un elevado porcentaje de la población mexicana, convirtiéndose en un problema de salud pública, ya que México ocupa el primer lugar en obesidad, 30% de la población tiene obesidad y 70% sobrepeso. Dadas estas estadísticas es de gran importancia el estudio de este padecimiento; la mayoría de los pacientes obesos se deben a un exceso en el consumo de calorías, es decir, a conductas no saludables, por lo que es necesario conocer el por qué lo hacen. Una de las líneas de conocimiento es el de las características de personalidad; sin embargo, la investigación sobre el perfil de personalidad que tienen los pacientes obesos es incipiente, podría ser rica, y así, al tener conocimiento previo de las probables patologías que tengan, el tratamiento puede ser más completo, tratando y manejando a la obesidad desde sus raíces en la personalidad del paciente obeso, además de poder realizar una intervención temprana para controlar esta pandemia y así disminuir las comorbilidades que ésta implica.

Así como otros trastornos relacionados a la alimentación o a las adicciones, la obesidad tiene un fuerte componente psicológico, inicialmente se pensó que podría estar explicado por algún trastorno de personalidad en particular; sin embargo los estudios realizados para identificarlos no han podido demostrar que exista dicho trastorno. Los perfiles obtenidos no distan mucho de los perfiles de las personas mentalmente sanas (Stunkard, 1959).

Hafner y Halmil (en Sánchez, Díez y Martínez, 2002) refieren que aún no se ha encontrado un perfil de los rasgos de personalidad en donde se agrupe a los obesos; sin embargo consideran que cuando se les atiende psicoterapéuticamente, se encuentran rasgos de personalidad que resultan similares en muchos de ellos, tales como dependencia, pasividad, envidia, agresión disfrazada en forma de chiste o bromas de mal gusto y autodevaluación.



*Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a
cirugía bariátrica.*

Hoy día no es de sorprendernos que muchas personas dedicadas al estudio de la obesidad la consideren, aunque no oficialmente, en la clasificación del DSM-IV, dentro de los trastornos de la conducta alimentaria; estudios previos sólo se centraban en la anorexia y la bulimia nerviosas, dejando al margen otras desviaciones de la forma de comer. No obstante, no deja de ser una tarea poco sencilla definir la normalidad en la alimentación; la obesidad no cumple con las características de una alimentación saludable, ya que lo que sí está definido, es su clasificación como una enfermedad compleja en la que concurren causas y complicaciones orgánicas, pero la personalidad de este tipo de personas tiene un lugar importante para clarificar las causas y entender mejor lo que le ocurre a estos pacientes. De ahí la importancia de tener información más específica y concreta acerca de su personalidad.

En el primer capítulo se brinda una visión general de la obesidad, qué es, qué la causa, las comorbilidades que conlleva y los tratamientos existentes para mitigarla.

El capítulo dos trata acerca de los principales conceptos de personalidad, así como las teorías psicológicas que explican la obesidad. Además, se describen las comorbilidades psicológicas que la obesidad trae consigo.

El tercer capítulo nos brinda la perspectiva actual de la obesidad en México, así como los estudios que se han realizado con el MMPI-2 acerca de la obesidad mórbida.

El capítulo cuatro nos describe la metodología que se siguió para la realización de este estudio.

Los capítulos cinco y seis, respectivamente, describen los resultados y las conclusiones a las que se llegaron.

Y finalmente en el séptimo capítulo se plantean las limitaciones que surgieron en la realización de este trabajo, así como las sugerencias que se proponen para mejorar esta investigación.



CAPÍTULO 1. OBESIDAD

1.1 Definición de obesidad

Según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), la obesidad se define como una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. Aunque no todo incremento del peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo, en la práctica médica el concepto de obesidad está relacionado con el peso corporal (Consenso SEEDO, 2000).

Es una condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como: músculos, corazón, hígado, etc., que es causada por diversos factores incluido el hereditario; es progresiva, costosa, que acorta la vida y con múltiples consecuencias nocivas (Baltasar, 2001).

Kaufer y Ávila, en 2003, proporcionan una definición de obesidad, donde refieren que es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales se define como el exceso de grasa con relación al peso. Ésta definición puede considerarse como más completa, en comparación con lo descrito anteriormente, ya que hace mención de las diferentes esferas que conforman la vida de una persona.

El término obesidad mórbida fue descrito por Van Itallie (1980, en Sánchez, 2010), refiriéndose al grado de obesidad que es crónica, incurable, grave y potencialmente mortal, con tendencia epidémica. Actualmente sabemos que no es incurable, ya que con un programa de intervención multidisciplinario, los pacientes logran remitir la obesidad.

El aumento de peso y grasa sólo se explica por un balance positivo entre lo que se ingiere y lo que se gasta, es decir, a mayor cantidad de ingesta y menor gasto



energético, se producirá obesidad. Por eso es importante inculcar estilos de vida y hábitos alimenticios sanos.

1.2 Tipos de obesidad

Podemos clasificar la obesidad en función de su causa, del patrón de distribución de la grasa corporal, del índice de masa corporal, de la edad de comienzo de la obesidad y en función de su celularidad.

Según la causa que la produce, la obesidad se divide en:

1. Primaria: 95-99%. Cuando la obesidad se produce por diversos factores, excluyendo enfermedades o fármacos.
2. Secundaria: 1-5%. Cuando en su producción están implicadas directamente determinadas enfermedades o fármacos.

En función de la distribución de la grasa corporal, se puede clasificar la obesidad en:

1. *Obesidad de distribución homogénea*: existe un exceso de grasa corporal, sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
2. *Obesidad gluteofemoral o ginoide*: aumento de grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos. Se pueden utilizar dos indicadores para definir este tipo de obesidad: a) índice cintura/cadera, inferior a 1 en el varón y a 0.90 en la mujer, e b) índice cintura/muslo, inferior a 1.6 en el varón y a 1.4 en la mujer.
3. *Obesidad abdominal, central o androide*: acumulación excesiva de grasa en la región abdominal. Este tipo de distribución de grasa se ha considerado como factor de riesgo para el desarrollo de determinadas enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, etc.



Según la edad de aparición, la obesidad se clasifica en:

1. *Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia.* Se considera obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde al niño para su talla.
2. *Obesidad del adulto.* Es más frecuente que la anterior y la edad de inicio se sitúa entre los 20-40 años.

En función de la distribución celular de la grasa, se puede hacer otra clasificación:

1. Hipertrófica. El aumento de grasa se debe, principalmente, a un aumento del tamaño de los adipocitos, sin que aumenten en cantidad. Se asocia a un mejor pronóstico.
2. Hiperplásica. Cuando existe un aumento de la grasa corporal secundario a un incremento del número de adipocitos. Es más frecuente en épocas de crecimiento, tiene peor pronóstico y un mayor riesgo de complicaciones (Chinchilla, 2003).

El peso de un sujeto normal consta de: agua (65%), proteínas (12%), minerales (2.5%) sobre todo en los huesos, hidratos de carbono (solo el 0.5%) y el resto son grasas y su proporción es muy variable. El obeso grave puede llegar a tener hasta un 50-75% de su peso en grasa acumulada (Baltasar, 2001).

Tipos de obesos según la ingesta

Los obesos mórbidos, en general, comen muy rápido y suelen dejar el plato vacío. Se distinguen, al menos, tres tipos diferentes de obesos dependiendo de los gustos, o la forma de hacer su comida. Así, están los:

- Glotones: son aquéllos que ingieren la comida con ansia y en exceso. Ello es muy frecuente en los superobesos, que muchas veces sólo hacen sus tres comidas al día y se sienten satisfechos.
- Picadores: están todo el día comiendo aunque sea en cantidades pequeñas. No paran de “picar” algo a todas horas del día.



- Golosos: comedores de dulces, batidos, golosinas, etc. En general, todo lo que esté azucarado.

Por supuesto, entre estos tres grupos están los casos intermedios. El tipo y la forma de hacer la ingesta son importantes a la hora de planificar la intervención porque las características de cada paciente son diferentes (Baltasar, 2001).

1.3 Diagnóstico de la obesidad

1.3.1 Índice de masa corporal (IMC)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una clasificación cuantitativa de sobrepeso y obesidad basada en el Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC, Índice de Quetelet o Body Mass Index (BMI), se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en kg) por la talla en metros al cuadrado (m²) (SEEDO, 1995). En la actualidad es el índice más difundido, tanto en la clínica como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal (Cuadro 1).

Cuadro 1. Puntos de corte propuestos por el comité de expertos de la OMS para la clasificación del sobrepeso

| IMC | Clasificación de la OMS | Descripción Clínica | Exceso de peso en kg. (Promedio) |
|------------|--------------------------------|----------------------------|---|
| <18.5 | Bajo peso | Delgado | -10.0 |
| 18.5-24.9 | Normal | Normal | 0.0 |
| 25.0-29.9 | Grado 1 de sobrepeso | Sobrepeso | 10.0 |
| 30.0-39.9 | Grado 2 de sobrepeso | Obesidad | 20.0 |
| >40.0 | Grado 3 de sobrepeso | Obesidad Mórbida | 30 o más |

De Kopelman PG, 2000.



Además, en función del cociente obtenido, la SEEDO (2000) propone una clasificación para determinar el grado de obesidad (Cuadro 2):

Cuadro 2. Puntos de corte propuestos por la SEEDO (2000) para clasificar el grado de obesidad.

| IMC | Clasificación de la SEEDO'2000 |
|-----------|----------------------------------|
| <18.5 | Peso insuficiente |
| 18.5-24.9 | Normopeso |
| 25.0-26.9 | Sobrepeso grado I |
| 27.0-29.9 | Sobrepeso grado II (preobesidad) |
| 30-34.9 | Obesidad tipo I |
| 35-39.9 | Obesidad tipo II |
| 40-49.9 | Obesidad tipo III (mórbida) |
| >50 | Obesidad tipo IV (extrema) |

Pese a ser el índice más aceptado y el más utilizado, presenta como inconveniente la ineficacia para distinguir entre la masa grasa y la masa magra, además de no distinguir diferencias de acuerdo a la edad, ya que los tejidos tienden a variar con respecto a ella (Braguinsky, 1996).

1.3.2 Pliegues cutáneos.

Además de estas clasificaciones, existe otra medida para cuantificar la grasa corporal total de una persona; esto es mediante la medición del espesor de los pliegues cutáneos. La técnica se basa en determinar el espesor de la epidermis con su fascia adyacente y el tejido adiposo subcutáneo en ciertas localizaciones del cuerpo consideradas como zonas de referencia.

Para poder realizar esta medición, es necesario contar con un plicómetro de alta precisión; éste ejerce una presión constante de 10 g/cm³ e intervalos de medida de 0.5 a 1 mm. La medida debe realizarse en la zona del hemicuerpo no dominante y



para obtener una mayor exactitud, se recomienda hacer 3 mediciones durante 3 segundos cada una y sacar la media de éstas. Los valores obtenidos deben compararse con las curvas de referencia poblacionales. Los pliegues llamados tricipital (ubicado en la parte posterior del brazo) y subescapular (debajo del hueso escápula) son los que se miden con mayor frecuencia para el diagnóstico (Braguinsky, 1996).

Para realizar la medición de los pliegues cutáneos se utiliza el plicómetro y una cinta métrica, pidiendo al paciente que contraiga los músculos para poder medir con mayor exactitud solamente el pliegue.

1.3.3 Otras mediciones de la obesidad.

En la literatura se hace referencia a la utilización de diversos métodos para determinar obesidad en una persona; muchos de ellos resultan muy específicos y de gran utilidad, como las tomografías y los ultrasonidos, pero debido a que este tipo de procedimientos resultan excesivamente elevados en su precio y la mayoría de los hospitales públicos no cuentan con la infraestructura para realizarlos, los métodos antes mencionados son los más utilizados, gracias a su practicidad, su bajo costo y su estandarización (Moreno, 2005)

1.4 CAUSAS DE LA OBESIDAD

La causa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que pueden influir factores hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimenticios, estilo de vida y una serie de factores sociológicos.

1.4.1 Genética

La base genética de la obesidad es compleja.



Cuando uno de los padres es obeso, la probabilidad de que los hijos lo sean alcanza un 50%. Esta proporción se eleva a un 80% si ambos padres presentan obesidad.

Existen familias en las que varios miembros son obesos y ello se explica por la existencia de un gen (Ob) predisponente, que es específico del adipocito, y su producto, la leptina, que es una hormona de naturaleza proteica circulante en la sangre y relacionada con el gen de la obesidad. Es un factor que actúa sobre los adipocitos y el hipotálamo, sobre el que induce una respuesta compleja para controlar el peso y la energía consumida, por lo cual, conseguir su regulación se ve como una posible cura para la obesidad. La concentración de leptina en sangre es más alta en mujeres. El aumento de esta proteína en sujetos obesos está en relación con el grado de severidad de la obesidad (Baltasar, 2001). Sin embargo, según Damcott, Sack y Shuldiner (2003), la genética de la obesidad no es simple y rara vez sigue un patrón de herencia mendeliano.

En 1962, Neel propuso la hipótesis del genotipo ahorrador, la cual sugiere que los genes que en la época contemporánea predisponen hacia la obesidad, pudieron haber representado en el pasado una ventaja selectiva para las poblaciones que experimentaban hambrunas frecuentes. Esta hipótesis se podría aplicar a grupos étnicos en los cuales se ha observado un riesgo elevado de desarrollar obesidad y comorbilidades asociadas.

Con la identificación del gen Ob -la leptina- se descifró parte del complejo sistema de señales neuroquímicas que regulan el apetito y el gasto energético. Lo anterior permitió la identificación de genes involucrados en la regulación del apetito vía leptina-melanocortina, los cuales incluyen el gen de la leptina y sus receptores, el receptor de la hormona estimulante de alfa-melanocortina (MC4R), la proopiomelanocortina (POMC) y la prohormona convertasa-1. Las variantes de estos genes son la causa de alrededor de 5% de la obesidad mórbida en los humanos (García-García, Kauler-Horwitz, Pardío & Arroyo, 2010).



Rankinen, Zuberi, Chagnon, Weistnagel, Argyropoulos & Walts (2006) argumentan que además de los defectos genéticos que afectan sobre todo el peso corporal, existen numerosos síndromes que presentan a la obesidad como una de sus manifestaciones clínicas. El conocimiento de estas formas puras de obesidad – donde el defecto genético se ubica principalmente en la regulación del apetito, y que se caracterizan por una obesidad extrema de inicio temprano-, ha sido de gran importancia no sólo para la identificación de los genes que ocasionan estos fenotipos, sino también para proveer información adicional de los mecanismos moleculares que controlan el balance energético y la ingestión de energía, puntos clave en el desarrollo de la obesidad.

Según Farooqi y O’Rahilly (2005), a la fecha existen cerca de 30 diferentes padecimientos mendelianos que cursan con obesidad como una manifestación clínica.

La búsqueda de genes para la obesidad a través del análisis completo del genoma ha sido exitosa, pues ha permitido la identificación de genes nuevos que contribuyen a la regulación del equilibrio energético. Este es el caso del gen de la glutamato descarboxilasa 2 (GAD2), la cual se puede relacionar con la obesidad a través de la regulación hipotálamo-ingestión de alimentos; el miembro 14 de la familia 6 de transportadores de solutos (SLC6A14), aminoácido precursor de la serotonina, neurotransmisor importante para la señalización central de la saciedad y, en fecha más reciente, el gen inducido por insulina 2 (INSIG2), del cual se desconoce el mecanismo a través del cual participa en la obesidad; sin embargo, se ha identificado como uno de los principales reguladores del metabolismo de los esteroides (Rankinen et. al. 2006).

GENÉTICA EN LA POBLACIÓN MEXICANA.

Son pocos los estudios que se han realizado en este campo y la mayoría de ellos se ha centrado en población mexicano-estadounidense.



El grupo de investigación de la Unidad de Biología Molecular y Medicina Genómica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, ha iniciado el estudio de la genética de la obesidad en población mexicana mestiza residente en la ciudad de México. De esta manera, se ha confirmado la participación en la obesidad de algunos genes ya conocidos, entre los que está el receptor de proliferación peroxisomal activado gamma; también se han estudiado otros genes cuyo papel en el desarrollo de este padecimiento aún está en discusión (Canizales-Quintero, 2008).

Asimismo, según Virrarreal-Molina, Aguilar-Salinas, Rodríguez-Cruz y cols.(2007), afirman que se ha logrado identificar genes que no se habían relacionado previamente con la obesidad, como el transportador ABCA1, que es un importante factor de riesgo tanto para la obesidad como para los fenotipos que se vinculan con ésta (diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico).

De ahí que el conocimiento de las bases genéticas y moleculares que predisponen al desarrollo de la obesidad podría contribuir al impulso de acciones preventivas y terapéuticas en los programas de salud pública.

1.4.2 Causas endócrinas.

Ya hemos visto que en la mayoría de los casos, la obesidad es de causa primaria, pero deben descartarse otras causas potencialmente tratables. Entre las más frecuentes están las de origen endócrino y las provocadas por el efecto secundario de fármacos.

Según Zurro & Cano (1998), en la obesidad de tipo endócrino se dan los siguientes síndromes:

1. Síndrome de Cushing: la obesidad es de predominio central y se acompaña de cara de luna llena, giba de búfalo y estrías de la piel de color violáceo.
2. Síndrome de ovario poliquístico: caracterizado por presentar hiperandrogenismo y, por lo tanto, acné, hirsutismo, desarreglos menstruales y obesidad.



3. Insulinoma: es un tumor localizado en los islotes pancreáticos, clínicamente produce crisis de hipoglucemia y aumento de peso secundario al efecto anabólico de la insulina.

4. Hipotiroidismo: clínicamente se manifiesta en la edad adulta por intolerancia al frío, sequedad en la piel, estreñimiento y aumento de peso entre otras alteraciones.

Por otro lado, el centro de la saciedad se encuentra en el hipotálamo ventromedial y el centro que controla la conducta alimentaria está en el hipotálamo lateral. Pueden producirse lesiones a nivel del centro ventromedial por un traumatismo craneal, un tumor o una enfermedad inflamatoria afectando así el buen funcionamiento de éstas áreas.

El tumor que se asocia con mayor frecuencia a obesidad hipotalámica es el craneofaringioma, por su localización, y puede ser un efecto secundario de la cirugía de las alteraciones de la conducta y de los hábitos alimentarios, manifestándose con hiperfagia, obesidad y conductas bulímicas.

Otro tipo de obesidad hipotalámica es la que produce el síndrome de Fröhlich, que se caracteriza, además de por obesidad, por un hipogonadismo central que de forma variable puede acompañarse también de diabetes insípida, retraso mental y déficit visual. En el síndrome de la silla turca vacía también puede asociarse una obesidad de origen hipotalámico.

1.4.3 Por efecto secundario de los medicamentos.

Son muy frecuentes los casos de obesidad secundarios a la toma de distintos tipos de fármacos como anticonceptivos orales, hidracidas, insulina, corticoides, hipoglucemiantes orales, antipsicóticos (sobre todo los atípicos), antidepresivos tricíclicos, ciproheptadina, etc. En general, los medicamentos que bloquean los receptores de histamina H_1 , de serotonina $5-HT_{2C}$ y de dopamina D_2 tienden a asociarse con ganancia ponderal de peso (Chinchilla, 2003).



1.1.4 Por género.

Una razón que explicaría la obesidad dependiendo del género, es que ésta afecta dos veces más a las mujeres que a los varones, porque la mujer tiene mayor porcentaje de grasa (25%) que el varón (15%). La incidencia de la obesidad aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 35 años, y está muy relacionada con los embarazos, por lo tanto, éstos pueden ser un precursor de la obesidad, ya que la mujer acumula 4 kg de grasa durante la gestación; muchas mujeres pierden la grasa después del parto, pero en otras la obesidad ya no remite (Baltasar, 2001).

Cabe mencionar que el trasfondo genético de la obesidad únicamente se manifiesta si además se dan otros factores como:

1.4.5 Factores sociales y ambientales.

El ritmo de crecimiento de la obesidad ha sido vertiginoso; en un principio, esto se presentaba principalmente en los estratos más altos de la sociedad y en zonas urbanas. Hoy, las cifras indican que la obesidad crece de manera más acelerada en los estratos más pobres, y que las zonas rurales no están exentas de ella (Arroyo, Loria, Fernández, Flegal, Kuri-Morales & Olaiz, 2000).

Bourdieu (2002), plantea que la selección de alimentos y el gusto son una construcción social que se hace en función del estrato social al que se pertenece, como una forma de marcar la distinción. Jack Goody, en 1995, señaló que con la comida se expresa la pertenencia a un grupo social, o la aspiración de pertenecer a un grupo social.

En la medida en que la población cuenta con los recursos económicos y sociales, prefiere comer alimentos que den muestra de que han superado su condición



marginal y se han incorporado al resto de la sociedad, como ocurre con los productos industrializados (Bertran, 2005).

Según Bertran (2007), éste es un elemento que al parecer puede explicar el aumento en el consumo de refrescos y también de otros alimentos de la llamada comida rápida, que si bien han disminuido de forma considerable su costo, siguen siendo más caros en relación con otros de la comida preparada, como los antojitos.

En el país, el abasto de alimentos ha ido en aumento desde los años sesenta. Según las hojas de balance de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2004), en México, la energía disponible por habitante pasó de 2407 kilocalorías en el trienio de 1961 a 1963 a 3112 kilocalorías en el trienio de 1979 a 1981. Desde entonces y hasta el año 2001, la energía per cápita no ha bajado de las 3000 kilocalorías, cuando las recomendaciones son de alrededor de 2100 kilocalorías para la población adulta. En consecuencia, se observa un aumento paulatino en el consumo aparente de aceite, azúcar, carne y lácteos.

Ortiz (2006) analizó la evolución de los precios de los alimentos en México desde los años sesenta y observó que mientras el costo relativo de las frutas y verduras se incrementaba, el de los alimentos de gran densidad energética disminuía.

El tránsito de la escasez a la abundancia, en algunos sectores, puede ser un elemento que genere sobrealimentación. Es probable que en México, junto con las limitaciones económicas, éste sea un factor que condicione que los estratos más bajos tengan un consumo mayor de alimentos de elevada densidad energética.

En el estudio que efectuó Ortiz (2006), llamó la atención el caso del aumento en el consumo de refrescos, pese a que su precio también ha crecido. Esto pone de manifiesto que, en situaciones particulares, los factores socioculturales pueden ser más importantes que las limitaciones económicas. México ocupa el segundo lugar



del mundo en el consumo per cápita de refrescos, con cifras de alrededor de 150 litros por persona al año.

En un estudio que realizó Bertran en el año 2006 acerca de las ideas que tiene la población de la Ciudad de México sobre los alimentos saludables, encontramos que personas de estrato bajo señalaron que los refrescos les parecían buenos porque son higiénicos, en contraste con la calidad del agua potable.

Es muy probable que se trate de un gusto adquirido culturalmente, en el que se insertan los refrescos y las bebidas endulzadas en general y en la medida en que son accesibles a un amplio sector de la población, se consumen, simplemente por una cuestión de sabor, ya que es preferible ingerir bebidas con sabor, que agua simple aunque es bien sabido que beber refrescos y bebidas endulzadas resulta perjudicial a lo largo del tiempo.

La sociabilidad y las ocasiones para reafirmar las relaciones sociales son uno de los puntos centrales en el consumo de alimentos, o en su ingestión excesiva en todos los estratos sociales. Fines de semana, salidas con los amigos, comidas para reunir a la familia, fiestas y celebraciones son ocasiones para comer. Usualmente se escogen alimentos que en teoría no se consumen de forma cotidiana. Sin embargo, el aumento en la frecuencia de estos acontecimientos, junto con el incremento en la disponibilidad de alimentos, constituye un factor a considerar para explicar el crecimiento en el consumo de platillos usados sólo en fiestas, como tamales, carnitas, barbacoa, mixiotes, mole, etc. (Bertran, 2001).

Es importante no dejar de lado que en la mayoría de estas reuniones se acostumbra acompañar los alimentos o hacer “sobremesa” bebiendo alcohol. Esto resulta relevante porque el alcohol sin mezclar, contiene calorías. Si el consumo es leve, no existe mayor problema, pero en muchas ocasiones, dado que se trata de reuniones para “celebrar” algún acontecimiento, el consumo suele ser excesivo, dando como resultado, una ingesta adicional de calorías. Además, cabe mencionar, que generalmente el alcohol se ingiere combinado con algún tipo de bebida



añadida, tales como refrescos, jugos, jarabes, etc., los cuales proporcionan otro extra en la ingesta calórica.

Por otro lado, se observa que en nuestra sociedad, las ocasiones para comer son cada vez más frecuentes, lo que Fischler (1995) denomina *contactos con la comida* (food contacts).

No debemos olvidar que el consumo de alimentos aun cuando es un proceso sociocultural como cualquier actividad humana, tiene efectos en el organismo, en la corporalidad. La comida se interioriza en el organismo y se convierte en parte de él.

En la actualidad existen creencias y percepciones acerca de los efectos que tienen los alimentos en el organismo y, por lo tanto, en la imagen corporal. La delgadez, la obesidad, el vigor, la fuerza, la apariencia de la piel, del cabello, la belleza, son productos del tipo y la cantidad de comida y se constituye en un elemento más que se pone en juego a la hora de elegir qué comer (García-García, 2010).

Para Montero (2001), la imagen es un asunto personal; no tener un cuerpo aceptable socialmente puede ser motivo de sensación de fracaso, de malestar, de falta de autoestima. Este factor, junto con los cambios en los papeles sociales tanto de mujeres como de hombres y la difusión de un ideal estético de delgadez, probablemente sean los detonantes de la búsqueda de métodos de control de peso: ejercicios, dietas de reducción, masajes, cremas, suplementos, actualmente son productos presentes en el mercado. Los profesionales de la salud dedicados al sobrepeso y la obesidad se encuentran en medio de todos estos productos, y tratan de competir con ellos.

La preocupación por la obesidad en términos de sus efectos en la salud, parece estar más en los organismos de salud pública que en la población. Un trabajo de investigación realizado por Bertran en 2007 en la Ciudad de México, apunta hacia la idea de que a la población le preocupa el peso por cómo se ve, más que por el



riesgo de padecer una enfermedad, es decir, la salud no es necesariamente la ausencia de enfermedad, sino la expresión de una imagen corporal.

El personal de salud debe ser sensible y estar atento cuando la sensación de fracaso se presenta en los pacientes y trabajar con ella (no contra ella), ya que es fruto del contexto sociocultural. Es por eso que la atención a los problemas alimentarios, nutrimentales y de salud relacionados con la comida debe considerar los elementos del contexto en el que se encuentra una población para entender a cabalidad su surgimiento, su funcionamiento y, por tanto, poder plantear soluciones acordes con las circunstancias específicas de cada población (Bertran, 2007, en García-García, 2010).

1.4.6 Inseguridad alimentaria

La seguridad alimentaria, desde la perspectiva de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (conocida por sus siglas en inglés - FAO-), existe cuando todas las personas tienen acceso en todo momento (ya sea físico, social y económico) a alimentos suficientes, seguros y nutritivos para cubrir sus necesidades nutricionales y las preferencias culturales para una vida sana y activa.

Con base en esta definición, se entiende por inseguridad alimentaria el no tener acceso a los alimentos que supone cubrirán las necesidades de las personas-ya sea por no contar con el dinero suficiente para obtenerlo o por la no-existencia de los productos en el mercado- y pese a tener acceso a ellos, se requiere que éste sea de manera periódica, porque la falta de tal acceso representa un riesgo para la condición nutricional. Las condiciones climáticas adversas (la sequía, las inundaciones), factores sociales (la inestabilidad política, el desempleo, el aumento de los precios), pueden incidir en la condición de seguridad alimentaria de las personas (FAO, 2011).



Se ha sugerido que la inseguridad alimentaria puede aumentar el riesgo de sobrepeso, dado que en los hogares donde se experimenta, se destina un mayor gasto a la compra de alimentos de alta densidad energética, menor precio y mayor capacidad para generar saciedad (Dietz, 1995).

En escolares de la Ciudad de México se encontró que la inseguridad alimentaria correspondía con un mayor consumo de cereales con grasas, así como de alimentos salados y dulces de alta densidad energética. (Ortiz-Hernández, Acosta, Núñez, Peralta y Ruiz, 2007).

En una muestra de mujeres mexicanas se halló que aquéllas con inseguridad alimentaria consumían menos frutas y más alimentos de alta densidad energética (sobre todo pizza y antojitos mexicanos), pero más cereales (tortilla y sopa de pasta). En México, el costo de las frutas tiende a ser mayor al de los cereales. Estos estudios muestran, en conjunto, que en efecto, las personas con inseguridad alimentaria tienden a elegir los alimentos en función de su costo. (Ortiz, 2006).

Otra explicación que han propuesto Olson en 1999 y Townsend en 2001, es que los sujetos que con frecuencia sufren inseguridad alimentaria, la experimentan como una restricción cognitiva, lo cual hace que más tarde centren su atención en los alimentos, que se expresa en atracones de comida cuando disponen de ella.

En escolares de la Ciudad de México de estrato socioeconómico bajo-en quienes se esperaría una mayor prevalencia de inseguridad alimentaria- se aprecian expresiones de desinhibición alimentaria de manera más frecuente, entre las que destacan comer sin hambre y comer todo el día de ser posible. (Delgado, Hurtado, Moreno, Vallejo, Ortiz, 2004).

Una tercera explicación parte de una lógica en la que los sujetos con inseguridad alimentaria experimentan ciclos de pérdida (en los momentos en que no tienen acceso a los alimentos) y ganancia de peso (cuando tienen acceso), lo que provoca



cambios metabólicos y en su composición corporal, que hacen más eficientes los mecanismos para acumular grasa corporal (Dietz, 1995).

En los estudios acerca de la inseguridad alimentaria y la obesidad, se han encontrado diferencias por sexo; se reporta una relación positiva en las mujeres, mientras que en los hombres la asociación es nula o negativa. Otra explicación se puede encontrar en los diversos papeles sociales que cumplen las mujeres; se ha reportado que en hogares con inseguridad alimentaria, las madres sacrifican su consumo para garantizar el de sus hijos, lo que podría significar una experiencia de inseguridad alimentaria más prolongada y, en consecuencia, una mayor exposición a los mecanismos que median la relación de ésta con la obesidad. (McIntyre, 2003, en García-García, 2010).

Es importante concluir, con base a lo que se ha descrito en las investigaciones antes mencionadas, que el sobrepeso y la obesidad en personas de escasos recursos se asocia con la falta de satisfacción de sus necesidades básicas, en este caso, el comer. En segundo lugar, las políticas orientadas a promover estilos de vida saludables deberían considerar la inclusión de estrategias como un “salario mínimo para una vida saludable” que garantice un acceso adecuado a todos los satisfactores para mantener la salud y prevenir el desarrollo de enfermedades. En tercera instancia, es primordial seguir con campañas de concientización para la población acerca de los hábitos del buen comer, no solamente mencionando cuáles son los alimentos más recomendables para un equilibrio alimenticio, sino la importancia de tener horarios establecidos para alimentarse y así prevenir largas horas de ayuno que se verán reflejadas en atracones, que elevan considerablemente las probabilidades de padecer obesidad.



1.5 COMORBILIDADES DE LA OBESIDAD

1.5.1 Comorbilidades médicas

El número y gravedad de complicaciones dependen de la severidad de la obesidad y el tiempo que se lleva sufriendo.

Las complicaciones médicas son muchas y muy variadas, pero se puede decir que, en general, las más predominantes son:

- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedades cardiovasculares de tipo coronaria y arterial (principalmente en la obesidad androide) tales como la hipertensión, hiperglucemia (resistencia a la insulina), hiperuricemia (aumento del ácido úrico), etc.
- Alteraciones digestivas: reflujo gastroesofágico, colelitiasis (causada por un aumento de la secreción de colesterol por la vía biliar), estreñimiento (que puede provocar hemorroides a largo plazo).
- Problemas ginecológicos: como periodos menstruales irregulares, infertilidad, etc.
- Alteraciones respiratorias: ya que el exceso de grasa ejerce una presión importante sobre el diafragma. Entre ellas se encuentra el síndrome de hipoventilación-obesidad (síndrome de Pickwick), síndrome de apnea de sueño (aparición de cinco o más pausas respiratorias de al menos 10 segundos de duración cada hora de sueño), ronquidos, etc.
- Dificultades circulatorias: como las várices.
- Alteraciones dermatológicas: como la acantosis nigricans (manchas oscuras en las coyunturas del cuerpo debidas a la resistencia de insulina, pero suele confundirse como suciedad en la piel), intertrigo (dermatosis provocada por el rozamiento repetido de superficies contrapuestas de la piel).
- Cáncer: entre los más frecuentes, de ovario, útero, mamas, próstata, etc.
- Alteraciones articulares: artrosis (fundamentalmente en rodillas y pies); afecciones en la columna vertebral, tanto cervical como dorso-lumbar.



-
- Alteraciones gonadales: en mujeres obesas se detecta un aumento en la producción de andrógenos, que terminan en alteraciones dermatológicas (acné, hirsutismo y alopecia androgénica). En el varón, se ha encontrado mayor prevalencia de oligospermia, impotencia, y valores reducidos de testosterona (Chinchilla, 2003).

1.5.2 Comorbilidades sociales de la obesidad

Además de las complicaciones que ya se mencionaron, existen problemas de tipo social asociados a la obesidad, tales como:

- ψ Limitaciones con la ropa (por la dificultad de encontrar tallas y prendas que resulten cómodas para su corporalidad)
- ψ Limitaciones en la actividad diaria: simplemente en su higiene y limpieza corporal, debido a que les resulta complicado poder asear el total de su superficie, tanto por la extensión de su piel como por la dificultad para moverse con agilidad, agacharse para limpiar la parte inferior de su cuerpo, poder alcanzar con sus brazos alguna parte de acceso difícil como la espalda, los glúteos, su zona genital, los pies, la parte trasera de la cabeza, etc.
- ψ Acceso limitado para sentarse: por el tamaño “reducido” (respecto a su tamaño corporal) de las sillas, los asientos en el transporte público donde puedan “caber” adecuada y cómodamente y, en general, acceso libre y sin dificultades en lugares públicos tales como cines, restaurantes, estéticas, lugares estrechos como automóviles pequeños o medianos, puertas angostas, sanitarios, etc.
- ψ Dificultades para desplazarse: el simple hecho de caminar, subir escaleras o ligeras pendientes o rampas, representan grandes obstáculos para ellos.
- ψ Limitaciones de tipo sexual: por la dificultad del contacto cuerpo a cuerpo por el gran volumen de su anatomía y porque finalmente resulta un actividad física que los agota en demasía.



Otro tipo de complicaciones que tiene son de tipo económico, por mencionar algunas, las grandes sumas de dinero que gastan en realizar regímenes inútiles para poder bajar de peso (dietas, medicamentos, “productos milagro”, cremas, consultas médicas con bariatras, nutriólogos, tratamientos de medicina alternativa, comidas especiales, etc.), el costo por atención médica por problemas ocasionados por las comorbilidades de las que ya hablamos con anterioridad, etc. También mencionamos la dificultad para encontrar ropa y calzado adecuado para ellos, por lo cual, cuando los consiguen, el precio suele ser más elevado respecto al precio para el público en general, ya que son consideradas “prendas especiales” por el trabajo y material extra que se requiere para su fabricación.

Aunado a esto, las oportunidades para encontrar un trabajo que puedan realizar con todas las limitaciones que ya mencionamos, son pocas, provocando que los salarios que obtienen sea insuficientes para poder costear su obesidad, y, probablemente lo que ocasiona más gastos a su economía, la exorbitante cantidad de dinero que pueden llegar a gastar para comprar la elevada cantidad de alimentos que ingieren.

Baltasar (2001) menciona que las complicaciones psiquiátricas son otro obstáculo para estas personas, ya que tienen una elevada propensión a la depresión, a la ansiedad, al retiro social, a las alteraciones de tipo neurológico y marcados sentimientos de culpa e incapacidad. Más adelante, se describirán con mayor precisión éste tipo de comorbilidades.

1.6 TRATAMIENTOS DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Los principales tratamientos utilizados para los enfermos con obesidad mórbida son los programas de modificación de conducta, las dietas hipocalóricas, el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico (SEEDO, 2000, en Barriguete, 2011).



1.6.1 Programas de modificación de conducta

A través de un enfoque conductual, la finalidad es modificar el patrón alimentario y la actividad física del paciente, además de combinarlo con una educación nutricional y un tratamiento dietético que provoque un balance negativo. Aproximadamente, se pierden 0.5 kg a la semana y tiene una duración de 16 a 20 semanas. Cabe mencionar que el mantenimiento de peso a largo plazo no es exitoso, probablemente debido a que la pérdida de peso no es muy elevada y el riesgo de recaídas es muy frecuente.

Lo que se le enseña al paciente consiste en: aprender conocimientos básicos sobre la dieta, el ejercicio físico y la forma de vida; realizar autoregistro de lo que ingiere, dónde lo come, con quién, cuáles son los sentimientos que experimenta al momento de comer y el grado de hambre o saciedad que tiene. Además, se le va induciendo poco a poco para que realice cambios en la forma y el estilo de vida (no comer fuera del horario, ingerir sus alimentos en la mesa, tener un horario bien establecido para las comidas, comer lentamente, no realizar otras actividades mientras se come y, por último, tener un control de los estímulos individuales y sociales que lo inducen a comer).

Psicoterapeutas con orientación cognitiva aseguran que la modificación de la conducta se verá realizada siempre y cuando exista primero un cambio a nivel cognitivo del paciente, esto quiere decir, se piensen como personas delgadas y logren modificar sus patrones de pensamiento para que no vuelvan a recaer en viejos hábitos de comportamiento.

Una de las terapeutas que defienden esta postura es la Dra. Judith Beck, la cual desarrolló "El Método Beck para Adelgazar", el cual está basado en las técnicas de terapia cognitiva, de duración aproximada de 6 semanas, que con la instrucción adecuada por parte del psicólogo y una dieta bien establecida por un nutriólogo, le ayudarán a los pacientes a cambiar su manera de pensar y su conducta alimentaria no solo a corto plazo, sino durante el resto de sus vidas (Beck, 2009).



Se ha planteado que también desde la perspectiva psicoanalítica la obesidad puede ser “tratada”, aunque es raro que los psicoanalistas la traten como principal objetivo; ellos no son “dietistas”; los pacientes obesos se aceptan con el entendimiento de que la terapia se centrará en los conflictos psíquicos más que en el peso (Villegas, 2003).

De acuerdo con Casariego, Calleja, Palacio, Ballesteros y Cano, 2010, en Paniagua, 2013, las opciones de tratamiento dietético son:

1.6.2 Dietas hipocalóricas

Se trata de que el paciente ingiera una dieta de 400 a 800 kcal/día en forma de alimentos (ya sea en forma líquida o sólida). De alto contenido en proteínas de alta calidad e hidratos de carbono, enriquecidas con vitaminas y oligoelementos, debe llevarse a cabo bajo control médico y hospitalario y sólo dentro de un marco de tiempo de 12 semanas. Al igual que los programas de modificación de conducta, el mantenimiento de peso a largo plazo es bajo.

Dietas de muy bajo contenido calórico: en las cuales se suministran menos de 12kcal/kg. Son dietas hiperprotéicas (50 a 60 g/día de proteínas de alto valor biológico con el fin de prevenir la pérdida de masa magra). Contienen además 50g/día de hidratos de carbono y de 7-10 g/día de grasa (suficientes para garantizar la ingesta mínima de ácidos grasos esenciales) y 15-30g/día de fibra, cubriendo así el 100% de las cantidades diarias recomendadas de micronutrientes.

Si son usadas como fuente única de alimentación, producen mayor pérdida de peso a corto plazo que las dietas moderadamente hipocalóricas, alcanzando pérdidas de hasta 20 kg en doce semanas.

Además, se observan mejoras sustanciales en diversos factores de riesgo cardiovascular, como disminución de la tensión arterial, pero presentan efectos secundarios como fatiga, mareos, pérdida de cabello, uñas frágiles, estreñimiento, etc.



Dietas bajas en hidratos de carbono: tales como la dieta Atkins y la South Beach, las cuales defienden la idea de que los problemas de peso son el resultado de una supuesta incapacidad del cuerpo para metabolizar de manera adecuada los hidratos de carbono. Por lo cual, su ingesta se restringe de manera severa en la fase inicial de la dieta (Villegas, 2003).

1.6.3 Tratamientos farmacológicos

Son de uso paliativo solamente, ya que la obesidad rara vez suele ser curada y si es así, no es debido a tratamiento farmacológico sino a otras medidas para mitigarla. Actualmente existen muchos fármacos en fase de desarrollo o de investigación, pero solo uno es utilizado para el tratamiento de la obesidad:

*Orlistat (tetrahidrolipstatina): inhibidor de la lipasa pancreática que bloquea parcialmente la absorción de lípidos, con un máximo del 30% de inhibición de la absorción de grasa con una dosis de 120 mg, 3 veces al día (Barriguete, 2011). Se ha comprobado que la recuperación de peso a largo plazo es menor en comparación con los otros 2 métodos antes descritos.

La elección del tratamiento debe ser hecha con base en varios factores, como pueden ser el estado médico y psiquiátrico, el apoyo psicológico, los hábitos alimentarios, la activación física, la existencia de otros tratamientos previos y la preferencia del paciente.

1.6.4 Cirugía bariátrica

El último método utilizado, y que se ha comprobado es el que mayores resultados positivos da (mayor mantenimiento del peso a largo plazo y mejoría del estado psicológico en general), es la **cirugía bariátrica** (Ballantyne, 2003)

La denominación de cirugía bariátrica viene del griego “baros” que significa “peso” y de “iatrein” que significa “tratamiento”. Es el tratamiento de la obesidad por medio de la cirugía.



*Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a
cirugía bariátrica.*

Los primeros pasos se dieron en la Universidad de Minnesota en 1954, pero no es hasta la década de los años 60 cuando el Dr. W. Payne de Los Ángeles, California, publica las primeras series de pacientes operados con la cirugía malabsortiva (más adelante se explicarán a detalle cuáles son los tipos de cirugía que existen).

El Dr. Edward Mason de la Universidad de Iowa, realizó en Mayo de 1966 la primera derivación gástrica=bypass gástrico. Fue un cambio total e importantísimo de una cirugía que producía malabsorción a una que producía restricción de la cantidad de comida ingerida, operando el estómago.

En Italia, el Dr. Nicola Scopinaro, el “padre europeo” de la terapia de la obesidad, aportó un concepto muy importante, que es el de la “cirugía mixta”.

Muchos otros cirujanos pioneros, con mucha imaginación y una extrema dedicación, diseñaron técnicas y operaciones. Los Dres. Torres y Oca definieron la diferencia entre un bypass gástrico “proximal” y “distal” para ofrecerlo a los mórbidos el primero y a los superobesos el segundo. Los Dres. Salmon, Hess y Marceau han dado nombre a otras técnicas y conceptos. (Baltasar, 2001).

La gran pregunta que se hace en torno a la utilización de la cirugía como un método para tratar la obesidad es: ¿si la causa de esta enfermedad radica en el diencéfalo, o sea, en una parte del cerebro que debiera regular el gasto energético, me lo puede corregir la cirugía?

La respuesta ante esta pregunta es que la cirugía no pretende tratar la causa de la obesidad, ya que la operación se hace en órganos que no están enfermos, así que la cirugía sólo trata de hacer perder peso manipulando las funciones del aparato digestivo.



¿Cuál es el mecanismo del proceso digestivo?

El estómago, contrariamente a la creencia popular, no es un lugar donde se absorbe la comida, ya que es sólo una bolsa de almacenamiento temporal de los alimentos, que puede albergar hasta un volumen de litro y medio. El píloro, un músculo que actúa como un esfínter, que se abre y se cierra, regula el vaciado del estómago de forma espaciada.

Al ingerir la comida, la principal función del estómago es triturar los alimentos mediante las enzimas que segrega, ácido clorhídrico y otros productos químicos que continúan el proceso digestivo que comienza en la boca.

La saciedad ocurre cuando no cabe más alimento en el estómago y se tiene que dejar de comer. En las personas no obesas que comen lentamente, el estómago, según se va llenando, manda órdenes al cerebro que le indican que debe dejar de comer.

Pero, ¿qué pasa con el obeso mórbido? La mayoría de ellos son engullidores de comida, es decir, comen muy rápido y casi siempre dejan el plato vacío; en ocasiones comen cantidades desorbitantes de comida, que provoca que llenen su estómago con rapidez, pero las órdenes que deben de ir desde el estómago hasta el cerebro, o no funcionan bien o están retrasadas, con lo cual la comida ingerida ha llenado su estómago totalmente sin darse prácticamente cuenta y, más importante todavía, sin que el cerebro le haya dado tiempo a decir ¡basta! (Baltasar, 2001)

Dada ésta explicación, hay dos partes en las que los cirujanos intervienen para hacer perder peso: el estómago y el intestino delgado. Las operaciones que se hagan en el estómago restringirán la cantidad de comida que se ingiere, por eso reciben el nombre de “restrictivas”.



Si impide que se absorba la comida, las operaciones reciben el nombre de “malabsortivas”, es decir, evitan que la comida pase desde el intestino a la sangre. En general, reducen la superficie o la longitud del intestino delgado en contacto con los alimentos.

Incluso puede hacer las dos cosas a la vez. Si se restringe la ingesta y a la vez se produce malabsorción, las operaciones se llamarán “mixtas o híbridas”.

En la actualidad, se practican tres tipos de técnicas quirúrgicas (Balsinger, 2000, en Barriguete, 2011):

1) Técnicas que producen una restricción gástrica (disminuyen la capacidad mecánica del estómago) como la gastroplastía vertical bandeada (Técnica de Mason) o la laparoscopia gástrica bandeada, que reduce la capacidad del estómago a una pequeña bolsa de 15 ml que está grapada quirúrgicamente con una banda para retrasar la eliminación de 9-10 mm de diámetro. De elección en obesidades mórbidas simples.

2) Técnicas que además de disminuir la capacidad de la parte proximal del estómago establecen malabsorción: bypass gástrico o gastroenteroanastomosis (en Y de Roux), en el cual se grapa una pequeña parte de la zona proximal del estómago (de 15 ml de capacidad) que se une con el intestino.

Se utiliza cuando hay una obesidad muy severa o cuando existen complicaciones tras una gastroplastía (poca pérdida ponderal, dehiscencias,...). De elección en obesos mórbidos que ingieren gran cantidad de alimentos ricos en azúcares.

3) Técnicas mixtas entre las que se encuentran el cortocircuito biliopancreático y las que unen una gastroplastía vertical anillada con un bypass gástrico. De elección en obesos extremos.

Actualmente las tasas de mortalidad por el tratamiento quirúrgico en pacientes con obesidad mórbida son menores a un 0.5% (respiratorias, infecciosas,



eventraciones, déficits nutricionales, síndrome de dumping, etc.) y la morbilidad asociada es insignificante si se compara con la morbilidad de la obesidad en sí misma. Aunque la pérdida de peso a corto plazo es mayor con el bypass gástrico que con la gastroplastía, la gastroenteroanastomosis es más difícil técnicamente, ya que produce déficit de hierro y se ha descrito que las diferencias a largo plazo no son importantes.

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2010) para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad, los criterios para seleccionar a un paciente para realizarle cirugía bariátrica son:

- Estará indicado en los individuos adultos con IMC mayor o igual a 40 kg/m² o mayor o igual a 35 kg/m² asociados a comorbilidad, cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endócrino. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente.
- En el caso de las personas de 16 a 18 años, se podrá realizar tratamiento quirúrgico exclusivamente en aquéllas que hayan concluido su desarrollo físico, psicológico y sexual, en establecimientos de atención médica de alta especialidad, como parte de protocolos de investigación, revisados y aprobados por una Comisión de Ética, bajo la atención de equipos multidisciplinarios y sólo si presentan comorbilidades importantes.
- Que no exista alcoholismo u otra drogodependencia o enfermedad psiquiátrica grave.
- Que exista una adecuada comprensión de las alteraciones producidas por la intervención y una buena posibilidad de adhesión a la estrategia terapéutica propuesta.
- La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anestesiólogo, internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica.



La Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad, en 1997, creó una lista de requisitos para el cirujano bariatra, la cual fue realizada con el objetivo de optimizar la seguridad y la efectividad, a largo plazo, de las operaciones bariátricas para los pacientes, llamada Declaración de Cancún sobre los requisitos del cirujano bariátrico, la cual, plantea lo siguiente:

- I. Estar totalmente entrenado y calificado como cirujano general/gastrointestinal, habiendo finalizado un programa reconocido de cirugía general/gastrointestinal.
- II. Haber finalizado un programa supervisado en todos los aspectos de la cirugía bariátrica que incluya la educación al paciente, grupos de soporte, técnicas operatorias y cuidados postoperatorios, con un cirujano bariátrico designado por IFSO o una Sociedad Nacional reconocida de cirugía de la obesidad o con un cirujano que haya realizado al menos 200 operaciones bariátricas y tenga cinco o más años de experiencia en el campo de la cirugía de la obesidad.
- III. Estar bien informado y al día en sus conocimientos bariátricos y la literatura de la obesidad, como los contenidos en la revista "Obesity Surgery".
- IV. Ser miembro, o haberlo solicitado, de IFSO o de una Sociedad nacional reconocida, o si no existiera una sociedad nacional, de IFSO directamente.
- V. Haber asistido al menos a un Congreso de IFSO o a una Reunión nacional o a uno de sus cursos.
- VI. Estar firmemente comprometido a dar la información y educación necesarias y al seguimiento de por vida de sus pacientes bariátricos.
- VII. Realizar la cirugía en instituciones donde haga todo esfuerzo razonable para obtener el equipo, instalaciones y sistemas de soporte para el confort, seguridad y dignidad de los pacientes bariátricos.

La cirugía bariátrica ha mostrado producir resultados diferentes en cada paciente, variaciones que se atribuyen al procedimiento y a otros factores no quirúrgicos; la cirugía bariátrica es una modificación de conducta forzada, en la que los factores psicológicos juegan un papel determinante en los resultados (Van Hout, 2004).



CAPÍTULO 2. PERSONALIDAD

2.1 Definición de personalidad

Obtener una definición única y general acerca del concepto de personalidad ha resultado una tarea casi imposible, ya que a lo largo de la historia nos hemos topado con las diferentes perspectivas e ideologías que tienen las personas que se interesan en el estudio de la personalidad.

Lo que sí se ha podido definir es la raíz etimológica de esta palabra, la cual proviene del latín “persona”, el cual significa máscara, papel o carácter. Esta palabra fue originalmente usada para la máscara utilizada por los actores en los antiguos dramas griegos. Con el término personalidad se hace referencia a la apariencia que cada sujeto quiere representar de acuerdo con la situación o el contexto en el que se encuentra (Duane, 2009).

El diccionario Webster, en su versión completa define a la personalidad como patrones y características habituales de la conducta de un individuo que se expresan en actividades y actitudes físicas y mentales; características individuales distintivas de una persona, consideradas de manera colectiva. Más sencillamente, la personalidad es su patrón individual de pensamiento, sentimiento y acción (McKechnie, 1983, en Frager & Fadiman, 2010)

Al hablar de personalidad, como ya se mencionó antes, depende mucho la orientación ideológica que tenga la persona que habla de ella, por eso, durante la historia de la humanidad, diferentes teóricos han escrito y planteado sus propuestas. Dentro de la historia de la psicología, son muchas las definiciones que se han acuñado, así que mencionaré las más relevantes a modo de tener un marco referencial para este estudio de la personalidad.



2.2 PRINCIPALES TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

2.1 Teorías psicodinámicas

Una de las teorías de la personalidad más conocidas y estudiadas ha sido la psicoanalítica; uno de sus principales representantes, Sigmund Freud, plantea que la personalidad se divide en 3 entidades:

- ψ 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.
- ψ 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.
- ψ El Superyó 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.

Freud opinaba que el desarrollo de la personalidad era el despliegue de las pulsiones sexuales; conforme la persona iba desarrollándose biológicamente, diversas zonas, dependiendo de la edad en la que se encontrara, serían puntos de estimulación placentera situados en 4 etapas de desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica y genital. Cada una de estas etapas tiene sus propias necesidades y particularidades que, si no son satisfechas a su debido tiempo, provocarán anomalías en el desarrollo de la personalidad del individuo, como las fijaciones, entendiéndose como la detención del desarrollo en alguna de las etapas (Lara, 2003).

Mientras Freud describía la estructura de la personalidad en términos de tres fuerzas que están en conflicto, Carl Jung la concibió como una red compleja de sistemas interactuantes que luchan hacia la armonía final: los primarios son el yo, el inconsciente personal con sus complejos y el inconsciente colectivo y sus



arquetipos. Jung también describió dos actitudes primarias hacia la realidad y cuatro funciones básicas, las cuales, juntas, constituyen aspectos separados pero relacionados de la psique o personalidad total (en Engler, 1996).

Jung descubrió que es posible definir a las personas como orientadas al interior o al exterior. El introvertido se siente más a sus anchas en el mundo interior de la reflexión y los sentimientos; ven el mundo de acuerdo con el modo en que los afecta, mientras que el extrvertido prefiere el mundo de los objetos y la relación con los demás; ellos se ocupan más de su propio impacto sobre el mundo. Es importante mencionar que no hay extrvertidos ni introvertidos puros. Aun así, cada quien suele preferir una actitud sobre la otra y en general se desenvuelve de acuerdo con ella.

Jung descubrió que las personas conciben, sienten y viven el mundo de maneras fundamentalmente diferentes, identificando así cuatro funciones psicológicas fundamentales: pensamiento, sentimiento, sensación e intuición. Cada función puede experimentarse de manera introvertida o extrvertida.

Acerca del concepto de inconsciente, Jung enfatiza en que, debido a su propia naturaleza, no es posible conocerlo y por ello se le debe describir en relación con la conciencia, que no tiene límites desde el punto de vista teórico. Para esto, lo clasificó en personal y colectivo. El primero se refiere al pasado del individuo; se compone de recuerdos que son dolorosos y han sido reprimidos junto con los recuerdos que, debido a su irrelevancia, se eliminan de la conciencia.

El inconsciente colectivo o transpersonal, Jung lo define como el centro de todo el material psíquico que no se origina en la experiencia personal. Su contenido y sus imágenes parecen compartidos con gente de todas las épocas y todas las culturas. Aunque maduremos en forma diferente y nos transformemos en personas singulares, el inconsciente colectivo es común a todos y por ende, es uno (Jung, 1951, en Frager y Fadiman, 2010).



Es importante mencionar el concepto de arquetipo, que son tendencias o predisposiciones heredadas para responder al mundo de formas determinadas. Son imágenes primordiales, representaciones de las energías instintivas del inconsciente colectivo. Los arquetipos conforman la infraestructura de la psique; el contenido de la psique de cada persona, al igual que sus experiencias, es único e irrepetible; sin embargo, las pautas generales en las que se encuadran éstas experiencias están determinadas por parámetros universales y principios generadores (Campbell, 1988, en Frager y Fadiman, 2010).

2.2.2 Teorías del aprendizaje y el comportamiento.

B. F. Skinner llevó las creencias y conceptos de la teoría conductista de Watson hasta su extremo lógico. Coincidió con éste en que es improductivo y tonto referirse a estructuras de la personalidad que no pueden ser observadas en forma directa. Por tanto, Skinner desarrolló una psicología que se concentra no en la persona, sino sólo en aquellas variables y fuerzas en el ambiente que influyen en ella y que pueden ser observadas de manera directa.

También creía que era innecesario plantear fuerzas internas o estados motivacionales dentro de una persona como factores causales de la conducta; no negaba que ocurrieran tales estados, pero afirmaba que eran productos secundarios importantes de la conducta, tan sólo encontraba útil usarlos como variables causales debido a que no pueden ser definidos operacionalmente y no puede ser medida su intensidad (en Engler, 1996).

Skinner distinguió dos tipos de conducta: respondiente y operante. La primera se refiere a reflejos o respuestas automáticas que son producidas por estímulos; estas conductas no son aprendidas, ocurren de manera involuntaria y automática. Sin embargo, este tipo de conductas pueden ser condicionadas o cambiadas por medio del aprendizaje.



Las conductas operantes son respuestas emitidas sin que necesariamente esté presente un estímulo, ocurren de manera espontánea. El condicionamiento operante es el proceso de incitar y mantener una conducta por medio de sus consecuencias. Por tanto, no sólo tiene en consideración lo que se presenta antes de la respuesta, sino lo que sucede después: “cuando una conducta es seguida de determinada consecuencia, es más probable que vuelva a presentarse, y la consecuencia que tiene ese efecto se llama reforzador” (Skinner, 1971, en Frager & Fadiman, 2010).

Para Albert Bandura, Skinner es demasiado extremista en su énfasis primario sobre los factores externos; considera que la explicación skinneriana es incompleta y conduce a una visión truncada de la naturaleza humana debido a que no toma en cuenta procesos internos que también guían a la conducta. De acuerdo con Bandura, la conducta humana se debe a un determinismo recíproco que implica factores conductuales, cognoscitivos y ambientales. Los tres factores operan como “determinantes entrelazados” entre sí.

Aunque los estímulos ambientales influyen en la conducta, los factores personales individuales tales como las creencias y las expectativas también influyen en la manera en que nos comportamos (en Engler, 1996).

A diferencia de los conductistas tradicionales, Bandura afirmó que una parte importante del aprendizaje se genera a través de la observación; él demostró que a menudo se verifica un aprendizaje significativo cuando los sujetos simplemente observan modelos que tienen diferentes conductas. Llamó aprendizaje observacional (o vicario) a este tipo de aprendizaje que se produce “como función de observar la conducta de otros y sus consecuencias de refuerzo, sin que las respuestas modeladas sean abiertamente desempeñadas por el observador durante el periodo de exposición” (Bandura, 1965, en Frager & Fadiman, 2010). Recibimos refuerzos indirectos siempre que observamos que alguien recibe recompensas por su conducta.



Bandura utilizó el término autoeficacia como la confianza de una persona en su capacidad para producir efectos deseados mediante sus propias acciones (Bandura, 1997, en Frager & Fadiman, 2010). La teoría de la autoeficacia sostiene que esta confianza se encuentra entre los factores más importantes de nuestra conducta.

Una fuerte sensación de autoeficacia, permite desarrollar la paciencia y la perseverancia y lograr un nivel de rendimiento más alto. Las personas seguras de sí mismas toman las dificultades como desafíos y no como amenazas; tienen menos miedo al fracaso, aspiraciones más elevadas y una alta capacidad para resolver problemas. Por otra parte, una sensación débil de autoeficacia crea sentimientos de impotencia y da lugar a la idea de que los esfuerzos resultarán en fracasos; las pequeñas dificultades generalmente provocan que este tipo de personas se rindan. Carecer de sensación de autoeficacia puede perjudicar la motivación, disminuir los objetivos e incluso afectar la salud (Frager & Fadiman, 2010).

2.2.3 Teorías de los rasgos

Gordon Allport describió y clasificó más de 50 definiciones de personalidad antes de desarrollar una propia en 1937 e incluso, en 1961, hizo una revisión de ésta, dejando como resultado final que la personalidad es la “organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamientos característicos”. Cada palabra en esta definición fue elegida con cuidado. La personalidad es organizada (estructurada), dinámica (con movimiento y cambiante), psicofísica (implica tanto a la mente como al cuerpo), determinada (estructurada por el pasado y predispuesta por el futuro) y característica (única para cada individuo) (Allport, 1961, en Engler, 1996).

La exhaustiva definición de personalidad de Allport sugiere que los seres humanos son tanto un producto como un proceso; las personas poseen una cierta estructura organizada y, al mismo tiempo, tienen capacidad para cambiar (Feist & Feist, 2007).



Allport (1960, en Engler, 1996), distinguió entre la teoría de la continuidad y la discontinuidad de la personalidad y abogó por una teoría de este último término. Una teoría de la discontinuidad sugiere que el desarrollo de la personalidad es en esencia la acumulación de habilidades, hábitos y discriminaciones, sin que en realidad aparezca nada nuevo en la estructura de la persona. Los cambios son sólo cuantitativos en relación a la cantidad de recursos.

Para Allport, las estructuras más importantes son aquéllas que permiten la descripción de la persona en términos de características individuales, a las cuales denominó “rasgos personales”. Exploró el concepto de rasgo con más detenimiento que cualquier otro teórico de la personalidad, proponiendo una concepción biofísica de los rasgos como estructuras neuropsíquicas, enfatizando que se encuentran dentro de la persona e influyen en la conducta; no son simples denominaciones usadas para describir o clasificar conductas. Decía que son una tendencia determinante o predisposición a responder ante el mundo en ciertas formas; son consistentes y perdurables, explican la consistencia de la conducta humana (Feist & Feist, 2007).

Clasificó a los rasgos en dos posturas: los rasgos comunes, que son constructos hipotéticos que permiten comparar a los individuos dentro de una cultura determinada, ya que los individuos normales en cualquier cultura específica, tienden a desarrollarse a lo largo de modos o líneas de adaptación similares.

También distinguió los rasgos individuales, mejor conocidos como disposiciones personales, que refieren que pueden hacerse comparaciones entre personas pero en el último análisis ningún par de individuos serán exactamente iguales. Una disposición personal es, como un rasgo, una característica determinante general, pero es única para el individuo que la tiene.

Mientras que los rasgos comunes colocan a los individuos en categorías comparables, las disposiciones personales, si son diagnosticadas de manera



correcta, describen de forma más precisa el carácter único del individuo (Engler, 1996).

Dentro de las disposiciones personales, Allport describió 3 clasificaciones adicionales para éstas, siendo la primera la disposición cardinal, que se refiere a una disposición muy penetrante, que casi toda la conducta del individuo parece estar influida por tal disposición. La segunda clasificación son las disposiciones centrales, que se refieren a tendencias muy características de un individuo (por ejemplo, inteligente, responsable, independiente, etc.). Allport sugirió que el número de disposiciones centrales necesario para describir las características esenciales de un individuo, por lo común varía entre 5 y 10.

Por último, se encuentran las disposiciones secundarias, que son tendencias enfocadas más específicas que a menudo son de carácter situacional y menos cruciales para la estructura de la personalidad.

Además de estos términos, Allport utilizó el concepto de lo que llamó “propio ser”, que se refiere a las experiencias centrales de conocimiento de sí mismos que tienen las personas conforme crecen y progresan. El propio ser es definido en términos de sus funciones o de las cosas que realiza, por lo cual, Allport describió siete funciones propias en una persona. Ninguna de estas es innata, se desarrollan en forma gradual a través del tiempo conforme un individuo se desplaza de la infancia a la edad adulta. Juntas, las actividades del propio ser constituyen un propósito evolutivo del yo. Estas funciones son:

- ✓ Yo Corporal
- ✓ Identidad de sí mismo
- ✓ Autoestima
- ✓ Autoextensión
- ✓ Imagen de sí mismo
- ✓ Afrontador racional
- ✓ Lucha propia



El concepto de autonomía funcional es el postulado más característico de Allport, y, al mismo tiempo, el más controvertido. Es la explicación que da este autor para los innumerables motivos humanos que, al parecer, no son explicados por los principios hedonistas o de reducción de tensiones. La autonomía funcional representa una teoría de motivos cambiantes por contraste con los motivos invariables y es la piedra angular de las ideas sobre la motivación de Allport.

Este concepto sostiene que algunos de los motivos humanos, aunque no todos, son funcionalmente independientes del motivo original que provocó la conducta correspondiente. Si un motivo es funcionalmente autónomo, puede servir para explicar una conducta y no es necesario buscar causas ocultas o primordiales más allá del mismo. Esta idea de que gran parte de la conducta humana se basa en un interés presente y en elecciones consientes concuerda con la idea común de que las personas hacemos ciertas cosas simplemente porque nos gusta hacerlas (Feist & Feist, 2007).

2.2.4 Teorías humanistas.

La teoría de la personalidad de Abraham H. Maslow, se apoya en varios supuestos básicos sobre la motivación. Él adoptó un enfoque holístico de la motivación, es decir, la motivación afecta a la persona en su totalidad y no a una sola parte o función de la misma.

Segundo, la motivación suele ser compleja, lo que significa que la conducta de una persona puede proceder de varios motivos distintos. Además, la motivación para una conducta puede ser inconsciente o desconocida para la persona.

Un tercer supuesto es que las personas están continuamente motivadas por una u otra necesidad. Cuando una necesidad queda satisfecha suele perder su poder de motivación y es reemplazada por otra necesidad.

Otro supuesto es que todas las personas en todas partes están motivadas por las mismas necesidades básicas. El último supuesto sobre la motivación es que las



necesidades se pueden clasificar según una jerarquía (Maslow, 1970, en Feist & Feist, 2007)

Maslow enumeró las siguientes necesidades por orden de importancia: necesidades fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, respeto y autorrealización.

La autorrealización sólo es posible si las necesidades inferiores han sido satisfechas en forma suficiente de modo que no reduzcan o absorban las energías básicas de una persona.

Por su parte, Carl Rogers no plantea ninguna etapa específica del desarrollo de la personalidad de la infancia a la edad adulta; según este autor, los niños empiezan a desarrollar un vago concepto del yo cuando una parte de sus experiencias se personaliza y se distingue en su conciencia como experiencias del “yo”. Los niños se van haciendo conscientes de su propia identidad a medida que empiezan a valorar las experiencias como positivas o negativas usando como criterio la tendencia realizadora.

Una vez que los niños han creado una identidad rudimentaria, la tendencia realizadora del yo empieza a desarrollarse. La autorrealización es una parte de la tendencia realizadora, la cual hace referencia a experiencias orgánicas, es decir, afecta la totalidad de la persona, mientras que la autorrealización es la tendencia a hacer realidad el yo tal y como lo percibimos en nuestra consciencia. Cuando el organismo y el yo percibido están en armonía, las dos tendencias realizadoras son prácticamente idénticas, pero cuando las experiencias orgánicas de las personas no están en armonía con su idea consciente del yo, surge una discrepancia entre la tendencia realizadora y la tendencia de autorrealización, provocando un conflicto y una tensión interior (Rogers, 1959, en Feist & Feist, 2007).



2.2.5 Teorías cognitivo-conductuales.

La teoría de la personalidad básica de la Terapia Racional Emotiva (TRE) sugiere que los seres humanos en gran medida crean sus propias consecuencias emocionales. Albert Ellis, el principal defensor de este tipo de terapia; cree que las personas tienen fuertes inclinaciones innatas a vivir y ser felices, a buscar el placer y a evitar el dolor; sin embargo, las personas de todas las edades tienen numerosos pensamientos irracionales, sentimientos inadecuados y conductas disfuncionales que se inclinan a socavar su potencial. Los individuos nacen con una propensión distintiva a realizar conductas autodestructivas y aprenden, por medio del condicionamiento social, a exacerbar en lugar de minimizar dicha propensión.

Las personas crecen en grupos sociales y gastan mucha de su energía al tratar de impresionar, vivir de acuerdo con las expectativas y superar el desempeño de otros individuos. En la superficie, están “orientadas hacia el yo”, “buscan su identidad” o se encuentran “centradas en sí mismas”. Sin embargo, aún más importante, se definen a sí mismas como “buenas” o “valiosas” cuando creen que los demás los aceptan y los aprueban

De acuerdo con la teoría que hay detrás de la terapia racional emotiva conductual, las personas se trastornan psicológicamente por preocuparse en forma innecesaria y excesiva a sí mismas acerca de lo que piensan los demás.

La teoría del ABC de la personalidad de acuerdo con la TRE, sostiene que cuando una consecuencia emocional muy cargada (C) sigue a un evento de activación significativo (A), puede parecer que A causa a C pero en realidad no es así, ya que las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por B, es decir, el sistema de creencias del individuo (Ellis, 1999).

La terapia cognoscitiva de Aaron Beck está basada en una teoría de la personalidad que sostiene que la manera en que se piensa está determinada en gran parte por la forma en que los individuos sienten y se comportan.



Beck percibe a la personalidad como un reflejo de la organización y estructura cognoscitivas del individuo, las cuales son influidas tanto biológica como socialmente; además, la considera como moldeada por valores centrales o esquemas superordenados y percibe al malestar psicológico como “provocado” por varios factores. Este autor afirma que las personas responden ante tensionantes específicos debido a su aprendizaje.

Los conceptos implicados en la teoría cognoscitiva de Beck incluyen cogniciones, esquemas y distorsiones cognitivas o errores de lógica. Las cogniciones se refieren a la conciencia de una persona, son bastante cambiantes y provocadas por estímulos; los esquemas son estructuras cognoscitivas que consisten en las creencias y supuestos fundamentales del individuo acerca de la forma en que opera el mundo. Éstos se desarrollan temprano en la vida a partir de experiencias personales e identificación con otras personas que son muy significativas. Las distorsiones cognitivas son errores sistemáticos en el razonamiento; surgen cuando los acontecimientos estresantes desencadenan esquemas irreales (Beck, 2005)

La importancia de la conducta manifiesta está bien documentada en los escritos y prácticas de los teóricos y terapeutas de la conducta, pero Arnold A. Lazarus creía que ocultaba factores interpersonales cruciales. Una evaluación global basada en la observación de que los clientes, por lo general, están atribulados por una multitud de problemas específicos, exigía un examen de la conducta, el afecto, la sensación, la imaginación, la cognición y las relaciones interpersonales. La primera letra de cada palabra en inglés forma las siglas BASIC-I.

La conducta implica conductas manifiestas. El afecto se refiere a las emociones. La sensación involucra el ámbito amplio de los estímulos sensoriales. La imaginación puede implicar un recuerdo o la imaginación deliberada de una imagen o escena relajante. La cognición incluye a la intuición, la ideología, conceptos y juicios que forman nuestras actitudes, valores y creencias básicos. Se le agregó D a las siglas por fármacos (factores neurológicos y bioquímicos que influyen en la conducta).



Lazarus estaba consciente de que algunos clientes pueden requerir medicación, pero la D ha llegado a significar todos los aspectos del bienestar físico. Con ésta adición, las siglas se convirtieron en BASIC-ID.

Lazarus afirmaba, que puede decirse que las 7 modalidades -conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, procesos interpersonales y fármacos- forman la personalidad humana. Se presume que el BASIC-ID abarca el temperamento y se asume que todo, desde enojo, decepción, avaricia, temor, pena, asombro, desprecio, aburrimiento, hasta amor, esperanza, fe y alegría pueden explicarse al examinar los componentes e interacciones dentro del BASIC-ID de una persona.

Además sostiene que cada persona es un producto de la historia genética, el ambiente y el aprendizaje (Engler, 1993).

2.3 TEORIAS PSICOLÓGICAS QUE EXPLICAN LA OBESIDAD

2.3.1 Perspectiva psicodinámica

Atribuye el desarrollo y mantenimiento de la obesidad a diferencias individuales en factores de personalidad. Propone que el exceso de ingestión de alimentos representa un proceso psicológico en el que los obesos utilizan la comida como mecanismo de defensa para alejarse de sus emociones y sentimientos de inadecuación personal. Describe al individuo obeso como una personalidad dependiente y pasiva que nunca aprendió vías adecuadas para lidiar con sus emociones y con los conflictos de la vida. Además considera que el obeso se sobrealimenta para disminuir sus sentimientos de ansiedad y depresión, resultado de su pobre autoconcepto; la comida se aprecia como un sustituto materno que temporalmente los aleja del conflicto (Perri, Nezu & Viegner, 1992).

La razón de comer demasiado se considera que tiene su origen en la vida temprana del paciente. Ser alimentado ha sido descrito como la primera fuente de gratificación del bebé y de liberación de tensiones, así como una experiencia interpersonal y de comunicación con el mundo. La comida se asocia con el cuidado



y amor de los padres y la satisfacción del hambre con la sensación de bienestar y seguridad. La comida y el comer pueden, por lo tanto, tener una importancia psicológica fundamental en la vida adulta (Guisado & Vaz, 2002)

Comer demasiado se supone es una expresión de un apetito sexual insatisfecho, una falta de sublimación de la libido oral, una perturbación de la relación temprana con la madre, deseos de incorporar el objeto, impulsos destructivos, etc. También se han considerado los significados simbólicos de tener un cuerpo obeso, tales como la protección, la evitación de situaciones amenazantes de la vida, fuerza y grandeza por ser de gran complexión, y una expresión inconsciente de embarazo (Barriguete, 2011).

Según Braguinsky (1996), la postura psicoanalítica dice que dos mecanismos psíquicos se pueden observar en la etiología de la obesidad: el primero que habla de la obesidad primaria, que resulta de la organización de un Yo oral intenso y el otro que habla de la obesidad secundaria o reactiva, que se origina como un intento de restauración ante una situación sumamente depresiva básica, como un intento de recuperación maníaca, en donde los alimentos se identifican con la madre “internalizada”.

Roth (1999) menciona que en la obesidad, el dolor de espera afectivo es transferida al dolor de ser gordo, ya que es más fácil ante una sociedad tan superficial como la que se vive hoy, el quejarse de los kilos que se tienen de más, que del dolor que causa la espera por ser amado.

También señala, que al establecerse una relación simbólica entre el afecto y la comida, ésta se correlaciona con la falta de cuidado, confianza, amor y abusos sexuales, físicos y psicológicos causados en la niñez, así como la cólera no expresada, el hecho de haberse sentido diferente y con la necesidad de protegerse de nuevas heridas.



Lo anterior pone de manifiesto que la obesidad es el producto de una problemática psicológica e ideológica no resuelta, donde emociones como el miedo, la tristeza, la ansiedad, la insatisfacción, las carencias afectivas, las formas de destrucción y el castigo se manifiestan más como un pretexto y una justificación que como una limitación, ya que la obesidad “protege” a las personas de algo que no han querido enfrentar y donde, por supuesto, es más cómodo refugiarse que responsabilizarse por los hechos que van influyendo en sus vidas (Torres, 2013).

Según Hilde Bruch (citada por González, 1996, en Villegas, 2003), cuando la obesidad aparece en la niñez, los hombres manifiestan dudas sobre su sexualidad, mientras que las mujeres sienten desagrado por su sexo; las fantasías con respecto a la gordura, en las mujeres, tienen que ver con el deseo de ser como el padre, tener la potencia del padre; también opinaba que si la obesidad aparece en la edad adulta, se relaciona con signos de fuerza y virilidad.

La incipiente investigación que sustenta esta perspectiva y la posibilidad de múltiples interpretaciones de la misma, impiden hacer conclusiones generales (Blackburn & Kanders, 1994).

2.3.2 Perspectiva conductual

Propone mecanismos psicológicos basados en las teorías del condicionamiento operante, el condicionamiento clásico y en los procesos de aprendizaje que conllevan el patrón de aprendizaje de la sobrealimentación y el no-aprendizaje de ejercitarse. Esta perspectiva señala que los individuos obesos difieren de los no obesos en los siguientes patrones de conducta:

- 1) La excesiva ingesta calórica.
- 2) El incremento en la respuesta a los estímulos asociados a la conducta de comer.
- 3) Los estilos de alimentación caracterizados por el picoteo y el ritmo acelerado al comer.



4) La tasa disminuida de la actividad física.

(Perri, Nezu & Viegner, 1992).

El considerar que un individuo come más por el reforzamiento de ésta conducta no contempla características fisiológicas que pueden intervenir, como la susceptibilidad a las señales de hambre y saciedad en los no obesos y la ausencia de su percepción en los obesos (Blackburn & Kandars, 1994).

2.3.3 Factores psicosociales

En la etiología de la obesidad son muy importantes, ya que la crianza dentro de una familia obesa tiende a considerar el sobrepeso como una norma. Algunos teóricos (Greenspam & Forsham, 1988) consideran que los padres pueden sobrealimentar a los hijos para disipar sus culpas, como una expresión de sus propias necesidades o como algún tipo de manifestación no adaptativa de su afecto. Con lo cual se desarrollan adultos dependientes, pasivos e inmaduros, postura que coincide con la noción de la teoría psicodinámica acerca de la personalidad del obeso.

Además de la concordancia con la perspectiva psicodinámica, Greenspam & Forsham (1988) apuntan sus hipótesis en que diferentes aspectos de la personalidad de los obesos responden como reacciones ante un ambiente estresor, generalmente de tipo psicológico, por lo cual ellos afirman que para el obeso, el alimento es percibido como un paliativo para la soledad, el aburrimiento y la ansiedad, además de que puede ser considerado un sustituto de otros satisfactores y como una forma de disipar sentimientos desagradables, como la culpa.

En otra hipótesis que hacen Greenspam & Forsham (1988), aseguran que el quedarse en un estado de sobrepeso puede ser un mecanismo de protección, como una forma de evitar el contacto interpersonal, las relaciones heterosexuales y el contacto sexual.



Cañamares, en 2002, plantea la obesidad como una forma de autodestrucción y castigo de la condición femenina, ya que según él, la gordura oculta un cuerpo que algunas mujeres no quieren mostrar debido a que no están satisfechas con su esencia femenina, pues se resisten a ser mujeres y, secretamente, desearían no tener la menstruación, mamas y caderas, y por supuesto, tampoco adoptar el papel femenino que la sociedad les ha heredado culturalmente, esto es, ser sumisas abnegadas, amorosas.

Van Hout, et.al. (2004), sugiere que la personalidad se puede relacionar estrechamente con la obesidad, y propone tres líneas de investigación:

1. Las características de personalidad pueden influir para que las personas tengan una predisposición a sobrealimentarse y ganar peso.
2. Padecer obesidad puede ser un factor que influye sobre la personalidad y psicopatología.
3. Ambas circunstancias pueden coexistir en un individuo.

2.4 PSICOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD

Se ha discutido mucho acerca de las implicaciones psicopatológicas de la obesidad sin que se haya conseguido llegar a un acuerdo unánime. Sin embargo, en algunos estudios se han encontrado rasgos de personalidad que podrían tener un papel en el desarrollo de la obesidad, como lo es la impulsividad, la dependencia o la inseguridad (Chalmers, Bowyer & Olenick, 1990).

El conocimiento de los aspectos psicopatológicos en el paciente con obesidad, permite diagnosticar y tratar con oportunidad los trastornos psiquiátricos que en cada caso puedan influir en la génesis y perpetuidad de la obesidad. Para comprender la problemática asociada con la obesidad es necesario analizarla desde un enfoque biopsicosocial; de ahí la necesidad de la atención inter y multidisciplinaria de este padecimiento. El estudio de la relación entre la



psicopatología y la obesidad permite, de acuerdo con Sánchez, Díez y Martínez (2002), ubicar a los pacientes en 3 categorías:

1. El paciente que padece algún trastorno psiquiátrico (trastorno de alimentación y trastorno afectivo) que contribuye a la génesis o desarrollo de la obesidad.
2. El paciente que desarrolla algún trastorno psiquiátrico reactivo a su obesidad, como producto de su incapacidad (provocada por su condición) de cumplir las demandas sociales, laborales y familiares, entre otras.
3. El paciente que durante el tratamiento de su obesidad llega a desarrollar algún trastorno psiquiátrico (trastorno de alimentación y trastorno afectivo) que no le permite una evolución favorable hacia la reducción de peso.

La obesidad como tal no se aborda en el DSM-IV-TR, pero sí se ha establecido su asociación con síndromes psicológicos o conductuales -que sí se contemplan en ese manual- que desempeñan un papel importante en su etiología y desarrollo.

2.4.1 COMORBILIDADES PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD

2.4.1.1 Trastorno por atracón

En 1959, Albert J. Stunkard describió en una muestra de pacientes obesos un síndrome caracterizado por la presencia de episodios de comer compulsivo; lo denominó entonces trastorno por atracón (TA). En la actualidad, los criterios para definir este trastorno están descritos en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

El TA se suele iniciar en la adolescencia tardía o en la tercera década de la vida, es decir, entre los 20 y los 30 años (APA, 2002).

Los obesos con TA presentan una prevalencia más elevada del trastorno límite de la personalidad e historia personal y familiar de abuso de sustancias adictivas, en comparación con los obesos sin TA (Vamado, Williamson, Bentz, Ryan, Rhodes & O'Neal, 1997).



Según un estudio realizado por Mussell, Mitchell, De Zwaan, et. al. (1996), los pacientes obesos con TA se diferencian claramente en muchos aspectos clínicos, de aquéllos que no sufren este trastorno. Suelen presentar obesidad a más temprana edad y, en consecuencia, tienen un inicio más pronto en la adopción de dietas de reducción de peso y pasan mucho más tiempo en intentos infructuosos de pérdida ponderal. Tienden a percibirse a sí mismos con mayor sobrepeso, muestran una menor autoestima, presentan afectos negativos como respuesta a la evaluación externa de su peso y conducta alimentaria y enfrentan mayores dificultades para interpretar las sensaciones de hambre y saciedad.

Una proporción importante de pacientes con obesidad extrema, el 50% de las mujeres y el 30% de los hombres, presentan episodios de atracones con sensación de pérdida de control, pero no más de la mitad de éstos cumplen con los criterios propuestos por el DSM-IV para el estudio del trastorno por atracones. En estos pacientes parece que sí existen unas variables de personalidad que facilitarían los episodios de pérdida de control, como la impulsividad, compulsividad, inestabilidad y labilidad emocional, baja autoestima y comorbilidad con depresión y ansiedad, fundamentalmente (Schmidt, 2000, en García-García, 2010).

Este mismo autor señala, que al parecer, tanto en hombres como en mujeres todo parece indicar que la intensidad de alteraciones psicopatológicas está en función del grado de atracones y no del de obesidad.

2.4.1.2 Síndrome de comedor nocturno

Es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por el retraso de la fase de los patrones circadianos y del comer. Se manifiesta por anorexia matutina, hiperfagia vespertina, insomnio y levantamientos nocturnos seguidos de ingestión de comida.

Este trastorno se ha observado en individuos obesos durante periodos de estrés y tiende a desaparecer cuando se alivia esta condición. El tratamiento con sertralina para promover la regulación de un ciclo circadiano más normal en la ingesta de



comida, gracias a los efectos serotoninérgicos de los receptores de serotonina 1A y la terapia de relajación muscular progresiva (durante una semana) reduce de manera significativa el estrés y la ansiedad, con lo que disminuye la sensación de hambre resultando buenas opciones de tratamiento para este trastorno (Stunkard 1959, en Fairbun, 2002).

Este síndrome es poco común en la población general (sólo 1.5%), pero se ha notado un incremento en grupos de obesos que asisten a clínicas de obesidad (8.9%) y en pacientes diagnosticados con trastorno por atracón (15%). La prevalencia en pacientes con obesidad extrema asciende hasta 27% y en candidatos a cirugía bariátrica oscila entre 10 y 42% (Powers, Pérez, Boyd & Rosemurgy, 1999, en García-García, 2010).

2.4.1.3 Depresión y ansiedad

Se ha encontrado una relación entre obesidad y depresión mayor, intentos de suicidio e ideación suicida, aunque ésta es diferente en mujeres y varones, ya que en las primeras se asocia con un índice de masa corporal mayor a la media, mientras que en los varones ocurre al contrario (Carpenter, 2000, en Chinchilla, 2003).

En un estudio realizado por Sánchez, López, Vargas, Téllez, Vásquez y Arcila, en 2003, sugieren que los individuos con obesidad extrema experimentan mayor discriminación que aquéllos con menor obesidad, por lo cual, con un mayor grado de obesidad -que suele acompañarse de burlas-, se incrementa el riesgo de depresión. Otro mecanismo que explicaría esta relación es la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes obesos mórbidos.

En los individuos con depresión atípica (Matza, Revicki, Davidson y Stewart, 2003, en García-García, 2010), se llega a presentar un incremento del apetito y el peso corporal durante los episodios depresivos, aunque la dirección y magnitud del cambio de peso varía entre ellos. Todo parece indicar, sin embargo, que los obesos



tienden a “resolver” sus problemas o estados emocionales a través de conductas más disfuncionales (ingestión de alimentos para calmar el ánimo) que favorecen la ganancia de peso y provocan un círculo vicioso.

Dallman y cols., 2003, en Chinchilla, 2003, propusieron un modelo neurohormonal para explicar el estímulo de la comida como relajante de la ansiedad, algo así como una “comida reconfortante”. Los glucocorticoides, actuando de forma crónica sobre el cerebro, provocan una reacción excitadora a través de tres vías:

1. Incrementando la expresión del factor liberador de corticotropina (CRF) en la parte central de la amígdala, un núcleo crítico del cerebro emocional.
2. Aumentando el rasgo placentero de actividades compulsivas.
3. Actuando sistémicamente para reponer las reservas de grasa abdominal, lo que inhibe a nivel central la acción de catecolaminas y la expresión de CRF a nivel de neuronas hipotalámicas reguladoras de hormona adrenocorticotropa (ACTH).

Las personas deprimidas que comen en exceso presentan concentraciones bajas de CRF en líquido cefaloraquídeo, de catecolaminas y de actividad hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, por lo que se ha sugerido que la “comida reconfortante” podría tener una actividad moduladora de la respuesta al estrés crónico.

En un estudio sobre la valoración de candidatos a cirugía bariátrica, Pérez, De la Torre, Tirado y Van-der Hofstadt (2011), observaron que del total de una muestra de 198 pacientes, el 27% padece ansiedad y el 22% síntomas depresivos. Aplicando el Inventario de Depresión de Beck encontraron que poseen un nivel de depresión leve y no existen diferencias según el género. No encontraron diferencias entre los grupos de obesidad mórbida y súper mórbida.

Ríos, Rangel, Álvarez, Castillo, Ramírez y Pantoja (2008) analizaron indicadores de ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente obeso, observando que los pacientes quirúrgicos sienten poco agrado por su figura. Por otro lado revelaron que



a pesar que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC, no existen diferencias con los no quirúrgicos en relación a los niveles de depresión, ansiedad y aspectos de calidad de vida.

En 2008, Reyes y Muñoz identificaron en una muestra de 50 pacientes candidatos a cirugía bariátrica, trastornos depresivos en el 24% de los casos, trastornos adaptativos en un 8% y trastornos de ansiedad en un 6%. Al comparar los sujetos de acuerdo con la presencia de psicopatología, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de abuso sexual infantil y la presencia de psicopatología. No hubo relación con variables sociodemográficas, grado de obesidad o problemas psicosociales.

2.4.1.4 Otros problemas psicológicos

Clásicamente se ha considerado que los obesos son personas psicológicamente sanas, con buen carácter y buena aceptación de sí mismos, haciendo énfasis en la “felicidad del obeso”; sin embargo, tal descripción no parece ajustarse a la realidad.

Existen obesos que sí están conformes con su situación, comen porque les gusta y no desean privarse del gran placer que les genera la comida, asumen los riesgos de su conducta. Suelen existir factores socioculturales, como una educación en su infancia que favoreció su hábito alimentario o una relación estrecha con la comida que absorbe todos los aspectos de su vida. Estos pacientes no buscan tratamiento hasta que no aparecen consecuencias físicas de su obesidad.

Por otra parte, existen obesos que viven más desadaptados por su aspecto físico, presentan síntomas depresivos o ansiosos, con sentimientos de baja autoestima o autodesprecio. Su situación les hace intentar adelgazar continuamente, iniciando todo tipo de dietas agresivas que están condenadas al fracaso, lo que aumenta sus sentimientos negativos y cierran el círculo vicioso (Chinchilla, 2003).



*Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a
cirugía bariátrica.*

Se ha demostrado que los pacientes con obesidad mórbida presentan distorsión en la autopercepción de su tamaño e imagen, por lo cual llegan a desarrollar grandes masas corporales. La obesidad se ha relacionado también con la patología adictiva y en algunos lugares se trata como otra adicción más (Nava, 2010).

Chalmers, en 1990, (en Chinchilla, 2005), encontró las mismas características de personalidad en pacientes con abuso de alcohol y en grandes obesos, como son la impulsividad o la dependencia. Los pacientes con obesidad mórbida muestran una conducta adictiva similar a la de los pacientes con otras adicciones.

La obesidad es frecuente también en otras patologías psiquiátricas en las que, aparentemente, no hay una alteración directa de la conducta alimentaria, como en la esquizofrenia, el trastorno bipolar, algunos trastornos de personalidad (límite), retraso mental y ciertos trastornos mentales orgánicos. En estos pacientes, el aumento de peso está en relación con los tratamientos psicofarmacológicos, con los hábitos de vida y alimentación y, en algunos casos, con la impulsividad.

En trastornos mentales orgánicos o en retrasos mentales, la impulsividad, junto con la inactividad, desempeñarían un papel importante en la ganancia de peso, mayor en los que presentan alteraciones de la conducta y requieren medicación neuroléptica para su control.



CAPÍTULO 3. PERSPECTIVAS DE LA OBESIDAD

3.1 Obesidad en México

Resulta de suma importancia conocer cuál es el panorama actual en México acerca de la obesidad, ya que como se ha planteado a lo largo de este trabajo, las causas de esta enfermedad suelen comenzar a edades tempranas, y así, al conocer cuáles son las cifras y porcentajes de población expuesta o que ya padecen esta enfermedad, los métodos de planeación y combate para la obesidad podrán estar mejor dirigidos y estructurados para cada tipo de población en específico.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición es una medida que nos permite conocer cómo evolucionan diferentes rubros, como su nombre lo dice, de la salud y la nutrición de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores de la población mexicana, entre ellos está incluida la obesidad, y gracias a estos datos podemos tener un amplio conocimiento del progreso de ésta enfermedad.

3.1.1 Obesidad en niños

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo, casi 2 puntos porcentuales (pp) de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7%, respectivamente). El principal aumento se registra en la región norte del país, que alcanza una prevalencia de 12% en 2012, 2.3 pp arriba del promedio nacional.

Para la población en edad escolar, (de 5 a 11 años de edad), la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en 2012, utilizando los criterios de la OMS, fue de 34.4% (19.8% y 14.6%, respectivamente). Para las niñas, esta cifra es de 32% (20.2% y 11.8%, respectivamente) y para los niños es casi 5 pp mayor, 36.9% (19.5% y 17.4%, respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5, 664, 870 niños con sobrepeso y obesidad en el



ámbito nacional. En 1999, 26.9% de los escolares presentaron prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad (17.9% y 9.0%, respectivamente), sin embargo, para 2006 esta prevalencia aumentó casi 8 pp (34.8%). El análisis de tendencias indica que estas cifras no han aumentado en los últimos seis años y que la prevalencia se ha mantenido sin cambios de 2006 a 2012. El aumento entre 1999 y 2006 fue de 1.1 pp/año o 29.4% en tan sólo seis años para los sexos combinados. En contraste, entre 2006 y 2012 se observa una ligera disminución en la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los sexos combinados. En 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4% en ambos sexos, 0.4 pp o 1.1% menos que en 2006. Sin embargo, se observan algunas variaciones por sexo en relación con el sobrepeso y la obesidad.

La comparación de las Encuestas Nacionales de Salud (ENSANUT) en México a lo largo del tiempo, muestra desaceleración de la tendencia al alza en la prevalencia de peso excesivo (sobrepeso y obesidad) en niños y adolescentes. Este hallazgo es de gran relevancia dado que las encuestas previas indicaban prevalencias altas y crecientes de este problema a edades cada vez más tempranas. Atenuar esta tendencia es importante porque la obesidad repercute de manera importante en la salud y el desempeño a lo largo del curso de la vida. Una tercera parte de la población entre 5 y 11 años de edad en el país presenta exceso de peso corporal (sobrepeso más obesidad) y esto persiste como un gran reto de salud. Como ya se mencionó, un resultado alentador es que no se observó un aumento importante en dichas prevalencias a partir de 2006. A pesar de que no hubo aumento durante los últimos seis años en la prevalencia de peso excesivo en la edad escolar, la cifra continúa siendo inaceptablemente alta, dadas las graves consecuencias para la salud que acarrea el exceso de peso.

3.1.2 Obesidad en adolescentes

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de



6, 325, 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes fue de alrededor de 35.8% para el sexo femenino (lo que representa a 3, 175, 711 adolescentes del sexo femenino en todo el país) y 34.1% en el sexo masculino (representativos de 3, 148, 146 adolescentes varones) en 2012. La proporción de sobrepeso fue más alta en mujeres (23.7%) que en hombres (19.6%, 4 pp mayor); y para obesidad, los datos revelan que el porcentaje de adolescentes de sexo masculino fue mayor (14.5%) que en las de sexo femenino (12.1%, 2.4 pp mayor).

El aumento entre 2006 y 2012 fue de 5% en seis años para los sexos combinados (0.28 pp/año); el incremento en el sexo femenino fue de 7% (0.40 pp/año) y en el sexo masculino de 3% (0.18 pp/año).

La prevalencia de peso excesivo en los adolescentes ha aumentado en forma notable, casi tres veces, en el casi cuarto de siglo de seguimiento a partir de las encuestas de nutrición. Sin embargo esta cifra disminuyó a una menor tasa entre 2006 y 2012. Aun cuando la tasa de crecimiento ha disminuido, actualmente más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso.

3.1.3 Obesidad en adultos

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) es más alta en el sexo femenino que en el masculino.

La distribución porcentual de las categorías de IMC de acuerdo a los grupos de edad se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en hombres como en mujeres, tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos en la edad adulta; el grupo de edad más joven (20-29 años) y el grupo de mayor edad (80 o más). El sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en la década de



60-69 años, mientras que en las mujeres el valor máximo se observa en la década de 30-39 años.

En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres.

Se observa una prevalencia de 64.5% de obesidad abdominal en hombres y 82.8% en mujeres, para una prevalencia total nacional de 73.9%. Al analizar las prevalencias de obesidad abdominal por grupos de edad, se observó en los hombres una tendencia positiva (+78.3%) entre el grupo de 20 a 29 años y el grupo de 60 a 69 años. En el grupo de 70 a 79 años y de 80 o más años la tendencia fue negativa (-17.5%).

En las mujeres, la prevalencia de obesidad abdominal más alta se registró en el grupo de 50 a 59 años y fue 47.6% mayor que la del grupo de 20 a 29 años o 30.6% mayor que la presentada en el grupo de 80 o más años de edad.

No hubo diferencias en las prevalencias de sobrepeso por tipo de localidad (urbana 38.8% vs. rural 39.1%). Sin embargo, la prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas. En la categorización por regiones, el Norte tuvo una prevalencia de sobrepeso \approx 10% menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el Centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y Sur (14.9%).

3.1.4 Tendencias

En el análisis de tendencias de las categorías de IMC en mujeres de 20 a 49 años de edad, se observó que en el periodo de 1988 a 2006, la prevalencia de sobrepeso incrementó 41.2% y la de obesidad 27.5%. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la de obesidad aumentó únicamente 2.9%.



En el caso de los hombres, en el periodo de 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad 38.1%. Al agrupar el sobrepeso y la obesidad, la prevalencia incrementó 14.3% entre la encuesta del año 2000 y la de 2012. Sin embargo la velocidad de incremento en el periodo 2006 a 2012 fue menor (sobrepeso=0.2% y obesidad=10.7%) que el observado en el periodo 2000-2006 (sobrepeso=2.9% y obesidad= 24.7%).

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones.

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25% a 35.3% y la obesidad de 9.5% a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012), la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual (en el periodo 2000-2006) para ubicarse en un nivel inferior al 0.35% anual.

Después de aumentos rápidos en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad, se ha observado una menor aceleración en el porcentaje relativo de aumento entre los años 2006 y 2012. A nivel mundial se han propuesto diversas explicaciones sobre este fenómeno. Entre las principales destacan las siguientes: a) equilibrio de saturación: existe un porcentaje de población con alta susceptibilidad a desarrollar peso excesivo (por razones genéticas o de otra índole), que constituye el techo en la prevalencia, al que se está llegando ya en la población mexicana, b) efecto de intervenciones: los factores de riesgo inmediatos (ingestión de energía o actividad física) se han modificado como resultado de acciones gubernamentales de regulación o de educación, o del aumento en la conciencia colectiva o en ciertos grupos sociales sobre los efectos adversos de la obesidad o en las normas sociales



como resultado de la socialización del problema mediante medios masivos de difusión o de campañas colectivas de concientización y educación.

Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo. El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad además presenten obesidad, constituye un serio problema de salud pública, por lo que es indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles con grandes costos directos e indirectos para el Estado.

3.2 ESTUDIOS SOBRE OBESIDAD CON MMPI-II

Lara (2003), realizó un estudio exploratorio con 37 pacientes femeninas diagnosticadas con obesidad mórbida (IMC>30), cuyas edades oscilaron entre los 18 y 65 años teniendo una edad promedio de 38 años; con nivel de escolaridad media superior y superior predominantemente. Estas pacientes se encontraban dentro del Protocolo de Cirugía Bariátrica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE; el estudio se realizó con la finalidad de estudiar el perfil de personalidad obtenido por el MMPI y la relación de estos rasgos de personalidad con el grado de obesidad. Estableció una combinación de perfil 2/8, que de acuerdo con la propuesta diagnóstica de Rafael Núñez para el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota describe un trastorno de personalidad limítrofe, señalando como principales rasgos poca inteligencia social y 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. Sin embargo, no se encontraron datos que propiciaran la relación entre el nivel de psicopatología y el grado de obesidad.

Tratando de obtener un perfil de personalidad en pacientes con obesidad mórbida, Dávalos (2006) utilizó una muestra conformada por 100 pacientes que acudieron a



Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

un hospital de la Ciudad de México, que fueron diagnosticados con obesidad grado III u obesidad mórbida. Todos contaban con (mínimo de) escolaridad secundaria, ya que es uno de los requerimientos de la prueba utilizada (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2) obteniendo como resultados que la muestra utilizada no es homogénea, sino heterogénea; no hay una personalidad típica y única del individuo con diagnóstico de obesidad mórbida, sino que, si bien pueden tener algunos rasgos que comparten en lo general, en lo específico son diferentes. Una gran coincidencia que logró encontrar en su estudio, es que la mayoría de los pacientes presenta una marcada elevación de la escala 1 (Hs: Hipocondriasis), considerando que el grupo estudiado, afectado por la obesidad y que buscan tratamiento quirúrgico puesto que su salud ya está en peligro, lógicamente presenta una elevada sensibilización de su cuerpo, sobre todo ante la posibilidad de una intervención quirúrgica y la incertidumbre de los resultados que pueden obtener con este tipo de tratamiento.

En años recientes, se realizó una investigación en una muestra no probabilística conformada por 225 pacientes diagnosticados con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica que se encontraban dentro del Protocolo del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, con la finalidad de obtener rasgos de personalidad o patologías psiquiátricas que expliquen el desarrollo de la obesidad de los pacientes, llegando a la conclusión de que tienen rasgos que conforman una personalidad inmadura y pueril, que al correlacionarse con una visión psicodinámica, se puede pensar en rasgos orales, con una importante tendencia a contrarrestar la ansiedad con mecanismos inmediatos para mitigarla, en este caso, la comida. Presentan quejas múltiples, tendencia a sentirse insatisfechos la mayor parte del tiempo, con sentimientos de infelicidad y tendencia a la irritabilidad, pero no se encuentra un trastorno de personalidad específico en estos pacientes. (Burgoa, 2012).



Guisado y Vaz (2002), realizaron un estudio con obesos mórbidos postoperados de cirugía bariátrica, encontrando como resultado que la pérdida ponderal de peso se relaciona con una mejoría en la calidad de vida, una menor alteración en los hábitos de comer y menor psicopatología, así como una actitud más positiva ante la vida.

Este estudio concuerda con lo detectado por Barriguet en 2011, la cual realizó un estudio comparativo en 15 paciente post-operados de cirugía bariátrica para conocer si los trastornos que presentan los pacientes con obesidad mórbida disminuyen después de realizada la operación, obteniendo como resultados que las alteraciones de la personalidad que frecuentemente se encuentran en éste tipo de pacientes disminuyen considerablemente, sobre todo aquellos aspectos que propician problemas mentales serios de comportamiento social, familiar y personal, permitiéndoles esta mejoría una integración social y familiar importante, impactando positivamente en su autoestima, indispensable para la realización de una vida normal. Para lograr estos resultados, primero determinó que los rasgos de personalidad encontrados con mayor frecuencia en la población ya mencionada y también los más susceptibles al cambio fueron: hipocondriasis (trastorno con base psicológica que se manifiesta en síntomas físicos), depresión (estado de ánimo deprimido o depresión clínica), histeria (mecanismos defensivos de tipo conversivo), desviación psicopática (conductas de tipo antisocial), paranoia (susplicia, desconfianza e hipersensibilidad personal), esquizofrenia (calidad en las relaciones interpersonales y tendencia a la fantasía y al aislamiento) e hipomanía (conducta maníaca o hipomaníaca).

En otras investigaciones se habla de la relación de la obesidad y la depresión, así como de conductas suicidas y de género. En un estudio realizado por Carpenter (2000), se encontró una relación entre la obesidad y el trastorno depresivo mayor, con presencia de ideación e intentos suicidas (en Rojas, 2005).

En las valoraciones que se han realizado en pacientes con obesidad extrema que fueron sometidos a cirugía bariátrica, comparado con un grupo de mujeres, también



con obesidad, pero sometidas a reducción de peso con tratamiento farmacológico, se encontró que las candidatas a cirugía bariátrica mostraban altos puntajes en la Escala de Depresión de Beck; un 43% con trastorno depresivo mayor, un 24.6% leve, 17% moderado y 15% severo. Estos resultados también ayudaron a sustentar la idea de que es fundamental que este tipo de pacientes requieran una valoración médica y psicológica apropiada, antes de la intervención. (Wadden, 2001, en Rojas, 2005).

Kalarchian y cols. (2007), en Sánchez, 2010, confirmaron una elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas que buscan la cirugía bariátrica. 288 candidatos fueron evaluados con una entrevista estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición. El 38% recibió un diagnóstico del Eje I. Los trastornos de ansiedad se encontraron en el 24% de los pacientes; 16% presentaron un trastorno del estado de ánimo y alrededor del 29% cumplieron con los criterios de un trastorno de personalidad.

Realizando una investigación acerca de los factores psicológicos en 37 pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, Sánchez (2010), encontró con el MMPI-2 un perfil general sin indicadores de psicopatología, sin embargo, llama la atención las elevaciones en las escalas de Hipocondría (Hs) e Histeria (Hi), que nos habla de rasgos compatibles a una personalidad dependiente y pasivo-agresiva. Se observaron diferencias significativas en el grupo de más de 37 años de edad, quienes presentan un protocolo más elevado (patológico), con puntuaciones altas en la escala de Hipocondría (Hs), que indica una preocupación por la salud y el funcionamiento físico, tendencia al lamento, y una actitud pasivo-agresiva; también fue significativa la elevación en la escala de Histeria (Hi) que indica la presencia de quejas somáticas y preocupaciones corporales ante situaciones conflictivas o de estrés y una tendencia a presentar síntomas físicos de origen desconocido (sugere de un desorden somatoforme).



También puntuaron alto en la escala de depresión (D), que sugiere la presencia de sentimientos relativamente crónicos de tristeza, infelicidad, insatisfacción consigo mismo y con los demás, preocupación y pesimismo.

3.2.1 Teoría de los tipos de códigos del MMPI-2

El uso de los tipos de código surgió de escenarios clínicos en los cuales se empleaba el MMPI y en los que se observaba que algunos pacientes presentaban consistentemente cierto tipo de códigos. Se hizo evidente, en estos casos, que cuando una escala se eleva, otra u otras tendían a elevarse también. Por tanto, estos ciertos tipos de código están asociados no sólo con las elevaciones del MMPI-2, sino también con ciertos correlatos de conductas que se obtienen a partir de otros tipos de información, por ejemplo, las historias clínicas, las descripciones que hacen los pacientes de sí mismos y las definiciones que hacen otras personas de los pacientes (p. ej., médicos o enfermeras). (Lucio & León, 2003).

Meehl, en 1954, fue el primero en demostrar que la interpretación de los perfiles del MMPI utilizando tablas actuariales resultaba una estrategia más poderosa que la interpretación clínica; asimismo, mostró de manera convincente, que las predicciones clínicas basadas en una combinación de automática actuarial de datos para los tipos de código resultaba más exacta que las interpretaciones “clínicas” o intuitivas basadas en los datos de las pruebas psicológicas.

Un tipo de código se define por la escala o escalas más elevadas del perfil estándar y por su rango en términos de la elevación. El código de un solo dígito o “pico de perfil” es en el que solamente una de las escalas estándar se encuentra dentro del rango de elevación significativa. El tipo de código de dos dígitos, ocurre cuando dos de las escalas clínicas se encuentran elevadas hasta un rango significativo, es decir, la puntuación T de ambas escalas es igual o mayor a T65.



Butcher y Williams (1992, en Casullo, 1999) citan las reglas de Graham (1986) para evaluar la estabilidad de un código:

1. Perfiles con códigos que tienen 10 o más puntos por encima del próximo puntaje elevado.
2. Perfiles con códigos que tienen entre 5 y 9 puntos por encima de la próxima puntuación elevada.
3. Perfiles con códigos que tienen 4 o menos puntos que la inmediata inferior muestran poca estabilidad retest, por lo que es recomendable la interpretación de las escalas por separado.

Aun con todas las objeciones pertinentes, el análisis por código es el más práctico, simple y relativamente válido.



CAPÍTULO 4. MÉTODO

ψ **Planteamiento del problema de investigación**

¿Cuál es el perfil de personalidad de acuerdo al tipo de código del MMPI-2 en un grupo de personas con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica?

ψ **Objetivo general:**

Determinar el perfil de personalidad de un grupo de personas con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica de acuerdo al tipo de código obtenidos de la combinación de escalas básicas del MMPI-2.

ψ **Objetivos específicos:**

*Obtener un perfil sociodemográfico específico de la población que haya obtenido el tipo de código más predominante de la muestra.

*Identificar si existen otros tipos de códigos predominantes en la muestra.

ψ **Variables:**

-Operacional: Tipo de código. Elevación de dos escalas clínicas con puntuación T igual o mayor a T65 (Lucio & León, 2003).

-Conceptual: Personalidad. Reflejo de la organización y estructuras cognoscitivas del individuo, que están influidas biológica y socialmente; moldeada por valores o esquemas superordenados (Beck, 2005).



ψ **Diseño de investigación**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo *expost facto* en una sola muestra de 36 personas con obesidad mórbida que asistieron a evaluación psicológica completa, de marzo de 2012 a marzo de 2013 como parte del protocolo de Cirugía Bariátrica del Centro Médico Nacional (CMN) “20 de Noviembre” del ISSSTE.

ψ **Criterios de inclusión**

- Personas diagnosticadas con obesidad mórbida que se encontraran dentro del protocolo de Cirugía Bariátrica del CMN “20 de Noviembre” del ISSSTE.
- Pacientes con índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 38 con alguna comorbilidad crónico degenerativa o igual o mayor a 40 independientemente de las comorbilidades.
- Estudios mínimos de 2° de secundaria.

ψ **Criterios de exclusión**

Perfiles inválidos de acuerdo a los propios criterios de invalidez de la prueba:

- Puntuación de la escala “no puedo decir” (?) mayor a 30 reactivos de los primeros 370.
- Puntuación en la escala “Mentira” (L) mayor a T 80.
- Puntuación en la escala “Frecuencia” (F) mayor a T 110.
- Puntuación en la escala Fp y F (en conjunto) mayor a T 110
- Puntuación INVER que se encuentren fuera del rango entre 5 y 13
- Puntuación INVAR mayor a T 95
- Puntuación F-K mayor a 9



ψ **Escenario**

Servicio de Psiquiatría en la Torre de Consulta Externa del CMN "20 de Noviembre" del ISSSTE.

ψ **Instrumento**

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2.

ψ **Procedimiento**

La evaluación psicológica se llevó a cabo en el escenario antes mencionado en un tiempo aproximado de 3 sesiones por paciente durante las cuales se realizó una entrevista clínica en la primera sesión, con la finalidad de obtener los datos sociodemográficos del paciente, así como información familiar, médica y personal. En las sesiones subsecuentes se aplicó el MMPI-2

Para esta investigación, se utilizaron los resultados de las escalas básicas del MMPI-2 y los datos sociodemográficos obtenidos en la entrevista clínica.



CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Se realizó una clasificación de los tipos de código existentes en la muestra, obteniendo un total de 18 posibles códigos. Para poder analizar esta información, se recodificaron estos códigos (quedando en una numeración consecutiva, Tabla1), resultando de la siguiente manera:

Tabla 1. Clasificación de los tipos de códigos encontrados en la muestra.

| Tipos de códigos | Clasificación |
|------------------|---------------|
| 0-5 | 1 |
| 1-3/3-1 | 2 |
| 1-4/4-1 | 3 |
| 1-5/5-1 | 4 |
| 2-1 | 5 |
| 2-3 | 6 |
| 2-4 | 7 |
| 2-7 | 8 |
| 3-0 | 9 |
| 3-5 | 10 |
| 3-8 | 11 |
| 4-9 | 12 |
| 5-2 | 13 |
| 6-0 | 14 |
| 6-1 | 15 |
| 8-1 | 16 |
| 9-3 | 17 |
| 9-6 | 18 |



Realizada ésta clasificación, se procedió a realizar un análisis de frecuencias para definir el tipo de código que predomina en la muestra (Tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias del tipo de perfil con mayor predominancia en la muestra.

| Tipos de códigos | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| 0-5 | 2 | 5.6 |
| 1-3/3-1 | 11 | 30.6 |
| 1-4/4-1 | 1 | 2.8 |
| 1-5/5-1 | 3 | 8.3 |
| 2-1 | 2 | 5.6 |
| 2-3 | 1 | 2.8 |
| 2-4 | 2 | 5.6 |
| 2-7 | 1 | 2.8 |
| 3-0 | 1 | 2.8 |
| 3-5 | 2 | 5.6 |
| 3-8 | 1 | 2.8 |
| 4-9 | 1 | 2.8 |
| 5-2 | 1 | 2.8 |
| 6-0 | 1 | 2.8 |
| 6-1 | 2 | 5.6 |
| 8-1 | 2 | 5.6 |
| 9-3 | 1 | 2.8 |
| 9-6 | 1 | 2.8 |



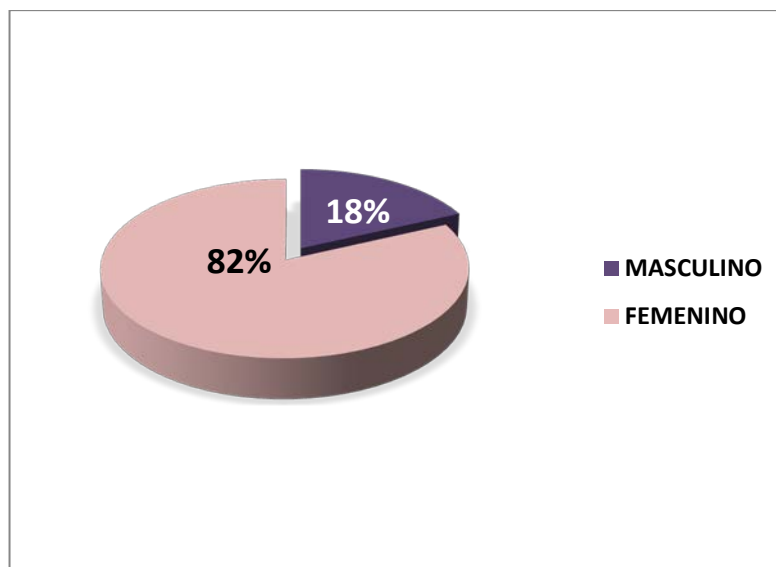
Se pudo observar que la clasificación número 2 (código 1-3/3-1) fue la predominante con el 30.6% del total de la muestra. Es importante mencionar, que el tipo de código tiene la misma interpretación si se lee al derecho o al revés, lo que cambia es que la escala que esté primero, indica que es la que obtuvo mayor puntuación.

Dada la información anterior, se procedió a realizar un análisis específicamente del tipo de código predominante (1-3/3-1) para ver cómo están interactuando entre sí los datos sociodemográficos de ésta población, obteniendo los siguientes resultados:

ψ GÉNERO

Se observó que la mayor parte de la muestra pertenece al género femenino (Gráfica 1)

Gráfica 1. Distribución por género





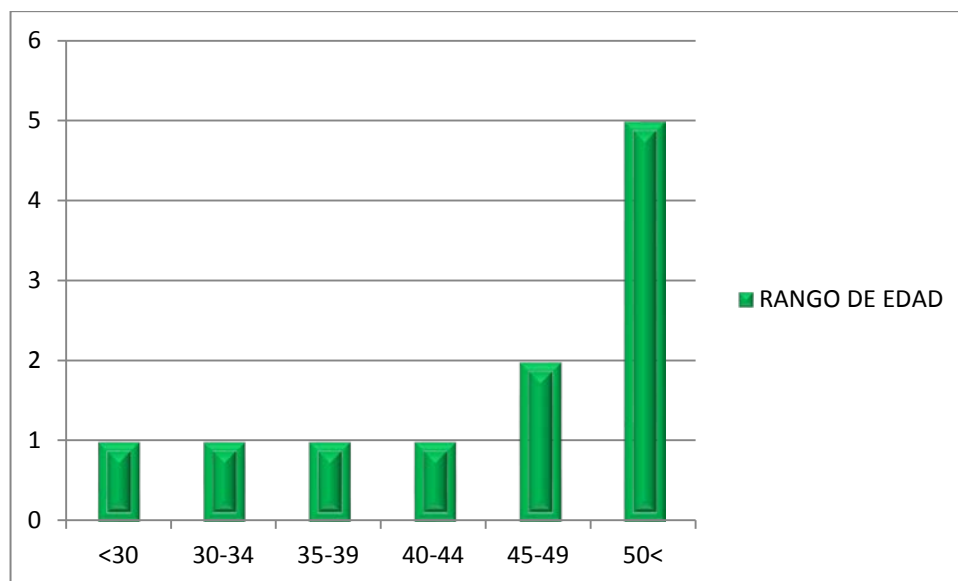
ψ **EDAD**

Observamos que el rango de 50 años en adelante fue predominante en la muestra, aunque el rango de los 45-49 años presentó mayor número de casos que el resto de los rangos de edades menores (Gráfica 2).

-Rango de edad: 21-66 años

-Edad promedio: 45.75

Gráfica 2. Frecuencia de edades

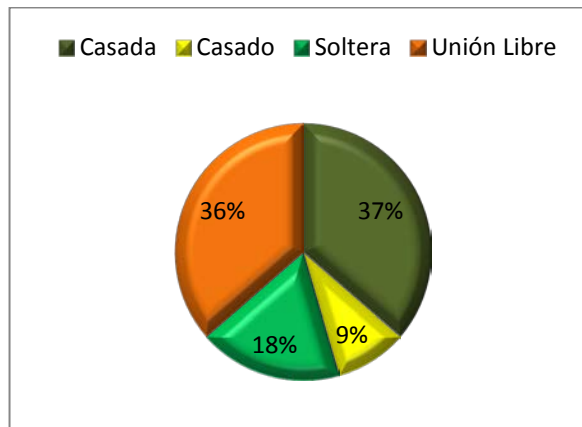




Ψ **ESTADO CIVIL**

El mayor porcentaje de la muestra (37%) lo representan las mujeres casadas, pero en general, se trata de personas que tienen una pareja (Gráfica 3).

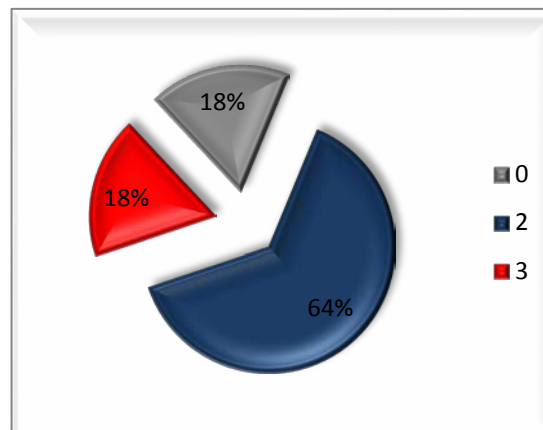
Gráfica 3. Estado civil



Ψ **NÚMERO DE HIJOS**

Gráfica 4. Número de hijos.

Podemos observar que la gran mayoría de la muestra (64%) tienen 2 hijos, seguidos por un empate entre los pacientes que tienen 3 hijos y los que no tienen (Gráfica 4).

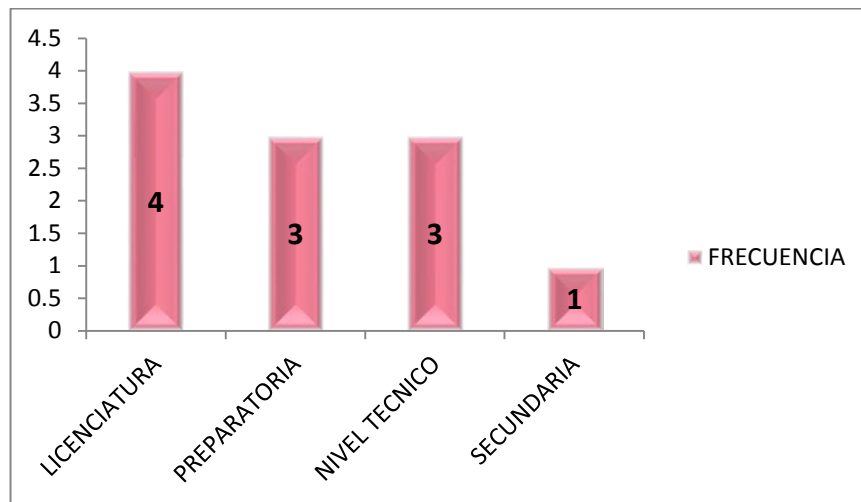




Ψ **ESCOLARIDAD**

El grado académico de los participantes es de nivel medio superior y superior (Gráfica 5).

Gráfica 5. Grado de escolaridad





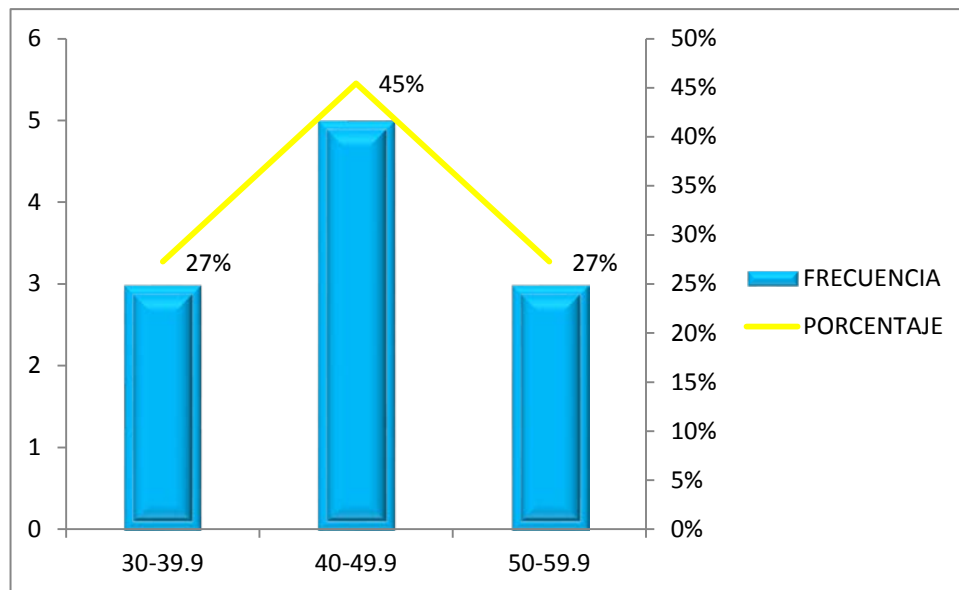
Ψ **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**

Con base en la frecuencia de IMC que presentó la mayoría de los participantes de la muestra, observamos que una gran parte de la población cursa con obesidad tipo III mórbida (Gráfica 6).

-Rango de IMC: 38-64.5

-IMC promedio: 46.92

Gráfica 6. Nivel de IMC



En conclusión, podemos observar que la mayor parte de la muestra se conformó por mujeres, con edad promedio de 45 años, casadas, con un aproximado de 2 hijos, tienen escolaridad promedio de nivel licenciatura y un IMC predominante entre los 40-49.9, lo que las ubica en una clasificación de Obesidad tipo III o mórbida.



CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue determinar el perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a cirugía bariátrica tomando en cuenta el tipo de código y posteriormente obtener un perfil sociodemográfico exclusivamente de la muestra que tuviera la codificación predominante y observar si existe relación.

Una vez identificado el tipo de código predominante, se procedió a realizar un análisis de los datos sociodemográficos con la finalidad de ver si alguno de éstos actúan de manera similar dado el tipo de población con la que se llevó a cabo el estudio y así poderlo relacionar con la descripción que nos arrojó el tipo de código 1-3/3-1.

En ésta clasificación, según la descripción que hacen Lucio y León (2003), se encuentran las personas que tienden a presentar quejas físicas vagas, que quizá aumenten bajo estrés y desaparezcan cuando éste disminuye.

Mencionan que generalmente no hay ansiedad ni depresión graves; probablemente este tipo de personas funcionan con un nivel de eficacia reducido.

Son individuos que prefieren explicaciones médicas con relación a sus síntomas y tienden a resistirse a aceptar interpretaciones psicológicas; asimismo, niegan y racionalizan sus fallas y se les considera con poco insight sobre sus dificultades.

Es de gran importancia destacar que este tipo de código es más común en las mujeres y en las personas mayores que en los más jóvenes. Tienden a ser inmaduros, egocéntricos y egoístas, por lo que también pueden ser muy narcisistas. Se les considera pasivos y dependientes, y quizá estén inseguros si no obtienen la



Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

atención y simpatía que necesitan. Suele considerárseles sociables y extrovertidos, pero sus relaciones son típicamente superficiales, parecen preocupados y en realidad no se involucran con los demás. A veces es claro que existen ganancias secundarias asociadas con las quejas físicas de estas personas. En el ámbito de las relaciones sociales son manipuladores, demandantes, carecen de habilidad para relacionarse con el sexo opuesto.

Los individuos con este perfil clínico posiblemente muestren resentimiento y hostilidad hacia quienes ellos consideran que no les ofrecen suficiente atención y apoyo, ya que sienten que son tratados injustamente con la vida. Se les considera sobrecontrolados y pasivo-agresivos en sus relaciones. Quizá tengan arrebatos de ira ocasionales; por lo general, son convencionales y conformistas en sus actitudes y creencias.

Son personas poco introspectivas, que tratan de verse como personas normales, responsables y sin faltas, pese que al momento de tratar directamente con ellos, su comportamiento demostraba todo lo contrario, ya que parecen carecer de una comprensión apropiada de sus síntomas, mostrándose bastante optimistas aunque la situación sea bastante adversa. Es importante recordar que en la gran mayoría de los casos, los pacientes tienen bastantes comorbilidades a causa de la obesidad, lo cual crea un problema de poca salud generalizado, que incluso en muchas ocasiones, es preferible cancelar la cirugías por el alto riesgo que corren si se someten a ellas; el riesgo viene de que debido a sus otros problemas de salud, su vida incluso llega a correr riesgo si se someten al procedimiento, pero este tipo de pacientes pareciera que no alcanzan a comprender la gravedad de su padecimiento.

Al obtener la descripción que se hace de las personas con código 1-3/3-1, se puede aseverar que la muestra de estudio presenta estas características de manera muy



Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a cirugía bariátrica.

predominante, incluso pareciera que se hace una descripción puntual de los pacientes al momento de la realización de la entrevista clínica y la aplicación de las pruebas. Toda esta información se discutió con el Dr. Hugo Martínez Lemus, psiquiatra encargado del protocolo de cirugía bariátrica del Centro Médico Nacional “20 de noviembre” del ISSSTE, cuya principal asignación es determinar si los pacientes padecen alguna enfermedad psiquiátrica que contraindique la intervención quirúrgica (es necesario que los pacientes obtengan su Vo. Bo. para poder continuar con sus trámites hacia la cirugía). “El Dr. Martínez declaró que lo obtenido en ésta investigación concuerda con lo que él ha observado en su consulta con los pacientes del protocolo, ya que la mayoría tienden a racionalizar gran parte de lo que se les pregunta, pareciendo que no tienen la capacidad de aceptar la responsabilidad de su problema de obesidad, ni la gravedad de su situación, prefiriendo alguna explicación médica de sus síntomas; esperan que la cirugía acabe con todos ellos, pero no son conscientes que tendrán que trabajar y esforzarse para que éstos sean mitigados, y al mencionarles que es preciso que para esto sigan las recomendaciones que los médicos le han indicado, se molestan, argumentando que esto se supone no es necesario dado que ya los van a operar, pensando que una vez realizado el procedimiento, es el fin de sus problemas. Cuando no se les proporciona una explicación médica, debido a que en muchas ocasiones la raíz de estos síntomas no tiene una base fisiológica, se les dice una interpretación desde una perspectiva psicológica, pero se resisten a recibir este tipo de comentarios”. (H. Martínez, “comunicación personal”, 01 de julio de 2014).

El análisis respecto al género se realizó con la finalidad de saber cómo se encontraba conformada la muestra, obteniendo como resultado que la mayor parte de la muestra está conformada por mujeres, esto probablemente debido a que como lo menciona la descripción antes escrita, éste tipo de código resulta más frecuente en mujeres. Aunque no debe dejarse de lado la posibilidad de que simplemente se deba a que en general, en la población total, las mujeres son más



predominantes, ya que de un total de 36 (n=36), 28 de estos casos son mujeres y solamente 8 son hombres.

Muy relacionado con lo anterior, en el análisis respecto a la edad, se puede apreciar que con mayor frecuencia, las mujeres de edad adulta más avanzada (a partir de los 46 años aproximadamente) son las que predominan en la muestra, tal como lo menciona la descripción de este tipo de código.

Para poder concretar la información, se decidió clasificar los diversos grados académicos y así poder analizar respecto a la escolaridad qué información relevante podemos observar. El porcentaje más alto nos dice que el 37% de la muestra tiene estudios de licenciatura, lo cual llama la atención, debido a que se esperaría que al tener un grado más elevado de educación, tuvieran más información y conocimiento acerca de lo que es la obesidad y todas las grandes repercusiones que ésta trae consigo a la conservación de la salud física y también mental.

Otro aspecto importante que se notó al analizar este apartado, es que la gran mayoría de las personas (46%) con estudios de licenciatura, son egresados de alguna carrera dentro del ámbito de la salud, motivo que nos hace pensar que con mayor razón, éste tipo de personas tuvieran un estilo de vida alejado de la obesidad, ya que se supondría que ellos conocen más a detalle que el resto de la población las repercusiones y lo dañino que resulta para cualquier ser vivo la obesidad.

Esto nos hace concluir que pese a que se tenga esta creencia, vemos que la realidad es diferente, lo cual concuerda con lo planteado por Ajzen y Fishbein en 1980 (en Worchel, 2002) en su modelo de acción razonada, donde plantean que la toma de decisiones [hablaríamos del estilo de vida que llevan que los ha conducido a tener obesidad] que hace la persona en cuestión, es de manera racional,



haciendo uso de forma sistemática de la información de la que dispone [la cual sería referente a las consecuencias de la obesidad], decidiendo dejar de lado esto que ya conocen y responden con base a otros factores, tal como la presión social que percibe la persona en su entorno. Esto se resume en que el hecho de poseer la información acerca de las repercusiones de la obesidad, no provoca que exista un cambio en su conducta.

La otra parte que conforman las personas con estudios universitarios, ejercen alguna profesión en el ámbito de la educación, motivo que también nos hace pensar que dado las últimas campañas que se han implementado por parte de la Secretaría de Educación Pública con la finalidad de mitigar ésta enfermedad, poseerían más información acerca de cómo llevar un estilo de vida más saludable para que la obesidad no sea parte de su existencia.

Respecto al Índice de Masa Corporal, el 45% de la muestra tiene un IMC de 40 a 49.9, con lo que podemos decir que las personas que tienen este tipo de código es probable que su IMC se encuentre dentro de estos rangos.

Se trabajó con el tipo de código, pese a que la muestra es reducida, en comparación con las que se han utilizado en estudios similares, ya que según Butcher y Williams (1992, en Casullo, 1999), aun con todas las objeciones pertinentes, el análisis por código es el más práctico, simple y relativamente válido. Además, tal como lo mencionan Lucio y León (2003), estos ciertos tipos de código están asociados no sólo con las elevaciones del MMPI-2, sino también con ciertos correlatos de conductas que se obtienen a partir de otros tipos de información, por ejemplo, las historias clínicas, las descripciones que hacen los pacientes de sí mismos y las definiciones que hacen otras personas de los pacientes (p. ej., médicos o enfermeras).

Aunque no se quisiera utilizar la interpretación por tipo de código, se pudo notar la gran frecuencia con la que aparece la escala 1 (Hipocondriasis) por sí sola y



tomando en cuenta que esta escala mide la tendencia del individuo a preocuparse por quejas referentes a los diversos sistemas del cuerpo, sin una base orgánica, como malestar general, dolores, fatiga, debilidad y mala salud, se puede corroborar lo que más ampliamente describe el tipo de código antes mencionado y la gran utilidad que tiene éste para la elaboración de un perfil psicológico.

Esto concuerda con lo encontrado por Dávalos (2006) quien tratando de obtener un perfil de personalidad en pacientes con obesidad mórbida utilizó una muestra conformada por 100 pacientes que acudieron a un hospital de la Ciudad de México, que fueron diagnosticados con obesidad grado III u obesidad mórbida, encontrando que la mayoría de los pacientes presenta una marcada elevación de la escala 1 (Hs: Hipocondriasis), considerando que el grupo estudiado, afectado de una obesidad y que buscan tratamiento quirúrgico puesto que su salud ya está en peligro, lógicamente presenta una elevada sensibilización de su cuerpo, sobre todo ante la posibilidad de una intervención quirúrgica y la incertidumbre de los resultados que pueden obtener con este tipo de tratamiento.

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación son concordantes con lo detectado por Sánchez (2010), quien hizo una investigación acerca de los factores psicosociales en 37 pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, encontrando con el MMPI-2 un perfil general sin indicadores de psicopatología, sin embargo, llama la atención las elevaciones en las escalas de Hipocondría (Hs) e Histeria (Hi), que nos habla de rasgos compatibles a una personalidad dependiente y pasivo-agresiva. En su estudio, se observaron diferencias significativas en el grupo de más de 37 años de edad, quienes presentan un protocolo más elevado (patológico), con puntuaciones altas en la escala de Hipocondría (Hs), que indica una preocupación por la salud y el funcionamiento físico, tendencia al lamento, y una actitud pasivo-agresiva; también fue importante, la elevación en la escala de Histeria (Hi) que indica la presencia de quejas somáticas y preocupaciones corporales ante situaciones conflictivas o de estrés y una tendencia a presentar síntomas físicos de origen desconocido (sugere de un desorden somatoforme).



CONCLUSIONES

- Se obtuvo un perfil de personalidad de codificación 1-3/3-1 el cual es una conjunción de las escalas básicas 1 “Hipocondriasis” y 3 “Histeria Conversiva” del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota en su segunda versión (MMPI-2).
- Las personas con obesidad mórbida tienden a presentar quejas físicas vagas que no provienen de algún problema médico en específico, aunque prefieren que la explicación que se les proporcione tenga una base médica.
- Se trata de una población que espera obtener respuestas definidas y sencillas que solucionen sus problemas, ya que realmente son superficiales y no se muestran interesados en sus problemas, ya que utilizan como principal mecanismo de defensa la racionalización y negación.
- Es importante mencionar que, a diferencia de otras investigaciones, los niveles de ansiedad y depresión que se encontraron no son significativos, dejando claro que no existen estas dos entidades como patologías, y que solamente son rasgos que no permiten aseverar que este tipo de pacientes cursan con algún trastorno establecido según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).
- Se identificó que para poder determinar el perfil de personalidad o alguna tipología psicológica de alguna población en específico, la utilización del tipo de código que nos proporciona el MMPI-2, resulta de bastante utilidad, ya que la información que nos proporciona es concreta, útil y veraz en comparación con la interpretación escala por escala, que aunque no pierde su utilidad, el empleo del tipo de código resulta más completo.



CAPÍTULO 7. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

LIMITACIONES

Una de las principales limitantes para poder obtener datos más significativos que los encontrados, fue el tamaño de la muestra, que se disminuyó en un alto porcentaje de la muestra inicial con la que se pensaba trabajar; esto se dio porque muchos de los participantes, al querer dar una imagen favorable de ellos y obtener así el Vo. Bo. por parte del servicio, falsearon la prueba, alcanzando niveles en la escala “L” por arriba de lo permitido en los criterios de inclusión de la misma.

Se pudo observar que debido a la infraestructura del hospital, la realización del MMPI-2 resulta bastante complicada en este tipo de población, ya que dada la situación física en la que se encuentran debido a la obesidad, resulta complejo tener el espacio y tiempo suficiente para la aplicación de esta prueba, provocando que los pacientes se confundan al momento de contestarla debido a que constantemente se les tiene que reubicar de consultorio por la alta demanda de pacientes que existe y el poco espacio disponible para trabajar.

Dada la problemática de infraestructura del hospital, se hizo imposible el obtener un grupo control para poder comparar los resultados obtenidos o bien, obtener un mayor número de pacientes.

SUGERENCIAS

Realizar un estudio comparativo de obesos con obesidad mórbida que se encuentren dentro del protocolo de cirugía bariátrica y obesos que no estén buscando atención médica para poder comprobar lo identificado en los pacientes acerca de la búsqueda de respuestas médicas para sus problemas, ya que esto se podría llegar a descartar si se averigua si la población que no ha acudido a algún servicio de salud piensa lo mismo.



*Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a
cirugía bariátrica.*

Sería importante en futuras muestras, incluir un porcentaje más elevado de hombres y con edades más variadas para poder comprobar si los resultados obtenidos en esta investigación se siguen presentando de la misma manera.

Se sugiere la aplicación de una prueba que permita evaluar de manera más global el nivel de inteligencia y pensamiento abstracto, como la Escala Wechsler de Inteligencia para adultos, al menos su parte verbal. Para la prueba de personalidad, el mayor cambio que se sugiere es descartar el MMPI-2, ya que resulta una prueba muy larga tanto en su aplicación como en la calificación y la interpretación y la infraestructura del hospital y el tipo de población hacen preciso utilizar una prueba que resulte más breve en su aplicación, por lo cual, en vista de los resultados obtenidos, se sugiere crear un instrumento específico para este tipo de población.

Utilizar pruebas psicológicas que midan la capacidad de apego al tratamiento de los pacientes, así como implementar una terapéutica psicológica que les sea de mayor provecho a los pacientes y les ayude a mantener los resultados de la cirugía y los nuevos hábitos para una vida más saludable que se les enseñan y éstos los puedan implementar como un nuevo modo de vida durante un largo periodo de tiempo, ya que se ha observado que el apego al tratamiento tanto quirúrgico como psicológico es muy bajo, provocando que la tasa de éxito del protocolo de cirugía bariátrica sea muy por debajo de lo esperado.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4° edición. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- Arroyo P, Loria A, Fernández V, Flegal KM, Kuri-Morales P, Olaiz G. Prevalence of pre-obesity and obesity in urban adult mexicans in comparison with other large surveys. *Obes Res* 2000; 8(2): 179-85.
- Ballantyne, Garth H. Measuring outcomes following bariatric surgery: weight loss parameters, improvement in co-morbid conditions, change in quality of life and patient satisfaction. *Obesity surgery*. Vol. 13; pp 954-964. 2003.
- Baltasar, A. "Obesidad y cirugía. Cómo dejar de ser obeso. Arán Ediciones, 2001.
- Barriguete, J. Cambios de los rasgos de personalidad en pacientes con obesidad mórbida posterior a cirugía bariátrica. Tesis de posgrado en Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2011.
- Beck, A. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Paidós, España. 2005.
- Beck, J. El método Beck para adelgazar. Gedisa, 2009.
- Bertran, M. "Alimentación, cultura y salud en la ciudad de México". Memoria del diplomado de estudios avanzados. Doctorado en Antropología Social y Cultura. Barcelona: Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Barcelona. 2007.
- Bertran, M. Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos. México: Programa Universitario México Nación Multicultural. Publicaciones y Fomento Editorial. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.



- Bertran, M. Hábitos alimentarios de los mixtecos en la ciudad de México: un estudio de antropología de la alimentación. Tesis de maestría. Universidad Iberoamericana. 2001. México.
- Bertran, M. Significados socioculturales de los alimentos en la ciudad de México. Antropología y nutrición. México: Fundación Mexicana para la Salud. Fondo Nestlé para la Nutrición-Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2006, p. 157-76.
- Blackburn & Kanders. Obesity. Pathophysiology, psychology & treatment. New York; ED. Chapan & Hall. 1994.
- Bourdieu, P. La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. Barcelona: Taurus; 2002.
- Braguinsky, J. Obesidad. Patogenia, clínica y tratamiento. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1996.
- Burgoa, A. "Rasgos de Personalidad en pacientes obesos" Tesis de Posgrado en Psiquiatría. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2012.
- Canizales-Quintero, S. Aspectos genéticos de la obesidad humana. Revista de Endocrinología y Nutrición 2008; 16(1):9-15.
- Cano, JF., Tomás, P. En Martín Zurro A, Cano JF, editores. Obesidad. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4° edición. Barcelona: Harcourt-Brace, 1998.
- Cañamares, E. ¿Por qué no puedo adelgazar? Causas psicológicas de la obesidad. Algaba. Madrid, España. 2002
- Casullo, M. Aplicación del MMPI-2 en los ámbitos clínico, médico, forense y laboral. Paidós, 1999.
- Chalmers DK, Bowyer CA, Olenick NL. Problem drinking and obesity: a comparison in personality patterns and life-style. Int J Addict 1990;25(7):803-17.



- Chinchilla, A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Editorial Masson, Barcelona, 2003.
- Chinchilla, A. Obesidad y psiquiatría. Editorial Masson, Barcelona, 2005.
- Consenso SEEDO'1996 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. Med Clin (Barc) 1996; 107:782-7
- Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad Med Clin (Barc) 2000; 115-587-97.
- Dávalos, J. "Obesidad mórbida: definición, etiología y perfil psicológico a través del MMPI-2". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2006.
- Damcott CM, Sack P, Shuldiner AR. The genetics of obesity. Endocrinol Metab Clin North Am 2003; 32 (4): 761-86.
- Delgado, g.; Hurtado, MI.; Moreno D.; Vallejo, N.; Ortiz, L. Hábitos alimentarios y actividad física en un grupo de escolares de la ciudad de México. Diferencias por género y nivel socioeconómico. Nutr Clin 2004;7(4):207-20.
- Dietz, WH. Does hunger cause obesity. Pediatrics 1995;95(5);766-7.
- Duane P. Schultz, Sydney Ellen Schultz. Teorías de la personalidad. Ed. Thomson. 2009.
- Ellis, A. Una terapia más breve y profunda: enfoque teórico de la Terapia Racional. Paidós. España. 1999.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición.
- Engler, B. Introducción a las teorías de la personalidad. 4º edición. McGraw-Hill. México. 1996.
- Fairbun, CG, Brownell, KD. Eating disorders and obesity. Guilford Press, 2002, 2º edición p. 183-7. New York.



- FAO. Estadísticas sobre seguridad alimentaria-México, 2004. Disponible en http://www.fao.org/faostat/foodsecurity/Countries/SP/Mexico_s.pdf
- FAO. La seguridad alimentaria: información para la toma de decisiones. Guía práctica. 2011. Disponible en <http://fao.org/docrep/014/a1936s/a1936s00.pdf>
- Farooqi IS, O'Rahilly, S. Monogenetic obesity in humans. *Annu Rev Med* 2005; 56: 443-58.
- Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad. Declaración Cancún sobre los requisitos del cirujano bariátrico. 1997. Disponible en: http://wwwdrmartin-duce.com/html_es/obesidad-requisitos.html
- Feist, J & Feist, G. Teorías de la personalidad. McGraw-Hill/Interamericana de España. 6° edición. 2007.
- Fischler, C. El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Anagrama. 1995.
- Frager, R & Fadiman, J. Teorías de la personalidad. Alfaomega. Sexta edición. México, D. F. 2010.
- García-García, Kauler-Horwitz, Pardío, Arroyo. La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento. Médica Panamericana. 2010.
- Goody, J. Cocina, cuisine y clase. Estudio de sociología comparada. Barcelona: Gedisa, 1995.
- Greenspan, F.S & Forsham, P.H. Endocrinología básica y clínica; Ed. El Manual Moderno. México. Pp. 613-618. 1988.
- Guisado J., Vaz F. Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002; 29 (2):85-94.
- Kaufer, H., Ávila, R. "¿Somos obesos? Evaluación antropométrica de la obesidad en el adulto" *Cuadernos de Nutrición*. Vol. 26, No. 1, p. 21-28. 2003.
- Kopelman, PG. Obesity as a medical problem. *Nature* 2000; 404; 635-43.



- Lara, W. "Estudio del Perfil de Personalidad de mujeres con obesidad mórbida (IMC>30), pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. 2003.
- Lucio, E & León, M. Uso e interpretación del MMPI-2 en español. El manual moderno. 2003.
- Martínez, H, "comunicación personal" 01 de julio de 2014.
- Meehl P.E. Clinical versus statistical prediction: a theoretical analysis and a review of the evidence. Minneapolis: University of Minnesota Press. 1954.
- McIntyre I, Glanville NT, Rain KD, Dayle JB, Anderson B, Battaglia N. Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? CMAJ 2003; 168 (6):686-91. Citado en García-García, Kauler-Horwitz, Pardío, Arroyo. La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento. Médica Panamericana. 2010.
- Montero, J. Obesidad: una visión antropológica. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. 2001. Disponible en <http://www.ama-med.org.ar/obesidad/ANTROPOLOGIA%20-20Montero.pdf>
- Moreno, E. La obesidad en el tercer milenio. Médica Panamericana, 3° edición. Buenos Aires, Argentina. 2005.
- Mussell MP, Mitchell JE, De Zwaan M, Crosby RD, Seim HC, Crow SJ. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: a descriptive study. Int J Obes Relat Metab Disord 1996; 20(4):324-31.
- Nava, A. Psicología de la obesidad: esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México. 2010.
- Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento Integral de la Obesidad. Diario Oficial de la Federación. 2010. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010



- Neel, JV. Diabetes mellitus: a “thrifty” genotype rendered detrimental by ‘progress’? *Am J Hum Genet* 1962; 14 (4): 353-62.
- Olson, CM. Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger. *J Nutr* 1999; 129 (2S Suppl): 521S-4
- Ortiz-Hernández.; Acosta, MN.; Núñez, AE.; Peralta, N.; Ruiz, Y. En escolares de la ciudad de México la inseguridad alimentaria se asoció positivamente con el sobrepeso. *Rev Invest Clin* 2007; 59(1):32-41.
- Ortiz, L. Evolución de los precios de los alimentos y nutrimentos en México entre 1973 y 2004. *Arch Latinoam Nutr* 2006; 56(3):201-15.
- Paniagua, I. *Obesidad: una obra en construcción.* Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.
- Pérez, E.; De la Torre, M.; Tirado, S.; Van-der Hofstadt, C. Valoración de candidatos a cirugía bariátrica: descripción del perfil sociodemográfico y variables psicológicas. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. C. Med. Psicosom*; 99; 2011.
- Perri, M. G., Nezu, A. M & Viegner, BJ. *Improving the long-term management of obesity. Theory, research and clinical guidelines*; Ed. John Wiley & sons Inc. New York, EUA. 1992.
- Rankinen, T., Zuberi, A., Chagnon, YC., Weisnagel, SJ., Argyropoulos, G., Walts, B., et al. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity (Silver Spring)* 2006; 14 (4):529-644.
- Reyes, C. & Muñoz, R. Prevalencia y determinación de los factores de riesgo asociados con psicopatología en los candidatos a cirugía bariátrica en la clínica Reina Sofía. *Rev Colomb Psiquiatr* 2008; 37(3).
- Ríos, B.; Rangel, A; Álvarez, R; Castillo, F; Ramírez, G.; Pantoja, J. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles. Revista electrónica. Medigraphic Artemisa*, 2008; 6(4).



- Rojas, M. Frecuencia de trastornos afectivos en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica en la clínica de obesidad del INCMNSZ. Tesis de posgrado. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
- Roth, G. Cuando la comida sustituye al amor. Cómo acabar con el exceso de peso y salir adelante del círculo vicioso de las dietas. Urano. Madrid, España. 1999.
- Sánchez P, Díez C, Martínez B. Alteraciones psicopatológicas en la obesidad mórbida. *Endocrinología (Barc)* 2002; 38(8):360-4.
- Sánchez RS; López AJ; Vargas, MA. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con obesidad extrema candidatos a cirugía bariátrica. *Revista de investigación clínica*; vol. 55. No. 4; julio-agosto, 2003. Pp. 400-404.
- Sánchez, E. Evaluación de factores psicosociales en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. 2010.
- Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatry*, 1959; 33:284-95.
- Stunkard, A. *Handbook of Obesity Treatment*. The Guilford Press. New York. 2002. 624 pp.
- Torres, M. La obesidad a través de una historia de vida: una aproximación a su construcción corporal. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores, Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.
- Townsend MS, Peerson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food insecurity is positively related to overweight in women. *J Nutr* 2001; 131(6):1738-45.
- Van Hout, Gerbrand, C.; Van Oudheusden, I.; Van Heck, Guss, L. Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surgery*. Vol. 14; Pp. 579-588. 2004.



*Perfil de personalidad de acuerdo al MMPI-2 en pacientes candidatos a
cirugía bariátrica.*

- Vamado PJ, Williamson DA, Bentz BG, Ryan DH, Rhodes SK, O'Neal PM. Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eat Weight Disord*, 1997; 2(3):340-3.
- Villegas, M. Tratamiento para la obesidad: ventajas y desventajas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 2003.
- Virrarreal-Molina, MT., Aguilar-Salinas, CA., Rodríguez-Cruz, M., Riaño, D., Villalobos-Comparan, M., Coral-Vázquez, R. et al. The ATP-binding cassette transporter A1 R230C variant affects HDL cholesterol levels and BMI in the Mexican population: association with obesity and obesity-related comorbidities. *Diabetes* 2007; 56(7):1881-7.
- Worchel, S. *Psicología Social*. 2° edición. Thomson. México. 2002.
- Zurro, M & Cano, J. *Obesidad. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. 4° edición. Harcourt-Brace. Barcelona. 1998.