

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**Efectos psicológicos en la personalidad del
estudiante obeso de primer ingreso a la
Universidad de San Carlos de Guatemala,
diagnosticado en su examen de salud y la
relación en su Calidad de vida.**



Kristoff Cruz Callejas

Gloria Marina Franco González

GUATEMALA, OCTUBRE 2005

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas**

**“Efectos psicológicos en la personalidad del
estudiante obeso de primer ingreso a la Universidad
de San Carlos de Guatemala, diagnosticado en su
examen de salud y la relación en su Calidad de vida”**

Informe final de investigación presentado al Honorable
Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas

por

KRISTOFF CRUZ CALLEJAS

GLORIA MARINA FRANCO GONZÁLEZ

Previo a optar el título de

PSICÓLOGOS

En el grado académico de

LICENCIATURA

GUATEMALA , OCTUBRE 2005

Consejo Directivo

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a. i. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Álvarez de Gracia
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-43, Zona 11 Edificio "A"
TEL. 485-1910 FAX 485-1913 y 14
e-mail: usc-psic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 224-2004
CODIPs. 1602-2005

**De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación**

24 de octubre de 2005

Estudiantes
Kristoff Cruz Callejas
Gloria Marina Franco González
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto OCTAVO (8°), del Acta SESENTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL CINCO (64-2005), de la sesión del Consejo Directivo del 21 de octubre de 2005, que copiado literalmente dice:

"**OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA PERSONALIDAD DEL ESTUDIANTE OBESO DE PRIMER INGRESO A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DIAGNOSTICADO EN SU EXAMEN DE SALUD EN EL AÑO 2002 Y LA RELACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

KRISTOFF CRUZ CALLEJAS	CARNET No. 1999-18031
GLORIA MARINA FRANCO GONZÁLEZ	CARNET No. 1999-18264

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Edgar Arnoldo Larios Ovando y revisado por el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA a.i.



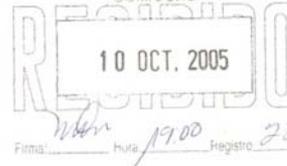
/Gladys



Guatemala, 07 de octubre de 2005

INFORME FINAL

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Marco Antonio García Enríquez, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA PERSONALIDAD DEL ESTUDIANTE OBESO DE PRIMER INGRESO A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DIAGNOSTICADO EN SU EXAMEN DE SALUD EN EL AÑO 2002 Y LA RELACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA"

ESTUDIANTE:	CARNÉ No
Kristoff Cruz Callejas	199918031
Gloria Franco González	199918264

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA/edr



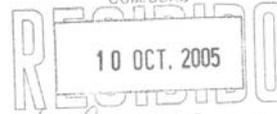


CIEPs. 147-2005

Guatemala, 07 de octubre de 2005

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *Mbr* Hora: 19:00 Registro: 224-04

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

**"EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA PERSONALIDAD DEL ESTUDIANTE
OBESO DE PRIMER INGRESO A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA, DIAGNOSTICADO EN SU EXAMEN DE SALUD EN EL AÑO
2002 Y LA RELACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Kristoff Cruz Callejas
Gloria Franco González

199918031
199918264

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA ENRÍQUEZ
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Revisor / a

MAGE / edr





Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología – CIEPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM.

Licenciada de Alvarez:

El alumno Kristoff Cruz Callejas No. Carné 9918031, y la alumna Gloria Franco González No. Carné 9918264, cumplieron a cabalidad con las revisiones y sugerencias respectivas acerca del trabajo de tesis para optar al título profesional de psicólogos en el grado académico de licenciatura. Por lo que doy mi **APROBACIÓN** y corresponde a su persona y revisor hacer lo conducente para continuar con los trámites de graduación.

La notificación de aprobación responde al Informe Final de Investigación denominado: ***"Efectos psicológicos en la personalidad del estudiante obeso de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala, diagnosticado en su examen de salud y las implicaciones en su Calidad de vida"***.

Atentamente,

EDGAR ARNOLDO LARIOS OVANDO
MAGISTER ARTIUM
PSICOLOGO CLINICO
COLEGIADO 1084

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc: Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 224-2004

CODIPs. 674-2005

De aprobación de proyecto de Investigación

06 de abril de 2005

Estudiante
Kristoff Cruz Callejas
Gloria Franco González
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Transcribo a usted el Punto SEXTO (6º) del Acta DIECIOCHO GUIÓN DOS MIL CINCO (18-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 1 de abril de 2005, que literalmente dice:

"**SEXTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: "EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA PERSONALIDAD DEL ESTUDIANTE OBESO DE PRIMER INGRESO A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, DIAGNOSTICADO EN SU EXAMEN DE SALUD EN EL AÑO 2002 Y LA RELACIÓN EN SU CALIDAD DE VIDA", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

KRISTOFF CRUZ CALLEJAS

CARNÉ No. 1999-18031

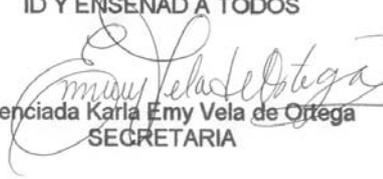
GLORIA FRANCO GONZÁLEZ

CARNÉ No. 1999-18264

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve **APROBARLO** y nombrar como asesor al Licenciado Edgar Arnoldo Larios Ovando y como revisor al Licenciado Marco Antonio García Enríquez."

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Emy Vela de Ortega
SECRETARIA



/Gladys

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Victor Comparinni Estrada

Licenciado en Psicología
Colegiado Activo No. 3,495

Silvia Guevara de Belteton

Prof. en Educación Especial
Licenciada en Psicología
Colegiado Activo No. 5,027

Maria Argelia Mayorga Cruz

Licenciada en Psicología
Colegiado Activo No. 542

Miriam Elida Morales Reinoso de Martínez

Licenciada en Psicología
Colegiado Activo No. 1,263

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por favorecer mi vida y mi camino durante estos años de estudio, y darme fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A MI MADRE

Por su cariño, su dedicación y apoyo tanto moral como económico, en todo este tiempo de crecimiento profesional y personal.

A MIS HERMANOS

Cristian y Karen, por su compañía, comprensión, amor y apoyo brindado durante toda esta parte importante de mi vida.

A MI MEJOR AMIGA

Gloria, por todos esos momentos de alegría y aprendizaje que juntos compartimos, gracias por ser apoyo incondicional y luz en momentos de dificultad, por ayudarme llegar hasta la meta.

A MI MEJOR AMIGO

Luís, por su comprensión constante, aprecio y por todo el apoyo que me ha brindado hasta el día de hoy.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por enseñarme que la paciencia, la voluntad, el coraje y la determinación son las armas más importantes, para vencer todos los obstáculos, convirtiéndome de esta manera en protagonista de mi propia vida.

A MI FAMILIA

Por la paciencia y tolerancia que me han tenido, debido a las experiencias dolorosas, por las que, les he hecho vivir a causa de mi imperfección física. Es por esta razón, que a través de este pequeño éxito, quiero dedicarles a cada uno de ustedes mis agradecimientos por la entrega de su amor.

A MI MEJOR AMIGO KRISTOFF

Por caminar a mi lado, dulcificando mis cargas y apoyándome incondicionalmente en mis luchas cotidianas, especialmente en la enfermedad; entregándome lo mejor de su tiempo y alentándome en todo momento a ser yo misma.

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIDAD DE SALUD DIVISIÓN DE BIENESTAR
ESTUDIANTIL

Por permitirnos haber realizado el estudio piloto que dio origen
a esta investigación.

A EDGAR ARNOLDO LARIOS OVANDO., M.A.

Asesor

Por su guía en este trabajo.

A LIC. MARCO ANTONIO GARCIA

Revisor trabajo de investigación

Por su amistad, guía, apoyo y dedicación durante la realización
de este trabajo.

A LICDA. MAYRA LUNA DE ALVAREZ

Coordinadora CIEPs.

Por su desinteresada colaboración y oportuna intervención en
este trabajo de investigación.

A NUESTROS PADRINOS DE GRADUACION

Por su calidad como seres humanos y sus enseñanzas
académicas que nos han brindado para continuar nuestro camino
como futuros profesionales.

Índice

PRÓLOGO.....	1
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN.....	3
Marco Teórico.....	4
1. La Obesidad.....	12
1.1. Método de Evaluación.....	14
1.2. Causas de la Obesidad.....	14
1.2.1. Herencia Genética.....	15
1.2.2. Factores Biológicos.....	15
1.2.3. Factores Sociales.....	17
1.2.4. Factores Psicológicos.....	19
1.3. Enfermedades Relacionadas con la Obesidad.....	20
2. Personalidad del Obeso.....	23
2.1. Rasgos de Personalidad.....	30
3. Trastornos Psicológicos asociados a la Obesidad.....	31
4. Calidad de Vida.....	37
4.1. Factores que determinan la Calidad de vida del Individuo obeso.....	40
4.2. Factores que pueden ayudar a mejorar la Calidad de vida de un individuo obeso.....	41
Premisas.....	42
CAPITULO II	
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	46

CAPITULO III	
PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	51
CAPITULO IV	
4.1 CONCLUSIONES.....	65
4.2 RECOMENDACIONES.....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69
RESUMEN	71
ANEXOS.....	73

PROLOGO

Todos los seres humanos tienen necesidades de orden biológicas, psicológicas y sociales, los estudiosos han estado haciendo énfasis sobre el hambre y sexo consideradas pulsiones primarias pero no han incursionado en el tema objeto de estudio: la obesidad.

No existen estudios que demuestren la incidencia de la enfermedad dentro de la sociedad guatemalteca, ya que, instituciones como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifestaron que en Guatemala el problema principal es la desnutrición y no la obesidad y por tanto, no existen estadísticas significativas para poder invertir en proyectos de investigación sobre la obesidad.

Actualmente dentro de la población universitaria, no se toma conciencia de que la obesidad es una enfermedad que tiene repercusiones graves a corto, mediano y largo plazo tanto en el aspecto psicológico como médico, y se tiene la idea que el ser obeso representa salud y vitalidad.

Por ello se consideró conveniente transmitir la importancia que tienen los factores psicológicos dentro de la obesidad y cuáles son los efectos que influyen en su Calidad de vida, con el fin de identificar: los rasgos de personalidad del estudiante obeso y la relación consigo mismo, los síntomas psicológicos específicos relacionados con la obesidad, los niveles de autoestima del estudiante obeso de primer ingreso y señalar el dominio o los dominios que se encuentran más afectados en la Calidad de vida. Todos ellos son aspectos que influyen en la cotidianidad del estudiante obeso de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala y por eso, la necesidad de darlos a conocer, para que las autoridades correspondientes puedan crear programas integrales que no se orienten específicamente al aspecto físico sino también a la modificación del comportamiento y las distintas características psicológicas que se pueden hacer presentes, justificando la creación de un servicio clínico, específicamente para el estudiante obeso universitario, por medio de un equipo multidisciplinario de trabajo que pueda

identificar a tiempo las enfermedades más comunes relacionadas con la obesidad dentro de la población de estudiantes, y que así mismo, incluya un psicólogo como un instrumento para alcanzar los objetivos.

El presente estudio, no hubiese sido posible sin la participación de 50 estudiantes universitarios de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala, de 12 unidades académicas, a quienes se les agradece su actitud entusiasta y el consentimiento otorgado en la aplicación de las diferentes evaluaciones.

Al abordar la presente investigación y como futuros profesionales de las ciencias psicológicas, la experiencia al realizar este estudio con la población universitaria, evidenció que la obesidad es una enfermedad que no solamente la padecen los adultos, sino también los niños y los jóvenes, que tiene consecuencias a corto, mediano y largo plazo; que afectan su estado emocional y el medio en el cual se desenvuelven, en este caso, la universidad. Por tal razón, al realizar ésta investigación se descubrió que dentro de la población sancarlista, sí existen estudiantes jóvenes obesos, pero aún, no se han proporcionado servicios que ayuden de manera multidisciplinaria a dichos estudiantes.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Actualmente, la obesidad es diagnosticada como una enfermedad a nivel mundial, que muestra un índice de prevalencia significativa. De esta forma constituye un problema de salud pública que afecta a un porcentaje elevado de personas en países económicamente más desarrollados. El factor desencadenante es principalmente el exceso en la alimentación, con una amplia gama de factores psicológicos e implicaciones sociales presdisponentes. En Guatemala es muy poco lo que se conoce respecto al tema de la obesidad, tal es el caso, que con personas obesas no se han realizado esfuerzos significativos para estudiar dicha condición, aunque es un hecho palpable que existe y que demandan solución.

La investigación consistió en sus inicios en describir los efectos psicológicos en el estudiante obeso de primer ingreso a la universidad de San Carlos y sus implicaciones en la Calidad de vida, pero debido que, al hablar de efectos psicológicos se refiere a un tema tan amplio, se decidió replantear el problema de estudio, enfocándose a poder describir ¿si los rasgos de personalidad del estudiante obeso de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala, inciden en su Calidad de vida?.

La población estudio se escogió mediante un muestreo aleatorio estratificado, el criterio para la elección de los estudiantes fue reportar diagnóstico de obesidad con un índice de masa corporal mayor de 30; comprendidos en una edad mínima de 17 años, tanto de género femenino como masculino de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para la realización de la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y el test World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), que sirvieron para la verificación y presentación de los resultados, los cuales reportaron datos cuantitativos y cualitativos acerca del problema, dichos aportes nos llevaron a la aceptación del

supuesto planteado, en el sentido que : “Los rasgos de personalidad del estudiante obeso de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala si inciden en su Calidad de vida”.

Marco Teórico

La epistemología que constituye la rama de la filosofía ha sido también llamada “*Teoría del conocimiento* (términos más comúnmente usados y difundido por los alemanes e italianos), o *gnoseología* (utilizado frecuentemente por los franceses). Las raíces etimológicas de Epistemología provienen del griego *ἐπιστήμη* (*episteme*), conocimiento, y *-λογία* (logía) estudio”.¹ La epistemología se refiere a una especulación, es decir, a la explicación e interpretación del conocimiento humano. Por tal razón, estudia la naturaleza y validez del conocimiento.

En las últimas décadas también es conocida como *filosofía de la ciencia*. El propósito de la epistemología es distinguir la ciencia auténtica de la pseudociencia, la investigación profunda de la superficial, la búsqueda de la verdad de sólo un *modus vivendi*. También debe ser capaz de criticar programas y aun resultados erróneos, así como de sugerir nuevos enfoques promisorios. El problema fundamental que ocupa a la epistemología es el de *la relación sujeto-objeto*. En esta teoría se le llama "sujeto" al ser cognoscente y "objeto" a todo proceso o fenómeno sobre el cual el sujeto desarrolla su actividad cognitiva. De este modo, el problema se presenta en la relación de quien conoce y lo que es cognoscible. “Para lograr el conocimiento, el hombre, como sujeto se relaciona con el objeto; es por eso que una parte importante de la historia de la filosofía está constituida por la tentativa de obtener respuestas a estas preguntas.”² Es decir, que como sujeto interesado en conocer un objeto, se da la oportunidad de entrar en contacto con dicho objeto de

¹ Bunge Mario (1980). *Epistemología*. Editorial Ariel, Barcelona, España. Pág. 1

² Grawitz, M. (1975). Métodos y técnicas de las ciencias sociales. Vol. I Hispano Europea, Barcelona, España. Pág. 3

forma tal que, al final pueda por su experiencia en esa relación, dar a conocer aspectos de importancia y explicar de una mejor manera al objeto en sí. En esencia, se trata de la naturaleza, carácter y las propiedades específicas de la relación cognoscitiva, así como de las particularidades de los elementos que intervienen en esta relación.

De esta manera, antes de especular sobre un objeto es necesario examinar cuidadosamente tal objeto.

Este empeño incluye la pregunta por la condición de posibilidad del conocimiento general. "El conocimiento, el saber, la ciencia poseen dos polos: el que conoce, el hombre que se ocupa de la ciencia, en cuanto sujeto, y lo cognoscible, lo enfrentado (Gegenstand) o el objeto (Objekt) de la ciencia. Ambos polos ofrecen una serie de problemas muy importantes. Por un lado, la tarea inmediata consiste en la determinación del ser del sujeto. Hasta Heidegger, esa tarea no había sido abordada de manera radical. Por otro lado, incumbe a la filosofía la aclaración de la esencia de lo enfrentado u objeto (objekt). Vuélvese manifiesto que no se puede utilizar ambas denominaciones como equivalentes. Lo enfrentado (Gegenstand) es todo aquello con que se encuentra en el mundo. Si tales objetos han de convertirse en objetos (objekte) de conocimiento de las ciencias, es preciso prepararlos para este fin, descomponerlos y recomponerlos. En tal sentido se distingue cuando se habla filosóficamente, entre objetos (Gegestände) y objetos (Objekte). Los segundos son los primeros en tanto se configuran según las exigencias de la ciencia. Vuélvese claro también que, junto al sujeto y al objeto (Objekt), debemos mencionar aún un tercer término: las exigencias de la ciencia. Justamente, es lo más importante que hemos de considerar. En efecto, estas exigencias, que tienen su origen tanto en la amplitud del mundo objetivo (objektive Welt) como en la profundidad de la voluntad cognoscitiva del sujeto, distinguen la captación irreflexiva, descuidada e ingenua del mundo, del saber científico. Husserl testimonia

cuánto lo apasiona, como cuestión vital, la incontrastable, ineludible ejecución de su tarea: alcanza, mediante la exposición de las capacidades humanas que posibilitan el conocimiento, las condiciones de un saber firmemente fundamentado en todos los ámbitos. Esta aspiración lo lleva, al comienzo de su trabajo científico, con las Investigaciones lógicas, a conquistar un fundamento inicial seguro mediante la descripción de los procesos cognitivos.

En la primera aproximación investiga el sujeto del saber, el entendimiento y la razón. En tal medida, sigue Husserl la tradición que arranca a Kant. Llamándola inmanente a esta investigación, ya que el intelecto que la realiza permanece dentro de sí mismo. Pero resulta claro que el examen de las capacidades inmanentes no puede realizarse sin atender a aquello para lo cual sirven. En ningún campo del análisis de las capacidades humanas se puede prescindir de la pregunta por aquello que suscita esa capacidad, es decir, que le permite ser tal.

¿Qué es lo que provoca la capacidad de saber? En general se contesta: El mundo, con todas sus cuestiones, y los fenómenos, relaciones y procesos que en él se encuentra. Aún no se sabe qué constituye su objetualidad (Gegenständlichkeit), su ser en cuanto objetos. Solo se sabe que son objetos (Objekte) del saber, cuestionados en correlación con nuestras capacidades de saber. No somos esos objetos (Objekte), ni siquiera cuando el saber se ocupa de otros hombres y sus cualidades, o de la literatura y el arte, que son productos de actividades humanas. El cuestionamiento de la objetividad (Objektivität) de tales objetos no puede, de ninguna manera, reducirse a un puro cuestionamiento de las capacidades cognoscitivas. Las preguntas no son inmanentes, sino que traspasan a fenómenos de existencia, que se enfrentan al sujeto como objetos (Objekte); por eso, justamente, se llaman trascendentes.

La filosofía, en cuanto pretende fundamentar el saber, el conocimiento y la ciencia, se encuentra de inmediato colocada ante estas parejas de opuestos: sujeto-objeto

(Objekt), inmanente-trascendente. Desde Descartes, ha intentado superar la aparente falta de transición de estas contraposiciones.

Cuando el acento se pone en las capacidades del conocimiento, como si la fuente de la verdad del saber sólo pudiera hallarse en el sujeto y en sus productos –las ideas-, solemos hablar de idealismo. Si, en cambio las condiciones del saber se hallasen en que lo trascendente, por virtud propia, guía y domina nuestras aptitudes, y, por tanto, se espera de él los criterios decisivos, se habla entonces de realismo. Es así, como Husserl penetra en ese dilema de idealismo y realismo ya desde el primer paso, cuando quiere, concienzudamente, empezar por lo primero. Es decir, ya en lo que él llama *fenomenología descriptiva* de los procesos en los cuales se realizan las primeras formas de la aprehensión cognoscitiva de los fenómenos. El significado de *fenomenología* es por ende doble: es preciso describir como fenómenos las acciones subjetivas de conocimiento – que él llama *actos-*, pero también lo aprehendido por el conocimiento, es decir, el fenómeno que se ofrece desde sí mismo en la aprehensión cognoscitiva, el fenómeno que se muestra. La distinción inmanente-trascendente no desempeña, por lo pronto, ningún papel. Está ya superada, porque los procesos de la aprehensión cognoscitiva son descriptos en unión con el análisis de lo aprehendido por el conocimiento. El acto elemental de la aprehensión cognoscitiva es designado por Husserl *acto intencional*. Con tal denominación quiere indicar que la descripción fenomenológica lo es tanto del modo de la aprehensión cognoscitiva como de lo aprehendido adecuadamente por el conocimiento.”³

De esta forma, la descripción fenomenológica puede y debe presentar las dificultades que residen en el fenómeno del conocimiento para que la conciencia se informe de ellas. La conciencia y sus fenómenos son inseparables, porque ser consciente es ser consciente de algo. Vemos pues, como Husserl radicaliza el concepto de intencionalidad. Él muestra que “cuando se intenta aclarar la intencionalidad, es decir, captarla en lo que ella es, no es lícito esperar que se

³ Szilasi, W. (1973) Introducción a la Fenomenología de Husserl Edición Única. Amorrortu Editores Buenos Aires, Argentina Pág. 23-26

consiga de golpe con una definición nominal. La fenomenología exige, contra toda especulación, atenerse a las cosas mismas. Pero esto implica un cuidadoso trabajo que permita abrirse paso hasta las cosas y verlas. La palabra *intentio* significa *dirigirse a*. Toda vivencia, toda actitud anímica, se dirige a algo.

La percepción es, en cuanto tal, percepción *de algo*, y lo mismo ocurre con la representación, el recuerdo, el juicio, la conjetura, la expectativa, la enseñanza, el amor. Siempre se trata de determinadas formas de conducta que se dirigen a algo. La percepción está inmersa en la corriente de natural de mí vivir. Transcurre con ese fluir y siempre únicamente con él. El percibir no es un estudio ni una consideración de las cosas que se baste a sí misma, sino un momento auxiliar y coordinador en la realización de la existencia.⁴

Cuando se habla de percepción se está, por tanto, designando una cadena sintética de referencias. Se debe tener en cuenta la peculiaridad de que el *algo* de la proposición *toda percepción en cuanto tal es percepción de algo* no se refiere a cosas que miremos, sino estados de cosas que captamos cognoscitivamente.

Es así como se percibe cuando se está hablando, la *atención* o la *comprensión* de las personas.

“Por tanto, se percibe: 1) objetos reales, en la plenitud con la que ellos desempeñan una papel en la realización del vivir, aquí coinciden lo objetual y lo objetivo; 2) lo objetual que no es objeto, como, por ejemplo, la comprensión de las personas. 3) Objetos que ni siquiera existen, y 4) los objetos que en su objetualidad confunden, o engañan.

Pero todos tienen en común el hecho de que, en la medida en que son mis percepciones, hay un lago que es su contenido y que desempeña un papel en las sucesivas referencias sintéticas de mi existencia. La percepción es, más bien, en sí misma y desde su origen, percepción de algo. Del modo más nítido lo vemos en la

⁴ Ídem Szilasi Wilhelm Pág.31-32

percepción engañosa, o sea, en la percepción de aquello que es, *realiter*, de otro modo.”⁵

Así pues, se contempla la solidez de Husserl que reside justamente en la minuciosa descripción de los procesos de la conciencia. Lo que por lo tanto hay que tener en cuenta es el sencillo hecho de que la estructura del comportamiento consiste en un *dirigirse a*.

A partir de aquí se puede entender la precisión terminológica del *acto*, que cumple un importante papel en la fenomenología. *Acto* no designa meramente acción, actividad o proceso, sino la propia relación intencional. Los actos son acontecimientos de conciencia que tiene el carácter de la intencionalidad. Es así, como Husserl “hace de una vez para siempre de la intencionalidad la ley de la conciencia. La conciencia es el ser intencional por excelencia, porque ser consciente es ser consciente de algo o referirse a algo. La fenomenología de Husserl es una ciencia eidética, es una ciencia de esencias. Como el fenómeno manifiesta todo su ser en cada momento, quiere decir que, una vez hecha la reducción, conocemos precisamente lo que es: su esencia.”⁶

Es así, como la observación y la descripción precisa del objeto, debe anteponerse a cualquier explicación e interpretación.

De acuerdo a esto, como investigador “se está obligado a examinar con atención y a describir con precisión ese peculiar fenómeno de la conciencia que se llama conocimiento. Al hacerlo, se trata de captar las características esenciales y generales de tal fenómeno, estableciendo una autorreflexión sobre lo que se piensa al hablar del conocimiento. Esto es lo que se conoce como fenomenología”.⁷

La palabra fenomenología designa entonces “el esfuerzo de emancipar la visión de todos los prejuicios y teorías presupuestas, para hacer visible el objeto mismo. Es decir, que el método fenomenológico sólo desea captar la esencia general de un

⁵ op. cit Szilasi Wilhelm Pág. 33-34

⁶ Monedero, Carmelo (1978) *Psicopatología General*. 2da. Edición. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, España. Pág. 74

⁷ Hessen, J. (1993) *Teoría del conocimiento*. Editores Mexicanos Unidos, México. Pág. 23

fenómeno concreto, que describirá lo que es esencial a todo conocimiento y establecerá lo que constituye su estructura general.”⁸ Es decir, se debe de tratar las cosas como fenómenos. Al ser el fenómeno lo que manifiesta de sí mismo, se ha reducido el campo de experiencia única y exclusiva a estas manifestaciones fenomenológicas.

“La descripción fenomenológica consiste en poner entre paréntesis el prejuicio por excelencia. Este prejuicio es el juicio de realidad. El juicio de realidad está implícito en todas las actividades de la vida cotidiana; se vive y se actúa como si existiera un mundo real exterior. Poner entre paréntesis este mundo real no consiste en negarlo, sino en quitarle al juicio de realidad la adhesión incondicional. Por eso se dice que el fenomenólogo pone en suspenso el juicio de realidad. Ni afirma ni niega. Se limita a constatar que él ingenuamente cree vivir en un mundo real. Ahora bien: el suspender el juicio de realidad no impide describir los fenómenos de conciencia que los fundamentan. Es más, esta es la labor propia de la Fenomenología. El sujeto que hace la descripción fenomenológica está precisamente describiendo las modalidades diversas – percepción, memoria, etc,- de conciencia –noético-condicionantes de la constitución de un mundo real, que pide imperiosamente la existencia. Pero puede describir también fenomenológicamente los modos existenciales que damos a las trascendencias –noemático-. El sujeto pensante adquiere así el rango de yo trascendental, que asiste a la constitución de todas y cada una de las trascendencias. La descripción fenomenológica es todo lo contrario de una filosofía de la subjetividad. Es el único método de investigación que permite conocer los elementos constituyentes de toda objetividad.

La reducción a los fenómenos de conciencia que preconiza la Fenomenología no es una limitación del campo del filosofar. Es precisamente lo contrario: es seleccionar de toda la ingenua realidad mundana, en la que nos creemos inmersos, los fenómenos de conciencia que han servido de fundamento para constituirlos. Porque

⁸ Bollnow, Otto F. (1970) Introducción a la filosofía del conocimiento. Editores Amorrorto, Buenos Aires, Argentina Pág. 87

para tomar algo por verdadero y existente tiene que haber tenido lugar algún proceso condicionante en el campo vivencial fenomenológico.

Por eso todas las creencias de la conciencia ingenua –científicas o no- deben ser objeto de un análisis fenomenológico para conocer su proceso constitutivo.”⁹

Por tal razón, la orientación fenomenológica dentro del presente estudio permitió una descripción por medio de los instrumentos empleados, del fenómeno obesidad.

Al conocer de dicho fenómeno, se obtuvo una serie de características endógenas y exógenas que afectan al sujeto de estudio (estudiante obeso), así como, las repercusiones que influyen en su Calidad de vida y que, de una u otra forma interfieren la cotidianidad de su diario vivir.

⁹ Ídem Monedero, Carmelo Pág, 73 - 74

1. La Obesidad

Comúnmente se utilizan los términos sobrepeso u obesidad como si fueran sinónimos; sin embargo, son dos conceptos diferentes: el primero se refiere a un aumento exclusivo de peso, mientras el segundo se relaciona con incremento de la adiposidad corporal. Además es importante recordar variaciones fisiológicas de las diferentes áreas corporales: el acuoso tiene una relación inversa con la edad, mientras que el graso y corporal tienen una relación directa. La palabra obesidad deriva del latín *obesus* que quiere decir "persona que tiene gordura en demasía".¹⁰ De esta forma se define como una condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa en el tejido adiposo bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como el músculo. Todos los mamíferos almacenan grasa: en condiciones normales ésta constituye el 25% del peso corporal en mujeres, y el 15% en los varones. El depósito de grasa, cuya capacidad energética es dos veces superior a la de proteínas o carbohidratos, es una forma de almacenamiento energético para necesidades futuras. Sin embargo, cuando estas reservas grasas son excesivas representan un problema de salud. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la obesidad es una enfermedad compleja, hasta hoy mal comprendida. En una definición estrictamente clínica, 7 factores son necesarios para referirse a la obesidad:"¹¹

- Una enfermedad crónica, que puede ser controlada y que debe tratarse clínicamente a largo plazo.
- Es consecuencia de exceso de ingesta de grasa que se traduce en un exceso de acumulación de grasa corporal.

¹⁰ Jerez, H. (2000) Tesis. Perfil psicológico de niños y niñas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Guatemala. USAC Pág. 9

¹¹ Valverde Hugo Díaz ING. Experto en Prevención de Riesgos, Agencia Las Condes. <http://www.asipla.cl/62/seguridad.html>

- Es una enfermedad producto de múltiples factores, tanto genéticos como ambientales.
- Es una enfermedad que alcanza proporciones epidémicas.
- Es una enfermedad que tiene serios factores de riesgo asociados (dislipidemias, diabetes, hipertensión arterial), que constituyen el paso previo para desarrollar enfermedades cardiovasculares.
- Así, la obesidad puede definirse como una condición en la cual el exceso de grasa corporal afecta la salud en forma adversa.
- Algunas personas utilizan la comida para afrontar los problemas emocionales y sentirse mejor. Las personas más obesas son las que tienen más probabilidades de comer en dichas situaciones. Aunque esto no tiene por que deberse, necesariamente, a su forma de ser.

La obesidad, desde el punto de vista psicológico, es difícil de definir, ya que se pueden considerar varias teorías que tienden a explicarla y que estipulan su posible etiología y su tratamiento. A pesar de que todavía no es clara la relación entre la obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias, la obesidad puede ser visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social que atenta contra las cualidades emocionales, percepción del propio funcionamiento, Calidad de vida y habilidades sociales de estas personas a cualquier edad, especialmente por las características estigmatizadas por la sociedad. No se pueden olvidar las consecuencias psicológicas del seguimiento de dietas y de los ciclos de pérdida-recuperación de peso, en donde los programas de tratamiento conductuales deberán estar basados en las técnicas de autocontrol, dotando al sujeto de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta, mejorando los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física, lo que contribuye a la disminución de problemas como la falta de apego a la terapia. Sin embargo, ya que la terapia psicológica tampoco cura la obesidad, el esfuerzo actual tiene que ir encaminado a la prevención secundaria de

la recuperación del peso perdido, en el caso de los adultos, y a la prevención primaria, en el caso de la obesidad infantil.

1.1. Método de Evaluación:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema más sencillo y práctico para clasificar el sobrepeso y la obesidad está basado en el índice de masa corporal (IMC) para lo cual se requiere el peso y la talla del paciente. El IMC se calcula así: el cociente entre el peso expresado en kilogramos y el cuadrado de la altura de la persona expresada en metros. (Kg. /m²).

$\text{IMC} = \frac{\text{peso (kg.)}}{\text{talla (metros)}^2}$

El IMC se suele utilizar para determinar si existe o no un exceso de peso. La clasificación de sobrepeso y obesidad recomendada por la OMS y basada en el riesgo de mortalidad independiente del sexo y la edad, se observa en la Tabla 1.

TABLA 1 Clasificación del Sobrepeso y Obesidad en Adultos de Acuerdo con el IMC. Modificado de la OMS

CLASIFICACIÓN	IMC (kg. / m²)	RIESGO DE COMORBILIDAD
Bajo peso	< de 18,5	Bajo (riesgo de otros problemas clínicos)
Normal	18,5 - 24,9	
sobrepeso	25 - 29,9	Aumentado
Obesidad clase I	30 - 34,9	Moderado
Obesidad clase II	35 - 39,9	Severo
Obesidad clase III	> 40	Muy severo

1.2. Causas de la Obesidad:

Las causas de la obesidad son múltiples e incluyen factores tales como la herencia genética, biológicos, sociales, y psicológicos.

1.2.1. Herencia Genética:

La obesidad se transmite genéticamente en las familias, los patrones sugieren que a menudo la herencia está implicada. "Los genes parecen predisponer a los individuos a la obesidad por medio de mecanismos que afectan el apetito, preferencias de sabores, saciedad, actividad y metabolismo, que se refiere a los diversos procesos a través de los cuales la energía está disponible para las células del cuerpo (Deluise y cols, 1983; Lytle, 1977, y Rodin, 1981). Es probable que se herede una disposición a una inactividad relativa o a preferir alimentos dulces o a almacenar los nutrientes como grasa. O, quizás a causa de una falla genética, la persona no pueda compensar la sobrealimentación a nivel celular (Jung y James, 1980, y Leible y Hirsch, 1984)."¹²

La herencia tiene un papel importante, tanto que el hijo de padres obesos tiene el riesgo de sufrir obesidad 10 veces superior a lo normal. En parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimenticios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padres a hijos. Los gemelos idénticos tienen el doble de posibilidades que los gemelos fraternales de que ambos presenten problemas de sobrepeso (Stunkard, Harris, Pedersen y McClearn, 1990)."¹³ "De modo semejante, el peso de los niños adoptados se asemeja más a los de sus padres biológicos que a los de las personas que se encargan de ellos."¹⁴

1.2.2. Factores Biológicos:

"En contraste con los seres humanos, es improbable que los animales se vuelvan obesos. Mecanismos internos parecen regular no sólo la cantidad de ingestión de alimento en los animales, sino también la clase de comida que desea un animal.

¹² Davidoff, L. (1989) Introducción a la Psicología. 3era. Edición. Pág. 341.

¹³ Davidoff, L. (1989) Introducción a la Psicología. 3era. Edición. Pág. 341.

¹⁴ E. Papalia D. Y Sally Wendkos. (1998) Psicología del Desarrollo. 7ª. Edición Editorial Mc-Graw Hill, México. D.F. Pág. 87

Los mecanismos por los cuales los organismos saben si requieren de alimentos o si deben dejar de comer son muy complejos (Keeseey y Powley, 1986). No es tan sólo cuestión de que un estómago vacío provoque dolores por hambre y que uno lleno la satisfaga. Por ejemplo, las personas a quienes se les ha extirpado el estómago siguen experimentando la sensación de hambre (Ingelfinger, 1944). En consecuencia, la regulación del comer va más allá de un estómago lleno.

Algunos investigadores sugieren que los cambios en la composición química de la sangre pueden constituir un factor importante en el control de la ingestión de alimentos (Feldman, 1991).¹⁵

Pero, ¿qué parte del cuerpo supervisa los cambios de la química sanguínea relativos al comportamiento de comer? "La estructura del cerebro, el hipotálamo, parece ser el principal responsable del monitoreo de la ingesta de alimentos (Kupfermann, 1991^a).

Se ha demostrado que las lesiones en el hipotálamo generan cambios radicales en el comportamiento de comer, los cuales dependen del lugar en que se produce el daño.

Aunque es evidente que el hipotálamo desempeña un papel importante en la regulación de la ingestión de alimentos, la forma exacta por la que opera todavía no está clara. Algunos investigadores opinan que afecta la percepción de hambre que tiene el organismo; otros plantean la hipótesis de que regula directamente las conexiones neuronales que controlan los músculos implicados en el comportamiento de comer (Stricker y Zigmond, 1976; Kupfermann, 1991^a).¹⁶

Feldman (1998) cita a Nisbett (1972) quien plantea la hipótesis que sugiere que las lesiones en el hipotálamo afectan el peso ideal interno por el que se regula la ingestión de alimentos. Según esta hipótesis, el peso ideal interno es el nivel específico de peso que el organismo se esfuerza por conservar. Actuando como una

¹⁵ Feldman, R. (1998) Psicología para los países hispanoamericanos. 3era. Edición. Editorial Mc-Graw Hill, México D.F. Pág. 301

¹⁶ op. cit. F. R. (1998) Psicología para los países hispanoamericanos. 3era. Edición. Editorial Mc-Graw Hill, México D.F. Pág. 302

especie de termostato interno del peso, el hipotálamo dispone que se ingiera mayor o menor cantidad de alimentos.

“En la mayor parte de los casos, el hipotálamo hace un buen trabajo. Las personas que no supervisan su peso sólo muestran fluctuaciones menores en el peso, a pesar de las variaciones cotidianas considerables en lo que comen y en la cantidad de ejercicio que realizan. Sin embargo, los daños en el hipotálamo aumentan o disminuyen en forma drástica este peso ideal interno, y entonces el organismo lucha por satisfacer su meta interna aumentando o disminuyendo su consumo de alimentos.

El peso ideal interno puede ser determinado, al menos en parte, por factores genéticos. Las personas parecen estar destinadas, por medio de la herencia, a tener un metabolismo particular, la tasa con la que el alimento es convertido en energía y gastada por el cuerpo.

Algunas personas, con una tasa metabólica alta, parecen ser capaces de comer todo lo que deseen sin subir de peso, en tanto que otras, con un metabolismo lento, pueden comer la mitad que las anteriores y, sin embargo, ganar peso con mayor facilidad (Roberts, Savage, Coward, Chef y Lucas, 1988).¹⁷

1.2.3. Factores Sociales:

Es evidente que los factores biológicos internos no proporcionan la explicación completa del comportamiento de comer. Los factores sociales externos, basados en reglas y convenciones sociales y lo que se ha aprendido acerca del comportamiento adecuado de comer, desempeñan también un papel muy importante.

“De modo similar, se tiende a poner aproximadamente la misma cantidad de comida en los platos todos los días, a pesar de que la cantidad de ejercicio que se haya realizado y, en consecuencia, la necesidad de recuperación de energía varíe

¹⁷ op. cit. Roberto Feldman Pág. 303

cada día. También se tiende a preferir alimentos específicos en lugar de otros. Es decir, que las influencias culturales y los propios hábitos individuales desempeñan un papel importante en la determinación de cuándo se debe comer, qué alimento y en qué cantidad (Polivy y herman, 1985; Boakes, Popplewell y Burton, 1987).”¹⁸

“En muchas culturas industriales, el comer se ha convertido en una forma principal de recreación, relajación, celebración y hospitalidad. Con tantas tentaciones, es fácil que muchas personas coman en exceso. La dieta moderna es otra trampa; la variedad de alimentos disponibles de inmediato en el supermercado y en los restaurantes de comida preparada, tiende a fomentar la alimentación excesiva.

Además, gran parte de lo que se come (en especial comidas preelaboradas y empaquetadas) es rica en contenido de grasas y en calorías. Consumir un alto porcentaje de calorías en forma de grasas tiende a conducir a la obesidad.”¹⁹

Probablemente como ninguna otra enfermedad, la obesidad tiene un modelo cultural. Es pues, la cultura quien la define. Así también, es la cultura la que tiene una determinada imagen de cómo ha de llevarse a cabo el tratamiento y de cómo han de evaluarse sus resultados.

Por otra parte, la cultura tiene su propio modelo estético del cuerpo que se ha de tener y estigmatiza a todos aquellos que no cumplan con sus normas. Quizás los efectos más devastadores en las personas obesas están vinculados a un estigma inocultable.

Esto conduce a un aumento de probabilidad de enfermedad de etiología psicológica y social que se traduce en síndromes depresivos, baja autoestima, aumento de stress (por el estado de dieta permanente), mayores dificultades para obtener empleo, mayores dificultades para la movilidad vertical a nivel social, mayores dificultades para la pareja.

El estigma social por la obesidad se ha constatado que comienza en edades preescolares.

¹⁸ Ídem. Roberto Felldman Pág. 303

¹⁹ op. cit.. Linda Davidoff Pág. 343

1.2.4. Factores Psicológicos:

Los vínculos entre las emociones humanas y la alimentación pueden hacerse fuertes y automáticos. Aunque no hay mucha investigación sobre el papel de la familia en el establecimiento del hábito de comer, algunos psicólogos afirman que las familias son importantes a este respecto.

“Los padres contribuyen a establecer la frecuencia con que los niños ingieren alimentos al programar las comidas y establecer asociaciones entre la alimentación y actividades, lugares, emociones y momentos particulares. Cuando se repiten las relaciones, son las circunstancias en sí las que incitan el hambre, un mecanismo de condicionamiento respondiente.

En ocasiones se desea intensamente el alimento que se ha consumido muchas veces. Se piensa que algunas comidas vinculadas por este tipo de aprendizaje asociativo son las palomitas de maíz y el cine, las hamburguesas y los juegos de fútbol, las papas fritas y la televisión. En otros casos, “al comer, las personas obesas también satisfacen a los padres quienes quizás fomentaron “comer algo para sentirse mejor.”²⁰ Después de un día difícil, se busca consuelo en el platillo favorito, tal como, les enseñaron sus padres siendo niños, darles comida cuando estaban preocupados. Con el tiempo, se pudo haber aprendido a asociar, por medio de los mecanismos básicos del condicionamiento clásico y operante, la comida con el alivio y el consuelo. Del mismo modo, se pudo haber aprendido que comer proporciona un escape de los pensamientos desagradables, mientras en su lugar se enfocan en los placeres inmediatos de comer.

Como consecuencia, los obesos pueden comer cuando experimentan ansiedad. Así pues, la comida para la persona obesa puede simbolizar amor, obligaciones sociales, o ser un signo de opulencia. La manera de comer puede reflejar la actitud hacia sí mismos, hacia la familia y la sociedad. La obesidad llega a ser un problema

²⁰ Ídem Linda Davidoff Pág. 341.

psicológico, ya que transgrede drásticamente las normas estéticas de la sociedad a la que pertenece, en especial si es una sociedad que rinde culto a la delgadez.

Tras esos muros de tejido adiposo que encierran al ser humano como si fueran paredes de una prisión, se halla con frecuencia una persona frustrada que antepone su gordura a un mundo lleno de desilusiones.

Comer demasiado conduce a que la persona obesa manifieste específicamente factores psicológicos que lo inducen a seguir alimentándose en exceso.

Entre estos se pueden nombrar los más significativos:

1. Baja Autoestima.
2. Sentimiento de Soledad.
3. Excesiva ambición.
4. Rebeldía.
5. Bienestar Físico.

1.3. Enfermedades Relacionadas con La Obesidad:

La obesidad aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades muchas de ellas son graves y pueden provocar la muerte, o bien, reducir la Calidad de vida. Por todos los riesgos que significan para la salud, es importante controlar la obesidad. Para esto no es necesario llegar a un "peso ideal". Estudios de expertos mundiales en el tema de la obesidad y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprueban que una baja gradual y moderada entre 5% y el 10% del peso inicial, conlleva a una disminución clínicamente importante en el riesgo de contraer enfermedades asociadas a la obesidad, como las que a continuación se describirán²¹:

²¹ Uriarte, V. (1997) Enciclopedia Hispánica Publicaciones UNAM México, D.F. http://www.dietasalamedia.com/todito/noticias/obesidad_y_enfermedades_asociada.asp

- Alteración de lípidos sanguíneos:

Se observan valores aumentados de colesterol, HDL, además de aumento de triglicéridos este último más frecuente en varones. En estos pacientes aumenta el riesgo de enfermedades coronarias e infartos del corazón.

- Alteraciones dérmicas:

Los pliegues cutáneos favorecen la maceración de la piel y la colonización de hongos y otros parásitos.

- Apnea de sueño obstructiva:

La obesidad puede ser un factor coadyuvante; la persona mientras duerme presenta interrupción de la respiración durante unos segundos. Los pacientes que padecen apnea del sueño mejoran con la pérdida de peso.

- Aumento del fibrinógeno:

La secuencia de pasos que se suceden en la coagulación se ve alterada si uno solo de los factores que participan en ella está ausente o no realiza correctamente su función.

- Cálculos vesiculares de ácido úrico:

En pacientes obesos hay mucha mayor incidencia de colelitiasis. Más de 1/3 de mujeres de 45 años que presentan un sobrepeso del 100% padecen de piedras en la vesícula biliar.

- Cáncer de colon:

En el hombre se asocia con mayor frecuencia a cáncer de colon, recto y próstata.

- Cáncer de la mujer:

La mujer obesa presenta un riesgo aumentado de cáncer de mama y vesículas biliares.

- Cáncer de útero:

Los elevados niveles de estrógenos que presentan estas personas parecen ser los responsables de la elevada frecuencia de hiperplasia y cáncer de matriz que padecen.

- Diabetes no insulino dependiente:

Hay una estrecha relación entre diabetes tipo II o diabetes no insulino dependiente y la obesidad. Así mismo, la intolerancia que presentan estas personas a la glucosa es mayor con el aumento de la edad del paciente, duración de la obesidad e incremento de peso en aquellos que presentan un incremento de peso del 45% o superior, el riesgo de

diabetes se multiplica por 30. La mayoría de estos pacientes controla el problema al reducir peso.

- Enfermedad coronaria:

Una obesidad mantenida incrementa el riesgo de enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, fallo cardíaco y muerte por infarto de miocardio.

- Hipertensión:

Las personas que presentan un sobrepeso del 20% o superior desarrollan hipertensión arterial. Es la más común y afecta al corazón y los vasos sanguíneos.

- Gota:

El aumento de cristales de uratos en el obeso es de carácter multifactorial, y se encuentran niveles tanto altos como bajos. El uso de dietas muy bajas en calorías y cetogénicas puede provocar aumentos bruscos de ácido úrico y ataques de gota.

- Muerte súbita:

Puede producirse por una ausencia de oxígeno, por acumulación de ácido en la sangre, por aumento de la presión en el tronco cerebral, o por fallo cardíaco.

- Problemas óseos y articulares:

El sobrepeso que se ve obligado a soportar el esqueleto de estas personas es responsable de los problemas articulares y de columna. Aún así, existen dudas acerca de la vinculación causal entre la obesidad y enfermedades osteoarticulares. Sin embargo, está clara la mejoría de la sintomatología algica e inflamatoria, a partir de la reducción de peso.

- Problemas respiratorios:

Las alteraciones respiratorias son frecuentes en el paciente obeso, observándose déficit respiratorio que pueden presentar complicaciones graves e incluso hospitalizaciones. Así también, presentan problemas respiratorios tales como: hipoventilación alveolar, embolismo pulmonar que puede evolucionar al cuadro florido de hipertensión pulmonar, hipertrofia ventricular y fallo cardíaco secundario, causas poco frecuentes de muerte en estos pacientes. La pérdida de peso mejora sustancialmente las alteraciones respiratorias.

- Trastornos menstruales:

Alteraciones de la menstruación e infertilidad son relativamente frecuentes en las personas obesas.

- Várices:

A mayor obesidad más riesgo de presentar várices y éstasis venosas en extremidades inferiores. Además, la obesidad se asocia a un mayor riesgo de padecer enfermedades tromboembólicas.

- Hemorroides:

La obesidad se asocia a una incidencia mayor de hemorroides secundaria al sedentarismo de estos pacientes.

- Riesgos Obstétricos:

Existe un significativo aumento de la morbi-mortalidad materna y perinatal, asociada con la obesidad. Se ha constatado asimismo que la obesidad se asocia a prolongación de los trabajos de parto, mayor frecuencia de cesáreas y de complicaciones del embarazo.

2. Personalidad del Obeso

Desde un punto de vista psicológico "la obesidad se ha interpretado en gran parte como un aumento en el impulso coercitivo que lleva al individuo a comer. Se ha tratado de elucidar el origen de tal impulso patológico, tanto por medio de estudios fisiológicos como por medio de estudios psicológicos."²²

"En general, se acepta que los obesos coman de forma excesiva y la psicología ha intentado elaborar modelos explicativos de esa conducta de sobreingesta. Algunos de estos modelos establecen que las personas obesas presentan problemas de personalidad que compensan o alivian comiendo en exceso. Otros modelos consideran la ansiedad como un factor determinante. En relación a esto último se piensa que la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a tensiones

²² Kolb, L. (1985) Psiquiatría Clínica Moderna 6ª. Edición. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. Médico D.F. Pág. 634

emocionales no específicas, como síntomas de enfermedad mental subyacente y como adicción a la comida. La relación entre los aspectos de personalidad y la obesidad no se limita a una relación de causa-efecto en un solo sentido, sino que se especula también la relación a la inversa, es decir, hasta qué punto la obesidad determina problemas específicos en la personalidad. Las investigaciones y conclusiones en torno a la posible existencia de rasgos de personalidad característicos de la obesidad son, en términos generales variadas."²³

"El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, en este desenvolvimiento cada etapa sucesiva emerge gradualmente de las anteriores, en consecuencia, puede decirse que la personalidad de un individuo en un momento dado de su vida, es el producto de todas las experiencias de su pasado."²⁴

Conforme ha aumentado el conocimiento acerca de los procesos fisiológicos que rigen la conducta frente al alimento y el saciamiento, también se sabe más acerca de los tipos de influencia que los progenitores ejercen sobre el desarrollo de la personalidad, y que afectan la conducta frente al alimento.

"La teoría psicodinámica sostiene que el desarrollo de la personalidad empieza desde el nacimiento en la fase oral, en la cual el niño satisface todas sus necesidades de acomodación, afecto y físicas. Además, es en esta fase donde se da origen a la integración del yo.

Más adelante, el niño cuyas otras necesidades están reprimidas, insatisfechas, reacciona con una demanda alimenticia creciente y un deseo de satisfacción inmediata; el alimento equivalente del amor, tiene un valor de compensación y de alivio."²⁵

Sin embargo, Grinker en 1953 subraya que al hablar del niño y de los casos de fijaciones en los primeros momentos y años de la infancia es erróneo referirse

²³ Jarne A. y Antoni Talam (2000) Manual de Psicopatología Clínica Ediciones Paidós. Barcelona, España. Pág. 174

²⁴ Santos R. y Miriam Godoy (1989) Tesis Rasgos de personalidad en el Obeso. Guatemala. USAC. Pág. 20

²⁵ J. De Ajuriaguerra (1983) Manual de Psiquiatría Infantil, 5ª . Edición. Editorial Masson. México, D.F. Pág. 201

exclusivamente a la libido oral, pues en las primeras fases del desarrollo cualquier órgano o zona corporal puede proporcionar placer. El autor de este libro comparte esta opinión y se limita a complementarla, añadiendo que en la primera fase del desarrollo la piel es un órgano que, ya *intra utero* (en la matriz), sirve para efectuar procesos de intercambio con el entorno y tiene una importancia decisiva en la recepción de estímulos inmediatamente antes de nacer así como también después. Si no se ama a un niño pequeño o si la madre no lo estrecha táctilmente contra su pecho o su cuerpo, él se abrazará insaciablemente durante toda la vida a objetos. Las madres de niños obesos tienen una marcada tendencia a responder a cualquier aflicción infantil, mediante la comida. La madre no responde de una forma apropiada a los mensajes del niño, éste se vuelve incapaz de distinguir entre el hambre y la saciedad, así como discriminar entre un estado de necesidad nutritiva de otras carencias fisiológicas. Estas madres dan de comer a sus hijos cada vez que lloran, sin tomar en cuenta que pudieran tener otros deseos. En el obeso la relación madre-hijo representa un factor etiológico importante. Por ende, el hambre es la principal productora de tensión en la vida y tiene su remedio más fácil en la comida, sin embargo no es únicamente ésta la fuente de tensiones en la vida y cuando todas las muestras de infelicidad o incomodidad se solucionan con la misma respuesta, dándole más comida al bebé, se establece un patrón de conducta, nada recomendable que luego tiene implicaciones a lo largo de toda la vida.”²⁶ Así mismo, Battegay hace mención que, “si los cuidados dispensados al niño son excesivos o insuficientes, en la fase del desarrollo infantil táctil-oral la cual sigue inmediatamente al nacimiento y dura hasta los 8 ó 9 meses, la persona obesa buscará a lo largo de toda su vida la fusión, el alimento y la incorporación de objetos.”²⁷

Ya se sabe, entonces que, la clase y la cantidad de aporte nutritivo tanto alimenticio como táctil en la infancia más temprana, son decisivas no sólo en el

²⁶ Haynal y W. Pasini (1972) *Medicina Psicosomática* Editorial Toray Masson. España, Barcelona. Pág. 251

²⁷ Op. Cit. Jarne A. y Antoni Talam, Pág. 174

proceso de aprendizaje de la conducta alimentaria posterior, sino también en cuanto a factores que condicionan la necesidad de ingestión. Mientras el niño va creciendo, el desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida, a través de su devoción hacia el hijo.

En la mayoría de los casos la madre es el miembro dominante de la familia, y trata al niño obeso con una sobreprotección angustiada, que incluye forzarlo a que coma. Es frecuente que la madre tenga grandes ambiciones de que ese hijo llegue a ser importante, para compensar los fracasos de los padres. Las actitudes de la madre suelen reflejar los sufrimientos y las penalidades de su propia niñez, asociados a los resentimientos que ella experimenta hacia su familia. Adopta una actitud de compasión hacia si misma y, sin embargo, trata de salvar a sus hijos de experiencias similares. No se cuida al niño como a un individuo con problemas particulares que requiere apoyo emocional; como predominan las ambiciones de los padres, el niño no logra desarrollar independencia personal ni autoestimación. En muchos casos, el niño obeso es un hijo cuyo nacimiento no se deseaba. Suele ser el tipo de niño que pasivamente acepta la posición privilegiada sin rebelarse, debido a su propia actitud exigente, la cual no puede satisfacer fuera del hogar. La apariencia del niño y el adulto obeso es casi siempre la de un individuo sumiso y no agresivo. Pero, dentro del marco familiar, las exigencias del niño se equilibran cuando se proporciona comida para sustituir el amor y la satisfacción."²⁸

De ahí que no es nada sorprendente que muchos obesos reconozcan que comen cuando se sienten tristes, disgustados, nerviosos o frustrados sexualmente, ya que, han hecho frente a estas tensiones mediante la comida desde la cuna. Estableciéndose así, un lazo simbólico en que la alimentación representa amor, seguridad y satisfacción del deseo. El obeso lo utilizará de una forma inadecuada y exagerada en la resolución de todos sus problemas. "Por tanto, la distorsión de la

²⁸ K. L. (1985) Psiquiatría Clínica Moderna 6ª. Edición. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. México Pág. 636

imagen corporal aparece especialmente en los casos en que más frecuentemente haya participado la madre. Al pasar el tiempo, la imagen del cuerpo obeso llega a tener un gran significado emocional para el obeso, ya que suele representar el deseo de ser fuerte y poderoso y, en la vida real, proporciona satisfacción.

Por tal razón, la pérdida de peso se vuelve difícil no solo debido a la incapacidad para encarar la incomodidad física del hambre, sino también debido a que la pérdida simbólica del amor es compensada por la venganza que proporciona el hecho de comer, y posteriormente debido al miedo a perder el poder que simbólicamente representa la figura obesa. ²⁹

Según Hilde Bruch, en su trabajo sobre el despertar del hambre comenta que "las funciones innatas requieren de experiencias de aprendizaje temprano para llegar a convertirse en útiles y distintos patrones de comportamiento. Ella lo reconoce como crucial en muchos pacientes con serios desórdenes en el comer atribuyéndolos a un desviado desarrollo de las relaciones tomando en cuenta los aspectos emocionales de la *hiperfagia*. ³⁰

Hamburguer diferencia cuatro tipos de hiperfágicos: ³¹

- Los que comen demasiado como reacción a tensiones emocionales no específicas como soledad, angustia, enojo, etc.
- Los que se sobrealimentan como respuesta a una tensión crónica o a la frustración, es el caso en que el alimento es un sustituto del placer.
- Aquellos en los que la sobreingesta oculta un problema emocional, el más frecuente: la depresión.
- Los que se sobrealimentan debido a una forma de apetito devorador compulsivo sin relación a sucesos emocionales, ni algún suceso determinado, pero que se ha convertido en hábito.

²⁹ o p. cit. Lawrence Kolb Pág. 637

³⁰ Bruch H. (1970) *Psychotherapies and satiating disorders*. Editorial Little Brown. Boston, USA. Pág. 54

³¹ op. cit. S. R. y M. G. (1989) Tesis Rasgos de personalidad en el Obeso. Guatemala. USAC. Pág 17

Sin embargo, es importante señalar que sólo enfermedades neurológicas como el Síndrome de Kluver-Bucy y Klein Levin, dentro de su sintomatología el paciente presenta hiperfagia.

Algunos autores han destacado la importancia de las variables de personalidad en la sobreingesta, Alby y Klotz describen a los obesos como: "Personalidades, obsesivas, ansiosas y depresivas."³²

También se han hecho publicaciones que han intentado mostrar una posible relación entre obesidad, stress y ansiedad. "Según Williams: la ganancia máxima de peso tiende a producirse durante los períodos de tensión. Más el hambre es alguna ansiedad o frustración particular lo que hace que sea irresistible la necesidad de comer."³³

De hecho no se puede aplicar una uniformidad descriptiva a todos los casos de obesidad. Hilde Bruch propone tres tipos psicológicos de obesidad:³⁴

- La obesidad que no depende de problemas emocionales
- La obesidad que surge como consecuencia de una experiencia emocional traumática y en la cual la hiperfagia tiene la función de proteger de la angustia y la depresión.
- La obesidad que se caracteriza fundamentalmente por la imposibilidad de poder soportar las frustraciones o por un retraso en la gratificación.

"La psicología de la persona obesa, tal como se ha dicho, explica el frecuente fracaso de los recursos médicos para producir un cambio duradero en el estado de sobrepeso y obesidad."³⁵ Por tal razón, investigadores psicológicos hacen mención de cinco posibles tipos de obesos, en los cuales probablemente resida su causa etiológica-psicológica:³⁶

³² op. cit. H. y P. (1972) Medicina Psicosomática. Editorial Toray Masson. España, Barcelona. Pág.209

³³ op. cit. Rebeca Santos y Miriam Godoy Pág. 29

³⁴ op. cit. Br. H. (1970) Psychotherapies and sating disorders. Editorial Little Brown. Boston, Estados Unidos. Pág. 54

³⁵ op. cit. Lawrence Kolb Pág. 638

³⁶ Román G. (2004) Personalidad y Obesidad. <http://www.mundolatino.org/saludmental/persobe.htm>

- Algunas personas con baja autoestima, que se sienten carentes de "peso social" o de "solidez económica", tratan inconscientemente de compensar esa falta, sentándose a la mesa, aumentando su peso y solidez corpóreas.
- Otro tipo psicológico es el de la persona gorda que al sentirse sola, busca calor humano y afecto. Al sentir que la vida le niega ese afecto, desarrolla una irresistible ansia de comer, como buscando reencontrarse con el afecto materno que recibía durante su lactancia.
- Existe también el obeso cuya adiposidad se debe a su excesiva ambición. Es el que trata de guardar todo lo que le pertenece, aunque para guardar esa comida "que es suya", tenga que embutirla en su propio cuerpo.
- Un cuarto tipo, es el gordo por rebeldía. Una especie de rebelde fracasado, cuya válvula de escape es engullir grandes cantidades de comida, infringiendo así las normas y reglas impuestas por la sociedad y cultura.
- Finalmente existe el gordo cuya inseguridad se centra en su bienestar físico. Para convencerse y convencer a los demás que goza de buena salud, se atiborra de comida para adquirir esa falsa apariencia de vitalidad y felicidad, que la tradición ha atribuido a los obesos.

Se puede afirmar, entonces que la obesidad se considera un problema psicológico y social, más allá de un problema exclusivamente médico. Aunque, se destaca que "las características propias de la obesidad, y también la existencia de un elevado número de complicaciones físicas que le son inherentes, enmarca el problema siempre dentro del contexto de la salud física."³⁷

³⁷ op. cit J. A. y A. T. (2000) Manual de Psicopatología Clínica Ediciones Paidós. Barcelona, España. Pág. 177.

2.1. Rasgos de Personalidad

En la población adulta, se admite la existencia de ciertas características clínicas presentes en la persona obesa, que los diferencia de personas con peso normal. A éstas diferencias características se les conoce como "rasgos". Un rasgo es una "disposición más dinámica y flexible, resultante, al menos en parte, de la integración de hábitos específicos, que expresan modos característicos de adaptación al ambiente próximo. Por tanto, un rasgo es siempre individualizado, distintivo de su poseedor, que guía el curso de la conducta y muchas veces puede volverse también dinámico y compulsivo."³⁸

En este sentido se considera que los obesos son más duros, recelosos, más vergonzosos, pasivos y tímidos, y que presentan un número más elevado de manifestaciones de enfermedades psíquicas, junto con sentimientos de incompetencia e ineffectividad.

La presencia de rasgos de personalidad alexitímicos (entendidos como la dificultad para identificar y comunicar sentimientos) ha ganado recientemente importancia en la investigación sobre este tema. También se han encontrado "rasgos de personalidad anómalos, como, por ejemplo, un patrón de comportamiento sumiso, un deseo menor de consecución y menos ambición."³⁹

"Perls (1947-1978) refiere que algunos adultos tratan el alimento sólido como si fuera líquido y pudiera tomarse a grandes sorbos. Tales personas se caracterizan siempre por la impaciencia. Su impaciencia va ligada a la avidez y a la incapacidad de lograr satisfacción. Más bien se dedican a comer con impaciencia cantidades cada vez mayores de alimentos porque esperan –en vano- poder saciarse alguna vez."⁴⁰

³⁸ W. Allport, Gordon (1970) Psicología de la Personalidad 3ª. Edición. Vol. 6 Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. Pág.156

³⁹ op. cit. Adolfo Jarne y Antoni Talam Pág. 175.

⁴⁰ op. cit. Raymond Battegay Pág. 36

Así también, se considera que las personas obesas, que comúnmente suele llamárseles "gorditas", son más agradables, porque manifiestan un mejor sentido de humor, por lo que, suelen reírse mucho para que los demás crean que les da igual, ser aparentemente "gorditas". Pero, no les da igual "reír por fuera y llorar por dentro". Son vulnerables al ambiente y manifiestan sentimientos de rechazo hacia sí mismas y por ende, dejan de respetarse a sí mismas, debido a la decepción que sufren por su apariencia. Además, la pérdida de confianza en sí mismas provoca sensación de fracaso, porque les cuesta obtener un empleo al cual desean aplicar. Al mismo tiempo, son indisciplinados hacia su persona y su Calidad de vida, por su falta de voluntad, que les impide encontrar otras medidas para combatir la obesidad. Esto provoca que, sus sentimientos de autocompasión vayan en aumento, llegando a darse por vencidos y perder el ánimo en mejorar su salud. Además, muchas personas obesas se sienten inseguras porque no las respaldan elementos fundamentales de vida: hogar, esposo o esposa y familia.

3. Trastornos psicológicos asociados a la obesidad

Es importante aclarar, que la simple obesidad no se considera como un trastorno alimenticio, porque no está asociada a ningún otro síndrome conductual psicológico.

En la obesidad son muy frecuentes los trastornos emocionales y psicológicos que se incrementan a medida que la obesidad se acentúa. Sin embargo, aunque los factores emocionales son frecuentes en la obesidad, ésta se considera psicopatológica, sólo cuando los elementos psicológicos son de importancia en la etiología o en el curso de algún caso particular de obesidad pero no como un trastorno alimenticio o psicofisiológico.

No hay duda, como se ha mencionado con anterioridad, de que la obesidad no es solamente un problema médico sino que también tiene implicaciones psicológicas importantes. Estos individuos sufren por ello grandes presiones sociales Rodim

sostiene: "Que la Psicopatología que puede estar asociada a la obesidad surge de la reacción que la sociedad tiene contra la gordura y no necesariamente de alteraciones psicológicas en él."⁴¹

El individuo obeso presenta comúnmente problemas en el área afectiva como baja autoestima y autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, bajas expectativas de autoeficacia y logro. Por tal razón, la obesidad constituye uno de los principales "estigmas sociales", disminuyendo las oportunidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico individual (disminución del autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, aumento de la ansiedad y afectos disfóricos, disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, etcétera). Así mismo, una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, etcétera). "La presencia frecuente de alteraciones del comportamiento alimenticios en pacientes obesos, hace imprescindible el reconocimiento del diagnóstico clínico de los trastornos alimenticios en esta población. El conocimiento de la clasificación actual de dichos trastornos según la Cuarta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM- IV), entidad profesional de salud que atiende pacientes obesos, es de gran ayuda para el manejo adecuado de estos pacientes. Es importante reconocer la ocurrencia de episodios de "atracones" en pacientes con exceso de peso, ya que pueden presentarse en más del 50% de ellos. Binge (atracones en español): se define como el episodio de una rápida ingestión de una cantidad excesiva de alimentos con la sensación de pérdidas del control sobre las cantidades ingeridas. No tiene fácil traducción al idioma español por lo que se ha propuesto denominarlos "descontrol alimentario" , o asimilarlo a : trastornos de compulsión

⁴¹ Saldaña, C y Rosa R. (1987) Obesidad. Editorial Martínez Roca. España. Pág. 57

alimentaria (TCA). En portugués se están utilizando diversas opciones de traducción: "ataque", "compulsión periódica", "orgía" o "farra" alimenticia. Por tal razón, y de acuerdo, a los criterios diagnósticos de DSM – IV, la obesidad es considerada como un trastorno de Compulsión Alimenticia (TCA), donde la persona que padece de dicha enfermedad presenta:⁴²

- a. Episodios recurrentes de compulsión alimenticia, caracterizados por :
 - Comer en un período limitado (p. ej. En un lapso de dos horas) una cantidad de alimento considerada definitivamente mayor de la aceptable para la mayoría de las personas durante un período y circunstancias similares.
 - Un sentimiento de falta de control sobre los episodios (p.ej. la sensación de no poder parar , ni controlar lo que se está comiendo, ni la cantidad).
- a. Los episodios de compulsión alimenticia están asociados por lo menos con tres de los siguientes aspectos:
 - Comer más rápido de lo usual.
 - Ingerir los alimentos hasta sentirse desagradablemente "lleno".
 - Consumir grandes cantidades de comida, aun sin sentir hambre.
 - Comer solo para no sentirse cohibido por las cantidades que está consumiendo.
 - Sentirse decepcionado, deprimido o culpable por la sobreingesta.
- a. El episodio de compulsión alimenticia provoca un marcado inconformismo.
- b. Los episodios de compulsión alimenticia ocurren en promedio dos veces por semana durante seis meses.
- c. El episodio de compulsión alimenticia no está asociado con el uso regular e inapropiado de un comportamiento compensatorio (p.ej. de tipo purgativo, ayuno o ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Por otra parte, se ha observado que, algunos individuos utilizan su obesidad como un medio para escapar a las angustias que implica la búsqueda de una existencia creativa dentro de la sociedad. La actitud de la persona que padece de obesidad hacia sí misma se complica, todavía más, cuando siente que su familia y sus

⁴² Encolombia (2004) Libro de Obesidad. <http://www.encolombia.com/adipocito4299-capituloiii8.htm>

amigos la rechazan debido a su obesidad; hay que recordar que estos individuos experimentan una profunda necesidad de ser aceptados como son.

Tanto en el hombre como en la mujer con obesidad, la maduración sexual se complica. Muchos hombres gordos muestran falta de interés en las mujeres y se les dificulta establecer relaciones heterosexuales. No obstante, en ellos la homosexualidad parece ser rara. A menudo carecen del concepto claro del hombre como una personalidad masculina. Para las mujeres con obesidad suele ser también difícil relacionarse con los hombres, pero, sí logran establecer relaciones amorosas aunque no en cantidad y suelen llegar al matrimonio.

Asimismo, los obesos tienen menor capacidad que otros para resistir la tentación externa. Por lo que, la sobreingesta de alimento se convierte en una conducta adictiva, en la cual, tienden a sentirse más fascinados que los demás por los objetos y a incorporarlos a continuación, esto debido a la relación madre-hijo durante la infancia en la etapa táctil-oral, como se hizo mención anteriormente. "Una vez que los han ingerido, se sienten impulsados a repetir nuevamente este proceso, porque un objeto que se come, que se incorpora, deja de ser tal para ellos. Deben ingerir constantemente el objeto de su adicción, la comida, para reforzar su sí mismo menoscabado, a fin de adquirir mayor peso en sentido social. Esto confirma así mismo que desean en el fondo el objeto total, pero consideran todo, a lo sumo, como un objeto parcial inestable. Por tal razón, esto no consigue saciarlos."⁴³ En palabras de Melanie Klein (1940-1962) "los obesos buscan constantemente un objeto que refuerce su persona y su importancia. Puesto que no han experimentado en su niñez casi nunca el objeto amoroso, reforzador y consolidador cuya vivencia es ineludible para un desarrollo eficaz, y por tanto no han desarrollado una adecuada representación de sí mismos sino tan sólo una imagen deficiente del objeto, buscan a lo largo de sus vidas esa autoconfirmación y la fusión con un objeto que los libere definitivamente de su indigencia. Dada su

⁴³ op. cit. Raymond Battegay Pág. 36

inclinación, no se sentirán jamás satisfechos con un objeto y por ello se verán impulsados siempre insaciablemente a incorporar otros nuevos.”⁴⁴ Cabe observar pues, que en el fondo la persona obesa se siente hambrienta de la seguridad y del alimento emocional que habían sido suministrados en la niñez. “Por ello sienten una tendencia tan peculiar a establecer una relación narcisista-fusionaria así como oral-incorporativa con el medio ambiente. Donde no tienen conciencia de estos problemas. Sólo mantienen una relación muy rudimentaria con su mundo emocional, y padecen una alexitimia, tal como Sifneos (1973) la describe señalándola como característica de todos los que sufren trastornos psicossomáticos. El obeso busca constantemente el objeto bueno, pero una vez ingerido, o tras la fusión con él, queda convertido instantáneamente en malo, como lo describió Melanie Klein (1932), porque en estos casos deja de existir como tal para ellos. Los obesos consideran asimismo que el alimento tomado en exceso resulta más o menos destructor de ellos mismos.”⁴⁵

Ahora bien, como sucede en “la oral-incorporativa, la cual habitualmente, se suma a todos los síntomas señalados como un proceso de aprendizaje orientado a solucionar los problemas mediante la fusión con objetos y su introducción en la boca. Apenas se les presenta alguna dificultad, empiezan a comer, sin tener en cuenta la naturaleza de la misma. La obesidad resultante es un signo claro de un hambre patológica.”⁴⁶

Así también, “se puede evidenciar una tendencia de los obesos a presentar antecedentes de alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, bulimia e incluso dependencia de nicotina, además de presentar uno o más trastornos de la personalidad incluidos en el DSM-IV. Por otra parte, se considera que el incidente que con mayor frecuencia conduce hacia el hábito de comer en exceso, es la muerte de una persona querida o importante, o la angustia que se asocia a la

⁴⁴ Ídem. Raymond Battegay Pág. 37

⁴⁵ Ídem.. Raymond Battegay Pág. 38-39

⁴⁶ Ídem. Raymond Battegay Pág. 39

posibilidad de perder a dicha persona. Entre los individuos que pueden considerarse con obesidad reactiva, están los que han sufrido inanición durante ciertos periodos de su vida. Asimismo, las personas que interactúan con sujetos obesos los suelen calificar de menos atractivos, menos hábiles socialmente y más débiles y autodestructivos. Se ha examinado la relación entre la imagen corporal, la autoestima y las burlas sobre la apariencia personal que sufren los jóvenes en la etapa escolar. Los resultados sugieren que el hecho de ser objeto de burla con referencia a las dimensiones corporales durante la infancia y adolescencia puede ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo de una imagen corporal y una autoestima negativa.”⁴⁷

De acuerdo a Stunkard y cols. (1959), en una investigación que realizaron en el hospital de Nueva York, dan a conocer que las personas obesas manifiestan un síndrome de ingestión nocturna. Es decir, que “los trastornos emocionales agudos provocan un deseo anormal de ingerir alimentos en las horas nocturnas. En su estudio estos investigadores demostraron que al intentar repetidas veces el haber mantenido a los obesos alejados del frigorífico y dejar de comer por la noche, dichos obesos se volvieron depresivos o manifestaron otras anomalías. Es obvio que con ayuda de la ingestión nocturna trataban de compensar la carencia emocional que se manifestaba especialmente de noche. Por propia experiencia se sabe que los que sufren trastornos narcisistas sienten la soledad sobre todo a esas horas y, por ello, están dispuestos a fusionarse con un objeto a fin de conseguir así un reforzamiento. Por tal razón, Stunkard y cols., señalan que casi todos los que presentan el síndrome de ingestión nocturna padecen trastornos de sueño razón por la cual acuden a esas horas al frigorífico.”⁴⁸ El insomnio corrobora la existencia de dificultades emocionales en estas personas.

⁴⁷ op. cit. Adolfo Jarne y Antoni Talam Págs.177-178

⁴⁸ op. cit. Raymond Battagay Pág. 41

4. Calidad de Vida

El interés por la *Calidad de vida* ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.

En un primer momento, la expresión *Calidad de vida* aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. “Durante la década de 1950 y a comienzos de 1960, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad, hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos y desde las ciencias sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos.”⁴⁹ La idea comienza a popularizarse en la década de 1960. Según datos históricos la primer persona que utilizó el término *Calidad de vida* fue el presidente de los Estados Unidos Lyndon Baines Johnson en 1964, al declarar que “los objetivos no pueden ser medidos a través del balance de lo bancos, solo pueden ser medidos a través de la *Calidad de vida* que proporcionan a las personas”.⁵⁰

Hasta hoy es un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de 1970 y comienzos de 1980, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la *Calidad de vida*.

⁴⁹ Gómez-Vela, M., Sabeh, Eliana N.. (2004) *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la investigación y la Práctica*; Instituto Universitario. Pág. 1 www3.usa.es/~inicio/investigacion/invesinico/calidad.htm

⁵⁰ WHOQOL Manual

La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. "La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE. UU., "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose 1980 en el despegue definitivo de la investigación en torno al término *Calidad de vida*."⁵¹ Se adoptó como concepto sensibilizador que podía ofrecer a los profesionales de distintas disciplinas un lenguaje común y guiar las prácticas de los servicios de una mayor satisfacción con su vida. A lo largo de la década de 1990, las preocupaciones en torno a la conceptualización y evaluación del concepto tuvieron un mayor carácter metodológico.

"En 1992, Borthwick-Duffy propuso tres conceptualizaciones al término *Calidad de vida*. Según éstas, (a) la *Calidad de vida* ha sido definida como la Calidad de las condiciones de vida de una persona, (b) como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, (c) como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, *Calidad de vida* definida como la Calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta."⁵²

Para Denno, Williams, Giangreco y Cloninger en 1993, los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.); psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, enfoques

⁵¹ op. cit. G. M., S, E. N. (2004) Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su Influencia en la investigación y la Práctica; Instituto Universitario. Pág. 1 www3.usa.es/~inicio/investigacion/invesinico/calidad.htm

⁵² op. cit. María Gómez, Sabeh, Eliana Pág. 1 y 2

cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarse eficazmente. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía “en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida y añadieron una cuarta definición a las propuestas por Borthwick-Duffy, la cual declara a la *Calidad de vida* (d) como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.”⁵³

En líneas generales, para Schalock en 1996, “la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una “Quality revolution” que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.”⁵⁴

Superadas estas inquietudes, “el siglo XXI se presenta como aquél en el que el término *Calidad de vida* no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de *Calidad de vida*.”⁵⁵

⁵³ op. cit María Gómez, Sabeh, Eliana Pág. 2

⁵⁴ op. cit María Gómez, Sabeh, Eliana Pág.3

⁵⁵ Ídem. María Gómez, Sabeh, Eliana Pág.7

Por tanto, se reconoce la *Calidad de vida* en su concepto multidimensional, anteriormente dicho; que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. “Es por ello que la *Calidad de vida* se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la Calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.”⁵⁶ Ahora bien, para que, una persona pueda gozar del bienestar en todas sus facetas como hombre, “atendiendo a la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales (comida y cobijo), psicológicas (seguridad y afecto), sociales (trabajo, derechos y responsabilidades) y ecológicas (calidad del aire, del agua)”,⁵⁷ no sólo debe atender al estilo del desarrollo de su país, sino también, y más importante aún, al componente diario, que el mismo sujeto otorga a su Calidad de vida. De acuerdo al presente estudio, y para hablar de *Calidad de vida*, se deben tener en cuenta cuáles son los factores que determinan esa *Calidad de vida* de la persona obesa.

4.1. Factores que determinan la Calidad de vida del Individuo obeso

Lo primero es reconocer que la obesidad es una enfermedad y por ende, se está enfermo, pero que, el problema tiene solución.

Luego de haber reconocido que se tiene un problema, que le afecta su vida biopsicosocial, es indispensable que la persona obesa tome algunas medidas al respecto:

- Proponerse metas que se puedan cumplir, como ser asistido por un equipo multidisciplinario que pueda orientarlo sobre su enfermedad (psicólogo, médico, nutricionista, técnicos físicos o de deportes).

⁵⁶ Velarde-Jurado E, -avila-Figueroa C. Evaluación de calidad de vida. Vol.44, No.4 México 2002 www.insp.mx/salud/index.html. Pág 350

⁵⁷ Gildenberger, C. 1978, Desarrollo y Calidad de Vida. En: Revista Argentina de Relaciones Internacionales, N 12. CEINAR. Buenos Aires.

- Reconocer que la obesidad desproporciona la imagen corporal y por ende, la persona que la padece presenta problemas de índole psicológico en su autoimagen y autoestima.
- Informarse de cuantas calorías consume diariamente y cuantas de estas se gastan.
- Fraccionar la comida (no comer grandes platos, y probar nuevas recetas que contenga alimentos saludables) y procurar consumir frutas y verduras. Esto disminuirá la absorción de grasas y el riesgo de enfermarse de cáncer intestinal.
- Evitar el sedentarismo (procurar caminar, subir y bajar gradas, planificar unos 45 a 60 minutos 3 veces por semana para alguna actividad física programada, ya que, durante los primeros 20 minutos de ejercicio se queman los carbohidratos y posteriormente las grasas).

4.2. Factores que pueden ayudar a mejorar la Calidad de vida⁵⁸

- La obesidad es una enfermedad que requiere un equipo multidisciplinario para combatirla, por ende, necesita de la ayuda psicológica, médica, nutricional y de acondicionamiento físico.
- Asistir a terapias individuales o grupales donde la persona obesa pueda identificar y comunicar todos sus sentimientos y emociones, que hasta entonces, habían estado ocultando.
- Iniciar un control de régimen alimenticio nutricional con especialistas calificados para evaluarles qué comen y cómo lo comen.
- Realizar chequeos médicos con el fin de contrarrestar a tiempo posibles enfermedades que a corto, mediano o largo plazo, podrán ocasionarles serios problemas con respecto a su salud.
- Realizar actividades que deben involucrar a grandes masas musculares como las que se emplean en el nadar, caminar, trotar, bailar o andar en bicicleta.
- Las actividades tienen que ser ejecutadas en base a la resistencia, es decir, deben ser de baja intensidad y prolongadas en el tiempo.

⁵⁸ op. cit. V. H. D. Experto en Prevención de Riesgos, Agencia Las Condes. <http://www.asipla.cl/62/seguridad.html>

- La secuencia de las actividades debe ser dosificada de acuerdo a los avances y adaptaciones propias y no a las de un grupo.
- Evitar ambientes calurosos, húmedos y estresantes que faciliten la fatiga.
- Actividad física recomendada: es recomendable que el control de la duración, intensidad, cargas u otros parámetros fisiológicos, sea realizada por un profesional en educación física o acondicionamiento, basándose en la evaluación de aptitud física, pues la respuesta para un mismo esfuerzo es siempre individual.

Y por último es necesario que identifique algunos aspectos médico-nutricionales:

- Actividad física extra-laboral: es recomendable realizar una evaluación de aptitud física para objetivar la condición orgánica y motora para descartar cualquier alteración de la condición de salud que requiera un chequeo médico previo.
- Alimentación Saludable: comer sano requiere hacer el esfuerzo en preferir alimentos saludables, cocinarlos de forma adecuada y buscar nuevas formas de alimentación. Algunos consejos son los siguientes:
- Favorecer la ingesta de pescado, pollo sin cuero, reduciendo el consumo de carnes rojas.
- Consumir cantidades moderadas.
- Caminar unos 20 a 30 minutos después de comer.

PREMISAS

1. "En general se acepta que los obesos coman de forma excesiva y la Psicología ha intentado elaborar modelos explicativos de esa conducta de sobreingesta. Algunos de estos modelos consideran la ansiedad como un factor determinante, en donde la sobrealimentación puede aparecer como respuesta a tensiones emocionales no específicas, como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables, como síntoma de enfermedad mental subyacente y como adición a la comida.

No existe una definición universal sobre la ansiedad. Sin embargo suele referirse a los estados de excitación emocional relacionados con un temor adquirido

(aprendido), por lo que en algunos momentos suele recurrirse por igual a los términos ansiedad y temor, aunque por lo general se les emplea de modos diferentes”.

2. “En consecuencia, parece que muchas personas obesas le prestan una atención indebida a las claves externas y son menos conscientes de las claves internas que ayudan a las personas no obesas a regular su comportamiento de ingestión en alimentos”.

3. “Los factores sociales externos, basados en reglas y convenciones sociales y lo que se ha aprendido acerca del comportamiento adecuado de comer, desempeñan también un papel muy importante.

Dado que se está acostumbrado a comer con horarios específicos todos los días (desayuno, almuerzo y cena), se tiende a sentir hambre cuando se aproxima la hora en que se suele comer, en ocasiones con total independencia de lo que dicen las claves internas”.

4. “Los padres contribuyen a establecer la frecuencia con que los niños ingieren alimentos al programar las comidas y establecer asociaciones entre la alimentación y actividades, lugares, emociones y momentos particulares. Cuando se repiten las relaciones, son las circunstancias en sí las que incitan el hambre, un mecanismo de condicionamiento respondiente”.

5. “La obesidad aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades muchas de ellas son graves y pueden provocar la muerte, o bien, reducir la Calidad de vida.

Ya que, es catalogada a nivel médico como una enfermedad crónica que constituye un alto factor de riesgo desencadenante de una serie de enfermedades que afectan la vida entera de la persona. Por consiguiente, la persona al padecer de obesidad y padecer de diversas enfermedades, muchas de ellas graves, pueden provocarle la muerte, o bien, reducir la Calidad de vida”.

6. "La persona obesa responde a un trastorno de personalidad que va desarrollando en cada etapa sucesiva y que emerge gradualmente del producto de todas las experiencias de su pasado (hereditario o ambiental). Esto va contribuyendo a que el obeso en sí manifieste un mal funcionamiento de su yo, que se ve racionalizado por el sentirse bien, pero que, subjetivamente le causa insatisfacción propia".

7. "Aunque se considere que la herencia tiene un papel importante en la obesidad, aún hoy día se desconoce exactamente de dónde proviene este tipo de enfermedad. Aunque no se desacredita que si un padre es obeso, el hijo corre el riesgo de sufrir obesidad diez veces más, que su propio padre. Por otra parte, hay quienes consideran que la obesidad es de tipo cultural, y que por tanto, los hábitos alimenticios y sedentarios adquiridos contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padre a hijos".

8. "Se considera que la obesidad diagnosticada como una enfermedad médica, es también catalogada como un trastorno alimenticio. Por ésta razón, la obesidad está relacionada con trastornos psicológicos que la persona obesa experimenta, pero que, ignora su procedencia, o bien, que dicha enfermedad que padece sea la causante de sus problemas emocionales que le estén acrecentado".

9. "Entre los factores que pueden ayudar a mejorar la Calidad de vida del individuo obeso, lo primero es reconocer que se está enfermo, pero que el problema tiene solución. Informarse de cuantas calorías se consumen diariamente y cuantas de estas se gastan. Proponerse metas que se puedan cumplir. Recordar que se puede comer menos o gastar más o ambas, para lograr este objetivo. Fraccionar la comida. Evitar el sedentarismo. Consumir frutas y verduras. Luego de haber reconocido que se tiene un problema con el sobre peso, es necesario conocer que existen factores que pueden ayudar a mejorar la Calidad de vida de un individuo

que padece de obesidad, siendo estos los siguientes: alimentación saludable, caminar después de comer y actividad física extra-laboral”.

10. “La obesidad aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades muchas de ellas son graves y pueden provocar la muerte, o bien, reducir la Calidad de vida.

Por todos los riesgos que significan para la salud, es importante controlar la obesidad. Para esto no es necesario llegar a un “peso ideal”. Estudios de expertos mundiales en el tema de la obesidad y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprueban que una baja gradual y moderada entre 5% y el 10% del peso inicial, conlleva a una disminución clínicamente importante en el riesgo de contraer enfermedades asociadas a la obesidad”.

Por el tipo de investigación no se manejó hipótesis. Por lo que, nuestro trabajo se basó en el planteamiento de objetivos, los cuales guiaron el proceso de la investigación.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Muestra de la población: 50 estudiantes.

Para este tipo de investigación se obtuvo la muestra de tipo aleatorio estratificado, de la muestra obtenida en el estudio piloto realizado en el año 2002. El criterio para la elección de los estudiantes obesos se realizó a través del examen de salud Multifásico que se desarrolló en la Unidad de Salud de la División de Bienestar Estudiantil de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2002, que reportaron diagnóstico de obesidad con un índice de masa corporal mayor de 30 y que tuvieron indicadores negativos en su Calidad de vida.

Los estudiantes seleccionados correspondieron a una edad mínima de 17 años, tanto de género femenino como masculino, de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala de las siguientes unidades académicas del Campus central: Derecho 9, Ingeniería 9, Ciencias de la Comunicación 9, Agronomía 4, Trabajo Social 4, Ciencias Económicas 4, Arquitectura 3, Odontología 3, Veterinaria 2, Medicina 1, Psicología 1, Humanidades 1.

Instrumentos de Recolección de Datos:

- Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) de Minnesota: Este inventario fue creado por Hathaway y Mckinley. Compuesto de 399 frases de respuestas cerradas, las cuales incluyeron variedad de temas como: actitudes religiosas, sociales, sexuales, políticas, de educación, ocupación, familia, síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos, trastornos motores, estados obsesivos y compulsivos, identidad, ilusiones, alucinaciones, tendencia sadomasoquista, fobias, timidez y otros.

El inventario fue aplicado en forma colectiva en una sesión de 1 hora aproximadamente, con la participación de los dos investigadores (uno entregó el

material y posteriormente el otro dio las instrucciones), al finalizar la aplicación del inventario, los estudiantes entregaron los folletos de 399 preguntas y las hojas de respuestas.

- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL): Este test fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud en un proyecto colaborativo multicentrico. El test WHOQOL-100 compuesto por 100 preguntas de respuestas múltiples, ayudó a identificar los dominios afectados en la Calidad de vida en cada uno de los que conformaron la muestra de estudio.

El test fue aplicado en forma colectiva en una sesión de 30 minutos, con la participación de los dos investigadores (uno entregó el material y posteriormente el otro dio las instrucciones), al finalizar la aplicación, los estudiantes entregaron el test.

Procedimientos de trabajo:

- Revisión del registro estadístico para hacer el recuento de todos los estudiantes obesos que asistieron al examen Multifásico durante los meses junio y julio en el año 2002.
- Los estudiantes se clasificaron en dos grupos: 25 obesos de género femenino y 25 obesos de género masculino con un índice de masa corporal mayor de 30, provenientes de 12 unidades académicas.
- Se contactaron a los estudiantes vía telefónica, con previa participación en el estudio piloto del año 2002, y se les solicitó su colaboración para participar en dos diversas sesiones, que fueron calendarizadas previa anuencia y consentimiento de los estudiantes obesos, los cuales asistieron al Centro Universitario Metropolitano CUM, edificio "A" salón 411 los dos primeros viernes del mes de agosto del año 2004 en jornada vespertina.

- Las evaluaciones del MMPI y el WHOQOL-100 fueron aplicadas en forma colectiva por los estudiantes investigadores.

Análisis y representación de resultados:

Después de haber obtenido los datos correspondientes de la aplicación de los instrumentos se procedió al análisis estadístico descriptivo, en el cual se utilizó la distribución de frecuencias porcentuales de cada indicador a través del vaciado de la información obtenida y de ello proceder del análisis cualitativo de las respuestas cerradas y múltiples de la información recabada. Además, se utilizó para la presentación de resultados, el cuadro descriptivo, el gráfico de barras y el gráfico de sectores para la representación porcentual de las categorías nominales (prueba psicológica y de Calidad de vida), para que el lector pudiera apreciar de una forma resumida los aportes de la investigación realizada.

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan de manera ordenada y detallada, la interpretación y el análisis de cada uno de los resultados obtenidos en la aplicación del Inventario MMPI y el test WHOQOL-100, todo ello con la finalidad de obtener datos reales que aportaron conocimientos nuevos y de interés para la investigación, por lo que a continuación se encontrará los cuadros y gráficas, así como la descripción y transcripción de dichos resultados:

Cuadro No. 1

Distribución de la población atendida por género

Unidades Académicas	Masculino	Femenino	Total de Estudiantes evaluados
Derecho	4	5	9
Ingeniería	7	2	9
Ciencias de la Comunicación	5	4	9
Agronomía	1	3	4
Trabajo social	0	4	4
Ciencias Económicas	2	2	4
Arquitectura	2	1	3
Odontología	1	2	3
Veterinaria	2	0	2
Medicina	1	0	1
Psicología	0	1	1
Humanidades	0	1	1
Total	25	25	50

Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis del Cuadro No. 1

De acuerdo a los estudiantes seleccionados se clasificaron en dos grupos, 25 estudiantes obesos de género femenino y 25 estudiantes obesos de género masculino con índice de masa corporal mayor de 30, provenientes de 12 unidades académicas del campus central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Cuadro No. 2

Población estudiada de acuerdo al puntaje obtenido según el tipo de perfil del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).

Puntaje MMPI	No.	%
Sumergido	0	0%
Normal	4	8%
Limítrofe	28	56%
Elevado	18	36%
Total	50	100%

Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis del Cuadro No. 2

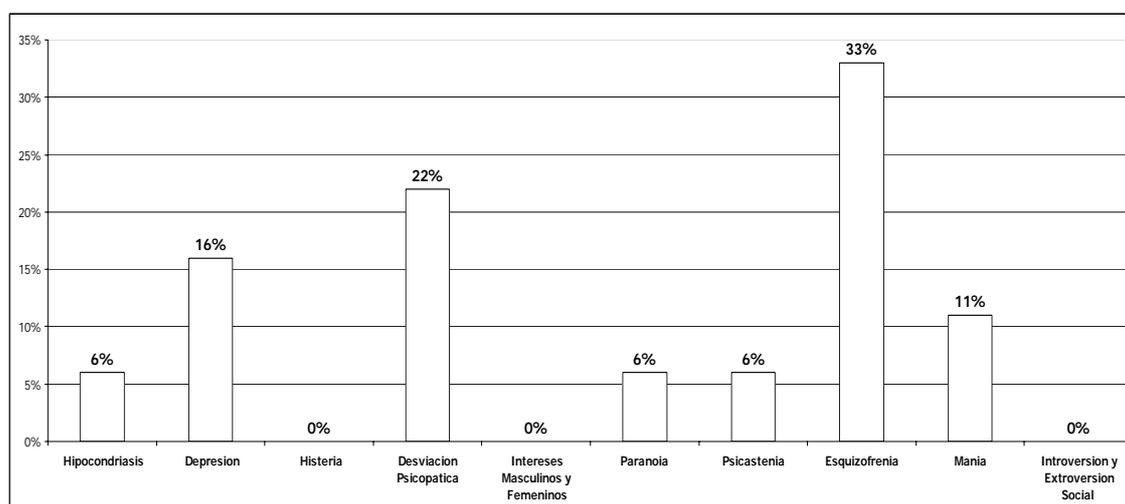
El perfil límiterofe implica que varias de las escalas clínicas tienen valores entre T60 y T70. Este tipo de perfil sugiere, que la población evaluada respondió de tal manera, que indica presencia de síntomas o anomalías que parecen ser capaces de controlar. Señala áreas en que los estudiantes obesos encuentran dificultades.

El perfil elevado se caracteriza por tener algunas escalas en la región superior, principalmente cuando se encuentran puntuaciones arriba de T80. Este tipo de perfil sugiere, que dentro de los estudiantes evaluados se presentó un posible estado de confusión con dificultades, para comprender y entender lo que leen. Por tanto, se manifiesta descuido al contestar la prueba.

Las elevaciones a este nivel presentan cuadros psicopatológicos severos.

Gráfica No. 1

Población estudiada de acuerdo al tipo de perfil elevado obtenido en el puntaje del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en 18 estudiantes obesos



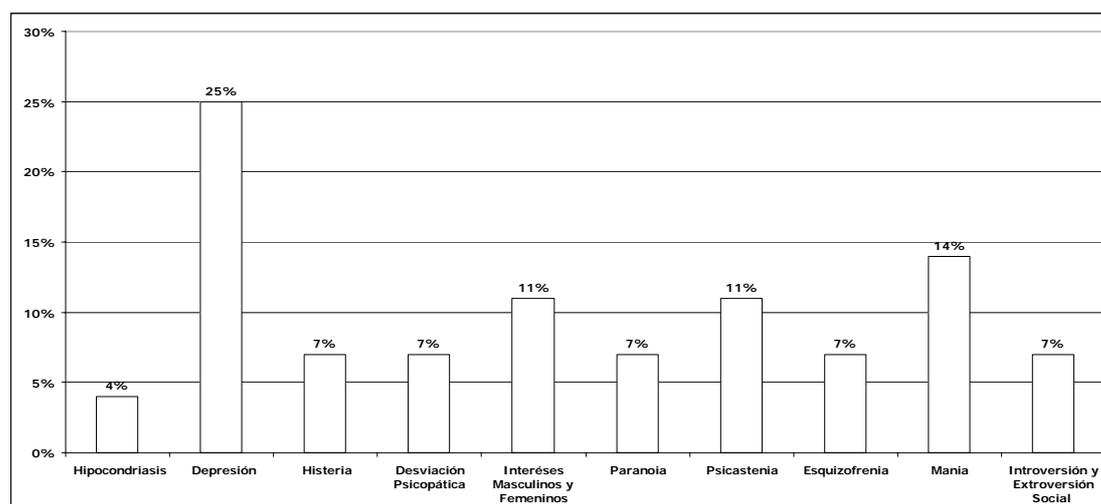
Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis de la gráfica No. 1

Las escalas elevadas que sugieren la mayor probabilidad de síntomas que afectan significativamente a los estudiantes obesos evaluados son: escala 2 (depresión), escala 4 (desviación psicopática), escala 8 (esquizofrenia) y escala 9 (manía). Dichas escalas en conjunto señalan a personas aisladas, que se mantienen a distancia por temor a involucrarse. Tienen muy poca inteligencia social, carecen de empatía y se comunican con dificultad. Son personas que no pueden expresar su emotividad en forma adecuada, son impredecibles e inconformes. No obtuvieron logros y son muy marginados en su adaptación. Así mismo, manifiestan su inseguridad y buscan ansiosamente afectividad y atención. Tienen dificultades matrimoniales y sexuales. La mayor parte de los que integran este grupo son mujeres solteras, dependientes, inestables y relativamente libres de síntomas excepto cuando se encuentran bajo stress. Este tipo de perfil indica a este nivel probabilidades de rasgos esquizoides, con estados depresivos crónico.

Gráfica No.2

Población estudiada de acuerdo al tipo de perfil límite obtenido en el puntaje del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en 28 estudiantes obesos.



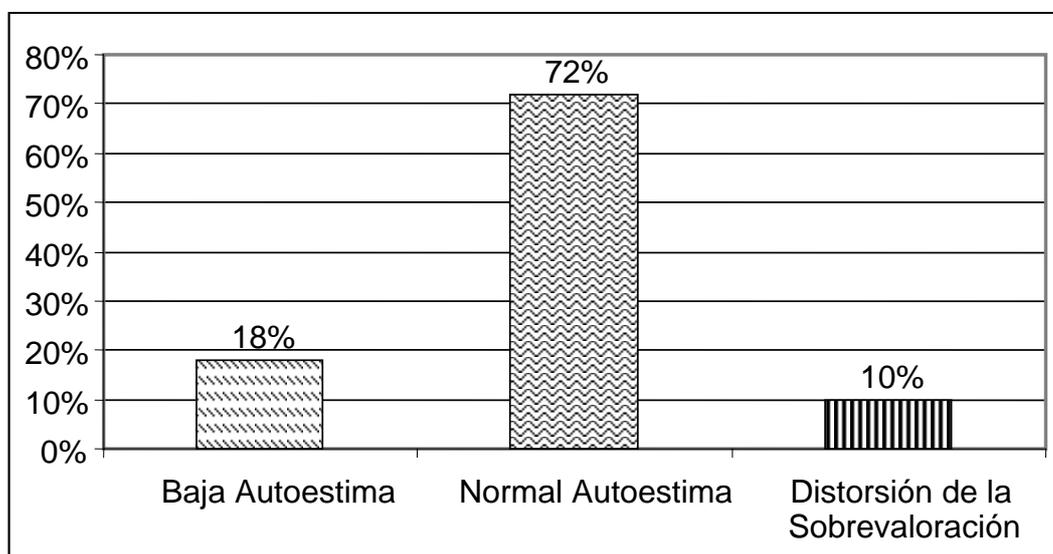
Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis de la gráfica No. 2

Las escalas elevadas dentro del perfil límite que indica presencia de síntomas, más no severos en la población evaluada son: escala 2 (depresión) la más significativa, escala 9 (manía), escala 5 (intereses masculinos y femeninos) y escala 7 (psicastenia). Esto señala que el rasgo prominente en este grupo es la depresión. Sus reacciones depresivas van acompañadas de ansiedad y lucha constante por hacer todo bien, con probabilidades de conductas obsesivas-compulsivas. Sugiere que son personas inteligentes, con una fuerte motivación para lograr reconocimiento y éxito personal. Sus mecanismos de defensa se basan en somatización, debido a la vulnerabilidad al incrementarse sus responsabilidades.

Gráfica No.3

Nivel de Autoestima estudiada de acuerdo a la Escala K obtenida en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en 50 estudiantes obesos.



Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis de la gráfica No. 3

De acuerdo a la Escala K del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, los niveles de autoestima encontrados dentro de la población evaluada sugiere que el nivel normal de autoestima indica un equilibrio entre abrirse y protegerse a sí mismos, es decir, estas personas son libres y abiertas en sus autodescripciones y admiten sus limitaciones. Sugiriendo adaptabilidad, fuerza de ego adecuada, e imagen de si mismos positiva.

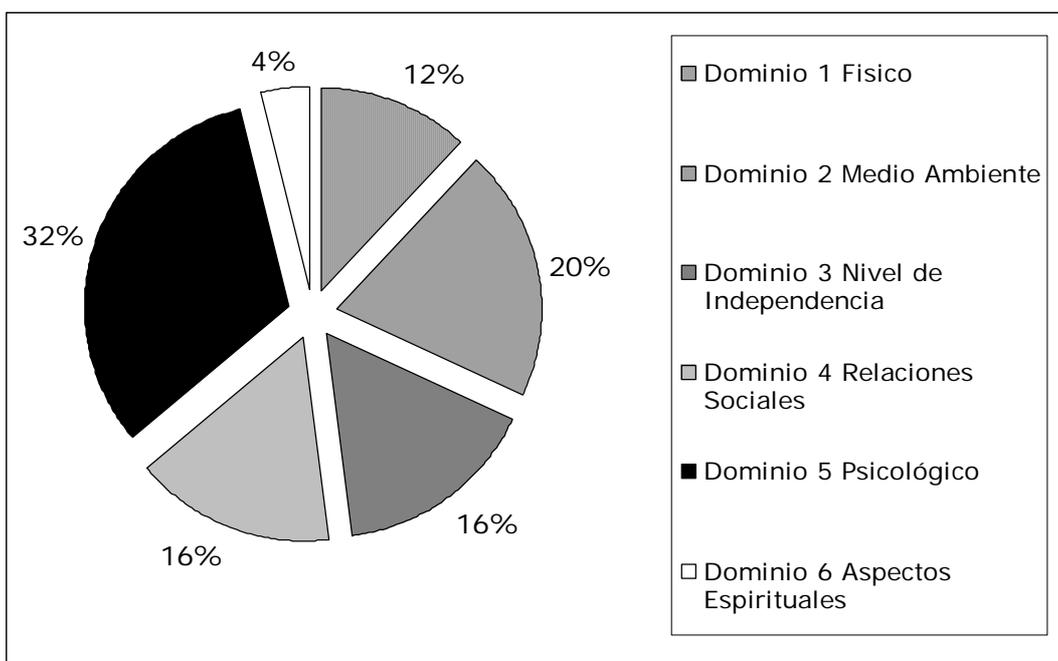
El nivel bajo de autoestima indica el concepto inadecuado que tiene el estudiante obeso de sí mismo, en los cuales, se encuentra que sus mecanismos de defensa son inútiles e inadecuados y ofrecen un cuadro de incapacidad de personas indefensas. A este nivel, los estudiantes obesos son demasiado accesibles y casi masoquistas en sus confesiones, pues comunican sus problemas con demasiada facilidad ofreciendo un cuadro clínico de una personalidad desorganizada y un concepto muy

pobre de si mismos. Además, son desconfiados, inhibidos, superficiales, y sumisos ante figuras autoritarias.

La distorsión de la sobrevaloración describe a sujetos que tienden a disminuir sus propias faltas y la de personas cercanas, son tan defensivas que minimizan sus problemas emocionales y el de sus relaciones interpersonales. Así mismo, manejan mecanismos de defensa, principalmente negación, racionalización y represión.

Gráfica No. 4

Dominios que evalúan Calidad de Vida según *WHOQOL-100



Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis de gráfica No. 4

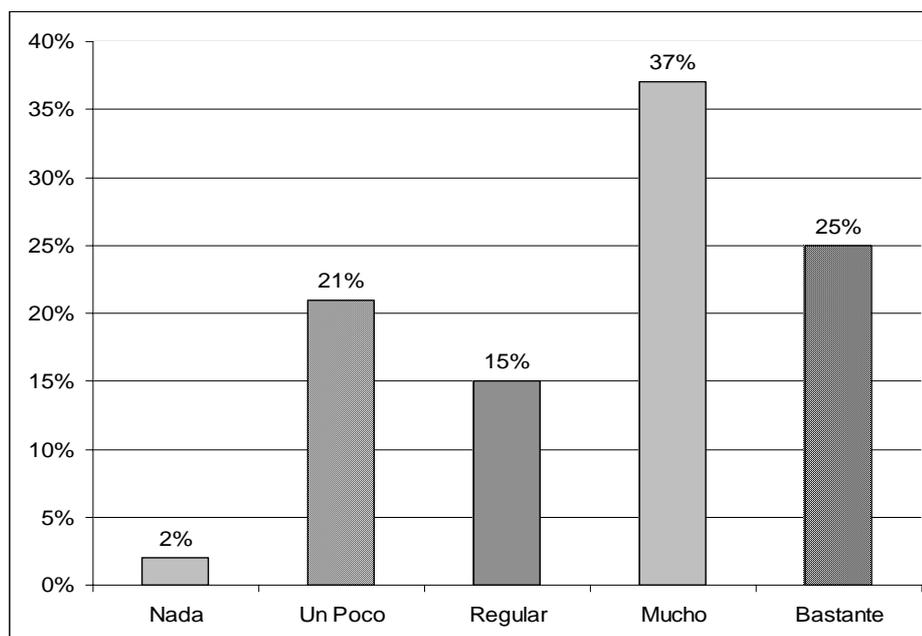
De acuerdo a los 6 dominios en que se clasifica la Calidad de vida, los cuales fueron evaluados con el WHOQOL-100, indicaron que los estudiantes presentaron mayor problemática en un 32% en el dominio psicológico, y un 20% en el dominio del medio ambiente.

* World Health Organization Quality of Life-100

Dichos resultados en ambos dominios apuntan que, en los estudiantes obesos evaluados existe un índice de presencia de síntomas psicológicos que influyen en su medio ambiente, tanto en el género masculino como en el femenino.

Gráfica No. 5

Calidad de Vida
Masculino



Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

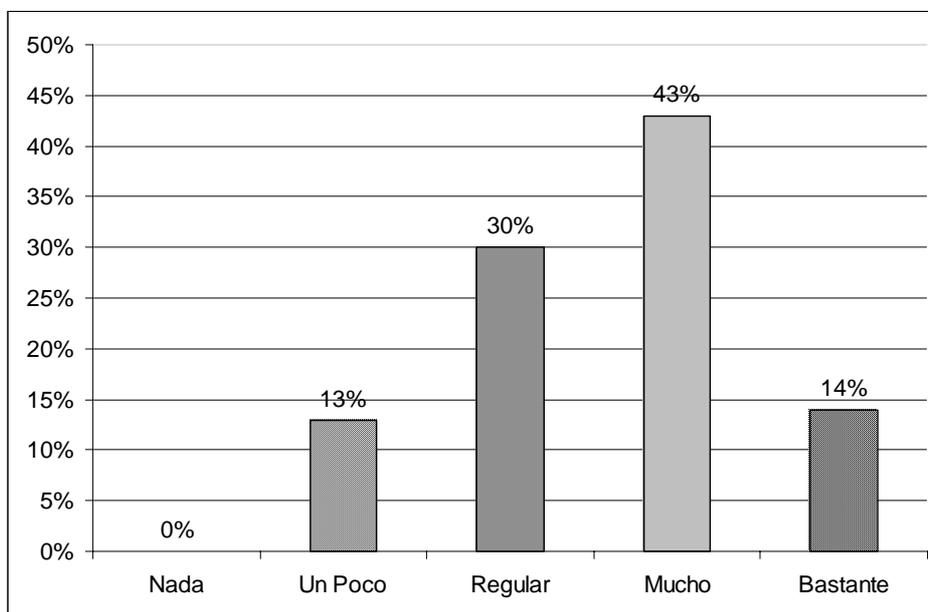
Análisis de gráfica No. 5

De acuerdo al Test WHOQOL-100, el cual clasifica la Calidad de vida en 6 dominios, del 100% de los estudiantes obesos evaluados, el 37% de la población de género masculino, presentó mucha insatisfacción en su Calidad de vida. Los resultados indican que los estudiantes obesos clasifican como negativa e insatisfactoria la Calidad de vida que hasta ahora han tenido. Esto debido a que se manifiesta mayor prevalencia sintomatológica en el dominio 2 (medio ambiente) y en el dominio 5 (psicológico). Marcándose una diferencia significativa aún mayor en el dominio psicológico. Ya que, los componentes que se ven más afectados en este dominio, y que influyen en la población obesa masculina son los sentimientos

negativos y su autoestima. Esto sentimientos negativos que son descritos como preocupación, tristeza, depresión, mal humor, desesperación e inquietud, con llevan a que la valorización y confianza que el estudiante obeso debe tener consigo mismo se vea amenazada e influya en forma negativa en su capacidad para tomar decisiones, la satisfacción consigo mismo y sus habilidades.

Gráfica No.6

Calidad de Vida
Femenino



Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis de gráfica No. 6

De acuerdo al Test WHOQOL-100, el cual clasifica la Calidad de vida en 6 dominios, del 100% de los estudiantes obesos evaluados, el 43% de la población de género femenino, presentó mucha insatisfacción en su Calidad de vida. Siendo aún mayor la prevalencia en el género femenino, que en el masculino. Esto debido a que se manifiesta mayor prevalencia sintomatológica en el dominio 2 (medio ambiente) y en el dominio 5 (psicológico). Esto confirma que, las estudiantes obesas además de manifestar sentimientos negativos, que influyen en su Calidad de vida, al igual que

en el género masculino; marca una diferencia significativa que influye en la imagen corporal y la apariencia. Indicando una insatisfacción debido a la incomodidad, que ellas sienten hacia su aspecto físico y la forma en que luce su cuerpo. Esto conlleva a que la participación en actividades de recreación y ocio que influye en el medio ambiente (dominio 2), en el cual, la población obesa femenina se desenvuelve se vea afectada negativamente.

Cuadro No. 3

Enfermedades más comunes relacionadas con la obesidad, evaluadas en 50 estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos.

Enfermedad	Frecuencia	%
Enfermedad gastrointestinal	3	4%
Dolor en huesos y articulaciones	10	12%
Trastornos menstruales	9	11%
Fatiga	9	11%
Acido úrico	3	4%
Problemas de la vista	1	1%
Artritis o reumatismo	1	1%
Colesterol	3	4%
Hipertensión arterial	3	4%
Alergia (rinitis)	2	2%
Problemas crónicos del pie	1	1%
Problemas para dormir	6	7%
Falta de oxígeno o ahogamiento	1	1%
Hemorroides, varices o trombosis	3	4%
Problemas crónicos nerviosos o emocionales	7	9%
Resfrió común	3	4%
Cálculos renales	1	1%
Hiperhidrosis (sudoración de manos y pies)	1	1%
Problemas en la piel	1	1%
Asma	1	1%
Caída de cabello	1	1%
Diabetes	2	2%
No respondió	11	13%
Total	83	100%

Fuente: Estudiantes obesos de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala evaluados en el año 2005.

Análisis del Cuadro No. 3

Dentro de la población de estudiantes obesos evaluados, de acuerdo al WHOQOL-100, presentaron mayor incidencia de enfermedades tales como: dolor de huesos y articulaciones, ya que, el cuerpo se ve obligado a soportar una gran cantidad de masa corporal, lo que provoca una sintomatología inflamatoria a nivel de las articulaciones y la columna, afectando la capacidad para movilizarse (físicamente) en sus actividades cotidianas. Trastornos menstruales, los cuales fueron referidos en mayor número al momento de contestar el test, por la población femenina; indicando una frecuencia de alteración menstrual, en especial la dismenorrea (ausencia de periodo menstrual).

Fatiga, la cual presenta una incapacidad de poder realizar tareas físicas con ritmo o con la fuerza habitual, desencadenando un agotamiento corporal, que conduce a la insatisfacción, de realizar con mayor lentitud sus actividades diarias.

En cuanto a problemas crónicos nerviosos o emocionales se ven afectados por sentimientos negativos como preocupación, tristeza, depresión, influyendo estos, en la valorización y confianza que deben tener consigo mismos, y que de alguna u otra manera amenaza la capacidad para tomar decisiones, aprender nueva información y el desarrollo de sus propias habilidades. Situación que interfiere en la percepción de su apariencia física, creando una preocupación constante por su autoimagen, que los conduce a una sintomatología ansiosa.

Problemas para dormir, experimentan dificultades en la cantidad de tiempo que duermen, considerándolo pobre, debido al problema que presentan a la hora de conciliar el sueño, manifestando, en su mayoría, insomnio al momento de contestar la prueba.

Así también, se pudo constatar que un 13% de los estudiantes obesos evaluados no respondieron padecer aún, algún tipo de enfermedad, porque consideran tener un buen estado de salud.

Análisis de Resultados:

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI):

De acuerdo al aporte que el MMPI indica con referencia al objetivo de identificar los rasgos de personalidad del estudiante obeso y la relación que estos tienen para consigo mismo, señala que, en el perfil elevado se evidenció a través de la información obtenida que del 100% de los estudiantes obesos evaluados, el 36% de ellos presentaron un perfil elevado, en 7 escalas que mide el MMPI, evidenciándose presencia más franca de sintomatología severa. Del 100% de los estudiantes obesos evaluados el 56% presentaron un perfil limítrofe, en las 10 escalas que mide el MMPI, considerándose perfiles con presencia de síntomas, pero no severos. Del 100% de la población evaluada, solamente el 8% presentaron un tipo de perfil normal. Esto indica que la sintomatología presente tanto en el perfil elevado como limítrofe, afectan de manera significativa a la población evaluada de ambos géneros. (ver cuadro No.2).

Esta variación encontrada en los tipos de perfil del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) permiten una diferencia significativa en la clasificación de las características específicas en los estudiantes obesos, por lo que, los rasgos para cada uno de estos grupos son los siguientes:

Grupo I Perfil Elevado

Los estudiantes obesos evaluados que sugieren un perfil elevado se caracterizan por ser negativos, pesimistas, apáticos, hostiles, impulsivos, enojados; situación que los lleva a manejar baja tolerancia a la frustración, por lo que, presentan estados depresivos severos, que se reflejan con dolores, malestares y quejas somáticas crónicas. Así mismo, culpan a sus padres por todos los problemas por los que atraviesan, y por ende, sus relaciones interpersonales son inadecuadas con deseos de agradar y dependientes, con tendencias al aislamiento manifestando sentimientos de inferioridad y resentimiento. Las posibles obsesiones,

compulsiones o fobias, los describen como personas ansiosas, preocupadas en extremo, e indecisos. Utilizando de manera excesiva mecanismos de defensa tales como negación, intelectualización y racionalización.

Grupo II Perfil limítrofe

Dentro del perfil limítrofe los estudiantes manifestaron estados de depresión, preocupación y pesimismo. En el género masculino se presentó intereses estéticos e imaginativos, mientras que en el género femenino sugieren seguridad, capacidad de la competencia, y gran actividad. Por lo regular, son personas llenas de energía, optimistas, e independientes. Ante situaciones sociales aparentan ser tímidos, hipersensibles y reservados, en especial frente a situaciones que les son extrañas. Sin embargo, al desenvolverse en el medio son agradables, entusiastas, amables, y de buen temperamento, mostrando confianza en si mismos. Bajo períodos de tensión, tienden a la somatización caracterizándose por ser ansiosos, indecisos, tensos, inconformistas, rígidos, con sentimientos de limitaciones y preocupados de los problemas más insignificantes. Por tal razón, exigen tanto de sí mismos como de las demás personas, siendo perfeccionistas, meticulosos, ordenados, y responsables en las actividades que realizan. Tiende a un índice de exceso en la utilización de mecanismos de defensa, principalmente la represión.

Así también, con respecto al objetivo referente a identificar los niveles de autoestima del estudiante obeso a través del Inventario MMPI se pudo constatar, por medio de la escala K el nivel de autoestima de la población obesa evaluada (ver gráfica No. 3).

Tres fueron los grupos en los cuales se clasificaron, siendo el de mayor incidencia el nivel normal de autoestima, indicando la adaptabilidad al medio, así como, fuerza de ego adecuada, y una imagen positiva de sí mismos. En un mediano índice se encontró el nivel bajo de autoestima que refiere el concepto inadecuado que tiene el estudiante obeso sobre sí mismo. Y por último, se tuvo una menor incidencia en

el nivel de la distorsión de la sobrevaloración, que manifiesta una actitud defensiva que los conduce a la disminución de sus propias faltas y la minimización de sus problemas emocionales. Es importante señalar, que el género masculino obeso además de presentar un nivel normal de autoestima, no manifiesta tanta importancia hacia su imagen corporal. En cambio, el género femenino obeso, sí le concede un grado mayor de importancia, evidenciándose en este punto la diferencia significativa que presentan ambos géneros. Esto debido, a que la estudiante obesa muestra insatisfacción e incomodidad en su aspecto físico y la forma en que luce su cuerpo. (Ver gráfica No. 5 y 6). Esta situación conlleva a que la población femenina manifieste, niveles bajo de autoestima con mecanismos de defensa inútiles e inadecuados o bien, niveles de distorsiones de la sobrevaloración; mostrándose tan defensivas que minimizan sus problemas emocionales. Siendo su actitud tan defensiva, principalmente por la negación, racionalización y represión. Con el fin último de no dejar ver sus complejos de inferioridad que están manejando.

Por consiguiente, al unificar toda la información recabada en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, y con referencia al objetivo de identificar los síntomas psicológicos específicos relacionados con la obesidad en el estudiante se presencia una serie de sintomatología psicológica, la cual repercute en forma significativa en dichos estudiantes.

La manifestación de temor, al involucrarse con las demás personas es latente. Debido, a sentirse rechazados por el grupo, por lo que, prefieren aislarse. Así mismo, se vuelven dependientes de las amistades que van cultivando, por temor a la soledad. Mostrándose hacia estas personas como seres sociales, colaboradores, participativos y alegres.

La inconformidad que sienten hacia ellos mismos, por esa inseguridad e inestabilidad que presentan en su área socioafectiva, provoca reacciones de ansiedad; esto los conlleva a conductas obsesivas-compulsivas y por ende, a una

ingesta de alimentación. Convirtiéndose de esta manera en su mejor compañía, la comida.

Así pues, los sentimientos de soledad por los cuales se ven afectados, hacen que manifiesten tristeza, por ser como son, obesos. Lo que los lleva, y en especial a la población femenina a una desvalorización y desconfianza hacia sí mismas, provocando que su autoestima se vea afectada, debido a su autoimagen.

Así también, la presencia de indecisión en la toma de decisiones es clara, ya que, influye en sus actividades cotidianas, y en el desarrollo de nuevas actividades, perdiendo oportunidades positivas para desarrollar sus habilidades personales.

Test World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100):

Al revisar detenidamente los 6 dominios en que el test WHOQOL-100 clasifica la Calidad de vida para su estudio, los resultados obtenidos en la población obesa fueron los siguientes: referente al objetivo que dice identificar el dominio o los dominios que se encuentran más afectados sugiere que, el dominio psicológico y el dominio medio ambiente fueron los más afectados.

Esto confirma, que la Calidad de vida del estudiante obeso se ve opacada por sentimientos negativos como preocupación, tristeza, depresión, mal humor, desesperación e inquietud influyendo estos, en la valorización y confianza que deben tener consigo mismos, y que de alguna u otra manera amenaza la capacidad para tomar decisiones y la satisfacción por habilidades que desean desarrollar (Ver gráfica No. 4).

De esta forma, el estado psicológico que los estudiantes obesos presentaron influye o afecta el medio ambiente en el cual ellos se desenvuelven. Ya que, debido a la falta de disponibilidad y calidad en cuanto a cuidados de salud se refiere, conlleva a que la participación en actividades de recreación y ocio, así como, la oportunidad de adquirir y desarrollar nuevas habilidades en su persona se vea afectada

negativamente. Otro aspecto importante que mostró el test, y conforme al objetivo de identificar las enfermedades más comunes relacionadas con la obesidad dentro de la población de estudiantes obesos de primer ingreso indicó una serie de enfermedades físicas asociadas a la obesidad, las cuales fueron: dolor en huesos y articulaciones, trastornos menstruales, fatiga, problemas crónicos nerviosos o emocionales y problemas para dormir, con un grado mayor de incidencia, en ambos géneros. Cabe mencionar que un grupo minoritario de estudiantes obesos manifestó no padecer hasta el momento, ningún tipo de enfermedad. Ya que, consideraron satisfactoria su salud (Ver Cuadro No. 3)

Es importante indicar que ambos géneros tanto el masculino como femenino consideran insatisfactoria y negativa su Calidad de vida en general, que hasta ahora han llevado. Evidenciando mayor insatisfacción el género femenino. (Ver gráfica No. 5 y 6).

Los resultados obtenidos a través de ambos tests permitieron evidenciar y explicar cada uno de los objetivos específicos que fueron trazados desde el inicio del presente estudio, indicando el alcance al cual se llegó, en cada uno de ellos. De esta forma se determina que, los rasgos de personalidad, la sintomatología psicológica y la Calidad de vida que los estudiantes obesos han adquirido, y que de cierta manera ellos mismos desconocen, comprueba que, el estudiante obeso no tiene una clara visión de lo qué es la obesidad y las consecuencias por las cuales atraviesa padeciendo una enfermedad silenciosa, que es callada por mecanismos de defensa que maneja, principalmente la negación, represión, racionalización e intelectualización y por ende, no le permite darse cuenta de cuán afectado se encuentra no sólo psicológicamente sino también físicamente y que de ésta manera su Calidad de vida es afectada e interfiere negativamente en su medio ambiente, en el cual, se desenvuelve. Pero así, como los factores negativos influyen en su diario vivir y afectan su vida y la percepción de la misma, esencialmente hacia su persona; no debe darse por sentado que, la obesidad es una enfermedad que no

puede evitarse sino más bien, requiere primeramente reconocer que la obesidad es una enfermedad y por ende, se está enfermo. Luego será indispensable que la persona obesa tome algunas medidas al respecto, como ser asistido por un equipo multidisciplinario (psicólogo, médico, nutricionista, técnicos físicos o de deportes) que pueda orientarlo sobre su enfermedad, asistir a terapias individuales o grupales donde la persona pueda identificar y comunicar todos sus sentimientos y emociones, realizarse chequeos médicos con el fin de contrarrestar a tiempo posibles enfermedades que a corto, mediano o largo plazo, podrán ocasionarles serios problemas con respecto a su salud, iniciar un control de régimen alimenticio nutricional, informándose del consumo diario de calorías y cuantas de estas se gastan, evitar el sedentarismo, realizando actividades que involucren a grandes masas musculares como las que se emplean en el nadar, caminar, trotar, bailar o andar en bicicleta.

Todo ello con el fin último de adoptar un modelo de apoyo y de técnicas en mejora de la Calidad de vida, reduciendo de este modo la sintomatología psicológicas que los aqueja y la diversidad de enfermedades fisiológicas que en muchos casos son graves y que pueden provocarles la muerte.

CAPITULO IV

4.1 Conclusiones

- Por las características del estudio, el mismo se basó en una serie de objetivos, siendo el general determinar la importancia de los rasgos de personalidad, síntomas psicológicos y calidad de vida que influyen en la cotidianidad del estudiante obeso de primer ingreso a la universidad de San Carlos de Guatemala.
- Al identificar los síntomas psicológicos que repercuten en los estudiantes obesos, se constató que la manifestación de estados depresivos, ansiedad, dependencia, inconformidad hacia ellos mismos, inseguridad, conductas obsesivo-compulsivas y sentimientos de soledad influyen de manera negativa en sus actividades cotidianas y en el desarrollo de nuevas habilidades.
- Se obtuvo por medio del MMPI, a través de la escala K, que los estudiantes obesos evaluados tuvieron mayor incidencia en el nivel normal de autoestima. Sin embargo, al momento de analizar de manera global la información obtenida en los Inventarios, se pudo evidenciar, que la mayoría de los estudiantes presentaron una marcada utilización de mecanismos de defensa tales como negación, represión, y racionalización por ende, estos mecanismos no les permiten darse cuenta de cuán afectados se encuentran.
- Se determinó a través del test WHOQOL-100 que los dominios más afectados en la Calidad de vida de los estudiantes obesos fueron el Psicológico y Medio ambiente; esto confirma que la Calidad de vida del estudiante obeso se ve opacada por sentimientos negativos tales como preocupación, tristeza, depresión, mal humor, desesperación e inquietud y

que, de esta forma el estado psicológico influye en el medio ambiente en el cual ellos se desenvuelven, restando oportunidades en el desarrollo y adquisición de nuevas habilidades personales; así como, la interacción con las personas que los rodean.

- Se identificó por medio del test WHOQOL-100 en la población evaluada, que las enfermedades más comunes relacionadas con la obesidad fueron: dolor en huesos y articulaciones, trastornos menstruales, fatiga, problemas crónicos nerviosos o emocionales y problemas para dormir, con mayor incidencia en ambos géneros.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dar mayor importancia y divulgación al tema de la obesidad como enfermedad, motivando a otras entidades relacionadas con la salud a realizar estudios que demuestren la incidencia de la enfermedad y sus repercusiones a nivel psicológico y físico dentro de nuestra sociedad guatemalteca y que influyen la cotidianidad de su Calidad de Vida.
- Ayudar primeramente al estudiante obeso a reconocer que la obesidad es una enfermedad y no un estilo de vida con el fin último de ser asistido por un equipo multidisciplinario (psicólogo, médico, nutricionista, técnicos físicos o de deportes) que pueda orientarlo sobre su enfermedad, y que en muchos casos es grave y puede provocar la muerte.
- A la población de estudiantes en general, se les recomienda realizarse chequeos médicos con el fin de contrarrestar a tiempo posibles enfermedades que a corto, mediano o largo plazo, podrán ocasionarles serios problemas con respecto a su salud. Iniciar un control de técnicas en mejora de la Calidad de vida, todo ello con el fin último de reducir diversas enfermedades tanto psicológicas como fisiológicas.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas: se le recomienda proporcionar un servicio psicológico en forma multidisciplinaria para el estudiante obeso de primer ingreso a la universidad, para poder estudiar profundamente los rasgos de personalidad y los posibles síntomas o trastornos psicológicos que padezcan, proporcionando un tratamiento específico, para cada caso, durante el transcurso de permanencia de dichos estudiantes en la universidad.

- A la Universidad de San Carlos de Guatemala se le recomienda que, a través de las diferentes áreas dedicadas a la promoción de la salud, dentro de esta institución, dar mayor importancia de divulgación al tema de la obesidad como enfermedad, modificando la idea acerca del ser obeso, a través de la creación y desarrollo de programas para el estudiante sancarlista, que vayan en función de la obtención de la salud integral.

Bibliografía

Battegay R. (1986) El Hambre como fenómeno patológico. Editorial Herder. Barcelona, España.

Bollnow, O. F. (1970) Introducción a la filosofía del conocimiento. Editores Amorrorto. Buenos Aires, Argentina

Bruch H. (1970) Psicoterapia and sating disorders. Editorial Little Brown. Boston, Estados Unidos.

Bunge M. (1980). Epistemología. Editorial Ariel. Barcelona, España.

Davidoff, L. (1989) Introducción a la Psicología. 3era. Edición. Editorial Interamericana Mc-Graw Hill, México, D.F.

Encolombia (2004) Libro de Obesidad. <http://www.encolombia.com/adipocito4299-capituloiii8.htm>

E. Papalia D. Y Sally Wendkos. (1998) Psicología del Desarrollo. 7ª. Edición Editorial Mc-Graw Hill, México. D.F.

Felldman, R. (1998) Psicología para los países hispanoamericanos. 3era. Edición. Editorial Mc-Graw Hill, México D.F.

Gildenberger, C. 1978, Desarrollo y Calidad de Vida. En: Revista Argentina de Relaciones Internacionales, N 12. CEINAR. Buenos Aires.

Grawitz, M. (1975) Métodos y técnicas de las ciencias sociales. Vol. I. Hispano Europe, Interamericana Mc-Graw Hill, México, D.F.

Haynal y W. Pasini (1972) Medicina Psicosomática. Editorial Toray Masson. España, Barcelona.

Hessen, J. (1993) Teoría del conocimiento. Editores Mexicanos Unidos, México.

Jarne A. y Antoni Talarn (2000) Manual de Psicopatología Clínica Ediciones Paidos. Barcelona, España.

J. De Ajuriaguerra (1983) Manual de Psiquiatría Infantil. 5ª . Edición. Editorial Masson. México, D.F.

Jerez, H. (2000) Tesis: Perfil Psicológico de niños y niñas con diagnóstico de sobrepeso y obesidad primaria infantil. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Kolb, L. (1985) Psiquiatría Clínica Moderna 6^a. Edición. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. Médico D.F.

López I. Y Silvia López (2001) Tesis: Tratamiento Psicológico para la solución de problemas de sobrepeso y obesidad con atención institucional. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Monedero, C. (1978) Psicopatología General. 2da. Edición. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.

Román G. (2004) Personalidad y Obesidad.
<http://www.mundolatino.org/saludmental/persobe.htm>

Santos R. y Miriam Godoy (1989) Tesis: Rasgos de personalidad en el Obeso. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala.

Szilasi, W. (1973) Introducción a la Fenomenología de Husserl Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.

Uriarte, V. (1997) Enciclopedia Hispánica Publicaciones UNAM México, D.F
http://www.dietasalamedia.com/todito/noticias/obesidad_y_enfermedades_asociadas.asp

Valverde Díaz H. ING. Experto en Prevención de Riesgos, Agencia Las Condes.
<http://www.asipla.cl/62/seguridad.html>

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex. Vol.44, No.4 México 2002 www.insp.mx/salud/index.html.

RESUMEN

Actualmente dentro de la población universitaria, no se toma conciencia que la obesidad es una enfermedad y que tiene repercusiones graves a corto, mediano y largo plazo, y se tiene la idea que el ser obeso representa salud y vitalidad.

Por ello se consideró conveniente transmitir la importancia que tienen la Calidad de vida dentro de la obesidad, cuáles son los rasgos de personalidad y los síntomas psicológicos que influyen en ella, y así, dar la oportunidad para que las autoridades correspondientes puedan crear programas integrales que se orienten a la modificación del comportamiento y las distintas características psicológicas que se pueden hacer presentes. Para esta investigación se tomó como base el método científico: que comprende una parte descriptiva y otra de trabajo de campo, la muestra se obtuvo mediante un muestreo aleatorio estratificado, en un estudio piloto realizado en el año 2002. El criterio para la elección de los estudiantes obesos se realizó a través del examen de salud Multifásico, en el que reportaron diagnóstico de obesidad con un índice de masa corporal mayor de 30.

Los estudiantes seleccionados correspondieron a una edad mínima de 17 años, de género femenino como masculino, de primer ingreso a la Universidad de San Carlos de Guatemala de 12 unidades académicas del Campus central. Los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Luego de revisar la información recolectada, se determinó que, ambos géneros consideran insatisfactoria y negativa la Calidad de vida que hasta ahora han llevado. También se constató que, los dominios más afectados en cuanto a Calidad de vida se refieren, son el psicológico y el medio ambiente. Por tal razón, no tienen una clara visión de lo qué es la obesidad y sus consecuencias, padeciendo una enfermedad silenciosa, que es callada por mecanismos de defensa, y por ende, no percibir que de ésta manera su Calidad de vida es negativa he influye en su diario vivir.

ANEXOS

Glosario:

Ansiedad: Estado de aprensión, de temerosa incertidumbre o de miedo producido por una amenaza anticipada.

Autoconcepto: Una serie de creencias acerca de si mismo que se manifiesta en la conducta.

Autoeficacia: Se refiere a la evaluación que efectúa una persona en su capacidad o competencia para llevar a cabo una tarea, alcanzar una meta o vencer un obstáculo.

Biopsicosocial: Perteneciente o relativo al conjunto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida.

Calidad de vida: Consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien".

Estigma social: Cualquier característica de una persona que algún observador percibe de un modo negativo.

Fase oral: Según Freud, etapa que va desde el nacimiento hasta los 12 o 18 meses, aquí la boca es el centro de placer del niño.

Hiperfagia: Ingestión de una cantidad excesiva de alimentos.

Hipotálamo: Una pequeña parte del cerebro, localizada debajo del tálamo, que mantiene la homeostasis y produce y regula comportamientos vitales básicos como comer, beber y la conducta sexual.

Inanición: Estado de máxima debilidad resultante de la falta de ingestión de alimentos y agua o de su asimilación.

Índice de masa corporal: Medición sencilla que correlaciona la altura por el peso de la persona.

Metabolismo: Tasa con la que el alimento es convertido en energía y consumido por el cuerpo.

Obesidad: Aumento normal en la proporción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo. Puede ser exógena o endógena.

Personalidad: Conjunto de características que diferencia a las personas o estabilidad en el comportamiento de un individuo ante diversas situaciones.

Rasgo: Es la integración de hábitos específicos que expresan modos característicos de adaptación al ambiente próximo.

Sobrepeso: Aumento exclusivo de peso, que tiene una relación inversa con la edad.

Trastorno emocional: Alteración, perturbación que se produce en el área afectiva cuando un grupo de fenómenos no presente relaciones inteligibles entre si.

Trabajo de Campo

WHOQOL- 100

Febrero 1995

LAS 100 PREGUNTAS CON SUS ESCALAS DE RESPUESTAS



DIVISIÓN DE SALUD MENTAL

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

GENOVA

Trabajo de Campo

WHOQOL- 100

Febrero 1995

Autorizaciones

La OMS aplica el derecho de autor a su información para velar por que se utilice de acuerdo con los principios de la Organización. La información presentada en las distintas páginas es ofrecida por la Organización Mundial de la Salud con carácter público.

Se pueden utilizar partes de la información de la OMS para el estudio privado o con fines educativos sin pedir autorización. Para usos más amplios es necesario obtener autorización de la OMS. **Si desea utilizarlo con fines de investigación, estudio privado o en un documento de difusión limitada que no sea de carácter comercial (por ejemplo una tesis o disertación académica), puede hacerlo sin solicitar autorización.** Nuestra sola exigencia es que se indique claramente que la fuente es la OMS.

Se puede reseñar, reproducir o traducir con fines de investigación o de estudio privado, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales.

Traducción y adaptación de este material realizado por Kristoff Callejas y Gloria Franco González.

© Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004. Reservados todos los derechos.



DIVISIÓN DE SALUD MENTAL
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
GENOVA
1995

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
F																															
C	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
F																															
C	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	
F																															
C	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	
F																															
C	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	
F																															
C	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	
F																															
C	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	
F																															
C	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	
F																															
C	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	
F																															
C	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	
F																															
C	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	
F																															
C	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	
F																															
C	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	
F																															
C	391	392	393	394	395	396	397	398	399																						
F																															

Escriba con letra de molde. Utilice pluma fuente o bolígrafo.

NOMBRE: _____
 (1er. Apellido) (2o. Apellido) (1er. Nombre) (2o. Nombre)

EDAD: _____ años. SEXO: _____ (M o F) FECHA DE HOY: _____

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley
 Traducción y adaptación por el Dr. Rafael Núñez



F
Femenino

PERFIL Y SUMARIO

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

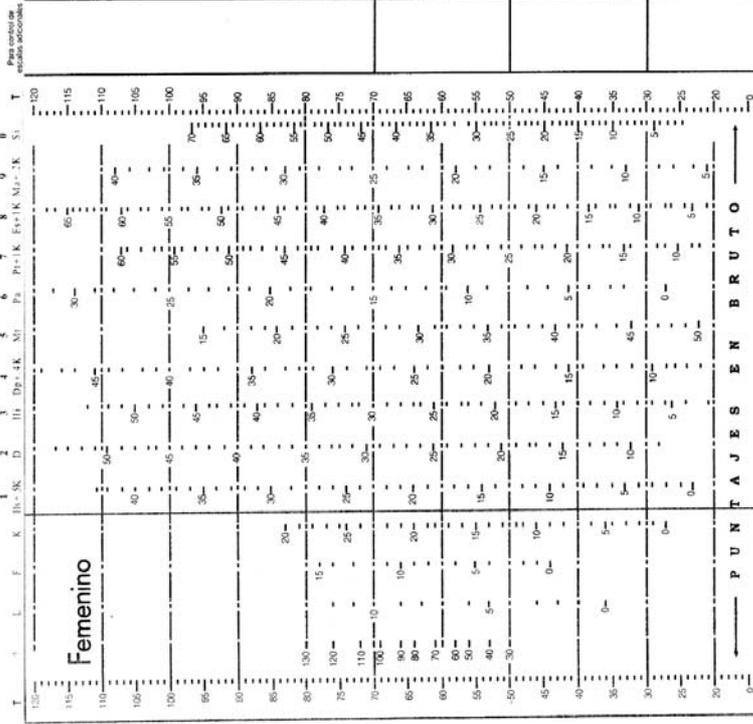
Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

NOTAS

Fracciones K	
K	5.4.2
30	15 12 6
29	15 12 6
28	14 11 6
27	14 11 5
26	13 10 5
25	13 10 5
24	12 10 5
23	12 9 5
22	11 9 4
21	11 8 4
20	10 8 4
19	10 8 4
18	9 7 4
17	9 7 3
16	8 6 3
15	8 6 3
14	7 6 3
13	7 5 3
12	6 5 2
11	6 4 2
10	5 4 2
9	5 4 2
8	4 3 2
7	4 3 1
6	3 2 1
5	3 2 1
4	2 2 1
3	2 2 1
2	1 1 0
1	1 1 0
0	0 0 0



Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

M
Masculino

Nombre _____
 (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____
 Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado civil _____
 Referido por _____

T	Puntuaciones										T
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	K	Hs	Ss	D	Hy	Da	Pa	Pr	Pt	Sc	Si
150											
145											
140											
135											
130											
125											
120											
115											
110											
105											
100											
95											
90											
85											
80											
75											
70											
65											
60											
55											
50											
45											
40											
35											
30											
25											
20											
15											
10											
5											
0											

PUNTAJES EN BRUTO											
T	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	T
	K	Hs	Ss	D	Hy	Da	Pa	Pr	Pt	Sc	Si
Puntaje en bruto											
Agregar factor K											
Puntaje corregido											

NOTAS

Funciones K	K			
	1	2	3	4
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	1	1	1
2	1	1	0	0
1	0	0	0	0

Fecha _____