

CAPÍTULO
I
PLANTEAMIENTO Y
JUSTIFICACIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema.

Actualmente la obesidad es una enfermedad que causa gran preocupación en la sociedad tanto a nivel internacional como nacional. Diversos estudios han observado que actualmente hay un excesivo aumento de peso en la población, es por esto que resulta relevante, analizar esta temática ya que trae consigo consecuencias médicas y psicológicas perjudiciales para la salud, que afectan la calidad de vida y pueden incluso llevar a la postración o la muerte.

La prevalencia de la obesidad manifiesta una serie de síntomas a nivel personal como: ansiedad, pérdida de autoestima o aislamiento social, pérdida de autocontrol frente a los hábitos alimenticios trayendo consigo factores de riesgo, que afectan el bienestar psicológico, social y la salud en general.

Cabe mencionar que los índices de obesidad en Bolivia han subido considerablemente: *“Beni es el departamento que tiene los niveles más altos, seguido muy de cerca por Santa Cruz, según la encuesta de Demografía y Salud (EDSA) que elaboró el Instituto Nacional de Estadística (INE) que se difunden este año, pero fueron elaboradas hasta finales del 2016. Ambos departamentos están incluso por encima de la media nacional (57,7%). En el otro extremo, con menor porcentaje de sobrepeso/obesidad están los departamentos de Potosí (48,3) y Chuquisaca (52,8). Los especialistas enfatizan en la necesidad de llevar una vida saludable pues tanto el sobrepeso como la obesidad son factores de riesgo para otras enfermedades más crónicas”*. (INE, 2017S/P).

La percepción de la persona obesa a lo largo del tiempo, así como el prototipo de personalidad establecido para describir a la persona con exceso de peso, son aspectos

que hacen necesaria la realización de una investigación de las características de personalidad de las personas obesas.

Hasta la actualidad no se ha dado importancia a los rasgos psicológicos o de comportamiento de la persona con obesidad porque no se entendía la obesidad como una enfermedad de importante repercusión psicológica. Sin embargo, los aspectos psicológicos son un aspecto clave a considerar en el protocolo de tratamiento de la obesidad.

Por lo tanto, surge la necesidad de investigar las características psicológicas que presentan las personas que padecen de obesidad en la ciudad de Tarija, la misma pretende realizar con rigor la investigación de esta problemática, tomando en cuenta varios aspectos, como ser: la personalidad, ansiedad, autoestima e imagen corporal.

Se considera fundamental citar la definición de personalidad utilizando la teoría de Allport G. quien define la personalidad como: *” la organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan los ajustes únicos a su ambiente”*. (Allport G, 1937: 251).

La ansiedad se define como: *“Anticipación de lo peor y es por eso que está dominada por la perplejidad. También la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva (Rojas.) Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior que podemos calificar de emoción. Es una respuesta vivencial fisiológica y asertiva caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada”* (Rojas, 1994; 78).

Asimismo la autoestima se define como: *la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto a sí mismo, esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso”*. (Coopersmith, 1967; 2)

Vivir en una sociedad que hace culto al modelo de belleza reflejado en una delgadez casi extrema, el ser obeso también implica cierto conflicto, por lo que se incluye como

variable en la presente investigación *la Imagen Corporal cuyo concepto es complejo. “En el mismo no sólo intervienen elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los individuos ante sus cuerpos”*. (Cooper. 1987, s/p).

A nivel internacional se realizaron numerosos estudios sobre la prevalencia del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial por lo que se observó el gran incremento de esta problemática y según estimaciones *“se ha relacionado la obesidad con la presencia de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, baja autoestima, trastornos de la alimentación y problemas emocionales. La depresión es mucho más frecuente en los sujetos obesos en comparación con personas de peso normal, en un 29% a 56%. Según un estudio con más de 40. 000 personas, la relación con la depresión es más marcada en mujeres obesas que en hombres obesos.* (Intramed, 2018)

De esta manera se realizó otros estudios acerca de esta problemática de la obesidad, por lo que nos indica que: *“En el marco del Día Mundial de la Lucha contra la Obesidad, la Sociedad Española de la Obesidad (SEEDO-SEO) y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) han desarrollado la campaña ‘la obesidad también está en la cabeza para hacer alusión a que los aspectos psicológicos ligados a la obesidad están presentes antes y después de desarrollarla. Para ello han contado con la participación de miembros del Col. Legi Oficial de Psicología de Catalunya (COPC). Las personas con obesidad presentan un alto índice de comorbilidad con psicopatologías, tales como la ansiedad, la depresión, ciertos trastornos de la conducta alimentaria como el trastorno de atracones, bulimia, entre otros. Según los expertos, un 30% de las personas obesas que acuden a terapia expresan tener rasgos de bulimia. Además, un 50% de los pacientes con impulsos bulímicos también presentan depresión”*. (Seedo-Seo, 2018:s/p)

A nivel nacional en Bolivia son cada vez más frecuentes los problemas de aumento de peso de tal manera, que padecer obesidad a cualquier edad, trae consigo una infinidad

de conductas desadaptativas que afectan a la personalidad de quien la padece y causa serios problemas:

1.- *Falta de autoestima que se refleja en la insatisfacción corporal (un sujeto obeso se enfoca demasiado en sus imperfecciones físicas) más que en sus virtudes y, con frecuencia evita mirarse al espejo.*

2.- *Pueden presentar serios trastornos depresivos o cuadros de ansiedad e irritabilidad.*

3.- *Mantienen un perfil bajo y aislamiento en las relaciones sociales.*

4.- *Se estresan en el hogar y experimentan frustraciones constantes en las tareas que realizan diariamente. Su situación es complicada, en la forma de afrontar la vida.”. (Domínguez A,2019)*

Cabe mencionar que el bienestar de la persona que presenta esta problemática no es nada favorable, tanto en aspectos físicos como psicológicos “*Existen varios aspectos psicológicos relacionados con la obesidad, entre los cuales se destacan depresiones, ansiedad, alteraciones emocionales, baja de autoestima, problemas con conductas alimentarias, anorexia nerviosa y bulimia*” (Bautista Bohorquez, Fernando, 2013, s/p) Asimismo se hizo una investigación en la que se presenta un libro sobre obesidad en Bolivia, por lo cual “*Traduce la necesidad por comer que puede derivar de conflictos emocionales, de pareja, sociales, baja autoestima, bullying*”, manifestó agregando que es un documento de tendencia a auto superación que además incluye la dietética y la nutrición, con pautas de alimentación correctas que enseñan cómo identificar grados de sobrepeso”. (By A.2013,s/p)

A nivel regional en la ciudad de Tarija se hizo un estudio con el fin de investigar cómo es que la obesidad afecta a los tarijeños por lo que se concluye lo siguiente: “*Según la Encuesta de Demografía y Salud 2016 (EDSA) realizada por Instituto Nacional de Estadística (INE), el 27,4 por ciento de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) padecen de obesidad en Tarija. Es el tercer departamento con el porcentaje más alto del país, después de Santa Cruz y Beni. Paradójicamente, el estudio no muestra datos*

sobre esta patología en hombres. Para la responsable del Programa Departamental de Nutrición y Alimentación Elva Gisbert, el sobrepeso y la obesidad afecta en el rendimiento laboral, también trae consigo problemas de autoestima y psicoafectivos. Al margen de ello están los factores saludables, porque la persona tendrá más riesgo de enfermar de diabetes, de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, problemas al corazón y artrosis, porque los huesos están destinados a soportar un determinado peso, acorde a la talla". (Rivera, 2017 s/p).

La obesidad aparte de afectar el estado anímico del individuo repercute mucho en problemas físicos. Asimismo el periódico del País de la ciudad de Tarija, nos da a conocer una pequeña reseña de la situación en la que viven las personas con obesidad, la autora del artículo Lic. Patricia Ibáñez Molina nos relata:

“Uno es lo que come. Rosita tiene treinta años de edad, su talla es de 1.60 metros y pesa 97 kilos, por mucho tiempo mantuvo los complejos sobre su aspecto; sin embargo, hace un par de años viene trabajando en una actitud emocional más estable sobre un problema de obesidad que le resulta difícil de aminorar.

Pese a todo, los resultados no son visibles y si bien algunas veces tiene estados de ánimo positivos sobre el tema, también se le presentan repentinas depresiones que sobrelleva comiendo más a cada momento.

Sus episodios de ansiedad la llevan a mimarse con la comida y en el Puente San Martín suele saciar bien sus antojos pidiendo de un solo envión dos vasos de api con seis pasteles para ella sola”

Los datos más recientes presentados por el Consejo Departamental de Alimentación y Nutrición (CODAN), que reporta la situación nutricional en Tarija, indican que el sobrepeso subió desde la gestión 2012 en un 12 por ciento y la obesidad en un 2.6 por ciento.

Existe gran preocupación sobre esta alteración que repercute en la salud poblacional del departamento de Tarija ya que no solo afecta a los adultos, sino que también afecta de gran manera a los niños, por lo cual este artículo nos dice: *“El sobrepeso y la*

obesidad estarían causando además bastantes problemas de autoestima y complejo en niños y jóvenes en edad escolar que no pueden realizar actividad física”. (El País, 4 de noviembre 2014).

La obesidad en nuestra actualidad aparte de ser un problema creciente que ha ido teniendo un impacto prácticamente a escala mundial, también está presente en nuestra realidad, por ello el presente estudio pretende conocer esta problemática; por lo que planteamos la pregunta de investigación:

¿Qué características psicológicas presentan las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija?

1.2. Justificación del problema

La presente investigación considera de suma importancia realizar un estudio sobre las características psicológicas de las personas con obesidad, dada la gran cantidad de sujetos que la padecen en nuestro medio y que, por salud o estética se van sometiendo a un sinnúmero de tratamientos médicos, quirúrgicos, fisioterapéuticos, nutricionales, o siguen consejos y tratamientos que no son convencionales, llegando inclusive en muchos casos a poner en riesgo sus propias vidas, todo con el fin de alcanzar su peso ideal y los estándares impuestos por una sociedad y cultura muchas veces cruel e inhumana, donde se pierde de vista al ser, a la persona que vivencia y sufre el día a día, sin conocer cuáles serán las características psicológicas de este grupo minoritario que muchas veces sufre discriminación y aislamiento social; de esta manera podremos identificar y analizar si presentan algún tipo de personalidad específica o si existe alguna carga emocional de depresión, baja autoestima o ansiedad. Considerando que la obesidad puede afectar e impedir el bienestar tanto psicológico como físico de las personas que lo padecen y muchas veces el autoconcepto que tienen de sí mismos/as podría estar afectando e influyendo de manera negativa en los tratamientos que siguen.

En el presente trabajo de investigación se consideran los siguientes aportes:

A nivel teórico. - Esta investigación proporciona información que contribuye al conocimiento científico de las características de las personas con obesidad, al brindar novedosos resultados, brindar teorías y conceptos sobre esta problemática, información clara y precisa para que a través del mismo se den a conocer a detalle las características psicológicas de las personas con obesidad. A través de la aplicación de baterías de test, se podrá conocer si existen rasgos característicos de personalidad, ansiedad, autoestima e imagen corporal de las personas afectadas. Así mismo se va a sondear, si el hecho de padecer obesidad afecta a la autoestima de las personas estudiadas. Además, que el lector sea más receptivo y tolerante sobre esta problemática tras un estudio realizado específicamente en la ciudad de Tarija.

A nivel práctico. - Los resultados obtenidos brindan conocimientos objetivos y concretos para quienes desean profundizar en las implicaciones de la obesidad en un contexto local, a través del análisis de las diferentes variables antes mencionadas que presentan las personas con obesidad, por lo que se considera que los resultados obtenidos mediante la presente investigación, darán un aporte significativo a nuevos investigadores: psicólogos del área clínica y a diferentes instituciones y profesionales del área de salud, que quieran conocer e indagar este tema ya que estos datos les servirá para analizar esta problemática, que ha estado afectando la salud tanto física como emocional de este grupo de personas que forman parte de la población tarijeña.

CAPÍTULO
II
DISEÑO TEÓRICO

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1. Problema científico

¿Qué características psicológicas presentan las mujeres con obesidad de la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivo general

Identificar las características psicológicas de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija

2.3. Objetivos específicos

Analizar los principales rasgos de personalidad de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija

Conocer el nivel de ansiedad de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija.

Identificar el nivel de autoestima de las mujeres con obesidad de 23 a 45 años de edad de la ciudad de Tarija.

Describir la imagen corporal que tienen las personas con obesidad entre 23 y 25 años de la ciudad de Tarija.

2.4. Hipótesis

1. Los rasgos de personalidad que presentan las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija son: inestabilidad, inseguridad y poco estable emocionalmente
2. El nivel de ansiedad de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años corresponde a un rango de escala grave.
3. El nivel de autoestima que presentan las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años es bajo
4. Las mujeres con obesidad de 23 a 45 años tiene un nivel de preocupación extrema por su imagen corporal.

2.5. Operacionalización de Variables

VARIABLES CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>“Rasgos de personalidad: <i>Es la integración de rasgos y viene a ser lo que determina el comportamiento de los sujetos ante una situación y estado de ánimo definido”.</i>(Catell, 1995)55</p>	Sizotimia	Ausencia de emoción viva y vibrante, reservado, alejado, crítico, frío.	<p>(Escala 16pf de Cattell). -Bajo 1-3 -Medio 4-6 - Alto 7-9</p>
	Afectotimia	Determina la conducta extrovertida, abierto, afectuoso, sereno, participativo.	
	Poca fuerza del yo	Afectado por los sentimientos, poco estable emocionalmente.	
	Mucha fuerza del yo	- Emocionalmente estable, maduro, tranquilo, se enfrenta a la realidad.	
	Sumisión	Sumiso, apacible, manejable, dócil,	
Dominancia	acomodadizo, dependiente. - Dominante, agresivo, independiente,		
Desurgencia	terco, obstinado, competitivo.		

	Surgencia	Sobrio, reflexivo, serio, cauteloso, silencioso, obsesivo.	
	Poca fuerza del súper yo	- Desinhibido, alegre, animoso, hablador, sociable, comunicativo.	
	Mucha fuerza del súper yo	Despreocupado, poca aceptación de normas convencionales, relajado.	
	Timidez	- Escrupuloso, consciente, responsable, moralista, perseverante.	
	Audacia	Cohibido, tímido, susceptible, retraído, cauteloso, aislado,	
	Dureza	cerrado.	
	Ternura	- Emprendedor, cordial, no inhibido, atrevido, gregario.	
	Confiable	Sensibilidad dura, realista, auto confiado, no afectado por los sentimientos.	
		- Sensibilidad blanda, busca	

	Suspicaaz	atención y ayuda, tierno idealista.	
	Practicidad	Confiable, adaptable, comprensivo, permisivo, tolerante, respetuoso.	
	Imaginatividad	- Dogmático, difícil de engañar, exigente	
	Sencillez	desconfiado.	
	Astucia	Práctico realista, objetivo, interesado en resultados inmediatos.	
	Seguridad	- Fantasioso, excéntrico, bohemio, absorto.	
	Inseguridad	Franco, natural, sencillo, sin perspicacia, simple.	
	Conservaduriso	- Astuto, calculador, mundano, terco, agudo, desafiante, sociable.	
	Radicalismo	Apacible, seguro de sí, placido, tranquilo, satisfecho, sereno.	
		- Agobiado, inquieto, ansioso, preocupado,	

	Adhesión al grupo	inseguro, culpabilidad.	
	Autosuficiencia	Conservador de ideas tradicionales, arraigados, moderado.	
	Baja integración	- Analítico, critico, experimental, liberal, de ideas nuevas y libres.	
	Mucho control	Dependiente del grupo, falta de resolución, inseguro enrolado.	
	Poca tensión	- Independiente, lleno de recursos, decidido.	
	mucha tensión	Autoconflictivo, descuidado de reglas sociales.	
		- Controlado, compulsivo, escrupuloso, llevado por su autoimagen.	
		Sereno, tranquilo, sosegado, satisfecho, no frustrado, estable.	
		- Tenso, sobre excitado, irritable,	

		frustrado, impaciente, inestable.	
<p>Ansiedad: <i>“Anticipación de lo peor y es por eso que está dominada por la perplejidad. También la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. (Rojas) Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior que podemos calificar de emoción. Es una respuesta vivencial fisiológica y asertiva caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada (Rojas, 1994; 78)</i></p>	<p>Síntomas físicos</p> <p>Síntomas psicológicos</p> <p>Síntomas de conducta</p> <p>Síntomas asertivos</p>	<p>Taquicardia, palpitaciones, dilatación pupilar, temblores en mano, boca seca</p> <p>inseguridad, presentimiento de la nada, estado subjetivo emocional</p> <p>Comportamiento de alerta, bloqueo afectivo</p> <p>Dificultad para mostrar desacuerdo, no sabe aceptar una broma</p>	<p>(Test de ansiedad de Rojas)</p> <p>-Normal 0-9</p> <p>-Ansiedad ligera 20-30</p> <p>-ansiedad moderada 31-40</p> <p>-Ansiedad grave 41-50</p> <p>-Ansiedad muy grave >50</p>
<p>Autoestima: Se define como <i>“la evaluación que el individuo hace y generalmente</i></p>	<p>Si mismo</p>	<p>Refieren a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y</p>	<p>(Escala de autoestima de Coopersmith)</p>

<p><i>mantiene con respecto a sí mismo, esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso”.</i> (Coopersmith, 1967; 2)</p>	<p>General:</p> <p>Social:</p>	<p>propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.</p> <p>Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.</p> <p>Expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.</p>	<p>-De 0 a 24 Nivel de Autoestima Bajo -25 a 49 Nivel de Autoestima --Medio bajo -50 a 74 Nivel de Autoestima Medio alto -75 a 100 Nivel de autoestima Alto. General -De 4 a 12 Nivel de Autoestima Bajo -13 a 25 Nivel de Autoestima --Medio bajo -26 a 38 Nivel de Autoestima Medio alto</p>
--	--------------------------------	---	---

	Familiar:		-39 a 52 Nivel de autoestima Alto. Social - Familiar -De 4 a 8 Nivel de Autoestima Bajo -9 a 12 Nivel de Autoestima --Medio bajo -13 a 17 Nivel de Autoestima Medio alto -18 a 24 Nivel de autoestima Alto.
<i>la imagen corporal: “En el mismo no sólo intervienen elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los</i>	Alteraciones de proporciones elusivas en la imagen y concepto corporal.	La persona se siente desproporcionadamente gorda y piensa que todos lo advierten y fijan su mirada en ella. La persona considera que debido al sobrepeso, su	(cuestionario de imagen corporal BSQ de Cooper) - Menor a 81, no

<p><i>individuos ante sus cuerpos</i>". (Cooper. 1987:1).</p>	<p>Alteraciones en la exactitud de la percepción de los estímulos que surgen del cuerpo.</p> <p>Sentimiento paralizante de ineficiencia.</p>	<p>cuerpo no reacciona como los demás, y evita actividades relacionadas con el rendimiento físico.</p> <p>La persona se inhibe considerándose menos que los demás o inútil en ciertas actividades</p>	<p>preocupación</p> <p>- 81 a 110, leve</p> <p>preocupación- 111 a 140, moderada</p> <p>preocupación</p> <p>- Mayor a 140, preocupación extrema.</p>
---	--	---	--

CAPÍTULO
III
MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se presenta toda la información recabada en relación al tema de estudio. Se identifican las definiciones de las variables de estudio del tema, se describe el proceso de investigación de los datos recogidos para una mejor comprensión del trabajo realizado.

Se considera importante identificar, cuáles son las características psicológicas de las personas con obesidad.

En primer lugar, se hará una aproximación general del tema, citando así las definiciones y conceptos, para luego desarrollar las variables más importantes de estudio como ser los rasgos de personalidad, depresión, ansiedad, autoestima e imagen corporal que guardan relación con esta temática de estudio y asimismo se exponen todas las investigaciones encontradas que guardan relación con del tema.

3.1. Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, que no solo afecta a la estética del individuo, sino que constituye un peligro real para la salud y la vida de quien la padece, es la acumulación excesiva de grasa corporal, que aumenta el riesgo de padecer algunas enfermedades cardíacas, presión alta, diabetes y hasta algunos tipos de cáncer y puede deberse a factores hereditarios, hábitos alimenticios y costumbres del entorno, falta de buena nutrición o ejercicio principalmente.

Este es un tema que preocupa a nivel mundial, por lo que la organización Mundial de la Salud, OMS, se refiere a la obesidad como, *“la principal enfermedad metabólica del mundo. Actualmente, la cifra de personas con obesidad podría duplicarse para el año 2025 si no se toman medidas contra esta amenaza. En términos de deterioro de la salud. Además de ser una enfermedad en sí misma, es un riesgo para muchas otras enfermedades, principalmente del área metabólica y cardiovascular. Entre estos, la diabetes tipo 2, la dislipemia, la hiperuricemia, la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular son las más frecuentes también”* (Trias, Germans ,2004. s/p).

La OMS define la obesidad como: *“Una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.”* (OMS, 2019.S/P).

Así mismo, la obesidad, siendo un problema grave de salud concita una merecida atención ya que esta pandemia se va incrementando en nuestra modernidad, y no es un hecho que se da solo en la actualidad sino también históricamente *“la obesidad no es un tema novedoso, surgido en el último siglo, como lo demuestran los hallazgos prehistóricos con la obesidad mórbida de la Venus de Willendorf como ejemplo paradigmático. Que la obesidad acorta las expectativas de vida queda bien reflejado en el Enrique IV de Shakespeare. Eso sin olvidar a las obesas pintadas por Rubens como canon de belleza y fertilidad, a los personajes de Dickens y a nuestro propio Sancho Panza. Por lo tanto, la obesidad, como tema histórico, no es nueva y está bien documentada. Ahora bien, si a lo largo de la historia siempre ha habido gordos, no parece que estos fueran muchos. Es más, los gordos se describen uno a uno, como casos raros a veces y como casos clínicos siempre”.* (Soriguer F, 1994: 22).

3.1.1 Sobrepeso y obesidad

Se considera útil diferenciar la obesidad y el sobrepeso ya que ambos conceptos se relacionan haciendo referencia al exceso de grasa acumulada, sin embargo, cabe mencionar que no son idénticos el uno del otro, porque según el índice de masa muscular de las personas con *“sobrepeso tienen un Índice de Masa Corporal (IMC) de 25 hasta 29.9. Las personas obesas sobrepasan los 30 puntos y se clasifica en:*

- Obesidad tipo I: Primer grado de obesidad. IMC 30-34.9 kg/m².

- Obesidad tipo II: Segundo grado de obesidad IMC 35- 39.9 kg/m².
- Obesidad tipo III: Este tipo de obesidad recibe también el nombre de obesidad mórbida. IMC 40-49.9 kg/m².
- Obesidad tipo IV: Este tipo de obesidad también es conocida como obesidad extrema. IMC superior a 50 kg/m². (Rodríguez, 2011 s/p).

3.1.2 Riesgos de la obesidad

La obesidad es un riesgo, que conlleva a varios problemas de suma importancia, afectando asimismo la calidad de vida de las personas, por lo que nombraremos algunas enfermedades, que podrían afectar la salud de estas: hipertensión, cardiopatías, cáncer, apnea del sueño, etcétera, así como afecta a la salud física también afecta a la salud mental, ocasionando trastornos psicológicos y psiquiátricos: *“La obesidad tiene un alto índice de comorbilidad con psicopatologías, tales como la ansiedad, las adicciones, la depresión, trastornos de la conducta alimentaria, entre otros”*. Por otra parte, se suele asociar el sobrepeso como una exteriorización de la neurosis, asociada a la depresión, la culpa y la ansiedad. También es común asociar la obesidad a ciertos conflictos emocionales de fondo, o a otro trastorno mental anterior.

La etiología psicológica de la obesidad es confusa, por lo que los esfuerzos en la intervención se centran en valorar y reeducar ciertas creencias de los pacientes, además de conocer las variables afectivas (gestión emocional) y ambientales (costumbres alimentarias, hábitos, etc.). Esta variedad procesos psicológicos implicados en la obesidad plantea la necesidad de abordar la situación de cada paciente de forma individualizada, evaluando su personalidad y su entorno.”

(Regader, 2018: s/p)

3.1.3 Datos sobre el sobrepeso y la obesidad

Esta problemática, que atenta contra la salud va en aumento, posiblemente por la vida sedentaria que se va imponiendo actualmente en la sociedad, los malos hábitos alimenticios y el uso exagerado de la tecnología están causando serios problemas que van poniendo en riesgo la salud de la población, por lo que se considera necesaria la presentación de algunas estimaciones recientes de la OMS a nivel mundial:

“En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos.

En 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.

En general, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.

Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.

La obesidad es una enfermedad crónica que se considera la epidemia del siglo XXI y la urgencia por combatirla toma día a día un lugar primordial en la salud pública ya que se asocia a múltiples complicaciones de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y cáncer, entre otras”. (OMS, 2018.S/P).

3.1.4 Tipos de obesidad

La obesidad puede clasificarse de distintas maneras en función del criterio que se establezca.

3.1.4.1 En función de la distribución de la grasa corporal

Una de las clasificaciones más empleadas es en función de la distribución de la grasa corporal, en la que existen tres categorías. Según el censo SEEDO (2007), son las siguientes:

1. Obesidad de distribución homogénea: El exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo, por eso recibe el nombre de obesidad de distribución homogénea.

2. Obesidad ginoide o periférica (en forma de pera): La grasa se localiza básicamente en la cadera y en los muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla. Las mujeres son más propensas a padecer este tipo de obesidad.

3. Obesidad androide, central o abdominal (en forma de manzana): El exceso de grasa se ubica en la zona en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad. Este tipo de obesidad es más habitual en hombres que en mujeres.

3.1.4.2 Otras clasificaciones de la obesidad

Además de la anterior clasificación, existen otras como las siguientes:

Clasificación de la obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal:

Sobrepeso I 25-26.9 (Í.M.C.)

Sobrepeso II 27-29.9 (I.M.C.)

Obesidad grado I 30-34.9 (I.M.C.)

Obesidad grado II 35-39.9 (I.M.C.)

Obesidad grado III (mórbida) ≥ 40 (I.M.C.)

3.1.4.3 Tipos de obesidad según grado de riesgo

Según el consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO 2007), la obesidad también puede clasificarse de la siguiente manera teniendo en cuenta el IMC y el grado de riesgo para la salud que dicha cantidad de grasa en cuerpo supone:

- **Peso insuficiente:** El peso está por debajo de la normalidad. El IMC es inferior a 18.5 kg/m². No se considera sobrepeso.
- **Normopeso:** Es el peso normal de una persona respecto a su estatura. El IMC es el ideal: 18.5-24.9 kg/m². No se considera sobrepeso.
- **Sobrepeso:** El sobrepeso ocurre cuando la persona pesa más de lo que debería pesar según su estatura. IMC 25-26.9 kg/m².
- **Sobrepeso II:** La persona tiene un peso superior al que debería tener para su estatura, pero sin ser obesidad. IMC 27.29.9 kg/m².

3.1.4.4 Tipos de obesidad según la causa

Dependiendo de la fuente causante de la obesidad, ésta puede ser:

- **Obesidad genética:** el individuo ha recibido la herencia genética o predisposición para tener obesidad.
- **Obesidad dietética:** caracterizada por un estilo de vida sedentario y una ingesta de alimentos poco saludable.
- **Obesidad por desajuste:** La persona nunca se siente saciada por un desajuste en el sistema de regulación del hambre.
- **Obesidad por defecto termogénico:** El organismo al no quemar las calorías eficientemente.
- **Obesidad de tipo nervioso:** Es la obesidad causada por problemas psicológicos como la ansiedad, el estrés y la depresión.
- **Obesidad por enfermedades endocrinas:** Es la obesidad provocada por enfermedades de tipo hormonal, por ejemplo, hipertiroidismo.

- **Obesidad cromosómica:** Este tipo de obesidad se asocia a defectos cromosómicos (Rodríguez, 2011 s/p).

3.2. Personalidad

Para conocer las características psicológicas de los sujetos que sufren obesidad, en la presente investigación se tomó en cuenta la variable personalidad, para conocer los posibles rasgos comunes de personalidad que puedan tener los individuos obesos.

Se tiene como instrumento válido la escala 16PF de R. Cattell, por ello se considera oportuno conocer la definición que el autor tiene como concepto de personalidad, la misma se compone de rasgos generales que incluyen tanto rasgos positivos como negativos, *Raymond Cattell (1905-1998) define la personalidad como aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada. El elemento estructural básico de la personalidad es el rasgo, que implica tendencias reactivas generales y hace referencia a características relativamente permanentes. De acuerdo con su origen, los rasgos pueden ser constitucionales o ambientales. En función de su contenido, se pueden dividir en rasgos de capacidad o aptitudinales (recursos para solucionar problemas), de personalidad o temperamentales (forma peculiar de comportamiento de cada persona o tendencias estilísticas) y rasgos dinámicos (relacionados con la motivación o causa del comportamiento) (Cattell, 1995).*

La teoría de los rasgos de personalidad nos indica que las características del sujeto se expresan a través de la conducta, dichos atributos son permanentes, es decir, que es aquello que nos dice lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada.

3.2.1 Tipos de Rasgos de personalidad.

Tal como cita el Profesor: Lic. José Antonio Calvo el interés de Cattell era anticipar lo que haría o cómo se comportaría una persona en respuesta a una determinada situación estímulo. Su intención era estudiar la personalidad no tratarla. La personalidad persiste

a lo largo de toda la vida, a través de diferentes situaciones y esta nos muestra una determinada combinación de rasgos. Raymond Catell distinguió entre los rasgos comunes y los únicos. Rasgo común: es aquel que todos posemos en cierto grado; inteligencia, extraversión y tendencia a lo gregario, son ejemplos de rasgos comunes. Rasgos únicos: se hacen evidentes sobre todo en nuestros intereses y actitudes. Por ejemplo, una persona puede tener un interés absorbente en la medicina mientras otra puede interesarse apasionadamente en la historia de las guerras mundiales, entre otros. Rasgos de capacidad: determinan la eficiencia con la que podemos trabajar para alcanzar una meta. Ej.: La inteligencia es un rasgo de capacidad. Rasgos de temperamento: describe el estilo general y el tono emocional de nuestra conducta; por ejemplo, qué tan asertivos, sociables o irritables somos. Rasgos dinámicos: son las fuerzas que dirigen el comportamiento; definen nuestras motivaciones, intereses y ambiciones.

Rasgos superficiales: son características de la personalidad que se correlacionan entre sí pero no constituyen un factor porque no son determinados por una sola fuente. Ej.: la ansiedad, indecisión y el temor irracional se combinan para formar el rasgo superficial llamado neuroticismo.

3.2.2 Criterio Léxico

Para determinar empíricamente cuáles eran los rasgos fundamentales de la personalidad, Cattell partió del análisis del lenguaje, utilizando lo que se conoce como criterio léxico. Estaba en contra de la utilización de términos de uso común en el lenguaje: sociable, responsable, etc, para denominar a los elementos estructurales o rasgos.”(*Propuso la utilización de una nueva nomenclatura consistente en utilizar las letras del abecedario (A, B, C...) o índices universales, seguidos de un número, o términos griegos, o neologismos formados por las primeras sílabas de las palabras utilizadas en la descripción de estos rasgos. Distinguía tres tipos de datos: Datos L: hacen referencia a hechos ordinarios de la vida real que son contrastables. Datos Q: proceden de cuestionarios, son por lo tanto datos informados por la persona. Datos T:*

hacen referencia a pruebas en las que la persona evaluada no es consciente de la relación existente entre su respuesta y la característica de personalidad que se pretende medir (son los preferidos de C.).

La estructura de la personalidad: 16 factores de la personalidad según Cattell se podían clasificar en cuatro diferentes categorías: *Rasgos o términos que expresan una tendencia consistente y estable de comportamiento. Estados de ánimo temporales. Términos que hacen referencia al efecto que la conducta del sujeto tiene sobre otros. Una categoría mixta de los 16 factores encontrados, procedentes de los datos Q, 12 coincidían con los obtenidos anteriormente con los datos L (A, B, C, E, F, G, H, I, L, M, N y O) y 4 eran exclusivos con los datos Q (denominados con la letra Q y subíndices del 1 al 4).*

Rasgos dinámicos: hace referencia a las cuestiones de las causas o razones de la conducta. Los rasgos dinámicos los divide en actitudes, sentimientos y ergios. La unidad básica es la actitud, que expresa la fuerza del interés por seguir un curso de acción en particular. Para averiguar los componentes de las actitudes se analizaron factorialmente las puntuaciones procedentes de distintas mediciones de una única actitud, y en los diferentes estudios se obtuvieron cinco factores componentes:

Factor alfa o Ello consciente: hace referencia a la búsqueda de satisfacción sin considerar las posibles consecuencias.

Factor beta o Expresión del Yo: se refiere a un interés maduro en contacto con la realidad, así como a los intereses adquiridos por los hábitos y las obligaciones. Representa la fuerza del interés consciente y deliberadamente desarrollada.

Factor gamma o Súper Yo: hace alusión a un yo debería estar interesado.

Factor delta o Ello inconsciente: incluye las respuestas motivadas de naturaleza fisiológica ante los estímulos relacionados con el interés.

Factor épsilon o Conflicto inconsciente: se refiere a lo reprimido y hecho inconsciente debido al conflicto.

El análisis factorial de segundo orden de estos cinco componentes descubrió que están relacionados, por lo que se podrían reducir a dos componentes, uno integrado o consciente (Yo y Súper Yo) y otro no integrado o inconsciente (Ello, expresiones fisiológicas y complejos reprimidos).

Los ergios hacen referencia a los factores que reflejan impulsos biológicos innatos, mientras que los sentimientos hacen alusión a aquellos que están determinados por el ambiente, adquiridos fundamentalmente a través de la familia y la escuela.

Un ergio es un impulso innato, que se activa por estímulos ambientales y que cesa cuando la meta se logra. Los sentimientos son actitudes complejas que incorporan intereses, opiniones y actitudes menores; son rasgos ambientales.

Este modelo expresa los diferentes elementos que considera importantes para la predicción de la conducta en la ecuación de especificación, que especifica la manera en que rasgos y situaciones se combinan para predecir la conducta. *La respuesta del sujeto en una situación dada, que es lo que queremos predecir, está determinada por la combinación ponderada de:*

Rasgos fuente de la persona.

Estados y roles de la persona.

Los significados culturales y sociales de la situación para la persona.

La combinación ponderada de cualquier otro factor que no se haya especificado”.

(Pico, Iván 2016 s/p).

3.3. Ansiedad

La ansiedad puede estar asociada a la depresión y viceversa, muchas veces conformando un círculo vicioso perverso del que se hace difícil escapar, especialmente para aquellos obesos que indican que “comen por ansiedad”, aspecto que empeora su situación. Por ello la ansiedad es tomada en cuenta como otra variable importante en la presente investigación.

Los sentimientos de ansiedad interfieren con las actividades diarias y estos pueden llegar a durar un largo tiempo, son sensaciones difíciles de controlar y así mismo podemos identificar a la ansiedad como: *“Anticipación de lo peor y es por eso que está dominada por la perplejidad. También la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva (Rojas) Esto quiere decir que se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior que podemos calificar de emoción. Es una respuesta vivencial fisiológica y asertiva caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada”* (Rojas, E. 1994; 78).

La ansiedad se clasifica en dos variables básicas siendo estas la vivencial y la física de conducta cognitiva asertiva, nos lleva a una respuesta vivencial, fisiológica conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta. El aumento o la disminución de la ansiedad tienen mucho que ver con la elaboración individual de la información y elaboración que este sujeto lleva.

La ansiedad se puede experimentar de diferentes maneras, pero las cuatro formas más habituales son: sentimientos, emociones, pasiones y motivaciones.

Demostrando la importancia que tiene la ansiedad en el tratamiento específico de la obesidad, se presenta el siguiente reportaje efectuado a varios médicos especialistas en obesidad que participaron del estudio de trastornos Comórbidos, realizado en España el año 2014, que señalan: *España es el país de Europa con mayor tasa de obesidad, ya que afecta a uno de cada cuatro adultos y a uno de cada tres niños. La obesidad es una enfermedad compleja, habiendo pasado de ser considerada únicamente un problema de peso a tener asociada la existencia de trastornos de la conducta alimentaria y trastornos mentales comórbidos. “Entre un 50 y un 70% de las personas con obesidad pueden presentar algún tipo de trastorno psíquico asociado. Los pacientes obesos tienen una probabilidad más alta de padecer trastornos psíquicos, al igual que los pacientes con enfermedades mentales tienen una probabilidad elevada de padecer obesidad”, asegura el doctor Josep Ramón Domenech, coordinador del VII Congreso Nacional de Ansiedad y trastornos Comórbidos junto al doctor Salvador*

Ros, presidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP) y el doctor Antonio Arumí, secretario de la Asociación.

Según el Dr. Salvador Ros, “más de un 20% de la población mundial sufre ansiedad sin saberlo. En España afecta a más de seis millones de españoles, causa un absentismo laboral de un 10%, un 7% más que la media de los países europeos estimada en un 3%”. “Interfiere en todos los aspectos de la vida de una persona incitándola, en un porcentaje altísimo de los casos, al consumo de drogas, de alcohol, de todo tipo de sustancias adictivas o incluso al suicidio”, asegura este experto. (Domenech, J., 2014, s/p).

Así mismo estudios recientes aseguran que la ansiedad ha sido catalogada como un problema que afecta a las personas que padecen obesidad como a las que no la padecen, siendo así que esta problemática causa sufrimiento a la población sin diferencia de género.

3.3.1 Clasificación de los síntomas:

La ansiedad se clasifica en los siguientes síntomas:

- **Síntomas físicos:** taquicardia, palpitaciones, dilatación pupilar, temblores en mano, boca seca.
- **Síntomas psicológicos:** inseguridad, presentimiento de la nada, estado subjetivo emocional
- **Síntoma de conducta:** Es aquello que se puede observar desde afuera como el comportamiento de alerta, bloqueo afectivo
- **Síntomas asertivos:** significa afirmar o conducir, dificultad para mostrar desacuerdo, no sabe aceptar una broma”. (Rojas, 1994; 78).

3.4. Autoestima

La autoestima como autoconcepto o autovaloración es la forma en la que nos percibimos y el valor que nos damos a nosotros mismos por lo tanto se define como:” *la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto a sí mismo, esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso*”. (Coopersmith, 1967; 2)

Así mismo existen distintos niveles de autoestima por lo cual “*cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente; teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconceptos disímiles. Por lo cual caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima*”. (Coppersmith, 1967: 2)

Así mismo se presentan los componentes de la autoestima que operan de manera interrelacionada, presentando así una influencia mutua, siendo estas las siguientes:

3.4.1. Componente Cognitivo

Indica una idea, es la manera en cómo pensamos “*se refiere a las percepciones, creencias e información que tenemos de nosotros mismos. Algunos de los componentes incluyen: Defectuosa Autoimagen: es la percepción errónea de la imagen de sí mismo que proviene de interpretaciones erróneas de la niñez*”

3.4.2. Componente Emocional

Nos indica la valoración de lo positivo y negativo que hay en nosotros, es decir cómo nos sentimos. “*Sentimiento de lo favorable o desfavorable, que siente la persona de sí misma. Se aprende de los padres, maestros y la sociedad en general. Algunos de los componentes incluyen: La Depresión. En muchísimos casos la depresión es el resultado de una baja autoestima. Esta depresión se manifiesta en diferentes síntomas, trayendo consigo resultados desfavorables para la salud*”

3.4.3 Componente de Comportamiento

Nos indica cómo llevamos nuestro comportamiento de lo coherente y lo consecuente, la decisión de actuar “*El componente conductual se refiere a nuestro comportamiento. Lo que decidimos y hacemos. Algunos de los componentes incluyen: Relaciones Dramáticas. Estas personas de baja autoestima siempre están a la defensiva, se sienten no merecedores de amor y por lo tanto se involucran en relaciones donde el drama siempre está presente*” (Valenci, Carla. 2019 s/p)

3.5 Imagen corporal

La Imagen Corporal es una representación de cómo la persona se ve a sí misma y la manera en que ésta se percibe. “*En el mismo no sólo intervienen elementos perceptivos sino también actitudes, emociones y reacciones de la personalidad de los individuos ante sus cuerpos*” (Cooper. 1987).

Actualmente se ha realizado una amplia investigación sobre la imagen y el valor corporal (estética), por consiguiente, se considera necesario indagar el componente de satisfacción e insatisfacción que tiene la persona acerca de su cuerpo.

“Imagen perceptual: *Es una imagen cognitiva que incluye pensamientos, creencias sobre nuestro cuerpo*

Imagen emocional: *Incluye sentimientos sobre el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias que nos proporcionan nuestros cuerpos.*

La imagen corporal es la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico. Es cómo la persona se ve a sí misma y cómo se percibe cuando se mira al espejo, es decir, cómo la persona cree que es. La imagen corporal también tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo.

¿Cómo es una imagen corporal positiva?

- *La persona tiene una percepción clara y real sobre cómo es su cuerpo.*

- *Es capaz de valorar y apreciar su cuerpo, siendo consciente de que sólo es una parte de su conjunto como persona y que otros aspectos, como la personalidad, tienen un valor más importante a la hora de definir su identidad.*
- *La persona se siente segura y cómoda dentro de su propio cuerpo.*

¿Cómo es una imagen corporal negativa?

- *La persona tiene una percepción distorsionada de su cuerpo, viéndolo diferente de cómo es realmente.*
- *Se siente ansioso/a y avergonzado/a de sí mismo/a y de cómo es su físico.*
- *Se siente incómodo/a y angustiado/a dentro de su propio cuerpo.*

¿Cómo se desarrolla la imagen corporal?

El desarrollo de la imagen corporal depende en gran medida de nosotros mismos, pero inevitablemente se ve influenciada también por las personas de nuestro entorno y por la sociedad en general. A menudo recibimos mensajes, explícitos e implícitos, de familiares y amigos sobre nuestro cuerpo y sobre el valor de la imagen en la actualidad. Los medios de comunicación también nos envían mensajes sobre la importancia de la imagen y el culto al cuerpo, a menudo mensajes con una influencia muy negativa en el desarrollo de nuestra imagen corporal, ya que suelen mostrar como modelos de belleza cuerpos irreales e inalcanzables. Aparte de los diferentes agentes que se ven implicados en el desarrollo de la imagen corporal, existe otro factor que incide en ésta: el proceso natural de crecimiento y envejecimiento de las personas. Etapas vitales como la pubertad o la menopausia pueden alterar la imagen corporal de la persona, ya que cuando nuestro cuerpo cambia experimentamos cambios en nuestras emociones y sentimientos también”. (IMA, 2013.S/P).

Por otra parte, se tiene en cuenta la necesidad de contar con escalas apropiadas que midan aspectos de la imagen corporal, ” el miedo a engordar, el deseo de perder peso y los sentimientos de baja autoestima a causa de la apariencia“(Paramo, García y Arena, 2017:51).

3.6. Estudios sobre las características psicológicas de las personas con obesidad.

Aspectos psicológicos relacionados con la obesidad y el sobrepeso.

La obesidad es un tema de interés mundial, debido a los factores médicos, psicológicos, sociales, laborales y económicos a los que afecta, constituyéndose como base para la realización de diferentes estudios e investigaciones emprendidos desde diferentes áreas científicas, cuyos resultados hacen posible un mejor abordaje a esta temática tan importante para la humanidad.

Aspectos psicológicos relacionados con la obesidad y el sobrepeso

La psicóloga y psicoterapeuta Celia Arroyo, el año 2015 escribió un artículo titulado: Aspectos psicológicos relacionados con la obesidad y el sobrepeso, para el Instituto Palacios en España, en el cual indica que la OMS ha determinado que *“la obesidad se ha duplicado en los últimos treinta años hasta el punto de que en 2014 el 39% de las personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, mientras que el 13% eran obesas. En España se calcula que el 17% de la población padece obesidad; si hablamos de sobrepeso, las cifras aumentan hasta el 40%.*

Estos datos son alarmantes si tenemos en cuenta que no estamos ante un problema estético, sino que la obesidad aumenta el riesgo de padecer diabetes, osteoartritis y enfermedades cardiovasculares.

Las causas de la obesidad parecen ser multifactoriales, influyendo en su desarrollo factores genéticos, metabólicos, ambientales, sociales y psicológico”.

Las personas obesas tienen perfiles de personalidad muy dispares, sin embargo, sí son más propensos a sufrir depresión y ansiedad. Dado el rechazo social al que se enfrentan, es difícil determinar si se trata de la causa o la consecuencia del sobrepeso.” *Sí se han encontrado rasgos de personalidad adictiva en personas que han llegado a la obesidad a través del denominado “trastorno por atracón”, que está considerado un trastorno de salud mental y como tal aparece en el DSMV. Es importante destacar que la*

mayoría de las personas que padecen obesidad no presentan trastorno por atracón y que la obesidad no se considera un trastorno de salud mental.

Sin embargo, sabemos que en algunas personas las causas del sobrepeso pueden estar fuertemente ligadas a cuestiones emocionales.

Hilde Bruch expone en su obra 'Eating disorders' la dificultad que presentan algunas personas obesas para diferenciar sensaciones de hambre y saciedad, así como para identificar sus emociones.

Son personas que comen cuando se "sienten mal" y a menudo no saben determinar si ese "sentirse mal" es tristeza, ansiedad, estrés, ira, culpa, cansancio, etc. Como no se identifica la causa del malestar, es difícil solucionarlo, por lo que cada vez se come más y más. A su vez, el estigma asociado a la obesidad produce un nuevo malestar que de nuevo se combate comiendo. (Arroyo, 2015, s/p)

Rasgos de personalidad

En otra investigación realizada en Sevilla-España, por un equipo multidisciplinario conformado por: Ruíz Prieto, Fernández, Bolaños y Jáuregui, denominada "Obesidad y rasgos de personalidad", llegan a las siguientes conclusiones:

"Se encuentran con gran frecuencia síntomas relacionados con trastornos afectivos (depresión o ansiedad). Se observa una disminución en las capacidades de concentración y cognición, además de estar muy vinculado el exceso de peso con un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Se reconocen rasgos de personalidad narcisista en personas con obesidad, tras haberse sometido a tratamiento quirúrgico. Se observa alexitimia con otros aspectos relacionados como anhedonia, impulsividad y dependencia interpersonal. Por otro lado, se aprecia carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. Se contempla como poco usual el abuso de alcohol o sustancias, psicosis o promiscuidad sexual. En cambio, existe relación entre obesidad y exageración del dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento (este último en personas con obesidad de entre 10-12 años de edad), y aparece con bastante asiduidad historia de abuso físico, sexual y/o emocional. En cuanto a trastornos del

comportamiento alimentario se aprecia de forma repetida trastorno por atracón o sobre ingesta, sobre todo síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional y picoteo. También aparece con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. Es muy común la conducta de restricción alimentaria en personas obesas. Otros rasgos observados en personas con obesidad son la expectativa exagerada e irreal en cuanto a pérdida de peso, una menor motivación dietética en el sexo masculino y sedentarismo.

Llegando a la siguiente conclusión: existe relación entre obesidad y determinados rasgos de personalidad, lo que debe ser considerado en la base de su tratamiento, pero dado que la mayoría de estudios han sido realizados en personas que esperan para recibir tratamiento quirúrgico, es necesaria la realización de un mayor número de estudios.” (Prieto I, Fernández MJ, Ríos P, Lobera I, 2010, p. 3)

Así también indican que las personas con obesidad, presentan una personalidad: “narcisista, es decir, interés patológico por uno mismo, especialmente por sus características corporales y sexuales, cuyos rasgos aumentan con la disminución de peso. En este sentido, cuando las personas con obesidad disminuyen de peso comienzan a estar descontentos con distintas zonas de su cuerpo (generalmente cintura/abdomen, trasero/nalgas, brazo superior, pecho), por lo que se encuentra una relación lineal entre el aumento de personas con obesidad que se han sometido a cirugía bariátrica y aquellas que se someten a operaciones de carácter estético.

Aspectos psicopatológicos.

Signos y síntomas

Debido a esta problemática que padecen las personas con obesidad, presentan síntomas: “depresivos, de ansiedad o algún trastorno relacionado en un 50%. Padecen más síntomas depresivos las personas con obesidad que viven solas en relación a aquellas que viven con sus parejas, aquellas que presentan un nivel educativo más bajo o personas con obesidad extrema que, además, padecen síndrome del comedor nocturno o trastornos del comportamiento alimentario (especialmente trastorno por

atracción). En muchos casos, los síntomas depresivos están motivados principalmente por la insatisfacción corporal existente, especialmente en el sexo femenino, contemplándose una mejora de la depresión al disminuir el peso. Por otro lado, cuanto mayor sea el estado depresivo de la persona con obesidad, mayor es su ingesta y presenta una mayor susceptibilidad de padecer trastorno por atracón, picoteo o síndrome del comedor matinal. De esta forma, se crea un círculo vicioso: a mayor estado depresivo mayor ingesta que hace aumentar el peso y mantiene o, incluso aumenta, el estado depresivo de la persona por un aumento de la insatisfacción personal. La mayoría de las personas con obesidad niegan los síntomas depresivos y atribuyen ese malestar emocional al exceso de peso en sí mismo. Existen varios estudios que relacionan obesidad extrema con abuso físico, sexual (19%) y/o emocional (43%) en el pasado, existiendo relación entre esta circunstancia y la presencia de sintomatología depresiva (estrés postraumático).

Sin embargo, no parece haber una determinación por mantener el exceso de peso como defensa ante otro posible abuso de este tipo, como se había pensado.

El 71,5% de personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad, sintomatología causada por el sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial, provocado por la discriminación social. Por otro lado, los sentimientos de inseguridad e inferioridad de estas personas dan lugar a una menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas, provocándoles un mayor estrés en cuanto a asuntos legales o fiscales” (Ruíz P, 2017,s/p.)

Estudios realizados en Bolivia

En Bolivia también se realizaron varios estudios sobre el tema como el que se encuentra divulgado por el periódico La Razón, en fecha 18 de septiembre de 2017, bajo el título: “Cuatro de cada 10 bolivianos tienen sobrepeso u obesidad”, el mismo que presentamos a continuación: “El consumo excesivo de comida chatarra y el sedentarismo aumentan los casos de sobrepeso y obesidad en Bolivia, pues actualmente cuatro de cada 10 personas presentan una de las dos condiciones, que pueden desencadenar otras 20 enfermedades.

“Las tasas se incrementaron de forma sostenida en los últimos 20 años, vale decir que en 1997 las personas con sobrepeso u obesidad conformaban el 21,1% de la población, pero ahora son el 42,7%. Eso nos muestra que hemos duplicado los casos y el problema en el país”, informó Adolfo Zárate, responsable nacional de la Unidad de Epidemiología.

Los datos del Ministerio de Salud dan cuenta de que en promedio se reportan 65.000 casos de obesidad o sobrepeso por año. En 2013 se llegó a 72.966 casos, en 2014 la cifra bajó a 60.658, pero en 2015 aumentó a 71.541, y en 2016 el reporte fue de 75.290 personas.

Zárate especificó que son casos nuevos los que se registran cada año, por lo tanto el acumulado es mucho más. “Santa Cruz es el que concentra el mayor número de personas obesas y con sobrepeso, le sigue Cochabamba y luego La Paz. Llama la atención que Beni esté en cuarto puesto”.

Un informe presentado en enero de este año por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) reveló que el 58% de la población de América Latina tiene sobrepeso u obesidad. Estas condiciones afectan más a mujeres y niños. (Pérez, 2017 s/p)

Los efectos a corto, mediano y largo plazo por efecto del consumo de comida denominada chatarra provocan, además del aumento de peso en las personas, enfermedades, desde cardiovasculares hasta diferentes tipos de cáncer.

Sobrepeso y obesidad en la ciudad de El Alto

La dependencia de alimentos abundantes en grasa y azúcar, generan problemas de salud en general y esto trae consigo diversos problemas que afectan tanto a la salud física como psicológica, según las investigaciones de: *La Fundación Tierra, encargaron a Gonzalo Colque y Martha Irene Mamani, un trabajo de investigación denominado: “Sobrepeso y obesidad en la ciudad de El Alto ¿Qué hacer desde la agricultura*

familiar?” en el que indican que: “Según la OMS (2017), existen dos causas principales para el sobrepeso y la obesidad. 1. Mala alimentación. El consumo excesivo de alimentos de alto contenido calórico y de baja calidad nutricional, provocando la saturación de grasas en el cuerpo. 2. Sedentarismo. La falta de actividad física para el desgaste de las calorías acumuladas por la ingesta de alimentos. Estas dos causas se presentan en la ciudad de El Alto con ciertas particularidades. La mala alimentación alteña proviene de la proliferación de comida “chatarra” o “basura” en las calles de esa urbe e incluso en los hogares. Es común el consumo de pollos broster y spiedo, acompañados de bebidas azucaradas. Los alimentos ultraprocesados, altos en grasas y azúcar, se generalizan debido a que la producción industrial abarata los precios, la publicidad atrae más consumidores sin brindar información sobre los componentes y raciones de los productos, obligando a muchas familias a abandonar la alimentación saludable. Si bien los precios bajos facilitan el acceso a la comida a las familias pobres, su consumo no está exento de consecuencias, especialmente para las personas con sobrepeso que pertenecen a familias de bajos recursos económicos.” En dicho estudio ofrecen como alternativa volver a una nutrición más saludable a través de la agricultura familiar. (Colque M, Mamani, 2018, p. 11)

CAPÍTULO
IV
DISEÑO
METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipificación de la investigación

La presente investigación, acerca de las características psicológicas de las personas que padecen obesidad, corresponde al Área de la Psicología Clínica, ya que estudia los factores psicológicos y relacionales que afectan tanto positiva como negativamente la salud mental del individuo; por lo tanto, se realizará un diagnóstico tomando en cuenta las variables de: los rasgos de personalidad, ansiedad, depresión, autoestima e imagen corporal.

“La psicología Clínica y de la Salud es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y la enfermedad en los distintos y variados contextos en que estos pueden tener lugar” Definición dada por el COP “Perfiles profesionales del Psicólogo” (Ruiz, 2012; 34)

La presente investigación es de tipo **descriptivo**, ya que a través de las cuales se va describir y evaluar ciertas características del fenómeno de estudio, sin entrar a consideraciones causales. Los métodos descriptivos *“simplemente proporcionan información sobre opiniones, hechos, fenómenos, actitudes, etc. Su finalidad es describir la situación prevaleciente de un fenómeno en el momento de realizarse el estudio. Utilizan básicamente la estadística descriptiva para el análisis de los datos. Los diseños mediante encuestas son un claro ejemplo de una investigación descriptiva”* (Chiner,p.10).

Así mismo se analizarán los datos reunidos para descubrir las variables; de personalidad, depresión, ansiedad, autoestima e imagen corporal, y de esa forma al tenerlas relacionadas entre sí se le pueda dar una interpretación para saber qué significan estas relaciones. Por otra parte, el análisis de datos será valorado como cuantitativo y posteriormente cualitativo, para lograr una interpretación teórica de los resultados.

El diseño de investigación que se utilizará, corresponde al estudio **exploratorio**, ya que en la ciudad de Tarija existe poca investigación sobre las características psicológicas de las personas con obesidad.

Esta investigación es de tipo exploratorio ya que *“La investigación exploratoria es un tipo de investigación utilizada para estudiar un problema que no está claramente definido, por lo que se lleva a cabo para comprenderlo mejor, pero sin proporcionar resultados concluyentes. Aunque la investigación exploratoria es una técnica muy flexible, comparada con otros tipos de estudio, implica que el investigador esté dispuesto a correr riesgos, ser paciente y receptivo. Suele llevarse a cabo cuando el problema se encuentra en una fase preliminar. A menudo, se le llama enfoque de teoría fundamentada o investigación interpretativa, ya que se utiliza para responder las preguntas qué, por qué y cómo. Es importante mencionar que la investigación exploratoria se encarga de generar hipótesis que impulsen el desarrollo de un estudio más profundo del cual se extraigan resultados y una conclusión.”* (questionpro,2019: s/p).

Por otra parte, el estudio exploratorio no se basa en criterios estadísticos rigurosos, por lo tanto, no se tomará el 10% de la población a estudiar.

La investigación a realizar será de tipo **teórico** ya que aporta información acerca de la problemática a estudiar, y también está basada en recopilación teórica bibliográfica, para que de esta manera se llegue a conocer el tipo de personalidad predominante en las personas que padecen obesidad, específicamente su nivel de ansiedad, depresión, autoestima, imagen corporal, rasgos de personalidad ya que estos resultados que van a aportar a esta problemática serán de gran utilidad para algunas instituciones, vinculadas al tema.

El tratamiento de los datos obtenidos mediante los instrumentos aplicados a la población de estudio se realizó de manera **cuantitativa**, ya que toda la información obtenida de la muestra que padece obesidad, para el análisis fue procesada

estadísticamente a través de frecuencias y porcentajes, presentada en cuadros y gráficos que ilustran los resultados más sobresalientes de la investigación. *“Los estudios cuantitativos se basan en el diseño de una investigación, la recogida y el análisis de información cuantitativa (numérica) mediante encuestas. A partir de esta recogida y análisis de la información se puede desarrollar inferencia estadística, que se basa en obtener información cuantitativa que sea representativa”* (Coto, 2019 s/p).

Por otra parte, se realizará un estudio **transversal**, puesto que el estudio se va a realizar a un grupo de personas que padecen obesidad en un periodo de tiempo corto por lo que no se hará un seguimiento exhaustivo de una o pocas unidades de estudio. *“El estudio transversal se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido”*. (QuestionPro, 2019: s/p)

4.2 Población y Muestra

4.2.1 Población

Se establece como población o universo de estudio a las mujeres que padecen obesidad de la ciudad de Tarija, es así que recabando datos estadísticos encontramos que según el INE *“ el 27,4% de las mujeres padecen obesidad, datos proporcionados por el instituto Nacional de Estadística”*. Publicado en EL País, Nov 08, 2017. (El país, 2017: s/p). Haciendo un número estimado de población compuesta por 74.170 personas que padecen obesidad en el departamento de Tarija.

Para fines de la presente investigación se tomará en cuenta las variables de selección que permitirá delimitar la población con mayor precisión, siendo estas las siguientes:

1. sexo

a) Femenino

2. Grado de obesidad

a) Obesidad 1

- b) Obesidad 2
- c) Obesidad 3 (mórbida)

3. Edad

- a) 23 a 25
- b) 26 a 35
- c) 36 a 45

4. Nivel educativo

- a) Bachilleres
- b) Universitarios (o estudio a nivel técnico)
- c) Profesionales

5. Estado civil

- a) soltero
- b) casado
- c) divorciado

6. Residencia

- a) Tarija ciudad Capital

4.2.2. Muestra

El tipo de muestra que se utilizó para esta investigación **corresponde a las muestras no probabilísticas**, ya que se tomó en cuenta a las mujeres que presentan características de obesidad tipo 1, 2 o 3, que tengan entre 23 a 45 años de edad, nivel educativo: bachilleres, universitarias y/o profesionales, estado civil: casadas, divorciadas, solteras y cuya residencia sea la ciudad de Tarija Capital.

“Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización. Se utilizan en diversas investigaciones cuantitativas y cualitativas. Se seleccionan individuos o casos “típicos” sin intentar que sean estadísticamente representativos de una población

determinada. La ventaja de una muestra no probabilística —desde la visión cuantitativa— es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.” (Hernández Sampieri, 2014, p. 109).

De lo antedicho se desprende que para determinar el tamaño de la muestra y su conformación no se requiere del empleo de una fórmula de muestreo. De tal manera que para tener una muestra representativa y conscientes de la dificultad para encontrar sujetos que quieran someterse al estudio, es que se ha dispuesto elegir 100 personas elegidas intencionalmente, que cumplan con las características previamente establecidas.

4.3. Métodos, técnicas e instrumentos

En el trabajo de investigación se utilizarán los siguientes métodos, técnicas e instrumentos:

4.3.1. Métodos

En esta investigación los métodos que se emplearon se los describe en dos categorías: en primer lugar, los métodos en base a los cuales se estructura el proyecto total y en segundo lugar, los métodos referidos a la recolección de datos.

Método de la estructura lógica del proyecto:

Método teórico

Este método permite descubrir la interpretación conceptual de los datos obtenidos como también se apoya en los procesos de abstracción mediante el análisis, síntesis, inducción y deducción, que se apoya en la construcción de teorías científicas.

Permite sistematizar, analizar, explicar el proceso de investigación, principalmente en la elaboración del marco teórico, la interpretación de los datos, el desarrollo de diferentes variables y el análisis y síntesis.

Método empírico.

Este método permite la recogida de datos, la intervención, registro, medición, análisis interpretación y la transformación de la realidad en el proceso de investigación; asimismo revela las relaciones esenciales y las características fundamentales del objeto de estudio. También el método empírico permite la recolección de datos describiendo el objeto de investigación a través de las distintas técnicas e instrumentos lo que nos permite hacer un análisis y una interpretación; también permite revelar las características fundamentales de la presente investigación, analizando e interpretando la problemática a través de la experiencia del proyecto.

Método analítico

El proyecto planteado es de naturaleza analítica, ya que pretende identificar las principales características de la psicología de las personas que padecen obesidad; por otra parte, se tiene como meta, establecer los rasgos de personalidad, la depresión, ansiedad, autoestima y la imagen corporal de las personas con obesidad.

Dichos objetivos se abocan a identificar los elementos de un todo, con el fin de comprender su índole y de esta manera ofrecer una adecuada investigación, a futuros estudios del tema. *“El método analítico es el análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías”.* (Arenas, 2013; s/p)

Método deductivo

Se empleará la lógica deductiva porque a través de la aplicación de instrumentos planteados en el proyecto se van a extraer conclusiones lógicas y válidas a partir de un conjunto de datos obtenidos, pues dichos resultados cobrarán sentido al compararlos con los parámetros establecidos en un baremo lo cual nos dará una interpretación respectiva de acuerdo al resultado.

Así mismo mediante un proceso del modelo hipotético deductivo se fueron formulando la hipótesis, cuya naturaleza se basa en una deducción de una teoría psicológica, por ejemplo, se basa en que las personas que padecen obesidad poseen un alto nivel de ansiedad.

Según este modo de pensamiento, sólo se requiere de un análisis de éstas para conocer el resultado. Para poder hacerlo, las premisas deben darse por verdaderas, ya que de su validez dependerá que las conclusiones sean o no verdaderas también. *“El método deductivo es una forma jerárquica de razonamiento, ya que se parte de generalizaciones, que poco a poco se aplican a casos particulares. Esto hace al método deductivo muy útil para producir conocimiento de conocimientos anteriores. También es práctico cuando es imposible o muy difícil observar las causas de un fenómeno, pero sí aquellas consecuencias que produce”.* (Bernal T, 2006:/s/P)

Método estadístico.

Consiste en una serie de procedimientos en la que se emplea la fase de procesamiento de los datos puesto que toda la información recabada mediante los instrumentos es manipulada numéricamente.

La información recogida será procesada y tabulada en las escalas numéricas, en la que se calcularán los datos, frecuencias absolutas y relativas de las variables, estableciéndose cuadros en base a escalas nominales de frecuencia como también la representación gráfica porcentual de los mismos.

Métodos referidos al procedimiento de recolección de datos:

Los métodos que se emplearán para recoger los datos, que permitirán cumplir con los objetivos, son los siguientes:

Test psicológicos estandarizados:

De los cuatro objetivos planteados se utilizarán test en dos de ellos, que cumplen con la confiabilidad y validez dentro del contexto científico, siendo estos los siguientes: test 16pf de Cattell, test de Ansiedad de Rojas.

Un test estandarizado” es una prueba que ha sido normalizada; es decir que ésta ha sido probada en una población con distribución normal para la característica a estudiar, puesto que un test estandarizado es una herramienta empleada por diversas áreas de estudio. En el proceso de estandarización se determinan las normas para su aplicación e interpretación de resultados, es así que para la aplicación de una prueba debe hacerse bajo ciertas condiciones, las cuales deben cumplir, tanto quienes la aplican, como a quienes se lo aplica.

Para que una prueba sea aplicable a nivel poblacional debe cumplir ciertos requisitos:

Validez: Una prueba es válida cuando mide lo que se quiere medir, una prueba de conocimientos.

Fiabilidad: Al aplicarse varias veces, la prueba reproduce resultados similares. Interviene en ésta, el instrumento aplicado.

Exactitud: El resultado es el más cercano al valor real”. (Esacademic, 2010: s/p)

4.3.2 Técnicas

- **Inventario:** Es un instrumento que tiene como propósito medir las variables psicológicas, como la inteligencia, la personalidad en general, mediante preguntas que no son ni correctas ni incorrectas, lo único que demuestran es la conformidad o no de los sujetos.

- **Cuestionario:** Técnica de recolección de datos, formada por un conjunto de preguntas de tipo descriptivo, cuyas respuestas se obtienen de forma escrita u oral. Este conjunto de preguntas es elaborado de forma coherente y organizada, con el fin de ofrecer información precisa.

- **Factorial:** Es una técnica estadística de reducción de datos usada para explicar las correlaciones entre las variables observadas en término de un número menor de variables no observadas llamadas factores. El análisis factorial se originó en psicometría, y se usa en las ciencias del comportamiento tales como ciencias sociales, investigación operativa, y otras ciencias aplicadas que tratan con grandes cantidades de datos.

4.3.3 Instrumentos

En el siguiente cuadro se detallan los diferentes instrumentos que serán utilizados en la investigación, en función a los métodos y técnicas:

OBJETIVOS	MÉTODOS	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Personalidad	Test psicológicos	Inventario	16 P.F de Raymond Cattell, 1993
Ansiedad	Test psicológicos	Inventario	<i>Ansiedad de Rojas, 1994; 78</i>
Autoestima	Test psicológicos	Cuestionario	Autoestima Coopersmith 1967
Body shape questionnaire BSQ Imagen corporal	Test psicológicos	Cuestionario	Cooper. 1987:1.

A continuación, se describirá la ficha técnica de cada uno de los instrumentos que se emplearán en la presente investigación:

INSTRUMENTOS / FASE INTRODUCTORA

➤ INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA ADULTOS 16 P.F

Nombre del test: Inventario de personalidad para adultos 16 P.F

Nombre: Raymond Cattell

Objetivo: Mide la personalidad del sujeto.

Técnicas: Administración: Individual y Colectivo.

Aplicación: Adolescentes (16 años en adelante) y adultos.

Historia de creación: El resultado de más de cuarenta años de Investigación empírica por el psicólogo Raymond B. Cattell, quien estableció 16 Rasgos Básicos de la personalidad, mediante análisis factorial. La prueba ha sido validada y revisada, y actualmente existen varias formas (A, B, C, D y E), que facilitan la aplicabilidad de la prueba a los diferentes intereses específicos de quien la utiliza.

Procedimiento de aplicación: Duración: de 45 a 60 minutos

Descripción de los materiales: Cuadernillo. La Forma A compuesta por 187 reactivos. Cada reactivo tiene 3 opciones de respuesta. Hoja de respuestas, Hoja de Perfil y Dimensiones globales y lápiz

Escala de los resultados: De este test son las siguientes:

De 1, 2, 3 = Nivel Bajo; 4, 5, 6 = Nivel Medio; 7, 8, 9 = Nivel Alto.

Los 16 factores de la personalidad son:

FACTORES 16 PF

NIVELES BAJOS 1, 2, 3 NIVELES ALTOS 7, 8, 9

A. SIZOTIMIA	A. AFECTOMÍA
B. INTELIGENCIA BAJA	B. INTELIGENCIA ALTA
C. POCA FUERZA DEL YO	C. MUCHA FUERZA DEL YO
E. SUMISIÓN	E. DOMINANCIA
F. DESURGENCIA	F SURGENCIA
G. POCA FUERZA SÚPER YO	G. MUCHA FUERZA SÚPER YO
H. TIMIDEZ	H. AUDACIA
I.DUREZA	I. TERNURA
L.CONFIABLE	L. SUSPICAZ
M.PRACTICIDAD	M. IMAGINATIVIDAD
N. SENCILLEZ	N. ASTUCIA
O. SEGURIDAD	O. INSEGURIDAD
Q1. CONSERVADURISMO	Q1. RADICALISMO
Q2. ADHESIÓN AL GRUPO	Q2. AUTOSUFICIENCIA
Q3. BAJA INTEGRACIÓN	Q3. MUCHO CONTROL
Q4. POCA TENSIÓN	Q4. MUCHA TENSIÓN

➤ **CUESTIONARIO PARA VALORAR LA ANSIEDAD DE ENRIQUE ROJAS.**

Nombre del test: Cuestionario para valorar la ansiedad, (de Enrique Rojas).

Autor: Enrique Rojas.

Objetivo: Mide la ansiedad

Cuestionario valorativo que mide la intensidad de la ansiedad en sujetos sometidos a la prueba, el mismo está organizado en una estructura pentadimensional donde se evalúan los componentes cognitivo, conductual, emocional, asertivo, y físico; síntomas característicos de la ansiedad.

Historia de creación: Todos los pioneros de las principales escuelas de pensamiento en la psicología han ofrecido conceptualizaciones sobre la ansiedad. Pero la definición de ansiedad en línea con la presente investigación considera la de Rojas, quien indica que: “La ansiedad *consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva, caracterizada por un estado de alerta de activación generalizada*”. Por tanto, lo primero que destaca es la característica de ser una señal de peligro difusa que el individuo percibe como una *amenaza* para su integridad, (Rojas E., 2003).

Procedimiento de aplicación: entre los 18 y 65 años de edad

Escala de los resultados El cuestionario de ansiedad corresponde a cinco rangos de cada uno con sus niveles que corresponden de 0-20 banda normal; 20-30 ansiedad ligera; 30-40 ansiedad moderada; 40-50 ansiedad grave; más de 50 ansiedad muy grave.

Leve 1 Moderada 2 Intensa 3 Muy intensa 4

➤ ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSIÓN ADULTOS

Nombre del test: Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) versión Adultos.

Autor: Stanley Coopersmith.

Objetivo: Medir las actitudes valorativas hacia el sí mismo, en las áreas: Personal, Familiar y Social de la experiencia de un sujeto.

Técnicas de administración: Individual y colectiva.

Duración: Aproximadamente 15 minutos.

Niveles de aplicación: De 16 años de edad en adelante.

Descripción del instrumento: El inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, toma como referencia los primeros 25 ítems del primer inventario de niños. Está compuesto por 25 ítems, en los que no se encuentran incluidos ítems correspondientes a la escala de mentiras.

La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso.

Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total así como puntajes separados en tres áreas:

- **Sí mismo general:** El cual refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características físicas y psicológicas.
- **Social:** Se encuentra construido por ítems que refieren las actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos, así como sus referentes

a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación a su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

- familiar: expone ítems en los que se hace referencia a las actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

El sujeto debe responder de acuerdo a la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de verdadero (tal como a mí) o falso (no como a mí).

categorías: los intervalos para cada categoría de autoestima son:

De 0 a 24 nivel de autoestima bajo

25 a 49 nivel de autoestima medio bajo

50 a 74 nivel de autoestima medio alto

75 a 100 nivel de autoestima alto.

El puntaje total de autoestima resulta de la suma de los totales de las sub-escalas multiplicadas por 4 (cuatro).

La calificación es un procedimiento directo. Los puntajes se obtienen haciendo uso de la **clave** de respuestas. Siendo al final el puntaje máximo 100.

Clave de respuesta:

Ítems verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 y 20. (Valen un punto, si el sujeto los eligió como **verdaderos**).

ítems falsos: 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25. (Valen un punto, si el sujeto los eligió como **falsos**).

Sub escalas:

i. si mismo general: (13 ítems) 1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25.

ii. social: (6 ítems) 2,5,8,14,17,21.

iii. familiar: (6 ítems) 6,9,11,16,20,22

Validez y confiabilidad del instrumento

Respecto a la validez y confiabilidad de la prueba, el autor, Coopersmith, lo reportó en 1967, a través del test-retest en el que se obtuvo un puntaje de 0.88.

Historia de creación

Coopersmith comienza en 1959 un estudio sobre la autoestima, con investigaciones clínicas y experimentales, a partir de los pedidos realizados por los padres y profesores de niños en edad escolar, para analizar las dificultades en el aprendizaje y el desinterés hacia las actividades académicas.

Coopersmith (1967) refiere que: "por autoestima, entendemos la evaluación que efectúa y mantiene comúnmente el individuo en referencia a sí mismo: expresa una actitud de aprobación y desaprobación e indica la medida en que el individuo se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor. En síntesis, la autoestima es un juicio de la persona sobre el merecimiento que se expresa en la actitud que mantiene ésta hacia sí misma. Es una experiencia subjetiva que el individuo trasmite a otros mediante informes verbales o mediante la conducta abierta". (Citado por mruk, 1998: 26).

➤ TEST DE IMAGEN CORPORAL (BODY SHAPE QUESTIONNAIRE BSQ)

Nombre: Cooper 1983, adaptado por Rainch y colaboradores (1996).

El cuestionario de imagen corporal BSQ consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso; fue elaborado por Cooper y otros en 1987. Está adaptado a la población española por Rainch y colaboradores en 1996 y sirve para discriminar entre, personas sin problema, personas preocupadas por su imagen corporal y personas con trastornos alimentarios.

Primer síntoma

Alteraciones de proporciones elusivas en la imagen y concepto corporal. La persona se siente desproporcionadamente gorda y piensa que todos lo advierten y fijan su mirada en ella.

Segundo síntoma.

Alteraciones en la exactitud de la percepción de los estímulos que surgen del cuerpo. La persona considera que debido al sobrepeso, su cuerpo no reacciona como los demás, y evita actividades relacionadas con el rendimiento físico.

Tercer síntoma

Sentimiento paralizante de ineficiencia. La persona se inhibe considerándose menos que las demás o inútil en ciertas actividades.

El examen permite evaluar la:

- Insatisfacción corporal
- Miedo a engordar
- Baja autoestima por la apariencia
- Deseo de perder peso

Concepto de imagen corporal

Es complejo ya que en el intervienen no solo elementos perceptivos sino:

- Actitudes
- Emociones
- Reacciones de la personalidad de los individuos ante los cuerpos

Escala de respuestas. El BSQ se mide en un formato Likert, cuyo valor numérico es el siguiente:

- NUNCA 1 PUNTO
- RARAMENTE 2 PUNTOS
- ALGUNA VEZ 3 PUNTOS
- A MENUDO 4 PUNTOS
- MUY A MENUDO 5 PUNTOS

- SIEMPRE 6 PUNTOS

Body Shape Questionnaire (BQS)

Corrección:

La valoración numérica asignada por el evaluado a cada ítem se suma de manera directa. El rango de puntuación de la prueba es entre 34 y 204 puntos. El test no cuenta con un baremo y los puntajes tienen un valor absoluto. La suma total de los puntajes parciales se lo ubica en la presente escala interpretativa:

Escala interpretativa

- a) Menor a 81, no preocupación. Despreocupación de la imagen corporal. Ausencia de conciencia de sobrepeso o cualquier deformación de la imagen corporal.
- b) 81 a 110, leve preocupación. Incomodidad esporádica por la imagen corporal o el sobrepeso.
- c) 111 a 140, moderada preocupación. Las ideas de un cuerpo desproporcionado y con sobrepeso perturban con frecuencia las principales actividades vitales.
- d) Mayor a 140, preocupación extrema. Desadaptación en las principales actividades vitales producto de ideas negativas relativas a la imagen corporal y el sobrepeso.

La herramienta tiene como ventaja que es de bajo costo, fácil de aplicar, y nos arroja mucha información dentro de la consulta externa y auxilia en la determinación del régimen de alimentación. (Cooper,1987).

4.4. Procedimiento

A continuación, se detallan las siete etapas que se desarrollaron en la presente investigación:

✓ Revisión Bibliográfica y contacto con las personas vinculadas al estudio.

Esta fase de investigación corresponde a la revisión del material bibliográfico, realizándose la búsqueda y obtención de la información necesaria, en libros, revistas de psicología y páginas web en relación a los conceptos requeridos para la construcción

del marco teórico y la comprensión de la investigación, que otorgan la base para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos, y estará presente en las conclusiones a las que llegue la presente investigación.

Por lo tanto, para poder llevar a cabo el trabajo de investigación se seleccionó personas de manera intencional, que cumplan con los criterios de selección, posteriormente se trabajó de forma individual. Así mismo se estableció contacto con las personas en distintos lugares, como ser en las universidades, centros de salud, en el club y en las calles, por redes sociales, con el fin de poder elaborar satisfactoriamente la investigación.

✓ **Prueba Piloto.**

Se realizó la aplicación de los instrumentos a una muestra reducida y asimismo se comprobó que los test y cuestionarios seleccionados respondían a los objetivos planteados. Para lograr los datos necesarios se aplicó dichos instrumentos a una pequeña muestra, conformada por 3 mujeres de la ciudad de Tarija y asimismo lograr los datos necesarios que den respuesta a la investigación.

✓ **Selección de instrumentos.**

En esta fase, se seleccionaron los instrumentos adecuados para el recojo de datos, siendo éstos: el test de personalidad, ansiedad, autoestima y el cuestionario de imagen corporal, los cuales fueron aplicados de forma individual a las mujeres que padecen obesidad.

✓ **Selección de la muestra**

Se realizó la selección de la muestra, a cada una de las unidades de estudio, conformado por 100 mujeres que padecen obesidad, las cuales fueron seleccionadas en esta investigación mediante un proceso intencional, según el grado de predisposición de cada persona.

Debido a la pandemia que se suscitó, la selección de la muestra se hizo de manera indirecta, y directa, respetando el protocolo de seguridad, evitando así el contacto directo con las mujeres seleccionadas, por lo que se usó distintos medios de

comunicación para localizar a las mujeres que formaban parte de la muestra; entre ellos se usó el Facebook, whatsapp, instagram y llamadas telefónicas, también se optó por buscar muestras en los barrios cercanos, manteniendo el distanciamiento correspondiente y se les pidió sus datos personales y sus números correspondientes.

✓ **Recojo de información.**

En esta etapa se hizo la administración de los cuatro instrumentos a cada una de las personas con esta problemática de la obesidad. Debido a la gran cantidad de personas, se inició la búsqueda, en los lugares donde más frecuentan, como ser los club de Herbalife, los gimnasios, los clubes de DXN, pero debido a la pandemia del covid, la recolección de toda la información necesaria fue de manera digital usando la aplicación de drive, siendo estos transformados en encuestas digitales, asimismo se pidió los datos necesarios, como su número de teléfono y la dirección de su correo electrónico y de esa forma se procedió a la aplicación de los instrumentos.

✓ **Procesamiento de datos.**

Una vez obtenidos los resultados mediante la aplicación de drive, se procedió a la sistematización de la información a través de la tabulación de datos, debido a que todos los instrumentos son de naturaleza cuantitativa, se usó el programa estadístico SPSS, para que posteriormente estos datos sean representados en cuadros y gráficas estadísticas.

✓ **Redacción del informe final.**

Una vez terminada la interpretación de los resultados se expondrá los datos obtenidos de manera cuantitativa para luego proceder a la interpretación de datos y asimismo se redactará el informe final, elaborando las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO
V
ANÁLISIS E
INTERPRETACIÓN
DE LOS
RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se muestra toda la información recogida a través del proceso de aplicación de los diferentes instrumentos. Al tratarse de una investigación cuantitativa, la información será expuesta a través de cuadros numéricos, empleando diferentes recursos estadísticos, como ser: frecuencias, porcentajes, medias aritméticas y cruzados de variables. Los datos se los presenta, analiza e interpreta siguiendo el orden de los objetivos específicos.

5.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA

A continuación se presentan las características generales de la muestra, las mismas que tienen como meta identificar los principales rasgos sociodemográficos de las personas participantes en el estudio, y también como variables para el cruzado con las diferentes dimensiones psicológicas planteadas en los objetivos específicos.

CUADRO N° 1
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR LA EDAD

	Frecuencia	Porcentaje
20 a 25	40	40,0
26 a 35	38	38,0
36 a 45	22	22,0
Total	100	100,0

CUADRO N° 2
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE OBESIDAD

	Frecuencia	Porcentaje
Grado 1	62	62,0
Grado 2	27	27,0
Grado 3	11	11,0
Total	100	100,0

CUADRO N° 3
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA POR EL ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	58	58,0
Casada	39	39,0
Divorciada	3	3,0
Total	100	100,0

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

5.1 OBJETIVO ESPECÍFICO 1. ANALIZAR LOS RASGOS DE PERSONALIDAD DE LAS MUJERES CON OBESIDAD DE LA CIUDAD DE TARIJA.

Para el cumplimiento del objetivo específico número uno se empleó el inventario de personalidad de 16 P.F de Cattell.

CUADRO N° 4
PERFIL DE PERSONALIDAD DE TODAS LAS MUJERES DE LA
MUESTRA

Factor	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
A. Sizotimia - Afectomia	15	15,0	44	44,0	41	41,0	100	100%
B. Inteligencia Baja - Inteligencia Alta	39	39,0	46	46,0	15	15,0	100	100%
C. Poca Fuerza Del Yo- Mucha Fuerza Del Yo	6	6,0	26	26,0	68	68,0	100	100%
E. Sumisión - Dominancia	25	25,0	52	52,0	23	23,0	100	100%
F. Desurgencia - Surgencia	7	7,0	45	45,0	48	48,0	100	100%
G. Poca Fuerza Del Súper Yo- Mucha Fuerza Del Súper Yo	56	56,0	31	31,0	13	13,0	100	100%
H. Timidez - Audacia	38	38,0	49	49,0	13	13,0	100	100%
I. - Ternura	14	14,0	37	37,0	49	49,0	100	100%
L. Confiable- Suspica	10	10,0	61	61,0	29	29,0	100	100%
M. Practicidad - Imaginativita	6	6,0	58	58,0	36	36,0	100	100%
N. Sencillez - Astucia	13	13,0	38	38,0	49	49,0	100	100%
O. Seguridad - Inseguridad	5	5,0	32	32,0	63	63,0	100	100%
Q1. Conservadurismo - Radicalismo	39	39,0	51	51,0	10	10,0	100	100%
Q2. Adhesión Al Grupo - Autosuficiencia	87	87,0	11	11,0	2	2,0	100	100%
Q3. Baja Integración - Mucho Control	68	68,0	31	31,0	1	1,0	100	100%
Q4. Poca Tensión - Mucha Tensión	12	12,0	28	28,0	60	60,0	100	100%

A continuación se hace un análisis e interpretación de los puntajes más altos y más bajos que presentaron las mujeres de la muestra en lo referente a su personalidad.

Puntajes bajos

Q2. Adhesión al grupo (87%). Las mujeres con obesidad que puntúan alto en la polaridad referida a adhesión al grupo se caracterizan por una elevada presencia de la tendencia integradora, elevada necesidad de afiliación, gran dependencia de la opinión del grupo por lo cual suelen tomar decisiones en base a lo que los demás piensan o lo que establece la sociedad. Tienden a ser mujeres dependientes del grupo ya que necesitan sentir que son aceptadas, les agrada mucho la aprobación de los demás porque se sienten inseguras y faltas de resolución, es decir que tienen dificultad para tomar una determinación decisiva por sí mismas. Las mujeres que tienen una baja calificación en adhesión al grupo se sienten más cómodas y prefieren trabajar dependiendo de alguien, es decir que no les gusta tomar decisiones por sí mismas, por lo tanto buscan la aprobación de los demás y de la sociedad. Gozan que les admiren ya que tienen una necesidad de ser aceptadas. (Cattell, 1995).

Q3. Baja integración (68%). Otro factor que resalta en el cuadro 4 por presentar puntajes bajos, es el referido a la baja integración. Esto significa que estas personas muestran una manera de ser poco ordenada y metódica, con frecuencia empiezan muchas actividades pero no tienen la perseverancia para terminarlas con éxito. Tienen escaso control de sus impulsos y pulsiones primarias, por lo cual son presa fácil de bajas pasiones, como la gula, el desorden, la impuntualidad, la procrastinación, etc. Esto configura una personalidad autoconflictiva, relajada y descuidada de las reglas sociales, es decir que son personas despreocupadas de sus necesidades personales, no son demasiado respetuosas con las demás personas, suelen ser explosivas y poco cuidadosas o esmeradas, consideran que no tienen la necesidad de cumplir con sus tareas diarias. (Cattell, 1995).

G. Poca Fuerza Del Súper Yo (56%). Las mujeres con obesidad de la ciudad de Tarija, en un porcentaje elevado, tienen poca fuerza del súper yo. Según el autor del test, estas personas se caracterizan por ser despreocupadas, se muestran indiferentes ante alguna dificultad, poca aceptación por las normas convencionales, consideran permitido lo que no es en el cumplimiento de las obligaciones diarias, esto se debe a la escasa voz de conciencia que tienen.

Puntajes Altos

C. Mucha fuerza del yo (68%). Gran parte de las mujeres con obesidad de la muestra presentan el rasgo de mucha fuerza del yo, lo cual significa que son personas con un elevado principio de realidad, por lo cual hacen frecuentes concesiones a la realidad, es decir, se adaptan a ella, a sus principios, valores y costumbres. Compatibilizan con su entorno y no son proclives a contrariar el consenso grupal. Son realistas en sus problemas cotidianos y tienen elevada empatía en sus relaciones interpersonales y gran sensibilidad social. Sin embargo en su tendencia a adaptarse al entorno, pueden descuidar o subvalorar su propio punto de vista o intereses personales. (Cattell, 1995).

O. Inseguridad (63%). También las mujeres con obesidad presentan un elevado porcentaje en el rasgo de Inseguridad. Esto demuestra que muchas veces pueden sentirse agobiadas, inquietas, ansiosas, inseguras y preocupadas, lo cual puede llegar a desarrollar algún nivel de ansiedad y depresión. No se sienten cómodas al momento de emitir su punto de vista, someten su manera de ser a las presiones grupales, cambian con facilidad de opinión y, por tanto, no son perseverantes en la mayor parte de los emprendimientos. Pueden tener éxito en sus actividades siempre y cuando estas no choquen con el criterio de otras personas, pues, ante esa situación, pueden declinar con facilidad sus propósitos o cambiar su manera de actuar. Desarrollan con frecuencia la sensación de no sentirse aceptadas por los demás, por lo cual tienden algunas veces evitar a las personas. (Cattell, 1995).

Q4. Mucha tensión (60%). Por otra parte, también se puede observar que gran parte de la muestra presenta el rasgo de mucha tensión. Esto significa que las mujeres con obesidad de acuerdo a los resultados obtenidos muestran una personalidad angustiada, tensa, irritable, frustrada, impaciente e inestable, es decir, que estas personas a menudo no pueden controlar adecuadamente sus emociones y son presa del pánico y de la desesperación. Esta elevada tensión ocasiona una pobre cohesión dentro del grupo, pues son ineficaces en todo lo que tiene que ver con el manejo emocional. No son objetivas al evaluar las situaciones ni las personas, presentan escasa tolerancia a la frustración y abandonan rápidamente un propósito, pues la elevada ansiedad desgasta sus energías y fortaleza interior. Se las percibe demasiado fatigadas, irritables, su frustración representa un exceso de impulso de estimulación no descargada.

En **conclusion**, el perfil de personalidad de las mujeres obesas se caracteriza por ser extremadamente vulnerable a la opinión y presión grupal, por lo cual se angustian pensando constantemente en la imagen que proyectan al grupo (adhesión al grupo). Pero por poseer una baja integración son personas poco persistentes y sistemáticas, fracasando con mucha frecuencia en todo régimen alimenticio o dieta para bajar de peso.

La poca fuerza del súper yo, hace que las personas obesas que fueron evaluadas, sean poco disciplinadas, con escaso cumplimiento de sus metas y propósitos. La escasa incomodidad que causa la conciencia al incumplir las normas y propósitos es la que ocasiona que estas personas no puedan seguir un régimen de adelgazamiento y adquieran diferentes grados de sobrepeso.

La mucha fuerza del yo les ocasiona que no puedan desprenderse de los compromisos, tradiciones y rutinas alimentarias. Son amigueras, amantes de las reuniones y no pueden decir no, cuando se les invita a comer.

Al ser inseguras de sí mismas han perdido la certeza y convicción de que pueden bajar de peso si lo proponen y antes de empezar una dieta, tienen en mente la idea de que fracasarán y que todo emprendimiento de alimentación apropiada o rutinas para quemar calorías no funcionarán en ellas.

Asimismo, poseen elevada tensión y angustia, lo cual dificulta el poseer un comportamiento metódico, sistemático y controlado que les permitiría enfrentar con éxito cualquier programa o dieta para bajar de peso.

Los datos encontrados en esta tesis coinciden con las diversas investigaciones realizadas sobre el tema. Solo como ejemplo se cita a Jáuregui (2006), quien en una investigación realizada en España encontró que las personas obesas presentan “*Elevada tensión, baja autoestima, un ineficaz control de sus emociones y una actitud de resignación ante sus problemas alimentarios*”. (Jáuregui, 2006: 149). En otra parte de su libro, añade: “*Se observa en la población obesa una pobre internalización de las normas y principio de autoridad, lo cual incide en una disminución en las capacidades de seguir con los compromisos y capacidad de resolución de problemas. Dichas capacidades disminuyen con un mayor IMC o por la presencia de un cuadro depresivo. Está muy relacionado el exceso de peso con un escaso control interno de la conducta y elevada sensibilidad a los patrones alimentarios vigentes en el entorno cultural. Esto desencadena en un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Influyen negativamente un mayor grado de obesidad, existencia de trastorno del comportamiento alimentario, síntomas depresivos y escasa restricción dietética, particularmente en el sexo femenino*”. (Jáuregui, 2006: 155).

CUADRO N° 5
PERSONALIDAD POR NIVEL DE OBESIDAD. PUNTAJES ALTOS

Mucha Fuerza Del Yo	Nivel Obesidad.			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	6	0	0	6
	9,7%	0,0%	0,0%	6,0%
Medio	16	8	2	26
	25,8%	29,6%	18,2%	26,0%
Alto	40	19	9	68
	64,5%	70,4%	81,8%	68,0%
Total	62	27	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Inseguridad	Nivel Obesidad.			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	5	0	0	5
	8,1%	0,0%	0,0%	5,0%
Medio	21	9	2	32
	33,9%	33,3%	18,2%	32,0%
Alto	36	18	9	63
	58,1%	66,7%	81,8%	63,0%
Total	62	27	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mucha Tensión	Nivel Obesidad.			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	11	1	0	12
	17,7%	3,7%	0,0%	12,0%
Medio	18	7	3	28
	29,0%	25,9%	27,3%	28,0%
Alto	33	19	8	60
	53,2%	70,4%	72,7%	60,0%
Total	62	27	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos del cuadro 5 corroboran totalmente lo indicado en el análisis de la información presentada en el cuadro 4.

En la primera parte de dicho cuadro se puede advertir que las personas que padecen de mayor obesidad (grado 3) son también aquellas que presentan **mayor fuerza del yo**, por lo cual tienen más desarrollado el principio de realidad, el mismo que lleva a los individuos a estar en consonancia con el medio ambiente. Esta armonía con las tradiciones y costumbres hace que las personas de mayor obesidad sean más amantes de las tradiciones y rutinas alimentarias, por lo cual no pueden decir no cuando se les invita algo de comer, o no pueden desprenderse de hábitos perniciosos, como comer alimentos cargados en grasa, azúcares y de elevada concentración salina.

En la parte central del cuadro se puede observar que las personas con mayor grado de obesidad son las más **inseguras**, acomplexadas e inhibidas de los tres grupos. Es de suponer que a mayor grado de obesidad, menor autoestima y, por tanto, menor confianza en sus atributos intelectuales como físicos.

Por otra parte, las personas de mayor grado de obesidad son también las más **tensas** y angustiadas. Posiblemente su estado de obesidad avanzada les lleva a sentirse constantemente irritables, inseguras de sí mismas y con una actitud de fracaso ante todo programa de adelgazamiento.

CUADRO N° 6
PERSONALIDAD POR NIVEL OBESIDAD. PUNTAJES BAJOS

Poca Fuerza Del Súper Yo	Nivel Obesidad.			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	32	16	8	56
	51,6%	59,3%	72,7%	56,0%
Medio	21	7	3	31
	33,9%	25,9%	27,3%	31,0%
Alto	9	4	0	13
	14,5%	14,8%	0,0%	13,0%
Total	62	27	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Adhesión Al Grupo	Nivel Obesidad.			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	52	24	11	87
	83,9%	88,9%	100,0%	87,0%
Medio	9	2	0	11
	14,5%	7,4%	0,0%	11,0%
Alto	1	1	0	2
	1,6%	3,7%	0,0%	2,0%
Total	62	27	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Baja Integración	Nivel Obesidad.			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	36	22	10	68
	58,1%	81,5%	90,9%	68,0%
Medio	25	5	1	31
	40,3%	18,5%	9,1%	31,0%
Alto	1	0	0	1
	1,6%	0,0%	0,0%	1,0%
Total	62	27	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En base a los datos del cuadro 6 se puede indicar que las personas de mayor grado de obesidad son las que tienen en mayor proporción **poca fuerza del súper yo**. El súper

yo es el que le proporciona al individuo respeto a la autoridad y le otorga una conciencia que le permite controlar sus actos y gobernar su conducta. Las personas obesas, al poseer un súper yo bajo no pueden respetar ningún tipo de dieta ni pueden mantener su comportamiento apegado a lo que manda la norma o el sentido común. Poseen una conciencia demasiado laxa y, por tanto, pueden comer en demasía sin que su conciencia les incomode demasiado.

Asimismo, en la parte central del cuadro se observa que el 100% de las mujeres de elevado grado de obesidad presentan el rasgo “adhesión al grupo”. Al ser este rasgo el que induce a la persona a buscar el consenso, la compañía y la empatía grupal, también les hace sensibles a las costumbres, tradiciones y formas de vida imperantes en la sociedad. Posiblemente este rasgo es el que lleva a las personas obesas a no decir casi nunca no cuando le invitan comida, a preferir la comida “chatarra” porque esta está de moda y a no abandonar los hábitos y costumbres adquiridas en relación a la alimentación. Una de las entrevistadas indicaba: “*No tengo voluntad ... cuando mis amigas me llaman para salir a comer nunca puedo decir no ... y cuando ellas piden una hamburguesa doble yo no puedo pedir otra cosa más sencilla*”. (C.M.; 34 años).

Las personas que tienen una obesidad avanzada (grado 3) presentan en mayor porcentaje (90.9%) el rasgo de **baja integración**. Este rasgo de su personalidad les da muy poco control de sus actos y gran incoherencia entre sus pensamientos e intenciones y sus actos. La persona es poco coherente con sus actos y se deja guiar por sus instintos y tendencias más básicas y primarias. Por esta razón, las personas de mayor obesidad tienen menos control de su conducta de comer y es la causa por la cual no puede imponerse sobre sus tendencias alimenticias. Estas personas, a pesar que saben que no deberían hacerlo, tienen accesos de gula o “atracones” de comida, que luego tratan de subsanar ingiriendo laxantes, o recurriendo al vómito.

Salcedo (2007) en su libro “Obesidad y salud”, al respecto indica. “*La obesidad mórbida se acompaña por un nulo manejo de la voluntad. El individuo ha perdido el*

control de sus actos, particularmente de sus instintos, por lo cual deja fluir libremente sus placeres y apetitos primarios. La voz de la conciencia es cada vez más tenue y la persona se refugia en pensamientos y actos destructivos (...) en la obesidad mórbida se aprecia mayor grado de depresión e ideaciones suicidas". (p. 201).

CUADRO N° 7
PERSONALIDAD POR ESTADO. CIVIL. PUNTAJES ALTOS

Mucha Fuerza Del Yo	Estado Civil			Total
	Soltera	Casada	Divorciada	
Bajo	6	0	0	6
	10,3%	0,0%	0,0%	6,0%
Medio	16	9	1	26
	27,6%	23,1%	33,3%	26,0%
Alto	36	30	2	68
	62,1%	76,9%	66,7%	68,0%
Total	58	39	3	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Inseguridad	Estado Civil			Total
	Soltera	Casada	Divorciada	
Bajo	3	2	0	5
	5,2%	5,1%	0,0%	5,0%
Medio	12	19	1	32
	20,7%	48,7%	33,3%	32,0%
Alto	43	18	2	63
	74,1%	46,2%	66,7%	63,0%
Total	58	39	3	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mucha Tensión	Estado Civil			Total
	Soltera	Casada	Divorciada	
Bajo	9	3	0	12
	15,5%	7,7%	0,0%	12,0%
Medio	16	11	1	28
	27,6%	28,2%	33,3%	28,0%
Alto	33	25	2	60
	56,9%	64,1%	66,7%	60,0%
Total	58	39	3	100

	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
--	--------	--------	--------	--------

La información expuesta en la parte superior del cuadro 9, indica que las mujeres casadas son las que tienen un mayor porcentaje del rasgo **mucha fuerza del yo**. Según Cattell (1995) las personas que puntúan alto en esta dimensión se caracterizan por su elevado sentido de pragmatismo y capacidad de adaptarse a las condiciones del medio ambiente. Las mujeres que están casadas, posiblemente al tener más desarrollado este rasgo, se encuentran en mayor armonía y concordancia con el medio social y cultural, por lo cual establecieron una familia y continúan en unidad con sus seres queridos. Las mujeres divorciadas y solteras, posiblemente, por tener menor fuerza del yo, no han podido adaptarse plenamente al medio ambiente cultural, manteniéndose solas (solteras) o habiendo disuelto la unión matrimonial (divorciadas).

Las mujeres solteras son las que presentan en mayor grado el rasgo **inseguridad**. Se puede presumir que esto se debe al hecho de que al no haber formado familia se sienten solas, con baja autoestima y en escasa armonía con la sociedad. Este hecho seguramente se ve agravado por su obesidad, ya que esta condición es también una razón que disminuye su seguridad y hace que estas personas presenten muchas dudas e incertidumbre en su adaptación al medio, desarrollando, como dice Herrero (1999), una *“percepción de autoinculpação perseverante que socaba su seguridad y autoestima”*. (p. 49).

Las mujeres divorciadas son las que puntuaron más alto en el rasgo de **mucha tensión**. Se podría suponer que su estado civil, de fracaso o ruptura matrimonial, les ocasiona una elevada angustia y malestar consigo mismas y con el resto de la sociedad. El no haber podido mantener unida su familia, quizás, les llena de rencor hacia otras personas o desarrolla sentimientos de culpa y remordimiento. Todas estas condiciones adversas hacen que estas personas vivan en un ambiente psicológico de elevado estrés y malestar, lo cual eleva de manera permanente el nivel de tensión.

CUADRO N° 8
PERSONALIDAD POR ESTADO CIVIL. PUNTAJES BAJOS

Poca Fuerza Del Súper Yo	Estado Civil			Total
	Soltera	Casada	Divorciada	
Bajo	31	22	3	6
	53,4%	56,4%	100,0%	6,0%
Medio	19	12	0	26
	32,8%	30,8%	0,0%	26,0%
Alto	8	5	0	68
	13,8%	12,8%	0,0%	68,0%
Total	58	39	3	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Adhesión Al Grupo	Estado Civil			Total
	Soltera	Casada	Divorciada	
Bajo	49	36	2	87
	84,5%	92,3%	66,7%	87,0%
Medio	8	2	1	11
	13,8%	5,1%	33,3%	11,0%
Alto	1	1	0	2
	1,7%	2,6%	0,0%	2,0%
Total	58	39	3	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Baja Integración	Estado Civil			Total
	Soltera	Casada	Divorciada	
Bajo	36	30	2	68
	62,1%	76,9%	66,7%	68,0%
Medio	22	8	1	31
	37,9%	20,5%	33,3%	31,0%
Alto	0	1	0	1
	0,0%	2,6%	0,0%	1,0%
Total	58	39	3	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el cuadro 10 se puede observar que las mujeres divorciadas presentan en un 100% el rasgo de **poca fuerza del súper yo**. Según Cattell (1995) las personas que tienen

poca fuerza del súper yo, se caracterizan por haber internalizado en mínimo grado el sentido de autoridad, de deber y obligación. Se podría suponer que por el hecho de tener un súper yo bajo no han podido acomodarse a la vida matrimonial, ya que esta implica coordinar y compatibilizar con otra persona, es decir, respetar en algún grado el derecho y autoridad del cónyuge. Sobre todo en las culturas latinas basadas en el patriarcado, donde al esposo se le atribuye mayor autoridad, las mujeres con bajo sentido del deber y autoridad, chocan con ese esquema matrimonial.

En la parte central de cuadro 10 se puede apreciar que las mujeres casadas son las que presentan en mayor medida (92.3%) el rasgo de personalidad denominado **adhesión al grupo**. Tal como se lo expresó en páginas anteriores, este rasgo de personalidad está asociado a un comportamiento de gran empatía y armonía con el grupo (Cattell, 1995). Se podría presuponer que por esta razón, estas mujeres están casadas y mantienen un matrimonio íntegro. Las mujeres divorciadas y solteras presentan en menor grado el rasgo de adhesión al grupo, lo cual, posiblemente, les dificulta la vida en familia, la cual exige adaptarse y coordinar con otras personas.

En la parte final del cuadro 10 es posible advertir que las mujeres casadas son las que presentan en mayor grado (76.9%) el rasgo de personalidad denominado **baja integración**. A decir de Cattell (1995), las personas que presentan este rasgo se caracterizan por ser relajadas, adaptables, poco exigentes y flexibles. Se podría pensar que estas mujeres, al ser menos controladas y rígidas con sus costumbres y hábitos de vida, pueden desarrollar con mayor éxito una vida matrimonial y compatibilizar con otra persona. Quizás a las personas de elevado control y muy exigentes consigo mismas y con los demás, les cueste más adaptarse a la vida matrimonial y, por eso, mantienen su estado de soltería o bien terminan su relación marital en divorcio.

5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 2. CONOCER EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS MUJERES CON OBESIDAD DE LA CIUDAD DE TARIJA.

Para cumplir con el objetivo específico número dos y conocer el nivel de ansiedad de las mujeres de la muestra, se aplicó el cuestionario de Enrique Rojas.

CUADRO N° 9
NIVEL DE ANSIEDAD GENERAL DE TODAS LAS MUJERES DE LA MUESTRA

U7Nivel de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	44	44,0
Ansiedad Ligera	15	15,0
Ansiedad Moderada	18	18,0
Ansiedad Grave	18	18,0
Ansiedad Muy Grave	5	5,0
Total	100	100,0

En el cuadro 11 se puede apreciar que el 44% de las mujeres con obesidad presentan **Ansiedad normal**. Según el autor del test “*la ansiedad normal es adaptativa y permite a la persona responder a los estímulos de su medio ambiente de forma adecuada, sin incurrir en extremos altos o bajos. La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente, en tiempo, duración e intensidad*”. (Rojas, 1994).

El 56% de toda la muestra de mujeres evaluadas presenta algún grado de ansiedad, que va desde el rango de “ligera” al más elevado: “muy grave”. El 18% tiene ansiedad grave y el 5% muy grave. La ansiedad grave y muy grave, según Rojas (1994) se considera patológica pues “*el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa, intensa y desproporcionada, que*

interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento. Se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas físicos y psicológicos, y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado. La ansiedad grave y muy grave presenta las siguientes características desadaptativas: se manifiesta intensamente, se prolonga y mantiene en el tiempo más de lo debido, aparece de forma espontánea sin un estímulo desencadenante (de manera endógena), surge ante estímulos que no debieran generar la respuesta de ansiedad y se presenta una respuesta inadecuada respecto al estímulo que lo suscita". (Rojas, 1994: 97).

Los datos arrojados por este estudio coinciden ampliamente con los resultados publicados producto de investigaciones realizadas en otros países. El doctor Domenech, coordinador del VII Congreso Nacional de Ansiedad y trastornos Comórbidos, en su artículo titulado *“Entre un 50 y un 70% de las personas con obesidad pueden presentar algún tipo de trastorno psíquico asociado, como ansiedad y depresión. Los pacientes obesos tienen una probabilidad más alta de padecer trastornos psíquicos, al igual que los pacientes con enfermedades mentales tienen una probabilidad elevada de padecer obesidad”*. (Domenech, 2014: 1).

Un investigador chileno, al analizar la correlación entre obesidad y ansiedad, indica lo siguiente: *“Es decir, la presencia de un posible trastorno ansioso se asocia significativamente a la condición de sobrepeso u obesidad. De los pacientes con sobrepeso, el 72% alcanzó un puntaje 4, con un puntaje promedio de 7,17, lo cual los ubica en un rango de ansiedad elevada”*. (Lanas, et al: 167).

En la ciudad de La Paz, Bolivia, también se realizó un estudio en poblaciones con trastornos de conducta alimentaria (TCA) y se descubrió que *“La correlación de Pearson entre los TCA y depresión mostró que el 66 % de casos con diagnóstico de TCA tenían depresión y 54 % ansiedad”*. (Mérida y López, 2013: 1). Este estudio realizado en Bolivia, que es el más cercano y parecido al realizado en esta tesis, encuentra puntajes de ansiedad muy parecidos, pues en dicho estudio se reporta un 54%

de ansiedad, mientras que en nuestro estudio realizado en Tarija se encontró que el 56% de las mujeres con sobrepeso sufren de ansiedad.

CUADRO N° 10
NIVEL DE ANSIEDAD POR ÁREAS DE TODAS LAS MUJERES DE LA MUESTRA

NIVEL FÍSICO	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	53	53,0
ANSIEDAD LIGERA	21	21,0
ANSIEDAD MODERADA	19	19,0
ANSIEDAD GRAVE	6	6,0
ANSIEDAD MUY GRAVE	1	1,0
Total	100	100,0
NIVEL PSÍQUICO	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	42	42,0
ANSIEDAD LIGERA	18	18,0
ANSIEDAD MODERADA	12	12,0
ANSIEDAD GRAVE	8	8,0
ANSIEDAD MUY GRAVE	20	20,0
Total	100	100,0
NIVEL INTELECTUAL	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	42	42,0
ANSIEDAD LIGERA	11	11,0
ANSIEDAD MODERADA	14	14,0

ANSIEDAD GRAVE	12	12,0
ANSIEDAD MUY GRAVE	21	21,0
Total	100	100,0
NIVEL CONDUCTUAL	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	49	49,0
ANSIEDAD LIGERA	15	15,0
ANSIEDAD MODERADA	16	16,0
ANSIEDAD GRAVE	19	19,0
ANSIEDAD MUY GRAVE	1	1,0
Total	100	100,0
NIVEL ASERTIVO	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	41	41,0
ANSIEDAD LIGERA	9	9,0
ANSIEDAD MODERADA	18	18,0
ANSIEDAD GRAVE	14	14,0
ANSIEDAD MUY GRAVE	18	18,0
Total	100	100,0

En base al análisis de los datos del cuadro 12 se puede decir que las mujeres con obesidad presentan síntomas de ansiedad muy grave principalmente a nivel intelectual (21%) y psíquico (20%).

Esto significa que las mujeres con obesidad que puntuaron alto en el área de síntomas intelectuales (también llamadas manifestaciones cognitivas), manifiestan dificultades

de atención, de percepción, de memoria y concentración, aumento de los despistes y descuidos, presentan preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad.

La ansiedad de las mujeres obesas sobre todo se manifiesta a nivel intelectual, lo cual quiere decir que por ejemplo hacen falsas interpretaciones de su situación real (se perciben más o menos gordas de lo que son); se preocupan demasiado de su condición de obesidad, pero no emprenden acciones concretas para subsanarla; emplean razonamientos erróneos en lo relativo a las calorías de los alimentos y dietas que emprenden; emplean patrones automáticos y estereotipados en la forma de responder, por ejemplo atribuyen su obesidad a problemas hormonales, sin aceptar que es por sus malos hábitos alimenticios; tienen pensamientos absolutistas, como por ejemplo indicar que su gordura se debe a herencia de sus padres y no por su baja actividad física, etc.

Asimismo, las mujeres de la muestra evaluada presentan síntomas psíquicos o psicológicos de ansiedad. Estos síntomas se traducen como una vivencia temerosa del porvenir, es una reacción asténica de sobresalto de excitación huida, es decir ganas de huir, mezcla de agitación, preocupación, tendencia a escaparse, inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, en casos más extremos, temor a la muerte, a la locura, o al suicidio.

La muestra de mujeres obesas evaluadas entre los síntomas psicológicos observados están: angustia por no poder controlar su conducta de comer; ideas suicidas y temor a perder el control en algún momento y quitarse la vida; sensación de vacío interior, que son un fracaso en la vida y que nadie puede darles valor; pérdida de energía,

sentimiento de impotencia ante la obesidad; hipocondría, sensación de diversos malestares en el cuerpo, etc.

CUADRO N° 11
NIVEL DE ANSIEDAD POR NIVEL DE OBESIDAD

	NIVEL DE OBESIDAD			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
NORMAL	26 41,9%	17 63,0%	1 9,1%	44 44,0%
ANSIEDAD LIGERA	12 19,4%	3 11,1%	0 0,0%	15 15,0%
ANSIEDAD MODERADA	16 25,8%	0 0,0%	2 18,2%	18 18,0%
ANSIEDAD GRAVE	8 12,9%	7 25,9%	3 27,3%	18 18,0%
ANSIEDAD MUY GRAVE	0 0,0%	0 0,0%	5 45,5%	5 5,0%
Total	62 100,0%	27 100,0%	11 100,0%	100 100,0%

Según la información proporcionada en el cuadro 13 es posible indicar que las mujeres que presentan un nivel de obesidad mórbido (grado 3) son las que experimentan más ansiedad: 45.5% a nivel muy grave. Las mujeres de nivel de obesidad uno son las que en promedio, tienen menor ansiedad. Estos datos son coherentes y esperables, pues resulta lógico pensar que las personas que están en el grado máximo de obesidad sean

las más tensas y ansiosas por su situación. “A mayor grado de obesidad mayor desesperación, ideación suicida y baja autoestima”. (Domenech, 2014).

CUADRO N° 12
NIVEL DE ANSIEDAD POR ESTADO CIVIL

	ESTADO CIVIL			Total
	soltera	casada	divorciada	
NORMAL	22 37,9%	22 56,4%	0 0,0%	44 44,0%
ANSIEDAD LIGERA	12 20,7%	3 7,7%	0 0,0%	15 15,0%
ANSIEDAD MODERADA	14 24,1%	4 10,3%	0 0,0%	18 18,0%
ANSIEDAD GRAVE	6 10,3%	10 25,6%	2 66,7%	18 18,0%
ANSIEDAD MUY GRAVE	4 6,9%	0 0,0%	1 33,3%	5 5,0%
Total	58 100,0%	39 100,0%	3 100,0%	100 100,0%

De acuerdo a la información proporcionada en el cuadro 14 se puede concluir que las mujeres divorciadas son las que sufren de mayor ansiedad, pues el 66.7% de las mismas tienen en promedio ansiedad grave y el 33.3% está en el nivel de ansiedad muy grave. Vale decir que todas las mujeres divorciadas están ubicadas en los dos niveles más altos de ansiedad.

Las mujeres casadas son las que sufren en menor medida ansiedad, pues el 56.4% de todas ellas están en el nivel de ansiedad normal, vale decir que más de la mitad de las mujeres casadas no experimenta ningún nivel anormal de ansiedad. Las mujeres solteras se encuentran en un nivel intermedio entre las casadas y las divorciadas.

Los datos anteriores son consistentes y acordes con el sentido común, pues se puede suponer que las mujeres obesas y divorciadas tienen un doble fracaso en su vida, por lo cual tienen un nivel de ansiedad mucho más elevado. Por su parte, las mujeres casadas, si bien tienen sobrepeso, pero al contar con el apoyo del esposo y de la familia en general, pueden compensar esa situación y experimentar menor ansiedad. Sobre el tema son numerosos los estudios que han descubierto que las personas solteras y divorciadas tienen mayor ansiedad y depresión que las personas casadas. (Lanas, et al: 167).

5.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3: IDENTIFICAR EL NIVEL DE AUTOESTIMA DE LAS MUJERES CON OBESIDAD DE LA CIUDAD DE TARIJA.

Para evaluar la autoestima de las personas de la muestra se recurrió al inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith, (SEI) versión Adultos. Como se explicó en el capítulo de la metodología, este instrumento consta de 25 ítems y mide la autoestima en 3 áreas (sí mismo, social y familiar), además de una escala general.

CUADRO N° 13

NIVEL DE AUTOESTIMA GENERAL DE TODA LA MUESTRA

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	35	35,0
Medio bajo	51	51,0
Medio alto	14	14,0
Total	100	100,0
Media	36.31	

Al analizar la información proporcionada por el cuadro 15 se puede observar que el 51% de todas las mujeres de la muestra presentan una autoestima que se ubica en el nivel “medio bajo”. Solo el 14% de la muestra se ubica en el rango de autoestima “medio alto”. Esto significa que casi la totalidad de las mujeres evaluadas (86%) tienen una autoestima que se ubica en el sector de los puntajes bajos. La media aritmética percentilar es 36.31 sobre 100, lo cual corrobora lo antes afirmado. Según el autor del test, las personas con autoestima baja son *“indecisas, tienen dificultades para tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Sólo toman una decisión cuando están completamente seguros de obtener resultados positivos. Piensan que no pueden, que no saben nada, que no lo van a conseguir. No se valoran, ni sus talentos ni sus posibilidades. Ven sus talentos pequeños, en cambio los de los otros los ven grandes e incluso exagerados. Tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos. Son muy ansiosos y nerviosos, lo que les lleva a evitar situaciones que les dan angustia y temor. Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa. Son personas aisladas, tímidas y casi no tienen*

amigos o muy pocos. No les gusta compartir con otras personas sus sentimientos. Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o de trabajo. Temen hablar con otras personas de cualquier tema, se sienten continuamente evaluados. Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad". (Coopersmith 1967: 68).

Es esperable que las personas con obesidad presenten autoestima baja, pues, como ya se lo analizó en los cuadros relativos a la personalidad y la ansiedad, las mujeres obesas se sienten fracasadas, sin control sobre sí mismas, observadas por la sociedad y con un sentimiento de impotencia ante su problema. Esta conclusión la sacaron numerosos estudios realizados sobre el tema. Por ejemplo, Collier David, en su artículo titulado "Baja autoestima, más obesidad", en base a una investigación realizada en Inglaterra, indica: *"Se pensaba que la obesidad era lo que conducía a la baja autoestima y a otros problemas emocionales. Ahora, una nueva investigación demuestra que al parecer, ocurre todo lo contrario. Es decir, la gente con una baja autoestima suele tener más probabilidades de volverse gorda u obesa. El impacto es particularmente fuerte en las mujeres. Lo que es novedoso en este estudio es que la obesidad siempre ha sido considerada un trastorno médico metabólico. Lo que hemos descubierto es que los problemas emocionales son un factor de riesgo de obesidad". (Collier, 2009: 1).*

CUADRO N° 14
AUTOESTIMA POR ÁREAS

SÍ MISMO	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	37	37,0
Medio bajo	51	51,0
Medio alto	12	12,0
Total	100	100,0
Media	35.69	
SOCIAL	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	41	41,0
Medio bajo	45	45,0
Medio alto	14	14,0
Total	100	100,0
Media	34.9	
FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	35	35,0
Medio bajo	50	50,0
Medio alto	14	14,0
Alto	1	1,0
Total	100	100,0
Media	38.33	

El cuadro 16 permite hacer un análisis de la autoestima por áreas. Según los datos de dicho cuadro es posible apreciar que la autoestima más baja se da en el área social y la autoestima menos baja se da en el área familiar.

Tal como se lo ha podido apreciar en cuadros anteriores, las mujeres de la muestra sienten una gran angustia, particularmente por la imagen que proyectan ante el resto de la sociedad, por sentirse observadas, criticadas, ridiculizadas por las personas de su alrededor. Este hecho posiblemente explica el porqué el nivel de autoestima es más bajo en el área social. En el análisis de cada uno de los ítems del test de Coopersmith, se pudo ver que casi la totalidad de las mujeres de la muestra respondieron de manera afirmativa al ítem 18 que dice “No estoy tan simpático como mucha gente”.

El área en la cual el nivel de autoestima no es tan bajo es la que corresponde al entorno familiar. Gran parte de las mujeres se sienten apoyadas por su familia y el ambiente donde no se sienten tan observadas, criticadas y censuradas es cuando están entre las personas que conforman su familia, particularmente se da esto, como se lo verá en un cuadro posterior, en las mujeres que son casadas y con hijos. En este sentido, uno de los ítems que tuvieron mayor porcentaje de respuestas afirmativas, fue el 20, el cual dice: “Mi familia me comprende”.

Jáuregui, en su libro sobre trastornos de la conducta alimentaria, indica que el mayor problema de las personas obesas es su adaptación social debido a que se sienten observadas y criticadas y que cuando ese ambiente cambia, mejora su autoestima: *“La autopercepción social de las mujeres obesas es negativa pues son conscientes de que el estereotipo de los individuos pasados de peso está en el rango de los más prejuiciados (...) Las mujeres obesas migrantes que han dejado atrás el entorno social ancestral experimentan un ascenso en su autoestima y tienen más éxito en los tratamientos destinados a bajar de peso”*. (Jáuregui, 2006: 57).

CUADRO N° 15
AUTOESTIMA POR NIVEL DE OBESIDAD

Nivel de autoestima	NIVEL DE OBESIDAD			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Bajo	20	8	7	35
	30,8%	33,3%	63,6%	35,0%
Medio bajo	33	14	4	51
	50,8%	58,3%	36,4%	51,0%
Medio alto	12	2	0	14
	18,5%	8,3%	0,0%	14,0%
Total	65	24	11	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Media	38.17	34.08	30.15	36.31

Los datos del cuadro 17 son coincidentes con los presentados en cuadros anteriores, pues en este también aparecen las mujeres con mayor grado de obesidad, como las más afectadas y vulnerables. En este caso se puede advertir que las mujeres con mayor grado de obesidad son las que tienen el nivel más bajo de autoestima (63.6%) y opuestamente, las mujeres con el menor grado de obesidad son las que presentan el nivel de autoestima más elevado o menos bajo (18.5% en la categoría medio alto). Las medias aritméticas percentilares corroboran la anterior apreciación, pues las mujeres de nivel de obesidad 3 tienen un promedio de 30.15 sobre 100, mientras que las mujeres con nivel de obesidad 1 tienen una media aritmética de 38.17; en otros estudios se ha descubierto la misma relación: *“Existe correlación positiva entre los grados máximos de*

obesidad mórbida, con los puntajes de ansiedad y depresión y (...) una correlación negativa significativa entre nivel de obesidad y autoestima". (Jáuregui, 2006: 63).

CUADRO N° 16
AUTOESTIMA POR ESTADO CIVIL

NIVEL DE AUTOESTIMA	ESTADO CIVIL			Total
	soltera	casada	divorciada	
Bajo	25 43,1%	9 23,1%	1 33,3%	35 35,0%
Medio bajo	29 50,0%	20 51,3%	2 66,7%	51 51,0%
Medio alto	4 6,9%	10 25,6%	0 0,0%	14 14,0%
Total	58 100,0%	39 100,0%	3 100,0%	100 100,0%
Media	33.57	41	28.22	36.31

En el cuadro 18 se puede apreciar que las mujeres casadas son las que presentan el nivel más alto de autoestima (25.6% se ubican en el nivel medio alto) y el 0% de las mujeres divorciadas se ubica en el mismo nivel. Las medias aritméticas percentilares reafirman la misma relación, pues las mujeres casadas tienen un puntaje de 41 en una escala de 0-100, mientras que las mujeres divorciadas tienen un puntaje de 28.22 en la misma escala. Las mujeres solteras, tal como sucedió en anteriores cuadros, ocupan un nivel intermedio.

En el cuadro 16 se pudo ver que el mayor nivel de autoestima se presenta en el área familiar. De forma coincidente en el cuadro 18 se puede apreciar que las mujeres que tienen familia (casadas) son las que presentan el nivel de autoestima más elevado. El autor Lanas, ya citado anteriormente, descubrió en su estudio que las personas viudas, solteras y divorciadas son las que presentan mayor grado de ansiedad, depresión y suicidio, así como la autoestima más pobre. (Lanas, et al: 167).

5.4. OBJETIVO ESPECÍFICO 4. DESCRIBIR LA IMAGEN CORPORAL DE LAS MUJERES CON OBESIDAD DE LA CIUDAD DE TARIJA.

Para recabar los datos necesarios para el cumplimiento del objetivo 4 se empleó el cuestionario de imagen corporal (BSQ) creado por Cooper (1983) y adaptado por Rainch y colaboradores (1996) a una población latina. Dicho instrumento consta de 34 ítems que evalúan insatisfacción corporal y preocupación por el peso en base a una escala de 4 valores.

CUADRO N° 17
IMAGEN CORPORAL DE TODAS LAS MUJERES DE LA MUESTRA

Grado de preocupación por la imagen corporal	Frecuencia	Porcentaje
Despreocupación	5	5,0
Leve preocupación	18	18,0
Moderada preocupación	62	62,0
Extrema preocupación	15	15,0
Total	100	100,0
Media	61.50	

En el cuadro 19 es posible observar que el 62% de la muestra se ubica en el rango de moderada preocupación. Solo 5 personas de toda la muestra se ubicaron, tras la

aplicación del test en la categoría de “despreocupación”. Estos datos indican que la muestra de mujeres evaluadas tiene una elevada preocupación por la imagen corporal, pues la media aritmética percentilar, en base a una escala de 100, es de 61.5. Estos datos son coherentes con los expuestos en cuadros anteriores donde se vio, por ejemplo, que en el perfil de personalidad, predominan los rasgos de tensión e inseguridad (cuadro 4); el 56% de toda la muestra presenta algún grado de ansiedad (cuadro 11) y que el nivel de autoestima tiende a los niveles bajos, con una media percentilar de 36.31 (cuadro 15). Esta información hace presuponer que las mujeres de la muestra tienen gran preocupación por su imagen corporal y experimentan angustia por la opinión que las demás personas tienen sobre ellas. Por ejemplo, todas las mujeres evaluadas, vale decir el 100% de la muestra, respondió con cierto grado de afirmación (A menudo; muy a menudo; siempre) al ítem 2 que pregunta: “¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta?”.

Datos parecidos los obtuvo Canovas (2001) y Santos Silva Ajurymar (2018) al estudiar a un grupo de mujeres brasileras con obesidad aplicando el BSQ. Entre las conclusiones expuestas, indica lo siguiente: *“A la luz de las investigaciones, donde argumentan que las mujeres con sobrepeso y/u obesidad presentan insatisfacción corporal, se plantearon, para el presente estudio, dos hipótesis. En la hipótesis 1, se plantea que las mujeres brasileñas, con IMC elevado, presentan insatisfacción corporal y sexual, así como baja autoestima. A partir de los resultados encontrados, se puede afirmar que existe insatisfacción de la imagen corporal, insatisfacción con el funcionamiento sexual y niveles bajos de la autoestima”*. (Santos, 2018: 167).

CUADRO N° 18
IMAGEN CORPORAL POR NIVEL DE OBESIDAD

Grado de preocupación por la imagen corporal	NIVEL DE OBESIDAD			Total
	grado 1	grado 2	grado3	
Despreocupación	5 8,1%	0 0,0%	0 0,0%	5 5,0%
Leve preocupación	6 9,7%	10 40,0%	2 15,4%	18 18,0%
Moderada preocupación	47 75,8%	13 52,0%	2 15,4%	62 62,0%
Extrema preocupación	4 6,5%	2 8,0%	9 69,2%	15 15,0%
Total	62 100,0%	25 100,0%	13 100,0%	100 100,0%
Media	60.44	56.96	75.34	61.50

Al analizar la información proporcionada por el cuadro 20 se puede indicar que a mayor grado de obesidad, mayor preocupación por la imagen corporal. El 69% de las mujeres con grado de obesidad 3, tienen extrema preocupación, mientras que las mujeres con grado de obesidad 1, solo presentan extrema preocupación en una proporción del 6.5%, es decir casi una décima parte. Ninguna mujer con un grado de obesidad uno y dos dijo no tener preocupación con su imagen corporal; sí indicó que no les preocupa su cuerpo el 8% de las mujeres de nivel de obesidad uno. Esta información se ve corroborada por el cálculo de la media aritmética percentilar, pues a través de este estadístico se puede

observar que las mujeres con un grado de obesidad de nivel 3, tienen un promedio de 75.34, lo cual en términos estadísticos es significativo.

Resulta totalmente lógico que las mujeres con mayor grado de obesidad sean las más preocupadas por su figura. Aquellas mujeres que tienen un grado ligero de obesidad presentan en promedio *despreocupación* con su figura. Sin embargo, es preciso recordar que el rango de “despreocupación” en el test BSQ abarca los puntajes de 34 a 80. No hay ninguna mujer incluida en el rango de “despreocupación” que tenga un puntaje de 34 y que en realidad haya respondido de manera negativa a todos los ítems referidos a la preocupación del cuerpo; todas las mujeres de esa categoría presentan niveles de preocupación cercanos al 80, sin embargo el rango se denomina “despreocupación”. Esto significa que no existe ninguna mujer, de todas las evaluadas, que verdaderamente tenga despreocupación por su figura.

CUADRO N° 19
IMAGEN CORPORAL POR ESTADO CIVIL

Grado de preocupación por la imagen corporal	ESTADO CIVIL			Total
	soltera	casada	divorciada	
Despreocupación	1 1,7%	4 10,3%	0 0,0%	5 5,0%
Leve preocupación	3 5,2%	14 35,9%	1 33,3%	18 18,0%
Moderada preocupación	42 72,4%	20 51,3%	0 0,0%	62 62,0%
Extrema preocupación	12	1	2	15

		20,7%	2,6%	66,7%	15,0%
Total		58	39	3	100
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Media	65.38	54.98	71.41	61.50

Los datos del cuadro 21 guardan consistencia con la información expuesta en páginas anteriores, pues reflejan que las mujeres divorciadas son las más preocupadas por su figura, ya que el 66.7% de todas ellas se ubica en el rango de “extrema preocupación”. Las mujeres casadas son las que en menor grado presentan “extrema preocupación” por su figura, pues solo el 2.6% se ubica en esa categoría. Como ya se argumentó en cuadros anteriores, la condición de casadas les da a estas mujeres el apoyo familiar y esto compensa la ansiedad que puede sentir toda persona al padecer cierto grado de obesidad.

Canovas (2001), en un estudio titulado “Concordancia entre la autopercepción corporal y el IMC calculado en una población voluntaria captada el IV Día Nacional de la Persona Obesa” indica que “*existe correlación negativa entre el ajuste diádico y la percepción negativa en personas obesas que acuden a centros dietéticos*”. (Canovas, 2001: 39). En otras palabras, las mujeres obesas que dan puntajes elevados a los tests de ajuste diádico (empatía en la pareja) tienen una visión más positiva de su propio cuerpo.

CUADRO N° 20
IMAGEN CORPORAL POR EDAD

Grado de preocupación por la imagen corporal	EDAD			Total
	20 a 25	26 a 35	36 a 45	
Despreocupación-	0	0	5	5
	0,0%	0,0%	22,7%	5,0%
Leve preocupación	1	8	9	18
	2,5%	21,1%	40,9%	18,0%
Moderada preocupación	27	29	6	62
	67,5%	76,3%	27,3%	62,0%
Extrema preocupación	12	1	2	15
	30,0%	2,6%	9,1%	15,0%
Total	40	38	22	100
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Media	68.48	60.54	50.49	61.50

Al ser la imagen corporal la variable principal de esta investigación se ha recurrido a presentar el cruzado de la misma con dos variables adicionales: edad y nivel educativo.

No se presentó el cruzado de las variables edad y nivel educativo con las variables personalidad, ansiedad y autoestima porque después de efectuar el cálculo correspondiente se pudo apreciar que no existe una relación significativa ni lógica entre dichas variables.

En el cuadro 22 se puede observar que las mujeres de menor rango de edad (20-25 años) son las que tienen mayor preocupación por la imagen corporal. El 30% de las mujeres de menor edad tienen una preocupación que se ubica en el rango “extrema preocupación”, mientras que las mujeres de mayor edad experimentan menor preocupación: solo el 9.1% de las mujeres de 36 a 45 años presenta preocupación por la imagen corporal en el mismo rango y el 2.6% de las mujeres de 26 a 35 años de edad tienen preocupación por su imagen corporal en el rango de “extrema preocupación”.

En base a las medias aritméticas percentilares el orden de preocupación según la edad es: en primer lugar están las mujeres de 20 a 25 años (68.48), seguido por el grupo de las de 26 a 35 años (60.54) y en tercer lugar las mujeres de 36 a 45 años (50.49). Por tanto, los datos permiten afirmar que a mayor edad, menor preocupación por la imagen corporal.

En base a los datos del cuadro anterior se puede suponer que las mujeres de menor edad tienen el mayor grado de preocupación por su imagen corporal precisamente porque son jóvenes, la mayoría solteras, en proceso de profesionalización y sienten en mayor grado la presión social de cuidar su cuerpo y bajar de peso. También se puede suponer que las mujeres de mayor edad, por estar muchas de ellas casadas y con hijos, con trabajo, profesionales varias de ellas, consideran que se puede justificar de alguna manera su sobrepeso debido a que tienen otras labores adicionales que les restringe una vida más activa y porque, debido a su edad, relativizan la importancia de la imagen corporal.

En el cuadro 21 se pudo evidenciar que las mujeres que están casadas y con hijos, tienen una autoestima más elevada que las solteras y divorciadas, debido a que reciben el apoyo de la familia, hecho que se veía refrendado por la investigación realizada por

Canovas (2001), en la cual se descubrió la misma relación. Al ser las mujeres de mayor edad (36-45 años) las que, proporcionalmente, se encuentran en mayor porcentaje casadas, con profesión y con hijos, suponemos que reciben en mayor grado el apoyo de sus familias y eso se traduce en un menor grado de preocupación por la imagen corporal. Muchas madres de más de 40 años basan su autoestima en sus hijos, su familia y su trabajo; en cambio la joven de 20 años, soltera, sin profesión, sin trabajo, en plena edad de socialización y de buscar pareja, siente en mayor grado preocupación por su apariencia física.

CUADRO N° 21
IMAGEN CORPORAL POR NIVEL EDUCATIVO

Grado de preocupación por la imagen corporal	NIVEL EDUCATIVO			Total
	Bachiller	Universitario	Profesional	
Despreocupación	2 3,9%	1 3,7%	2 9,1%	5 5,0%
Leve preocupación	7 13,7%	6 22,2%	5 22,7%	18 18,0%
Moderada preocupación	32 62,7%	16 59,3%	14 63,6%	62 62,0%
Extrema preocupación	10 19,6%	4 14,8%	1 4,5%	15 15,0%
Total	51 100,0%	27 100,0%	22 100,0%	100 100,0%
Media	63.34	61.04	57.82	61.50

En base a la información del cuadro 23 se puede indicar que el grupo de mujeres bachilleres son las que presentan el mayor grado de preocupación por la imagen corporal. El 19.6% de las mujeres bachilleres presentan “extrema preocupación” por su imagen corporal; solo el 4.5% de las mujeres profesionales presenta extrema preocupación por su imagen corporal. En base a toda esta información se podría afirmar que a mayor nivel educativo, menor preocupación por la imagen corporal, siempre y cuando el mayor nivel educativo esté acompañado por mayor edad. Estos datos guardan relación con la información del cuadro 22 en la medida que las mujeres bachilleres son las de menor edad, por lo cual lo argumentado en el cuadro 22 es válido para la interpretación de los datos del cuadro 23, ya que las mujeres más jóvenes son, presumiblemente, las que más se preocupan por su imagen corporal debido a que, por la edad, se encuentran en la fase de socialización y de búsqueda de una pareja sentimental, por lo cual se ven más afectadas por su obesidad.

Al respecto en la investigación realizada por Collier (2009) en el Reino Unido, titulada “Baja autoestima, más obesidad” se pudo evidenciar una correlación doble: *“las mujeres de mayor nivel educativo tienen mayor autoestima (...), las mujeres de mayor autoestima tienen menos preocupación por la apariencia física incambiable (estructural) (...), las mujeres de mayor autoestima le dan más importancia a la vestimenta y atuendo en general”*. (Collier, 2009: 46).

5.5. ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Luego de haber concluido con la presentación y análisis de los resultados se procede a contrastar las hipótesis planteadas con los datos obtenidos:

Primera hipótesis. Los rasgos de personalidad que presentan las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija son: inestabilidad, inseguridad y poco estable emocionalmente.

Comparando los datos arrojados por el test de personalidad de la hipótesis 1, se **rechaza** ya que en los 3 rasgos que dicha hipótesis plantea ninguno de los rasgos

en la misma se cumple, puesto que los resultados que dio la presente investigación solo uno aparece con un porcentaje significativo (Adhesión al grupo) con el 87%.

Segunda hipótesis. El nivel de ansiedad de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años corresponde a un rango de escala grave.

La hipótesis planteada en relación a la ansiedad se **rechaza** puesto que los resultados observados en esta investigación indican que el nivel de ansiedad de las mujeres que tienen obesidad corresponde a la categoría “ansiedad normal” y no al nivel “grave”, como afirma la hipótesis.

Tercera hipótesis. El nivel de autoestima que presentan las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años es bajo

Los datos expuestos en la hipótesis 3 se **rechazan** en virtud de que los resultados que surgieron tras la aplicación del test de Coopersmith indican que la autoestima promedio de las mujeres de la muestra es “medio bajo”, por lo tanto no corresponde con el nivel “bajo” que se planteó en la hipótesis.

Cuarta hipótesis. Las mujeres con obesidad de 23 a 45 años tienen un nivel de preocupación extrema por su imagen corporal.

Tras la evaluación realizada a las mujeres con obesidad se evidenció que en la hipótesis 4 se **rechaza** ya que los resultados que se observaron en esta investigación indican que el nivel de preocupación que muestran las mujeres que tienen obesidad corresponde a la categoría “moderada preocupación” y no así a la categoría “extrema” como se plantea en la hipótesis.

CAPÍTULO
VI
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se presentan las conclusiones de todo el trabajo investigativo, las cuales se las expone en el orden lógico de los objetivos específicos.

En relación al objetivo uno: 1.- Analizar los principales rasgos de personalidad de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija

El perfil de personalidad de las mujeres que tienen obesidad es el siguiente:

Puntajes bajos

Q2. Adhesión al grupo (87%). Las mujeres con obesidad presentan una elevada necesidad de afiliación, gran dependencia hacia la opinión del grupo por lo que suelen tomar decisiones en base a lo que los demás piensan o lo que establece la sociedad.

Por lo tanto tienen el deseo de tener amigos, establecer relaciones recíprocas, y cooperar con los demás".

Q3. Baja integración (68%). Manera de ser poco ordenada y metódica, empiezan muchas actividades pero no tienen la perseverancia para terminarlas con éxito. Tienen escaso control en sus necesidades biológicas por lo que son presa fácil de sus instintos, como la gula, el desorden, la impuntualidad, la procrastinación, etc.

G. Poca Fuerza Del Súper Yo (56%). Despreocupadas, poca aceptación por las normas convencionales, escasa internalización de la autoridad, poca presencia de la culpa y vergüenza ante el incumplimiento de la ley.

Puntajes Altos

C. Mucha fuerza del yo (68%). Son mujeres con un elevado principio de realidad, por lo cual hacen frecuentes concesiones a la realidad, es decir, se adaptan a ella, a sus

principios, valores y costumbres. Esto les lleva a poseer equilibrio emocional, pues compatibilizan con su entorno y no son proclives a contrariar el consenso grupal. Sin embargo en su tendencia a adaptarse al entorno, pueden descuidar o subvalorar su propio punto de vista o intereses personales.

O. Inseguridad (63%). Con frecuencia se sienten agobiadas, inquietas, ansiosas, inseguras y preocupadas, lo cual puede llegar a desarrollar algún nivel de ansiedad y depresión. No se sienten cómodas al momento de emitir su punto de vista, someten su manera de ser a las presiones grupales, cambian con facilidad de opinión y, por tanto, no son perseverantes en la mayor parte de los emprendimientos.

Q4. Mucha tensión (60%). Son mujeres que muestran una personalidad angustiada, tensa, irritable, frustrada, impaciente e inestable; no pueden controlar adecuadamente sus emociones y son presa del pánico y de la desesperación. Esta elevada tensión ocasiona una pobre cohesión dentro del grupo, pues son ineficaces en todo lo que tiene que ver con el manejo emocional.

En **conclusión** , las mujeres que presentan obesidad se caracterizan por ser dependientes al grupo, es decir que se encuentran en una situación de incapacidad que les impide llevar a cabo actividades básicas del día a día. Estas mujeres necesitan la ayuda de una o más personas para realizar diversas tareas cotidianas y así mismo también presenta una falta de resolución, es decir que las mujeres con obesidad son extremadamente vulnerables a la opinión y presión grupal, son inseguras por lo cual se angustian pensando constantemente en la imagen que proyectan al grupo.

En relación al objetivo dos: 2.- Conocer el nivel de ansiedad de las mujeres con obesidad entre 23 y 45 años de edad de la ciudad de Tarija.

Las mujeres con obesidad presentan ansiedad normal. Este tipo de ansiedad es adaptativa y permite a la persona responder a los estímulos de su medio ambiente de

forma adecuada, sin incurrir en extremos altos o bajos. La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente, en tiempo, duración e intensidad.

Las mujeres que presentan un nivel de obesidad mórbida (grado 3) son las que experimentan más ansiedad: 45.5% a nivel muy grave a si mismo las mujeres divorciadas son las que sufren de mayor ansiedad, pues el 66.7% de las mismas tienen en promedio de ansiedad grave y el 33.3% está en el nivel de ansiedad muy grave.

En **conclusión** el 56% de toda la muestra de mujeres evaluadas presenta algún grado de ansiedad, que va desde el rango de “ligera” al más elevado: “muy grave” es decir que estas mujeres obesas suelen mostrar una preocupación persistente y excesiva por actividades o eventos, incluso asuntos comunes de rutina. La preocupación es desproporcionada con respecto a la situación actual, es difícil de controlar y afecta la forma en que se sienten.

En relación al objetivo tres: 3.- Identificar el nivel de autoestima de las mujeres con obesidad de 23 a 45 años de edad de la ciudad de Tarija.

Las mujeres con obesidad presentan una autoestima que se ubica en el nivel “medio bajo”.es decir que varía su percepción y valoración de sí misma dependiendo de muchos factores pero, sobre todo, de la opinión de los demás. La autoestima más baja se da en el área social.

Las mujeres con mayor grado de obesidad son las que tienen el nivel más bajo de autoestima (63.6%) y opuestamente, las mujeres con el menor grado de obesidad son las que presentan el nivel de autoestima más elevado (18.5% en la categoría medio alto).

Así mismo en el estado civil se puede observar que las mujeres con obesidad que están casadas son las que presentan el nivel más alto de autoestima (25.6% se ubican en el nivel medio alto). Las mujeres solteras ocupan un nivel intermedio y las mujeres divorciadas son las que tienen el nivel de autoestima más bajo (33,3%.)

En relación al objetivo cuatro: 4.- Describir la imagen corporal que tienen las personas con obesidad entre 23 y 25 años de la ciudad de Tarija.

La mayor parte de las mujeres obesas se ubica en el rango de moderada preocupación. A mayor grado de obesidad, mayor preocupación por la imagen corporal.

Las mujeres divorciadas son las más preocupadas por su figura. Las mujeres casadas son las que en menor grado presentan “extrema preocupación” y las mujeres solteras presentan una ubicación intermedia.

En conclusión las mujeres de la muestra presentan obesidad por diversos factores: sociodemográficos, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto se observa que las mujeres con obesidad varían su percepción y valoración de sí misma dependiendo de muchos factores pero, sobre todo, de la opinión de los demás.

6.2. RECOMENDACIONES

En base a los resultados expuestos en este documento se sugieren las siguientes recomendaciones:

6.2.1. A las mujeres participantes en la investigación

A todas las participantes de este estudio, a tiempo de agradecerles por su valiosa colaboración, se les sugiere solicitar asistencia psicológica para poder superar el problema de la obesidad. Si bien todas las participantes de esta investigación manifiestan expresamente el deseo de someterse a un régimen para bajar de peso y cambiar de hábitos de vida para superar la obesidad, carecen de las estrategias necesarias para poder llevar a la práctica ese propósito. Más de una de ellas no terminaron de aceptar su problema en la justa dimensión, pues consideran que *si*

quisieran podrían bajar de peso, ya que incluso relatan experiencias en las que cuando se lo propusieron bajaron muchos kilos de peso en pocos días o semanas.

Otro grupo de mujeres desarrollaron el síndrome de fracaso o resignación, indicando que ya intentaron por todos los medios de bajar de peso, pero siempre terminaron fracasando. Esta resignación aceptada influye de manera negativa en su autoestima, convirtiéndose en un círculo vicioso que aumenta la probabilidad de fallar en el cumplimiento de todo régimen alimenticio y de cambio de vida.

La mayoría de las mujeres evaluadas sufren de problemas alimenticios como un síntoma de problemas latentes, posiblemente asociados al tipo de apego que tuvieron en la infancia con la madre. Tal como indica la teoría sobre este tema, se ha visto que muchas de las mujeres estudiadas sufrieron en su infancia el abandono afectivo de la madre o la rudeza y autoritarismo del padre. Todas estas mujeres intentan combatir la obesidad en sí misma, sin atacar el verdadero problema psicológico que se encuentra latente y reprimido.

Por todos estos argumentos, la recomendación que se hace a las mujeres de la muestra es que soliciten asesoramiento psicológico para poder comprender la verdadera causa de su problema y poder adoptar una estrategia válida y consistente que les lleve a un cambio de vida estructural que les permita superar la obesidad.

6.2.2. A futuros investigadores del tema.

En base a las preguntas sin responder que quedaron de este estudio, se emite las siguientes recomendaciones a los futuros investigadores del tema:

- 1) Estudiar la relación entre el método de crianza de los padres y las conductas alimenticias que ocasionan y mantienen la obesidad. Particularmente, analizar el tipo de apego que tuvieron las personas obesas con sus progenitores, pues por los datos recabados en esta investigación y por la teoría existente al respecto, se

considera que esa relación es fundamental para comprender el fenómeno de la obesidad y poder formular estrategias efectivas para modificar los patrones alimenticios anómalos que ocasionan el sobrepeso.

- 2) Estudiar el porqué de la aparente contradicción entre los resultados que surgen de la aplicación del 16 PF, pues en este test las mujeres evaluadas dieron elevada tensión, sin embargo en el test de ansiedad de Rojas la mayor parte de las mujeres se ubicaron en la categoría de ansiedad normal.
- 3) Se recomienda estudiar por qué la condición de divorciadas empeora la situación de por sí crítica de las mujeres obesas, pues todas las mujeres que se encuentran en este estado civil, dan un perfil de personalidad con mayor inseguridad, con mayor ansiedad, con menor autoestima, etc.
- 4) Se recomienda estudiar la relación entre edad y grado de preocupación por la imagen corporal, pues los datos de este estudio revelan que a medida que aumenta la edad, disminuye la preocupación por el cuerpo. No hemos encontrado ninguna explicación de por qué sucede este fenómeno, quizás sea que a medida que transcurre el tiempo se adquiere una especie de resignación por la obesidad, lo cual ocasiona que la preocupación disminuya.

