



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“ESTUDIO CORRELACIONAL DE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y
RASGOS DE PERSONALIDAD EN PERSONAS CON OBESIDAD”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autoras: María José Piedra Carrión.

Michelle Coello Salcedo.

Directora de Tesis

Magister. Eva Karina Peña Contreras

Cuenca-Ecuador

2014

DEDICATORIA

Dedico especialmente este trabajo a Dios por ser mi amigo incondicional y acompañarme en cada paso de mi vida, al hacerme sentir su presencia en mi corazón y que de esta forma yo pueda cada día alcanzar mis sueños.

A mis Papis por ser mi fuente inagotable de apoyo, mi ejemplo de amor, responsabilidad, perseverancia y mi razón de ser.

A mis hermanos Mateo y Boris por ser mis tesoros más grandes y llenar mi vida de alegrías, motivándome constantemente para ser mejor.

A mis niños de Solca por ser mi inspiración y mi ejemplo de lucha infatigable.

A todas las personas que Dios ha puesto en mi camino, ya que cada una de ellas desde su forma de ser han representado una luz en mi vida para que yo pueda ser quien soy especialmente Aspacita, Piedad, Michi, Carmen, Roberto, Fabricio, Diana, David, Pedrito, Joaquín, Roberto A y Caro.

Michelle Coello S.

En primer lugar quiero dedicar este trabajo a Dios que al ser quien constantemente ilumina el camino de mi vida, me ha permitido alcanzar una más de mis metas.

A mis padres quienes han sido a lo largo de mi vida mi apoyo incondicional y mi principal ejemplo a seguir, gracias a ellos, he podido alcanzar este importante peldaño de mi vida profesional.

A mis hermanas y cuñados que forman parte importante de mi vida y son mi soporte y ejemplo de responsabilidad y superación.

A Felipe, quien ha sido una fuente muy importante de apoyo, motivación y amor.

María José Piedra Carrión

AGRADECIMIENTOS

Queremos empezar agradeciendo a la Universidad del Azuay por toda la formación que nos ha brindado durante estos cinco años de carrera para poder desarrollarnos como mejores seres humanos y futuras profesionales en el área de la salud mental.

De igual manera queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al Hospital del día Carlos Elizalde, especialmente al Doctor Freddy Maxi y la Doctora Fernanda Carrasco por su apoyo incondicional, sobre todo a cada uno de los pacientes del Club Vida Sana, quienes prestaron su valiosa colaboración para poder llevar a cabo este proyecto.

Finalmente queremos agradecer a nuestra Directora de Tesis Magister Eva Peña por toda su guía y apoyo desinteresado para poder desarrollar de la mejor manera este trabajo de investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

1	DEDICATORIA.....	2
2	AGRADECIMIENTOS.....	3
3	RESUMEN.....	7
4	JUSTIFICACIÓN	9
5	INTRODUCCIÓN.....	10
1	CAPÍTULO 1: LA OBESIDAD	12
1.1	Introducción	12
1.2	Antecedentes históricos de la obesidad	12
1.3	Factores etiológicos de la obesidad.....	18
1.3.1	Factores genéticos	19
1.3.2	Factores metabólicos, endócrinos y del sistema nervioso central	21
1.3.3	Factores alimenticios y estilo de vida	21
1.3.4	Factores psicológicos	22
1.3.5	Factores socioculturales.....	23
1.4	Consecuencias de la obesidad.....	27
1.4.1	Consecuencias físicas	27
1.4.2	Consecuencias psicológicas.....	28
1.5	Conclusiones.....	32
2	CAPÍTULO II: PERSONALIDAD	34
2.1	Introducción	34
2.2	Constitución y factores influyentes de a personalidad	35
2.2.1	El temperamento	36
2.2.2	El carácter.....	38
2.3	Teorías de Personalidad	40
2.3.1	Teoría Psicoanalítica.....	44
2.3.2	Teoría Conductual	59
2.3.3	Teoría Cognitiva	65
2.3.4	Teoría Humanista Existencial	69
2.3.5	Abordaje integrativo de la personalidad.....	77
2.4	Personalidad normal y patológica.....	81
2.5	Test de la Persona Bajo la Lluvia	88
2.6	Conclusiones.....	96
3	CAPÍTULO 3: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	97
3.1	Introducción	97
3.2	Depresión y sus causas	98
3.2.1	Factores biológicos.....	100
3.2.2	Factores genéticos - herencia	101
3.2.3	Factores ambientales	101
3.2.4	Factores psicológicos	102
3.2.5	Factores secundarios a otras enfermedades	104
3.2.6	Depresión y obesidad.....	105
3.3	Escala de Depresión de Hamilton.....	106
3.4	Ansiedad y sus causas	109
3.4.1	Factores genéticos - herencia	110
3.4.2	Factores biológicos.....	110

3.4.3	Factores bioquímicos	111
3.4.4	Factores ambientales	112
3.4.5	Factores psicológicos	112
3.4.6	Ansiedad secundaria a otras enfermedades.....	115
3.4.7	Ansiedad y obesidad	115
3.5	Escala de Ansiedad de Hamilton	117
3.6	Conclusiones.....	120
4	CAPITULO IV: METODOLOGÍA Y RESULTADOS	121
4.1	Tipo de estudio	121
4.2	Población.....	121
4.2.1	Población de referencia	121
4.2.2	Población de estudio	121
4.3	Variables.....	121
4.4	Metodología	122
4.4.1	Justificación de la metodología	122
4.4.2	Criterios de inclusión y exclusión	122
4.4.3	Recolección de la información	123
4.4.4	Aplicación y calificación.....	123
4.5	Resultados	131
4.5.1	Resultados de los datos sociodemográficos	132
4.5.2	Resultados de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton	138
4.5.3	Resultados de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton	138
4.5.4	Correlación final de los niveles de ansiedad y depresión con la obesidad.	140
4.5.5	Resultados de la aplicación del Test Bajo la Lluvia.....	141
4.5.6	Correlación final entre rasgos de personalidad y obesidad.....	151
5	DISCUSIÓN	152
6	CONCLUSIONES FINALES.....	156
7	RECOMENDACIONES	159
8	BIBLIOGRAFÍA	160
9	ANEXOS	169

**ESTUDIO CORRELACIONAL DE NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN
Y RASGOS DE PERSONALIDAD EN PERSONAS CON OBESIDAD**



Venus de Willendorf. Museo de Historia Natural Viena. Herrador, J. (2010). Cuando el juego se convierte en obra artística. *Emasf*, 10, p.55. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2480147.pdf>

ABSTRACT

"Correlational study of anxiety and depression levels and personality traits in people with obesity"

Obesity is an alarming condition in society. WHO (World Health Organization) considers this a public health problem due to the negative impact on the biological and psychological levels. On this basis, we decided to conduct a study in our environment to be able to visualize the relationship of anxiety, depression and personality traits common in people who suffer obesity. We worked with 53 patients in "Carlos Elizalde" Hospital, applying Hamilton anxiety and depression Scale and "Draw a Person in the Rain" (DAPR) Test. Finally it was found that there is a significant relationship between these variables and obesity, recommending that the psychological aspect should be included in the treatment.

Keywords: Obesity, Body Mass Index, Anxiety, Depression, Personality.



Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

RESUMEN

“Estudio correlacional de niveles de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad en personas con obesidad”

La obesidad es una enfermedad alarmante en la sociedad, la OMS la considera un problema de salud pública debido a las repercusiones negativas a nivel biológico como psicológico. Por ello se decidió realizar un estudio en nuestra cultura, que visualice la relación de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad comunes en personas con obesidad. Se trabajó con 53 pacientes del Hospital del día Carlos Elizalde, aplicando la escala de ansiedad y depresión de Hamilton así como el “Test bajo la lluvia”. Finalmente se comprobó que existe una relación significativa entre las variables mencionadas y la obesidad, recomendándose incluir el aspecto psicológico en el tratamiento.

Palabras claves: Obesidad, Índice de masa corporal, Ansiedad, Depresión, Personalidad.

JUSTIFICACIÓN

En virtud de la información obtenida y la observación realizada sobre la atención al grupo de pacientes “Vida Sana” del Hospital del día Carlos Elizalde, quienes muestran índices de obesidad, se ha podido constatar que este grupo recibe atención médica, nutricional, odontológica así como fisioterapia, no obstante, la parte psicológica ha quedado relegada debido a la falta de conocimiento sobre las repercusiones negativas que se producen en esta área, ocasionando que se le preste poca atención, por lo tanto consideramos de vital importancia realizar un estudio que advierta sobre los efectos psicológicos en las personas que tienen obesidad.

La confirmación de la hipótesis que establece que en nuestra sociedad existen patrones similares de estilos de personalidad y niveles de ansiedad y depresión en pacientes con obesidad, permitirá no sólo corroborar los estudios que en otras latitudes han encontrado tal correlación de obesidad con alteraciones psicológicas, sino confirmar la necesidad de tratar el aspecto psicológico en dicho grupo de pacientes, para de esta manera poder brindarles un tratamiento integral que mejore su calidad de vida. De igual forma la ratificación de dicho supuesto permitirá confirmar cuáles son los aspectos más relevantes y específicos que demandan las personas con obesidad, de tal manera que en un futuro la psicoterapia se centre en las necesidades puntuales de estos pacientes, y así se obtengan resultados más eficaces durante la misma.

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años y en la actualidad, muchos han sido los estudios realizados en diferentes países sobre la obesidad y sus repercusiones psicológicas, así como los rasgos o tipos de personalidad en esta población, no obstante, en nuestro país este tema ha sido poco investigado, es por ello que hemos visto la necesidad de realizar este estudio en el que podamos constatar que al igual que en otros países, en el nuestro también existen repercusiones psicológicas negativas y rasgos de personalidad específicos en este grupo de población.

A continuación, en los diferentes capítulos se desarrollan todos estos aspectos, estudiando de manera exhaustiva cada uno de ellos, en primer lugar veremos la obesidad, que a lo largo de la historia ha tenido diferentes concepciones, llegando a ser considerada en la actualidad como una patología con altos riesgos de mortalidad, que se debe a múltiples factores como son los sociales, ambientales, biológicos, psicológicos, entre otros y que tiene graves consecuencias, tanto físicas como psicológicas para la salud. En razón de esto, se analiza de manera detallada los antecedentes, las causas y consecuencias de la misma.

Por otra parte, en el segundo capítulo se aborda el tema de la personalidad, que al ser tan complejo, hemos considerado necesario estudiar los diferentes autores que hablan de la misma desde sus perspectivas y escuelas psicológicas diferentes, así como los factores que influyen y constituyen la personalidad. Además al ser uno de los objetivos de este trabajo, medir los rasgos de personalidad de los individuos con

obesidad, hemos escogido el test de la persona bajo la lluvia, para identificar los mismos, por lo que también se analiza detenidamente la utilidad del mismo.

De la misma manera, en el tercer capítulo, se estudia la ansiedad y la depresión que al igual que la obesidad tienen múltiples factores causales y repercusiones perjudiciales para la salud. Además mediante la revisión de diferentes investigaciones se realiza una correlación entre estas psicopatologías con la obesidad, para entender de mejor manera esta relación, y así justificar la necesidad de atender las dificultades psicológicas de estas personas.

Finalmente, en el último capítulo se realiza el análisis estadístico de los datos obtenidos de los instrumentos aplicados a las personas con obesidad y se examinan los resultados, para de esta manera correlacionar tanto la ansiedad, la depresión y los rasgos de personalidad comunes en las personas con obesidad, además con dichos resultados se podrá confirmar o no la hipótesis planteada inicialmente y así realizar una discusión final.

CAPÍTULO 1: LA OBESIDAD

2.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define a la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para concluir que un individuo presenta obesidad, se necesita que tenga un índice de masa corporal igual o mayor a 30, la misma que se obtiene por medio de la división del peso en kilos de un individuo, por el cuadrado de su talla en metros. La obesidad ha sido tratada de diferentes formas dependiendo del momento histórico en la que ha sido estudiada, no obstante, con el paso del tiempo se la considera con mayor fuerza como un problema importante de salud pública debido a las repercusiones negativas que acarrea y al alto grado de comorbilidad asociada a esta patología.

A continuación desarrollaremos los aspectos más importantes de la historia de la obesidad, y como esta última ha sido concebida a lo largo del tiempo, del mismo modo detallaremos cuidadosamente los factores etiológicos que involucran esta patología junto con sus secuelas físicas y psicológicas, haciendo énfasis en estas últimas.

2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD

Hablar de la historia de la obesidad constituye un aspecto de vital importancia ya que permite tomar en cuenta los factores sociales y culturales que ha tenido esta patología a través del tiempo, así como comprender de qué manera la medicina y las diferentes ramas de la salud han tratado este problema y cuáles han sido las herramientas utilizadas para tratarlo. Si nos remontamos en el tiempo, vemos que la

obesidad está presente desde la prehistoria, en ese entonces el ser humano vivía a través de la caza y la recolección, teniendo espacios en los que carecía de alimento, esto daba como resultado que existan genes ahorradores que favorecían el depósito de energía en el organismo, que en última instancia favorecían su supervivencia.

Hace doce mil años se cambiaron los hábitos de cazar y recolectar cuando el ser humano logró la domesticación de plantas y animales, este periodo conocido como revolución neolítica puede ser tomado como el suceso más importante que favoreció la obesidad, ya que permitió el crecimiento de la población y la evolución de sociedades más complejas. (Foz, 2004). Por otra parte, consideramos además que este hito dio paso al sedentarismo, dando lugar a un menor gasto energético frente a un consumo más acentuado de alimentos, hecho que tiene repercusiones hasta la actualidad. La única prueba sobre la existencia de la obesidad en tiempos prehistóricos son las figuras de piedra que representan a la figura femenina con exceso de volumen en sus formas; la evidencia más famosa es la figurilla de la Venus de Willendorf mostrando obesidad abdominal, y a su vez esto como un símbolo de fertilidad (Luckie, Cortés & Ibarra, 2009).

Alrededor de ese mismo tiempo en Egipto a la obesidad se la percibía de forma positiva, “la corpulencia u obesidad era un signo de ahorro y poder, y por lo tanto un estado deseable” (Foz, 2004). A Su vez en Grecia Hipócrates y Platón brindaron sus respectivos aportes sobre esta enfermedad, Hipócrates en el siglo V a.C asoció la muerte súbita con la obesidad, así como la causa de la infertilidad en las mujeres. Por su parte Platón del siglo V al VI habló sobre la importancia de una dieta balanceada y afirmó que la obesidad se relaciona con una esperanza de vida menor. En Roma Galeno en el siglo II a.C ya insistía sobre la importancia del ejercicio y consejos para

combatirla “recomendó un tratamiento con masajes y algunos ungüentos diaforéticos” (Luckie *et al.*, 2009).

Más adelante en la cultura cristiana en el siglo V, se incorporó la glotonería como uno de los siete pecados capitales (Foz, 2004). Durante la Edad Media se puede percibir que la concepción de la obesidad iba cambiando, ya que debido a las repercusiones negativas de este problema, comenzaron a buscar medidas prácticas para combatirla, enfatizando principalmente en una dieta adecuada así como la necesidad de hacer ejercicio.

Posteriormente en la Edad Moderna, especialmente entre el siglo XVI y XVII, incrementan los estudios médicos en los cuales ya se abordan los aspectos clínicos de la obesidad, enfocándose en los aspectos físicos y químicos que constituyen una base teórica para la comprensión de la función del organismo. (Foz, 2004). Sin embargo, a pesar del análisis médico, la sociedad de ese entonces seguía considerando la obesidad como símbolo de atractivo sexual, así como de salud y bienestar, “el sobrepeso y la obesidad eran indicativos de éxito social y personal, así como de sensualidad y belleza indicando buena posición socioeconómica” (Ruiz, Fernández, Ríos & Lobera, 2010).

En el transcurso de la segunda mitad del siglo XVIII, exactamente en el año 1760 Malcom Flemyng, miembro de la escuela de Edimburgo, consideró ya a la obesidad como una patología, que interfiere con las funciones del cuerpo, disminuye la calidad de vida y produce múltiples alteraciones, a más de ello ya comienza a esbozar una teoría sobre las posibles causas de la obesidad y su vez las medidas terapéuticas específicas para combatirla. (Foz, 2004)

Ya en la edad contemporánea se dieron múltiples avances de la medicina especialmente en la escuela clínica de París, donde ya se habló sobre un diagnóstico completo de la obesidad, el mismo que estaba definido por “la excesiva acumulación de grasa en todo el organismo, formando externamente tumores adiposos e internamente con acumulación alrededor del corazón y cubriendo en los riñones” (Foz, 2004). A más de ello vale recalcar que la medicina francesa ya advertía sobre las innumerables afecciones ocasionada por esta patología, tales como la dificultad de la circulación, problemas en la locomoción, alteraciones de las funciones del organismo, inflamaciones entre otras.

Por su parte, durante las primeras décadas del siglo XIX, el prestigio de la medicina se trasladó a Alemania donde la medicina continuó con grandes avances, principalmente los estudios de laboratorio. Durante este tiempo se presentó la teoría que perduró hasta el siglo XX, que sostenía que algunos tipos de obesidad tenían íntima relación con el aumento de células adiposas. Mientras tanto ya en 1835, el estadístico y matemático Adolphe Quetelet publicó una obra en la cual propuso que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (kg/m^2), a lo que actualmente se le conoce como índice de masa corporal (Foz, 2004).

Como podemos ver, hasta ese entonces, los avances en la medicina se iban cada vez especializando más y por lo tanto las concepciones frente a la obesidad se iban tornando más complejas, puesto que ya se contaban con mayores y mejores herramientas que permitía corroborar de mejor forma cómo se desarrolla este proceso a nivel del organismo y cómo afecta en su funcionalidad; por ejemplo ya en la Edad Contemporánea se contaba con análisis de laboratorio que por ende permitían hacer estudios exhaustivos acerca de este problema.

Durante el inicio del siglo XX, el auge de la medicina se traslada a Estados Unidos, y es en ese lapso cuando a la obesidad se la clasifica como endógena o exógena dependiendo de si su aparición se debe a factores genéticos o al exceso de ingesta alimenticia y sedentarismo, a más de ello ya se habla de otros tipos de obesidad que están asociados a enfermedades hormonales como el Síndrome de Kushing e hipertiroidismo. (Foz, 2004).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, la medicina continúa enfatizando en tener una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico. Es importante mencionar que entre los estudios que se hicieron en esta época, se descubrió que el *gen ob* y la leptina jugaban un papel crucial en el desarrollo de la obesidad, este hallazgo permitió ampliar los conocimientos de la genética en relación a la misma, así como el peso corporal y las funciones hormonales de las células adiposas. A partir de este descubrimiento hasta la actualidad se han encontrado más de cuatrocientos genes que tienen relación con la predisposición a la obesidad. (Foz, 2004).

A pesar de que a lo largo del siglo XIX el ideal de belleza seguía asociado a las siluetas con formas redondeadas, a partir del siglo XX esta concepción cambia radicalmente ya que incluso en 1908 el diseñador Francés Paul Poiret manifiesta que el cuerpo con grasa no es moda (Ruiz *et al.*, 2010), este nuevo estigma de belleza se afianza aún más después de la Segunda Guerra Mundial, concepción que se mantiene hasta la actualidad. Uno de los más grandes problemas de este nuevo estándar de belleza es que las personas por querer alcanzar estos falsos ideales experimentan múltiples repercusiones negativas para su salud, que en última instancia se convierten en trastornos de la conducta alimentaria, es por las razones antes

mencionadas que la obesidad no sólo es asociada ahora como una enfermedad sino como un problema estético que estigmatiza negativamente a las personas.

Después de haber dado una lectura a la historia de la obesidad, tristemente podemos constatar que a pesar de los innumerables avances en la medicina y por ende del conocimiento sobre la génesis de esta enfermedad, irónicamente nos encontramos en una etapa de la historia donde este problema crece de manera desproporcionada, independientemente del nivel de desarrollo de cada país, pues actualmente la obesidad se ha convertido en una pandemia mundial. Los últimos datos de la OMS realizados en el año 2014 sugieren que cada año mueren alrededor de 2,6 millones de personas a causa de la obesidad, ya que es una de las principales causas de muerte, además se considera que en la actualidad existen más de 30 millones de obesos en el mundo y que uno de los problemas más difíciles de combatir en el siglo XXI es la obesidad infantil.

De igual forma es importante precisar sobre otro aspecto que se refiere al hecho de que a lo largo de la historia, la obesidad fue considerada de forma general como un problema que afectaba a la salud física, aunque hayan existido variaciones de una cultura a otra, no obstante, durante todo este tiempo se hablaba sobre sus consecuencias y sobre las posibles medidas para combatirla, sin embargo existe un aspecto que cambió radicalmente esta visión, ya que en la antigüedad a pesar de haber tenido conciencia de las repercusiones negativas que acarrea este problema, la obesidad seguía constituyendo un símbolo de belleza, poder y bienestar.

Sin embargo, a partir del siglo XX, indudablemente cambia esta concepción y la extrema delgadez pasa a ser el eje fundamental que determina la belleza y el status social, y por lo tanto la obesidad ya no simplemente es considerada como un

problema físico sino que además las personas que la padecen son duramente estigmatizadas y subvaloradas, desencadenando de esta forma múltiples consecuencias psicológicas, incrementando la aparición de trastornos alimentarios y trastornos mentales que han empobrecido la calidad de vida de las personas.

2.3 FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la influencia de factores ambientales y genéticos principalmente, pero dentro de los mismos existen otros factores como los sociales, psicológicos, metabólicos, celulares, moleculares, entre otros. Tanto el sobrepeso como la obesidad son el resultado de una compleja interacción entre los genes y el ambiente, que se caracterizan por un desequilibrio de energía debido a un estilo de vida sedentario, un consumo excesivo de energía, o ambos; son el resultado de un exceso de aportes calóricos en relación a su consumo.

En las últimas décadas se ha evidenciado una mayor ingesta de alimentos hipercalóricos y una menor realización de actividad física (Del Álamo, Gonzáles & Gonzáles, 2006), si tomamos en cuenta que actualmente las personas por sus diferentes tipos de trabajo ya no regresan a sus casas a comer, sino simplemente se alimentan de comida rápida podremos entender por qué existe esta creciente ingesta de alimentos hipercalóricos.

Por otra parte, el estilo de vida y el desarrollo de las sociedades han favorecido la expresión de los genes que predisponen a la obesidad, pues las personas consumen más alimento del que en realidad necesitan, no realizan actividad física, fuman, sufren problemas de ansiedad y todo ello contribuye a que la obesidad se manifieste,

es por ello que es de suma importancia poder identificar aquellos factores involucrados en la obesidad que son susceptibles de ser modificados, tales como factores psicológicos, hábitos alimenticios, tabaquismo, actividad física, ambiente cultural, estilo de vida, de tal manera que se pueda prevenir en un futuro el desarrollo de este trastorno, y más aún si se tiene mayor propensión a la misma debido a factores genéticos. Entre los factores más importantes involucrados en la etiología de la obesidad están:

2.3.1 Factores genéticos

En varios estudios realizados, se ha demostrado que tanto el factor genético como el ambiental tienen crucial importancia e influencia en el desarrollo de la obesidad. En un estudio realizado por Brawkin (1952) en familias con hijos biológicos y familias con hijos adoptivos, en las que uno o ambos progenitores padecían obesidad, se evidenció que en las primeras, los hijos biológicos también padecían obesidad o tenían un alto grado de propensión a desarrollar este trastorno, no obstante, en aquellas familias con hijos adoptivos en las que los uno o ambos padres padecía este trastorno alimenticio, igual existía obesidad en los hijos, por lo que se llegó a la conclusión de que a más del factor genético que influye notablemente en el desarrollo de la obesidad, los hábitos alimenticios y el estilo de vida de los padres, intervienen marcadamente en la génesis de este problema en los hijos.

Por otra parte, el descubrimiento en humanos del llamado gen de la obesidad o gen ob ha intentado dar una explicación más clara sobre la función de la herencia en el desarrollo de la obesidad. Este gen codifica la proteína leptina en las células adiposas, al parecer la leptina actúa a nivel del hipotálamo e influye en el apetito, saciedad y en el balance energético. Se ha descubierto que si existe una deficiencia

genética de la leptina en seres humanos, se alteran las señales de saciedad, produciendo como consecuencia hambre constante que conduce al consumo excesivo de alimentos (Overweight, underweight and weight, 1999).

Sin embargo, la mayoría de las personas obesas no tiene una deficiencia de leptina, por lo que su obesidad no se podría explicar por este hecho, sino más bien quedaría por demostrarse si se trata de una resistencia a ella, ya que las dietas ricas en grasas provocan en las neuronas una resistencia y desensibilización ante los receptores de esta sustancia, perdiendo así su capacidad de ejercer su función reguladora en cuanto al apetito y al peso, es por esta razón que algunas personas obesas parecen inmunes a la leptina, a pesar de tener altos índices de esta hormona en la sangre. (“Los cambios en el funcionamiento de neuronas son una causa de la obesidad”, 2013)

Arias, Jacobo y Naranjo (2004) exponen que el material genético determina en gran parte nuestras características, entre unas de ellas asociadas con la obesidad están: la velocidad del metabolismo, un metabolismo que actúa eficazmente predispone a la obesidad ya que almacena los nutrientes en grandes cantidades, por lo que si no se hace ejercicio físico constante la persona es susceptible de tener sobrepeso; existen organismos que favorecen la mayor acumulación de grasa en el tejido adiposo; la talla y constitución corporal, la fortaleza y resistencia durante la actividad física, la tendencia a enfermedades como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc.

2.3.2 Factores metabólicos, endócrinos y del sistema nervioso central

Sims (1976) ha postulado que una anomalía metabólica podría incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo y producir obesidad, además se conoce que el número de células adiposas puede aumentar a lo largo de la vida y no disminuye ante la pérdida de peso. Asimismo los factores endócrinos también se han visto involucrados en el desarrollo de la obesidad, ya que las alteraciones endócrinas son las causantes del desequilibrio hormonal, dando como resultado una afección en el comportamiento alimentario o en el gasto de energía, que al mismo tiempo producen un almacenamiento de energía en el tejido adiposo, no está por demás señalar que el tejido adiposo secreta una serie de proteínas que contribuyen a explicar la relación entre obesidad y los estados patológicos .

Por otra parte, los mecanismos que regulan el ingreso de energía o la conducta de comer, se localizan en el sistema nervioso central; este sistema cumple una función muy importante en la regulación del mecanismo energético al influir sobre la secreción hormonal, específicamente el hipotálamo es la porción del encéfalo de mayor influencia en la regulación de la ingesta de alimentos, por lo que una alteración en el mismo puede desembocar en un trastorno alimenticio como es la obesidad. (Sims, 1976).

2.3.3 Factores alimenticios y estilo de vida

Como hemos dicho anteriormente, la obesidad es el resultado de la ingesta excesiva de energía frente a un gasto reducido de la misma, este hecho se da con mayor frecuencia en personas susceptibles o más vulnerables a la obesidad, ya sea por factores genéticos o ambientales, además una vez instaurado este problema, otros

factores como los metabólicos, hormonales, psicológicos, etc. pueden contribuir a mantener o agravar esta situación, llegando a producir dificultades mayores en el individuo así como enfermedades mortales.

La sobrealimentación se puede dar en cualquier etapa de la vida, no obstante, mientras más temprano sea su inicio, al igual que cualquier otra enfermedad, mayores consecuencias se darán en el futuro y será más difícil tratarla. Investigaciones plantean que la nutrición materna antes y durante el embarazo llega a ser un factor esencial del peso corporal del individuo al nacer y durante su vida adulta, sin embargo, tal afirmación no es considerada como algo absoluto, ya que también existen estudios que no encuentran ningún tipo de relación del peso materno con el peso del individuo al nacer y en la edad adulta. (Siegel & Morris, 1975).

Uno de los principales problemas respecto a la sobrealimentación infantil es que en las sociedades de hoy en día las madres dan exceso de comida a sus niños, llenándolos de golosinas o chatarra muchas veces como una forma de brindar afecto, y no consideran que si bien los niños tienen que aprender a comer de todo, deben ir regulando las cantidades de comida tomando en cuenta cuáles son sus necesidades dependiendo de la edad que están cursando, de lo contrario el cuerpo a tempranas edades se acostumbrará a recibir mayor aporte calórico de lo que en realidad necesita.

2.3.4 Factores psicológicos

Los factores psicológicos juegan un papel sumamente importante en el desarrollo de la obesidad, aunque hasta ahora no se ha llegado a determinar si la obesidad está desencadenada por ciertos trastornos psicológicos, o si ésta es la causante de los

mismos. Sin embargo, se ha encontrado que las personas que padecen obesidad presentan muchos síntomas psicológicos como son la ansiedad, depresión, baja autoestima, culpabilidad, frustración, entre otros. (Arias *et al.*, 2004).

También es menester recalcar que la obesidad no ha sido atribuida a ningún tipo de personalidad ni trastorno psiquiátrico específico, aunque existen personas con ciertos rasgos de personalidad o desequilibrios emocionales que pueden ser más vulnerables de desarrollar este problema. Se sabe que los alimentos, tanto para las personas que padecen obesidad como para las que no la padecen, cumplen una función que va más allá de nutrición, ya que actúan también como un elemento para mitigar las diferentes tensiones emocionales, aunque específicamente en los casos de obesidad, se ha observado que su aparición se relaciona con los eventos estresantes de la vida que llevan a la utilización de la comida como refugio de las frustraciones, tristezas, necesidades y temores (Silvestri & Staville, 2009)

2.3.5 Factores socioculturales

Estudios nos indican que muchas influencias en el desarrollo de la obesidad consisten en factores socioculturales que definen las opciones para realizar actividades físicas y comer, como los hábitos personales de alimentación, patrones familiares de alimentación e influencia de los medios (Cabello & Zuñiga, 2009). En los últimos tiempos se ha visto un incremento de puestos de trabajo donde no se hacen actividades físicas, ya que la mayor parte del tiempo los empleados pasan sentados, sumado a esto muchas personas dedican varias horas del día a ver televisión, disminuyendo así las posibilidades de realizar algún tipo de actividad que requiera esfuerzo físico, otras de las causas del sedentarismo está influido por la urbanización de ciudades tan grandes que obligan a las personas a utilizar vehículos

y por lo tanto hacen que la actividad física que tengan sea muy escasa. (Luckie *et al.*, 2009)

En un estudio realizado por Calvo y Medina (2009), encontraron que la mayoría de personas obesas entrevistadas, entre sus hábitos alimenticios acostumbraban a consumir tres comidas grandes al día, y entre éstas, picaban alimentos con altos valores calóricos, además, por cuestiones de trabajo un gran porcentaje de estas personas comían fuera de sus hogares, en los restaurantes de comida rápida debido a la falta de tiempo, lo que según afirmaban había sido de cierta manera, lo que las llevó a ganar peso. Si realizamos un análisis de lo que sucede en Ecuador fácilmente podremos percatarnos que este patrón se repite en nuestra sociedad, pues debido a que actualmente las jornadas laborales solo brindan entre 30 a 60 minutos para comer, las personas optan por tomar su almuerzo en restaurantes que no siempre brindan alimentos sanos con bajos nivel de grasas.

Otro de los aspectos estudiados fueron los patrones alimenticios familiares, en los cuales se encontró una gran responsabilidad por parte de los cuidadores, ya que desde la infancia estas personas no fueron inculcadas con buenos hábitos alimenticios. La tecnología por su parte, ha sido un factor influyente en la obesidad al momento de realizar publicidad, pues la televisión o el internet a más de quitar el tiempo a las personas para realizar actividad física, han sido los encargados de promocionar todo tipo de comidas, especialmente aquellas con altos niveles energéticos; por ejemplo en los medios de comunicación del Ecuador se ve constantemente la persuasión para el consumo de este tipo de productos, ya que se presentan asiduamente propagandas que fomentan la ingesta de alimentos como Pizza Hut, Coca Cola, Burger King, entre otros. En el estudio Calvo y Medina

(2009), los pacientes afirmaron que observar este tipo de publicidad los ha llevado a consumir dichos alimentos, por el deseo que les provocó mirarlos.

En cuanto a la percepción de las personas con obesidad, se ha observado que la mayoría de ellas están conscientes que esto es un grave problema en su salud, e incluso han intentado varios tipos de tratamiento para bajar de peso, sin embargo al momento de lograrlo, se encuentran con la ardua tarea de mantener tanto el peso logrado; como los nuevos hábitos alimenticios, con la finalidad de evitar futuras recaídas. En la sociedad actual la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa (Silvestri & Staville, 2009), es por esta razón que asociado a este problema alimenticio se encuentran muchos síntomas psicológicos.

Se ha constatado en un estudio realizado por Duque (2013) en Ecuador, que “en la publicidad y el marketing la figura femenina y su estética es utilizada para la transmisión de mensajes”, ya que se le da una gran importancia al aspecto físico, idealizando el prototipo de la delgadez, esto implica un conflicto psicológico para las personas que no están dentro del estereotipo de belleza ya que ocasionan que sientan rechazo hacia su imagen corporal.

Además de las causas conocidas y descritas, se han encontrado nuevos factores comunes entre los pacientes que presentan obesidad, estos no han sido estudiados de manera exhaustiva debido a que son hallazgos recientes e inéditos. Entre ellos tenemos: El sueño inadecuado, ya que el promedio de horas dedicadas al sueño ha disminuido considerablemente, especialmente por las actuales exigencias académicas y laborales; los interruptores de la endocrina, lo cual se trata de una sustancia que ha

sido encontrada en ciertos alimentos que pueden alterar las grasas en el cuerpo; las temperaturas agradables, pues el avance tecnológico ha facilitado el uso de aire acondicionado y calefacción, no obstante este hecho limita el consumo calórico derivado del sudor y el frío.

Disminución de las personas que fuman, conocemos que el cigarrillo es un supresor del apetito y al no ser consumido produce que las personas tengan más hambre; medicinas que producen ganancia en el peso tales como los glucocorticoides, antidepresivos tricíclicos, ciprohepatadina, fenotiazinas; los cambios demográficos pues existe un mayor número de población de mediana edad y de raza hispana, la misma que tiene mayores tasas de incremento de mujeres mayores que dan a luz, situación que se relaciona con partos de niños muy voluminosos; la influencia genética durante el embarazo; la selección natural de Darwin cuya teoría sostiene que la gente obesa sobrevive a los delgados; y por último sexo entre los obesos lo que aumenta las probabilidades de tener hijos con las mismas características. (“Diez nuevas causas de la obesidad”, 2006)

Finalmente, después de haber estudiado las principales causas que dan origen a la obesidad, encontramos la respuesta sobre la eficacia o ineficacia de los tratamientos para la misma, tomando en cuenta que al ser una enfermedad multifactorial en su etiología, su abordaje varía de una persona a otra, dependiendo de las causas que la desencadenaron, de tal manera que para muchas personas la actividad física es de gran ayuda para reducir el peso, mientras que para otras, esta actividad no les es suficiente; lo mismo pasa con la ingesta diaria de alimentos, así como para ciertas personas ingerir menos les ayuda a reducir su peso corporal, para otras personas esta menor ingesta no les favorece. Al no haber un único factor que controla la obesidad,

no puede haber un solo para tratamiento para abordarla (*Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología*, 2004). Por lo tanto para que un tratamiento sea eficaz, es fundamental conocer la causa que ha desencadenado, de tal manera que podamos trabajar de manera directa con el factor originario de la misma.

2.4 CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD

2.4.1 Consecuencias físicas

Actualmente la OMS considera a la obesidad como uno de los 10 principales retos de la salud mundial, debido a la asociación de altos niveles de mortalidad con esta patología, pero a más de ello se sabe que la obesidad cursa con un alto grado de morbilidad que hace que sea inminente tratarla como una política de salud pública. Ahora bien, se conoce que la obesidad está asociada con múltiples enfermedades y síndromes, se sabe que a consecuencia de esta enfermedad se producen infartos ocasionados por la muerte de los tejidos del corazón, cáncer, especialmente de colon, próstata y mamá, los mismos que se originan debido a la multiplicación anormal de las células.

De igual forma la obesidad ocasiona diabetes debido a la acumulación de glucosa en la sangre. A más de los padecimientos mencionados anteriormente la excesiva acumulación de grasa corporal produce múltiples problemas como lo es la infertilidad, dislipedemia, apnea de sueño, desgaste de las articulaciones, entre otros (Bersh, 2006). En el 2004 el estudio de Rodríguez mostró que entre las enfermedades más sobresalientes causadas por la obesidad están la diabetes Mellitus tipo 2, resistencia insulínica, hipertensión, cardiopatías, afecciones respiratorias, enfermedad coronaria, problemas cerebro vasculares.

2.4.2 Consecuencias psicológicas

Sin duda alguna la asociación de múltiples enfermedades con la obesidad genera mucha preocupación para quienes trabajan para la salud, sin embargo las repercusiones negativas y enfermedades asociadas no sólo se dan a nivel biológico, pues la obesidad también tiene un fuerte impacto psicológico por lo que a continuación se hace inminente mencionar cuáles son las secuelas negativas que se dan a nivel emocional, “la obesidad, por sí misma, no es un trastorno psiquiátrico, sin embargo la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos que buscan ayuda médica en comparación con la población general, permite visualizarla como un problema psiquiátrico”. (Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006).

Dichos problemas psiquiátricos se han visto confirmados en diversos estudios, Ruiz *et al.*, (2010), realizaron una revisión bibliográfica de la base de datos Medline de artículos de los últimos 5 años, que traten temas de trastornos de personalidad y obesidad mórbida, obtuvieron un total de 79 artículos de los cuales 53 guardaban relación directa con el tema, después de estudiarlos concluyeron que los principales problemas están relacionados con trastornos afectivos, como lo son la ansiedad “las personas con obesidad, manifiestan síntomas de ansiedad, sintomatología causada por el sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial provocada por la discriminación social”(Ruiz *et al.*, 2010).

No obstante la ansiedad también podría estar asociada al hecho de intentar bajar de peso restringiendo su alimentación, lo que conlleva que la persona tenga síntomas de ansiedad al tener que luchar interiormente para privarse de ciertos alimentos; la depresión que se encuentra directamente relacionada con la insatisfacción corporal,

ya que las personas constantemente se comparan con estereotipos de belleza que ven muy lejos de alcanzarlos, por ello es muy frecuente que estas personas tengan baja autoestima, a más de ello el grado de frustración que experimentan cuando ven que sus intentos de bajar de peso son inútiles hacen que los sentimientos de tristeza aumenten, de igual manera otro de los síntomas asociados a la obesidad es la fobia social, la misma que es producto de la segregación por parte de la sociedad, es por ello que quienes la padecen se vuelven seres aislados y temerosos, ya que no pueden soportar el hecho de ser criticados o ridiculizados por su peso. (Ruiz *et al.*, 2010).

Del mismo modo se ha confirmado otra manifestación patológica que es la bulimia, pues en determinado momento la persona tras haber ingerido grandes cantidades de comida, debido a episodios de atracón, siente exceso de culpa, lo que le lleva a adoptar conductas compensatorias como el vómito o el uso exacerbado de laxantes con el fin de no ganar peso. Asimismo se ha constatado que existen síntomas relacionados a las funciones cognitivas, los cuales producen alteraciones en la concentración y atención, que en última instancia tienen repercusiones a nivel laboral debido a la pobre e ineficiente productividad que manifiestan este grupo de personas. (Ruiz *et al.*, 2010).

Es importante aclarar respecto a las repercusiones negativas a nivel laboral, no únicamente se deben a las alteraciones cognitivas, pues sabemos tanto por estudios hechos a lo largo de los años, así como por experiencia que las personas con obesidad tienen menos oportunidades de trabajo, porque lamentablemente estas personas rompen con el prototipo de la imagen del trabajador ideal que demandan los empleadores, entonces es inevitable que este grupo de personas no tenga conflictos a nivel emocional si sufren una terrible marginación. Ahora después de lo expuesto

anteriormente surge la incógnita de si estos problemas psicológicos influyen negativamente en el desarrollo de la enfermedad, o simplemente estancan el tratamiento de la misma.

En el año 2012 López, Cabranes, Sánchez, Velao, Sáenz, Torres, Acnic, Cabrerizo, Rubio, López, y Barabash intentaron demostrar como la psicopatología puede influir en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, para su estudio examinaron a 55 sujetos obesos y 66 controles, empleando las siguientes herramientas de valoración de la personalidad: MCMI-II, TCI-R, EPQ-A, BIS-11 y SSS. Al final de la investigación se constató que las personas con obesidad puntuaban más alto que el grupo control en depresión mayor, pensamiento psicótico, ansiedad, abuso de alcohol, sin embargo no lograron determinar si estos aspectos constituían factores que desarrollen o mantengan la obesidad.

No se puede soslayar que muchos de los estudios que se han centrado en determinar los síntomas comunes en las personas con obesidad han tenido la intención de demostrar si estos síntomas constituyen factores mantenedores de la enfermedad, sin embargo no han podido lograrlo “en el futuro, sería de interés realizar estudios longitudinales en pacientes obesos para asociar parámetros de personalidad con el éxito o fracaso de la pérdida de peso” (López *et al.*, 2012,).

Finalmente otra de las consecuencias provocadas a nivel psicológico son las alteraciones que se producen a nivel de la personalidad; cuando hablamos de personalidad inevitablemente nos referimos a “un patrón enraizado de modos de pensar, sentir, y comportarse que caracterizan el estilo de vida y modo de adaptarse único de un individuo, los que son la resultante de factores constitucionales, evolutivos y sociales” (Sostín, 2002).

La personalidad es la característica que nos determina y que nos permite ajustarnos al medio; es necesario resaltar que aunque los rasgos de personalidad son estables en la persona, estos podrían llegar a variar frente a eventos vitales específicos. Los estudios realizados hasta el momento indican que las personas con obesidad muestran rasgos de personalidad en común, tales como lo indica Ruiz *et al.* (2010) en su investigación: alexitimia, anhedonia, impulsividad, dependencia interpersonal, locus de control externo, baja autoestima, insatisfacción corporal y pensamiento paranoide; Otros autores argumentan que “se han apreciado desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, conductas de evasión y agresión” (Vázquez & López, 2001).

Es necesario destacar que en determinado momento estos rasgos de personalidad pueden llegar a ser inflexibles, es decir, que estas características de la persona no se presentarán de forma ocasional, sino que se convertirán en esquemas rígidos que dominen la vida de la persona la mayor parte del tiempo, a este patrón comportamental se le conoce como un trastorno de personalidad, el mismo que causa un malestar más grave al individuo, pues llega a interferir con el normal funcionamiento de las actividades cotidianas, es a partir de estas premisas que las diferentes investigaciones han buscado poder correlacionar la obesidad con determinados trastornos de personalidad.

Planell y Fernández (2005), demostraron a través de un estudio realizado, que consistía en efectuar una entrevista clínica y aplicar cuestionarios de personalidad a 100 pacientes, 85 mujeres y 15 hombres que padecían obesidad mórbida, que el 88% de pacientes con obesidad presentan frecuentes trastornos, especialmente el histriónico, antisocial y límite.

Otro estudio realizado por Ruiz *et al.* (2010) afirma que la obesidad está relacionada con los trastornos evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo y antisocial de la personalidad. Esto deja entrever que a pesar de las investigaciones realizadas no existe un criterio único que asocie la obesidad a determinado trastorno de personalidad, a más de ello la diversidad de herramientas y test utilizados para las investigaciones impiden que los resultados obtenidos puedan ser estandarizados, lo cual muestra que existen muchos vacíos por resolver.

Ciertamente, constituye una tarea muy difícil el tratar de vincular de manera directa la obesidad con uno o más trastornos específicos de personalidad, pues no es un rasgo patognomónico de esta patología padecer necesariamente un trastorno de personalidad, no obstante es mucho más factible tratar de obtener estilos de personalidad comunes, así como los niveles de ansiedad y depresión en este tipo de población, sobre todo que estos resultados en un futuro puedan ser de gran utilidad para lograr encaminar la terapia de manera adecuada atendiendo las principales alteraciones de la personalidad, para obtener resultados exitosos en el tratamiento.

Después de palpar todas las consecuencias a nivel psicológico es innegable la necesidad de brindar a estas personas un tratamiento que incluya un abordaje multidisciplinario que incluya la parte médica, nutricional y psicológica, considerando que el éxito de esta última contribuirá de forma importante para alcanzar resultados en el tratamiento médico y nutricional.

2.5 CONCLUSIONES

La obesidad es considerada por la OMS como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo que es perjudicial para la salud, la causa de esta enfermedad es

multifactorial englobando principalmente los factores genéticos, sociales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. La concepción de la obesidad ha tenido algunas variaciones a través de la historia, si bien es cierto que en toda época fue considerada como un problema que causaba múltiples repercusiones negativas a la salud, la visión que la sociedad tenía de la obesidad cambio vertiginosamente, pues en un principio la corpulencia fue tomada como un signo de belleza, buen status socioeconómico, poder y bienestar, sin embargo a partir del siglo XX esta idea cambió dando ahora importancia a la extrema delgadez como signo de éxito y belleza.

Es lógico pensar que es debido a este cambio sobre la visión de la obesidad que se han intensificado las repercusiones psicológicas, pues el paciente obeso se siente discriminado y rechazado frente a los nuevos estándares de belleza. Las consecuencias de esta enfermedad se ven reflejadas tanto a nivel biológico, psicológico y social, es por esta razón que su tratamiento debe tener un enfoque multidisciplinario para obtener mejores resultados.

CAPÍTULO II: PERSONALIDAD

4.1 INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se abordará el tema de la personalidad, que según varios autores se la entiende como el conjunto de características propias de cada persona que determinan su forma de pensar sentir y actuar, permitiendo que el individuo sea considerado una persona única e irremplazable. La personalidad ha sido objeto de estudio desde hace siglos atrás, incluso se puede afirmar que su origen se remite a los griegos quienes utilizaron el término *persona* para referirse a los actores de teatro, quienes representaban múltiples personajes en la escena, a través del uso de distintas máscaras, evidenciando así que cada personaje tenía particularidades diferentes que lo determinaban. (Caballo (2008) y McCrae & Costa (2003); citados por Caballo, Guillen & Salazar, 2009)

Con el paso del tiempo el estudio de la personalidad se ha profundizado, dando paso a múltiples corrientes que han tenido como objetivo explicarla, investigando principalmente cuáles son los factores más importantes en el desarrollo de la misma. A continuación se detallarán los elementos que influyen en la constitución, así como las teorías más utilizadas para la explicación de la personalidad; y finalmente se hará una revisión sobre los diferentes tipos de personalidades que caracterizan a los individuos. Es importante mencionar que a la par que se han desarrollado múltiples teorías sobre la personalidad, también se ha dado paso a la creación de test o reactivos para medir la misma, es por ello que dentro de este capítulo examinaremos el Test bajo la lluvia como un instrumento para analizar la personalidad del individuo.

4.2 CONSTITUCIÓN Y FACTORES INFLUYENTES DE A PERSONALIDAD

Investigar sobre el vasto campo de la personalidad constituye un reto apasionante, pues son tantas las teorías que defienden desde su perspectiva los elementos que influyen en el desarrollo de la personalidad del ser humano, que resultaría un error aferrarse a un solo tipo de explicación, más aun sabiendo que la ciencia cada día descubre nuevos elementos, que inevitablemente nos invita a ir reconstruyendo nuestras concepciones.

Una de las interrogantes más importantes respecto a la personalidad hace referencia a cuál es la etapa en la que comienza a formarse, los entendidos en el tema aseguran que su desarrollo inicia desde el crecimiento intrauterino “la personalidad comienza a edificarse cuando empieza a formarse nuestro organismo en el proceso embriológico”, (Atahualpa, 2004), sin embargo a criterio personal consideramos en base a la experiencia obtenida en la psicoterapia, que la personalidad se desarrolla a partir del mismo momento de la concepción, y tomando en cuenta si aquel niño que viene en camino es deseado o no, pues nunca podrá compararse a un niño que es fruto del deseo y amor de sus padres, al niño que es producto de una violación, pues altos niveles de psicopatología están asociados a personas que vienen de un embarazo no deseado.

Durante el proceso embriológico los elementos que influyen para la formación de la personalidad son únicamente de naturaleza biológica, no obstante el medio ambiente jugará un papel crucial para que se manifiesten o no aquellas características de orden biológico. A partir de lo anterior podemos deducir que la personalidad está constituida por dos factores principales que hacen referencia a lo biológico y al

medio ambiente, factores que forman parte de lo que hoy conocemos como temperamento y carácter y que establecen los componentes básicos de la personalidad.

4.2.1 El temperamento

Cuando hablamos de temperamento nos referimos a los aspectos biológicos que vienen dados por la herencia genética y que determinan las características de cognición, comportamiento y emociones en las personas, “otra de las características tales como el estado de ánimo típico de una persona, su nivel crónico de actividad o el grado de reacción emocional, pueden revelar de manera directa las diferencias individuales en la biología hereditaria” (Cervone & Pervin, 2009).

Algunos autores llegan a considerar que el factor biológico tiene un alcance extremadamente importante, “la psicóloga Martha Núñez explica: el temperamento que determina las peculiaridades del individuo es hereditario, una mezcla genética de ambos padres e incluso alcanza influencia de los abuelos” (Pérez, 2007). Vale mencionar que anteriormente entre los aspectos biológicos se consideraban que el aspecto morfológico que tenía cada persona determinaba su temperamento, no obstante en la actualidad esta concepción ha decaído, pues no cuenta con validez científica, es por ello que los académicos se han esforzado por determinar a lo largo de la historia cuál es el aporte específico de la biología en la manifestación de la personalidad.

En la antigüedad Hipócrates consideraba que el temperamento de cada individuo estaba determinado por los fluidos corporales, estos eran la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra; en base al predominio de cada uno de ellos Hipócrates

propone cuatro tipos de temperamento: Tipo Sanguíneo, dentro de este grupo se encontraban las personas que mostraban mayor placer de vivir; Tipo Colérico, aquí estaban aquellos individuos que se dejaban llevar fácilmente por las iras; Tipo Melancólico en esta categoría estaban las personas que se abandonaban fácilmente en las dudas y las tristezas, y el Tipo Flemático, que eran aquellos individuos que se caracterizaban por su actitud indiferente ante los avatares de la vida, (Atahualpa, 2004). Es importante advertir que estas consideraciones antiguas sobre los fluidos se mantuvieron por muchísimos años, incluso personajes posteriores continuaba con esta teoría solo haciendo ligeras variaciones.

Posteriormente los investigadores, entre estos genetistas, neurólogos y psicólogos han ido abandonando esta concepción sobre los fluidos y se han centrado en estudiar el funcionamiento del cerebro, para así poder determinar su influencia en el comportamiento humano, lamentablemente no han llegado a encontrar una relación directa entre un gen o estructura cerebral con determinado tipo de personalidad.

Paradójicamente los descubrimientos más importantes sobre el funcionamiento cerebral se han obtenido por medio de los accidentes de las personas a través de la historia, es así que por ejemplo el famoso caso de Phineas Gage (1948) , aquel obrero que durante su trabajo fue atravesado por una varilla de acero, la cual entró por su mejilla izquierda y perforó la base del cráneo destruyendo la corteza frontal, demostró la influencia de la corteza pre-frontal en el comportamiento humano, pues Gage después del accidente jamás volvió a ser el mismo, ya que paso de ser una persona paciente, moral, responsable a convertirse en un individuo irreverente, blasfemo, impaciente, ya no le importaba cumplir con sus responsabilidades, (Cervone & Pervin, 2009), gracias a este hallazgo se ha estudiado más

profundamente la función de la corteza pre-frontal, para determinar su importancia en el desarrollo de la personalidad.

Gracias a esos estudios hoy se sabe que esta estructura cerebral regula las funciones ejecutivas que forman parte trascendental del comportamiento del ser humano, ya que influyen en la capacidad de la persona para tomar decisiones, proponerse metas, manejar estados emocionales, así como inhibir conductas indeseadas, entre otros aspectos. (Cervone & Pervin, 2009).

Otra de las estructuras que ha tenido un peso importante para entender el actuar del individuo es la amígdala, los estudios de imagen neuronal han determinado que es en esta parte del cerebro donde se procesa las respuestas de temor, haciendo que una persona se muestre más inhibida o desinhibida (Cervone & Pervin, 2009). Si bien es cierto que las investigaciones y las nuevas tecnologías de neuroimagen han permitido relacionar algunas áreas del cerebro con determinados comportamientos del ser humano, no se ha podido responsabilizar a una sola estructura cerebral en el desarrollo de la personalidad, los académicos más bien atribuyen que la personalidad está regulada por medio de un orden biológico a través del funcionamiento interconectado de sistemas neuronales, hormonas, y neurotransmisores, principalmente la dopamina que está asociada con las experiencias del placer y la serotonina que está involucrada en la regulación de los estados de ánimo.

4.2.2 El carácter

Ahora bien después de haber analizado el temperamento como elemento de la personalidad, nos centraremos en el carácter el cual no es menos importante que el anterior, cuando hablamos de carácter nos referimos a las características propias de

cada individuo como los valores, creencias, sentimientos, actitudes que son adquiridos o potencializados a partir de la experiencia de los seres humanos con su medio ambiente.

Ciertamente referirnos al medio ambiente es enfocarnos a una amplia gama de situaciones, tales como el contexto histórico en el que se desarrolla el individuo, y que por lo tanto presenta distintas exigencias para las personas que se desenvuelven en el mismo, de igual forma podemos nombrar el nivel socio- cultural y el tipo de religión en el que crece el individuo, ya que cada cultura presenta parámetros sobre el éxito y fracaso, sobre el bien y el mal, que inevitablemente hacen que las personas reaccionen de forma particular (Cervone & Pervin, 2009), por ejemplo es muy conocido que las mujeres de países orientales tienen formas de comportarse que distan mucho de las mujeres de occidente, obviamente esta forma de pensar, sentir y actuar están determinadas por el contexto cultural, por lo tanto el sentido de personalidad se configura a partir de la cultura.

Otra de las variables que influyen en el comportamiento de las personas está relacionada con el nivel socio económico en el que estas interactúan, se han realizado algunos estudios en los que se demuestran que muchos de los adolescentes que son impulsivos, y que por lo tanto se involucran más fácilmente en conflictos pertenecen a un nivel socio-económico bajo, (Cervone & Pervin, 2009). Del mismo modo, otro de los factores que influye en el comportamiento de las personas son las experiencias de la infancia que contribuyen directamente en la formación de la personalidad, pues los refuerzos positivos y negativos que recibimos durante esta etapa determinaran el desarrollo de la misma.

Por último otro factor importante corresponde a las relaciones interpersonales que van formando los seres humanos desde que son niños, con las primeras relaciones a nivel familiar y posteriormente con su medio externo, pues de la calidad de las interacciones que tenga el ser humano dependerá en gran parte su forma de expresarse en su entorno, porque la interacción con las personas involucra un proceso de retroalimentación, el cual permite que se enriquezcan con diversas experiencias que modularán su personalidad. (Cervone & Pervin, 2009).

Como se ha podido observar tanto lo biológico, como el ambiente juegan un papel crucial en el desarrollo de la personalidad, no podemos excluir a ninguno de estos dos factores, pues no son dos conceptos contradictorios, sino al contrario de algún modo se complementan de una forma perfecta para explicar el comportamiento humano, “ los investigadores genéticos se percataron desde muy temprano que las influencias genéticas estaban inevitablemente vinculadas con el ambiente y que interactuaban en su influencia en la personalidad”. (Cervone & Pervin, 2009). Una actitud unidimensional para explicar la personalidad resultaría un craso error, porque quedarían muchos vacíos sin resolver sin nos aferramos a un solo tipo de teoría, a más de ello adoptar una postura equilibrada nos permitirá comprender que aunque la personalidad sea estable a través del tiempo ya que tiene disposiciones innatas, puede ser susceptible de algunas variaciones tomando en cuenta la influencia del ambiente.

4.3 TEORÍAS DE PERSONALIDAD

El estudio de la personalidad siempre ha sido un tema de gran interés, que por la complejidad que reviste indudablemente necesita de una revisión profunda. A lo largo de la historia múltiples han sido los catedráticos que han intentado explicarla desde distintos enfoques, cada uno realzando sobre los aspectos que se consideran

son cruciales en el desarrollo de la misma, este intento por explicar todos los aspectos relacionados con la personalidad ha dado paso a la creación múltiples teorías, como bien sabemos las teorías son modelos que desde su propia óptica nos ayudan a comprender la realidad “una teoría es como un mapa, no es exactamente igual al terreno, pero nos provee de una guía hacia la práctica” (Boeree, 2004).

Un aspecto a tomar en cuenta es que al momento de revisar una teoría es indispensable ubicarnos en el momento histórico-cultural en el que fue planteada, incluso en entender los aspectos personales de cada autor, pues muchas de sus explicaciones indefectiblemente estarán influenciadas por el contexto en el que se desarrollaron y por las motivaciones y experiencias propias de cada representante, por otra parte, se debe advertir que no se trata de aceptar ciegamente, ni a su vez descalificar ningún enfoque, cada teoría tiene aspectos positivos y negativos, siendo ambos importantes para lograr una aproximación sustancial de la realidad sobre el comportamiento de los seres humanos.

Otro factor importante que se debe considerar es que las teorías propuestas a lo largo de la historia están sustentadas por medio de alguna evidencia, sería un error considerar que aquellas solo son producto de una creencia sin fundamento de determinado autor o enfoque, al contrario están basadas en evidencias anecdóticas cimentadas en la experiencia; evidencias clínicas que se obtienen a partir de las sesiones de psicoterapia; evidencias fenomenológicas, que surgen a partir de la observación continua; evidencias de investigación correlativa, las mismas que se obtienen a través de la aplicación de test, por lo tanto comprende aspectos medibles, y por último las evidencias a partir investigación experimental que consiste en

realizar estudios controlados con sujetos por medio de distintas variables. (Boeree, 2004).

Ahora bien, si realizamos un análisis para ver cómo se han ido manifestando las distintas teorías a través de la historia, podremos constatar que en un principio los distintos enfoques y autores se centraron fundamentalmente en clasificar los tipos de personalidad que existían, antes que brindar un análisis completo del desarrollo y constitución de la mismas; es por ello que los primeros estudios se centraron en clasificar en diversas categorías a la personalidad para caracterizar y distinguir a una de la otra, a partir de ello se habla de los “tipos de personalidad”, cuando hablamos de tipos nos referimos a “un patrón de personalidad” (Cerde, 1969).

La primera clasificación que se realizó estuvo en manos de Hipócrates 400 a C, como ya se mencionó anteriormente, él hizo una sistematización de la personalidad a partir de su concepción de los humores, considerando que dependiendo del humor que predominara en la persona, ya sea este: Bilis negra, sangre, bilis amarilla o flema, tendría una personalidad de tipo melancólico, sanguíneo, colérico y flemático respectivamente. (Atahualpa, 2004).

La teoría de Hipócrates ejerció una influencia dominante durante los años subsiguientes, no es sino a partir 1980 que empiezan a surgir nuevas tipologías como la del William James, quien propone una clasificación entre racionalistas y empiristas, a su vez Kraepelin en 1907 propone que existen dos tipos de personalidades patológicas maniaco depresiva y la demencia precoz (Cerde, 1969).

En los años subsiguientes continuaron presentándose nuevas tipologías por parte de diversos autores fundamentadas en distintas orientaciones, no obstante no todas

tuvieron una repercusión crucial por lo que se fueron abandonando, sin embargo, a partir de 1920 se dan a conocer nuevas clasificaciones que han tenido una notable trascendencia hasta la actualidad no solo por la clasificación que hicieron, sino por la explicación minuciosa acerca de cada personalidad. La primera es la de G. Jung, quien presenta una tipificación para las personas entre introvertidos y extrovertidos, que a su vez se subdividía en pensamiento, sentimiento, sensación e intuición, (Cerde, 1969).

Finalmente se da la clasificación de S. Freud, quien considera que existen tres tipos de personalidad, las mismas que dependen del desarrollo psicosexual de cada individuo siendo estas oral, anal y fálica. (Cerde, 1969). A pesar que la propuesta de las tipologías ha tenido influencia en la actualidad para explicar la personalidad, esta ha sido insuficiente, evidentemente la crítica principal es que las categorías son completamente polarizadas por lo que quedan muchos individuos que al presentar características de uno y otro tipo no pueden ser clasificados y esto obviamente deriva en un problema ya que la explicación de la personalidad resulta incompleta.

Es quizá por esta razón antes mencionada que también se dio paso a la teoría de los rasgos, que al contrario de clasificar a las personas en categorías, pretendía hacer una descripción más completa de la personalidad, el rasgo se refiere a “cualquier aspecto de la personalidad que tenga la propiedad de ser suficientemente característico y distintivo” (Cerde, 1969). Como se ha podido evidenciar ni el enfoque de los tipos, ni el de los rasgos constituían teorías formales para explicar la personalidad cabalmente, y es por esa razón que más allá de clasificar o describir la personalidad surgieron teorías muy exitosas para lograr explicar a partir de qué se forma y cómo se manifiesta la personalidad.

Entre los enfoques de personalidad que surgieron y que han tenido un alcance teórico y práctico muy importante están: la teoría psicoanalítica, la teoría cognitivo-conductual, y la teoría humanista-existencial. Estos tres movimientos que han tenido notable trascendencia se han encargado de profundizar tanto en el origen como en el desarrollo de la personalidad, haciendo un análisis exhaustivo respecto a cómo opera la misma en cada persona.

4.3.1 Teoría Psicoanalítica

La primera teoría formal de personalidad que surgió fue el Psicoanálisis, desde la perspectiva psicoanalítica la forma que las personas tenemos para pensar, sentir y actuar, están determinadas por tintes inconscientes, los mismos que se encuentran lejos de nuestro alcance y control, por lo tanto es un aspecto que no podemos manejarlo a voluntad concluyendo así que nuestro comportamiento está sobredeterminado por fuerzas ocultas.

4.3.1.1 Sigmund Freud

Uno de los autores más reconocido de este movimiento es Sigmund Freud, al mismo que se lo conoce como el padre del Psicoanálisis, Freud consideraba que la conducta de los seres humanos estaba determinada por fuerzas psicológicas que trabajan fuera de la conciencia, y por una lucha constante entre consciente e inconsciente. (Seelbach, 2013). Su teoría se fundó principalmente en las experiencias de la niñez, en los impulsos biológicos del sexo y la agresión, así como en las fuerzas del inconsciente, aspectos que consideró esenciales para el desarrollo de la personalidad. (Schultz & Schultz, 2010)

En un primer momento, Freud dividió la personalidad en tres niveles: consciente, preconsciente e inconsciente. El primero hace mención a todas las sensaciones, emociones y pensamientos de los cuales somos conscientes en determinado momento, el segundo, hace referencia a todos los pensamientos o recuerdos de los cuales no estamos conscientes, pero que se los puede traer fácilmente a la consciencia y finalmente, el tercer nivel que es el más importante según este autor, es donde se encuentran los impulsos, anhelos y deseos que son los que rigen nuestro comportamiento, y del cual no somos capaces de controlar. (Schultz & Schultz, 2010).

Definió a los instintos como “elementos básicos de la personalidad, fuerzas motivadoras que impulsan y dirigen la conducta”. Señalaba que los instintos generan necesidades que provocan tensión, y que al mismo tiempo llevan a la persona a buscar la satisfacción de dichas necesidades, para así reducir la ansiedad, además afirmó que los instintos son energía que conecta a las necesidades fisiológicas con los deseos de la mente. (Freud citado en Schultz & Schultz, 2010).

En segunda instancia Freud estableció que la personalidad está formada por tres estructuras: el Ello, donde se encuentran los instintos biológicos, por lo tanto su funcionamiento está determinado por el principio de placer; el Yo que hace referencia a la parte consciente y preconsciente del individuo, aquí la persona busca satisfacer sus deseos pero bajo el mando del principio de realidad; y por último la instancia del Súper yo en la cual la persona cumple sus deseos tomando en cuenta los preceptos morales socialmente aceptados. (Seelbach, 2013).

Freud consideraba que la expresión y desarrollo de la personalidad en cada ser humano dependerá de la interacción y manifestación de las tres estructuras

mencionadas anteriormente, es decir en la medida en cómo los individuos han logrado satisfacer sus deseos sexuales en cada etapa de su vida, para ello el autor se encargó de realizar un esquema de las etapas psicosexuales por las que atravesamos todos los seres humanos. (Cloninger, 2003)

La primera fase del desarrollo psicosexual es la etapa fálica comprendida entre los 0 a 18 meses, es aquí donde el niño logra satisfacer sus deseos y obtener placer a través de la boca, Freud creía que de cumplirse correctamente esta etapa las personas tendían a ser optimistas y confiadas; una de las causas para que no se supere exitosamente esta etapa era realizar un destete inadecuado en el niño, lo que daba como resultado que la persona sea sarcástica, negativa, o que incluso en un futuro tenga dificultades de alcoholismo o drogadicción. (Seelbach, 2013).

La siguiente etapa era la fase anal, comprendida entre los 18 meses y 3 años de edad, en este momento el niño obtiene placer por medio del ano, al momento de retener y expulsar las heces fecales, cuando los padres son muy exigentes respecto al manejo de esfínteres la persona en un futuro puede llegar a ser obstinada, mezquina, excesivamente ordenada, (Cloninger, 2003).

La tercera fase es la fálica que se manifiesta en la edad de 3 a 6 años, durante esta etapa los niños obtienen placer ante el reconocimiento y masturbación de sus genitales, “las personas que no reciben suficiente gratificación durante esta etapa serán egoístas, vanidosos, con baja autoestima, tímidos y con sentimientos de minusvalía durante la edad adulta” (Morris & Maisto citado en Montaña, Palacios & Gantiva, 2009).

Además creía que esta etapa es esencial para el desarrollo futuro, ya que se atraviesa por el llamado Complejo de Edipo, hecho que experimentan tanto los niños como las niñas, siendo más marcado en los primeros; consiste en el deseo inconsciente que el niño siente por su progenitor del sexo opuesto, que a la vez se acompaña por el deseo de reemplazar o destruir al padre. La resolución del complejo de Edipo se produce al momento en el que el niño reprime sus deseos y por el contrario, se identifica con el progenitor con quien sentía ira y odio. (Schultz & Schultz, 2010)

La cuarta etapa es la de Latencia, esta fase se presenta desde los 6 años hasta los 12 en la cual disminuyen de forma importante la satisfacción de los deseos sexuales, ya que son sublimados mediante amistades, actividades escolares o deportivas. Finalmente está la etapa genital que inicia con la pubertad, se despiertan los impulsos sexuales que anteriormente fueron reprimidos, y el conflicto sexual se minimiza ya que esa energía sexual se manifiesta mediante sustitutos aceptados socialmente, y más tarde encontrará sustento en una relación seria con una persona del otro sexo. (Schultz & Schultz, 2010). Davidoff citado por Montaña et al. (2009), considera que si el individuo cumple exitosamente con esta etapa se convierte en una persona responsable y altruista.

Como se ha podido evidenciar para Freud el desarrollo de la personalidad y cómo ésta se manifiesta en el exterior depende mucho de la gratificación que las personas tengamos de nuestros deseos, en la medida que vamos satisfaciendo nuestros instintos desde que somos niños, pues este autor considera que la estimulación que recibimos desde pequeños es crucial en la formación de la personalidad, porque nos permiten desarrollar un conjunto de elementos que formarán nuestro carácter y nos

definirá como personas únicas, asimismo considera que a más de la naturaleza de los instintos con los que nacemos, son muy importantes las interacciones con nuestros progenitores, durante los primeros años de la infancia, (Cloninger, 2003).

Finalmente desde la perspectiva de Freud la personalidad se mantiene estable en el tiempo ya que considera que se encuentra determinada a través de las pulsiones propias de cada individuo, no obstante señala que con el transcurrir del tiempo aquellas pulsiones son recanalizadas debido a la asimilación de normas sociales, por lo que la personalidad podría llegar a mostrar ligeras variaciones. (Montaño et al., 2009).

4.3.1.2 Neofreudianos

4.3.1.2.1 Gustav Carl Jung

El siguiente autor del psicoanálisis que brindó numerosos aportes a la psicología es Gustav Carl Jung, él consideraba que si bien es cierto que el inconsciente tiene un papel importante en el desarrollo de la personalidad, no es la base de la misma, y que además el material que se encontraba fuera de nuestro acceso consciente no solo guardaba relación con la sexualidad, a diferencia de lo que suponía Freud, Susan Cloninger (2003) afirma “para Jung la libido no era primariamente sexual, sino una energía psíquica más amplia con dimensiones espirituales”, a más de ello Jung pensaba que el consciente e inconsciente coexisten en mutua dependencia, esto daba como resultado que la concepción de la personalidad no sea de la unión de partes sino que se la entienda como un todo. (Montaño et al., 2009).

Uno de los aportes importantes que se mantiene hasta la actualidad es la clasificación que Jung hizo de la personalidad en dos grupos principales:

introvertidos y extrovertidos, al referirse a los extrovertidos señalaba a aquellas personas que tenían la capacidad de proyectar su energía hacia el exterior, en tanto que los introvertidos dirigían su energía hacia el interior priorizando más sus propios pensamientos sentimientos. (Montaño et al., 2009). “Los introvertidos conciben el mundo de acuerdo con la forma en que éste les afecta, mientras que a los extrovertidos les preocupa más el efecto que surten sobre el mundo” (Fadiman & Frager, 2001)

Luego de realizar esta clasificación consideró que las personas independientemente de si son extrovertidas o introvertidas ponen en práctica procesos cognoscitivos que determinan la forma de pensar, comportarse y percibir el mundo, estos eran pensamiento, sentimiento, emoción y sensación, encontrando así la respuesta a las diferencias en la manera de concebir, sentir y vivir en el mundo de cada persona, tomando en cuenta que por lo general una de las funciones es más dominante que las demás e influye directamente en las características propias de cada individuo (Cloninger, 2003).

Definió al pensamiento como la verdad objetiva, la manera de formular juicios y tomar decisiones. El sentimiento por su parte, se centra en los valores y en aquellos juicios que plantean lo que es correcto o incorrecto, en cuanto a la sensación, es la que reúne información a través de las experiencias sensoriales y concretas, mientras que la intuición es la manera de procesar la información sensorial mediante la influencia de las experiencias pasadas, aspectos inconscientes o metas futuras. (Jung citado en Fadiman & Frager, 2001)

A más de las características propias que las personas tenían en base a sus procesos cognoscitivos Jung consideraba que la personalidad estaba fuertemente influenciada por la calidad de las relaciones interpersonales que los individuos mantenían, ya que

sostenía que la autoimagen de cada ser humano se construía a partir de la satisfacción que obtiene de su relación con los demás, es por esta misma razón que este autor no le daba a la niñez el papel protagónico en la determinación de la personalidad, pues pensaba que más bien el desarrollo de esta se consigue en la adultez en relación a la calidad de interacciones que tienen los individuos y cómo van en este proceso de relacionarse desarrollando sus propias habilidades y potencialidades. (Cloninger, 2003).

Dentro de la estructura inconsciente, Jung habló de dos conceptos, el inconsciente personal y el inconsciente colectivo, siendo el primero el que contiene las experiencias del pasado y los recuerdos que por dolorosos han sido desechados de la conciencia, el segundo hace referencia al material psíquico que no se origina en la experiencia personal, ya que su contenido es compartido por todas las personas y culturas. Jung postula “la mente del recién nacido posee ya una estructura que determina y conforma el crecimiento y la interacción ulterior con el entorno”, (Jung citado en Fadiman & Frager, 2001). Con estos conceptos, el autor concluyó que todos nacemos con una herencia biológica y psicológica, que son los determinantes de nuestra conducta y experiencia.

Como podemos ver, para Jung la visión acerca del desarrollo de personalidad es más amplia de lo que planteaba Freud, pues él no se limitó únicamente a la sexualidad y a la infancia, sino incluyó más factores que consideró esenciales en la formación del carácter y las conductas, como los arquetipos, las relaciones sociales, las experiencias personales, las cuatro funciones, entre otros; sumado a esto propuso que tanto el pasado como el futuro constituyen la personalidad, pues consideraba que los seres humanos estamos en constante cambio y desarrollo por lo que siempre

estamos avanzando hacia niveles superiores para alcanzar la autorrealización. (Schultz & Schultz, 2010)

Otro de los aportes más importante de este autor es la concepción de los arquetipos, que son tendencias o predisposiciones heredadas que hacen que las personas respondan al mundo de formas determinadas. (Jung citado en Fadiman & Frager, 2001). Dentro de nuestra psique, en la estructura del inconsciente se encuentran varios arquetipos que cumplen distintas funciones, siendo el más importante el self, por ser el arquetipo de la unión, la armonía y el equilibrio entre el consciente e inconsciente, que al complementarse forman la totalidad. Esta estructura es fundamental en la personalidad, considerando que es ahí donde se complementan las polaridades, dando lugar a una totalidad y equilibrio en la dinámica de la psique de la persona, alcanzando al mismo tiempo la meta fundamental de la vida, que es la individuación o desarrollo personal, después de haber conseguido la integración de las diferentes partes de la psique. (Fadiman & Frager, 2001).

4.3.1.2.2 Erick Erikson

Otro representante que brindó valiosos aportes fue Erick Erikson, quien es considerado un neopsicoanalista por haber ampliado la teoría de Freud en tres sentidos: profundizar las etapas del desarrollo, dar mayor importancia al yo y reconocer las repercusiones culturales en el desarrollo de la personalidad. Erikson estableció que el proceso de desarrollo de las personas, está determinado por fuerzas genéticas o heredadas, no obstante, las fuerzas sociales y ambientales que nos rodean influyen directamente a éstas, por lo tanto la personalidad se ve influenciada tanto por aspectos biológicos, sociales, personales y situacionales. (Schultz & Schultz, 2010)

Para este autor, el desarrollo de las personas viene acompañado de una serie de conflictos innatos que nos predisponen a sufrir crisis a lo largo del desarrollo, estos conflictos cobran fuerza cuando al atravesar por las diferentes etapas, se requiere realizar ciertos cambios para poder adaptarnos. Sin embargo, al mismo tiempo son las crisis las que nos permiten crecer, desarrollarnos y alcanzar las siguientes etapas, pues al ser éstas las que exigen cambios de conducta y personalidad, nos obliga a focalizar y redirigir nuestra energía, de acuerdo a las necesidades que se van presentando, para así poder superar una etapa y avanzar a la siguiente.

El proceso de desarrollo requiere atravesar diferentes etapas, en cada una de las cuales nos encontraremos con sus dificultades propias, ante las mismas las personas podremos responder de dos maneras: ya sea de forma positiva, es decir adaptándonos o de forma negativa, en el caso de responder de la primera manera, estaremos aptos para avanzar a la siguiente etapa, sin embargo, si ese no es el caso y no hemos resuelto el conflicto de una etapa, la personalidad no podrá continuar con el proceso, ni peor aún adquirir la fuerza necesaria para afrontar las dificultades de la siguiente fase. Finalmente, para hablar de que una etapa ha sido resuelta, es de suma importancia, que el Yo haya logrado una adaptación adecuada, lógicamente sin dejar de lado una mínima fracción de actitud negativa, que es fundamental para que se dé equilibrio. Según Erikson la resolución satisfactoria de las crisis de las diferentes etapas da lugar al desarrollo de fortalezas básicas o virtudes en cada una de ellas. (Schultz & Schultz, 2010)

Con esto concluyó que la personalidad es un proceso que se construye a lo largo de todas las etapas de la vida, dependiendo de cómo enfrentamos las exigencias que se presentan y el grado de adaptación que logremos en cada una de ellas, estas etapas

se caracterizan por ser antagónicas y lo que se espera es que el sujeto las supere y que de esta forma su personalidad se vaya consolidando. (Seelbach, 2013).

Erickson divide en 8 las etapas por las que atraviesa el ser humano:

Confianza vs Desconfianza: Esta etapa surge a partir del nacimiento hasta los 18 meses, se trata de una etapa en la que el niño a través del vínculo con la madre construirá la confianza que necesita para visualizar el mundo como un lugar agradable en donde vivir para sus interacciones futuras y para el desarrollo de su identidad. El niño depende por completo de la madre o de quien lo cuida, por lo que las respuestas de aquellos a las demandas del niño, así como las expresiones de amor, cariño y seguridad son fundamentales en la adquisición de la confianza. Por el contrario si existe falta de vínculos seguros, de atención y afecto, el niño desarrollará una actitud de desconfianza e inseguridad. La esperanza es la fortaleza básica de esta etapa.

Autonomía Vs Vergüenza: Inicia a partir de los 2 años hasta los 3. En este momento el niño adquiere nuevas habilidades físicas y mentales y es capaz de hacer muchas cosas sin ayuda, a pesar de que sigue dependiendo de los padres por primera vez es capaz de decidir y sentir cierta autonomía. El control de esfínteres es la crisis que se presenta en este período y la regulación de esto por parte de los padres es fundamental en el desarrollo futuro, pues si se muestran demasiado estrictos fomentarán la inseguridad y frustrarán los intentos de independencia, cuando por el contrario lo que se espera es que el niño empiece a construir su sentido de identidad y comience a dirigir su comportamiento con autonomía. La voluntad es la fortaleza básica.

Iniciativa Vs Culpa: Este estadio comprende la etapa pre-escolar de 3 a 5 años durante los cuales el niño continua desarrollando capacidades motoras y mentales, aparece el fuerte deseo de tomar la iniciativa en diferentes actividades, una de las cuales se refiere al deseo de su progenitor del sexo opuesto, acompañado de rivalidad con el del mismo sexo, la respuesta de los padres frente a esta situación es esencial pues si castigan o inhiben estas manifestaciones probablemente generarán en el niño sentimientos de culpa que perdurarán el resto de la vida, pero si manejan con amor y comprensión podrán filtrar las conductas aceptables de las que no lo son, con lo que dirigirán esas iniciativa hacia conductas realistas y aceptadas. Lo que se aspira es que el niño logre formar una conciencia de responsabilidad que le permita tener iniciativa para superar los desafíos que se le presenten.

Laboriosidad Vs Inferioridad: Surge en el momento que inicia la primaria, entre los 6 y los 11 años, por lo que establece nuevas relaciones sociales y aprende nuevos hábitos de estudio y trabajo, nuevamente el papel de los padres, así como de los profesores juega un papel fundamental, dependiendo de la respuesta que den a las actitudes del niño, pues si lo regañan o rechazan provocarán sentimientos de inferioridad, por el contrario si lo elogian y refuerzan crearán un sentimiento de competencia y motivación. En esta etapa se espera que el niño desarrolle una motivación hacia la creatividad que le permita desarrollar nuevos conocimientos y habilidades intelectuales. La virtud que se adquiere es la competencia.

Identidad Vs confusión de la identidad: Esta etapa se desarrolla durante el periodo de la adolescencia, entre los 12 y 18 años, en donde se debe resolver la crisis de la identidad del Yo que se forma de la integración de las ideas que tenemos de nosotros mismo con las ideas que los demás tienen de nosotros, al ser una tarea

compleja es muy común la presencia de ansiedad. Las personas que logren un sentido de identidad personal iniciarán la vida adulta con confianza, pero las que no alcancen este proceso se verán inmersas en una crisis de identidad, donde experimentarán confusión de roles. En este estadio se espera que el adolescente construya su identidad y sepa hacia donde se dirige en la vida. la fortaleza básica que se desarrollará es la fidelidad.

Intimidad Vs Aislamiento: Esta etapa comprende desde el final de la adolescencia hasta los 35 años, aquí nos independizamos por completo de nuestros padres e instituciones y empezamos a funcionar con total autonomía, de manera madura y responsable. Se ejerce un trabajo productivo y se establecen relaciones íntimas, que de no ocurrir la persona tenderá a aislarse de los demás, evitando todo tipo de contacto social por miedo a que su identidad se vea afectada. La virtud que se consigue durante este periodo es el amor.

Productividad Vs Estancamiento: Se desarrolla esta etapa a partir de la adultez media y va desde los 35 a los 55 años, es un periodo de madurez en la que el objetivo principal es participar en la enseñanza de las próximas generaciones, las personas se convierten en mentores o maestros con el propósito de mejorar la sociedad, lo que les genera un sentimiento de que la vida está siendo productiva. Si es que por alguna razón la persona no alcanza la generatividad se sentirá estancada y aburrida. La fortaleza que se obtiene es la solidaridad.

Integridad Vs Desesperación: Esta etapa se relaciona con la adultez tardía, es la etapa final del desarrollo psicosocial y comprende la madurez y la senectud, durante este periodo ya han sido cumplidas la mayoría de metas, por lo que las personas hacen un balance de su vida y se cuestionan si han logrado obtener las metas que

se plantearon a lo largo de la misma, pudiendo responder con gratificación en el caso de que se sientan satisfechos y realizados por los triunfos conseguidos o por la superación de sus fracasos, o también con frustración si se sienten arrepentidos por los errores cometidos u oportunidades perdidas, lo que les causa sentimientos de amargura y desesperación. La sabiduría es la virtud que se alcanza en esta fase.

Al analizar las diferentes etapas se observa que durante las cuatro primeras el desarrollo depende casi por completo de otras personas y su resolución o estancamiento está directamente relacionado con lo que los demás hacen por el niño, mas no por lo que él haga. En cambio, las cuatro etapas siguientes en las que ya se adquiere madurez y control del entorno, las acciones dependen de las elecciones conscientes y del uso de la libertad que hace cada individuo, sin embargo, las características de personalidad que se han desarrollado en estas fases dependen por completo de las etapas anteriores. (Schultz & Schultz, 2010)

Como se puede observar para Erickson el desarrollo de la personalidad no únicamente se construía en la etapa de la infancia, sino a lo largo de todo el ciclo vital, además a diferencia de Freud no consideraba que el comportamiento tenga únicamente de base la motivación sexual, sino sobre todo la necesidad de crear interacciones con otras personas. (Santrock, 2004).

4.3.1.3 Otros Autores

4.3.1.3.1 Erich Fromm

Entre otros de los representantes importantes del psicoanálisis está Erich Fromm, quien sostiene que la personalidad se construye por medio del sentimiento de libertad que experimentan las personas, de acuerdo a como han decidido manejar dicha

libertad ya sea aceptándola, cediéndola o rechazándola. A más de ello Fromm enfatizó en la importancia que tiene la relación del individuo con la familia y la sociedad, como pilares fundamentales para el desarrollo de la personalidad. (Seelbach, 2013).

4.3.1.3.2 Alfred Adler

Es importante aclarar que todas las teorías que pertenecen al psicoanálisis tienen en sí mismas un mismo sustento teórico, no obstante existen algunas variaciones de un autor a otro, por ejemplo tenemos el caso de Alfred Adler quien brindó aportes que contrastaban completamente con las ideas de Freud, y sobre todo con la premisa que el ser humano está gobernado únicamente por sus impulsos; y que sus motivaciones son de carácter sexual, al contrario Adler consideró que las personas basan sus motivaciones en la necesidad de la interacción social, a más de ello señalaba que resultaba erróneo estudiar a la personalidad como la suma de las partes, sino que este concepto debía ser entendido como un todo. (Cloninger, 2003).

Adler propuso nuevos conceptos tales como el “libre albedrío”, considerando que los individuos son capaces de decidir sobre su forma de comportarse, y que constantemente están en un esfuerzo inagotable para buscar una mejor manera de vivir “la motivación básica humana es esforzarse desde una situación sentida como menor, hacia una situación mayor, de un sentimiento de inferioridad hacia la superioridad, perfección totalidad” (Cloninger, 2003).

Adler le dio un papel decisivo a la infancia en el desarrollo de la personalidad, pues sostenía que a partir de las experiencias de la infancia nutridas por la familia, especialmente por el tipo de relación que se haya establecido con los padres y los

hermanos, los estilos de crianza, la sociedad; una persona logra construir un estilo de vida. Cuando este autor hacía referencia al estilo de vida enfatizaba en el hecho de que cada persona es única y que por la tanto no se la puede simplificar a categorías, porque estaríamos obviando las particularidades propias de cada una, no obstante a pesar de eso consideró necesario precisar que los seres humanos podían tomar estilos de vida errados o saludables, y que de esta decisión dependerán sus características de personalidad. (Cloninger, 2003).

4.3.1.3.3 Karen Horney

Finalmente está la teoría de la Psicoanalista Karen Horney, quien consideró que la personalidad se encuentra fuertemente influenciada por el inconsciente, no obstante discrepaba en el hecho de que este se encuentre en conflicto solo en relación a la libido, ya que argumentaba tener pacientes neuróticos a pesar de tener una vida sexual satisfactoria. Por lo tanto centró su teoría en que la construcción de la personalidad se daba partir de la formación de las relaciones interpersonales, y que los conflictos de personalidad obviamente devenían de problemas interpersonales no resueltos. (Cloninger, 2003).

Es vital señalar que para Horney los conflictos que los individuos tenían a lo largo de su vida estaban originados a partir de experiencias negativas en la infancia, y que principalmente tenían como base una mala relación con los padres. Ahora bien, a pesar de enfocar a la niñez y a la familia como los cimientos de la construcción de la personalidad, estaba convencida que el impacto que ejerce la cultura en los individuos modifica o potencializa ciertas características propias de cada uno, es por esta razón que incluso llegó a sostener que las diferencias entre las personas y más

específicamente entre hombres y mujeres están determinadas por factores culturales antes que biológicos. (Cloninger, 2003).

Horney estableció que las personas tienen tres orientaciones que pueden elegir, y a partir de esta decisión orientar su forma de vida, la decisión de qué camino tomar dependerá en gran medida del grado de ansiedad que haya experimentado en su infancia al no haber sido gratificado por sus cuidadores, estas orientaciones son: Ir hacia la gente; es el caso de aquellas personas complacientes con los demás, ya que se sienten dominados por la necesidad de sentir afecto, la siguiente corresponde a Ir contra la gente; son las personas que se comportan de forma agresiva con los demás como una forma de protegerse del medio, y la última orientación es Alejarse de la gente, en este grupo están aquellas personas que prefieren alejarse de los demás desapegándose del poder, afecto y ser autosuficientes, para no tener que depender de los demás. (Cloninger, 2003).

Al realizar un recuento de las teorías psicoanalíticas podemos ver que de alguna manera todas coinciden en que la personalidad se desarrolla a partir de aspectos inconscientes, que las experiencias de la niñez y la relaciones interpersonales son fundamentales en el proceso de construcción de la personalidad, y que esta debe ser entendida a través de las etapas evolutivas del ser humano, tomando en cuenta que en cada etapa se presentarán exigencias que irán determinando las características propias de cada individuo. (Santrock, 2004).

4.3.2 Teoría Conductual

La teoría conductual surge en base al principio teórico de que la personalidad se desarrolla a partir de los aprendizajes que los individuos obtienen a través del

ambiente, por medio de los reforzadores positivos o negativos y no por fuerzas interiores en el ser humano como afirmaban los psicoanalistas, ya que estas no tienen ningún sustento científico.

4.3.2.1 Jhon Watson

Jhon Watson quien era considerado el padre del Conductismo afirmaba que la psicología estudia de manera objetiva el comportamiento de los organismos, dejó de lado la conciencia, los instintos, los estados mentales y la introspección ya que pensaba que no eran los métodos apropiados para estudiar los fenómenos del comportamiento, debido a que no se podían observar ni estudiar de manera empírica. Para este autor la definición de psicología se centraba en el estudio objetivo de la conducta, para lo cual era imprescindible utilizar métodos experimentales que permitan evaluar la conducta manifiesta. Además su teoría se basó en el esquema de estímulo – respuesta y consideraba que las emociones son reflejos condicionados, es decir son respuestas aprendidas. (Montaño et al., 2009).

Su experimento más conocido lo realizó con un niño de once meses y consistió en provocar una reacción emocional de miedo ante la presentación de una rata blanca, que inicialmente no causaba ninguna reacción en él, para lo cual presentó a la rata por varias ocasiones conjuntamente con un ruido fuerte provocado por una barra metálica que golpeaba a espaldas del niño, finalmente por la frecuencia de las repeticiones el niño terminó mostrando miedo frente a la presentación de la rata, incluso generalizando esta conducta a otros estímulos similares a la rata, como un conejo, un abrigo de piel, etc. (Ribes, 1995)

Distinguió tres categorías de hábitos en la personalidad: la manuales, las verbales y las emocionales; los primeros hacen referencia a los músculos y hábitos corporales que intervienen en el movimiento, los segundos tienen que ver con el lenguaje y el pensamiento, y finalmente las emociones a las que dio más importancia, definiéndolas como respuestas corporales a estímulos específicos, en las que la conciencia no tiene un papel esencial, relacionó también las emociones con la motivación, pues pensaba que una situación que motivaba una conducta observable producía también determinadas emociones, finalmente estableció que solo existen tres emociones principales, la ira, el amor y el miedo. (Tortosa & Mayor, 1992)

La forma en la que el ambiente refuerza a la persona produce determinados tipos de conducta en la misma, razón por la cual para él, la meta del conductismo era predecir y controlar la conducta a partir de los refuerzos que se otorgue a la persona, estableció que “dado un estímulo, la psicología puede predecir cuál será la respuesta. O por otro lado, dada la respuesta puede especificar la naturaleza del estímulo efectivo”. (Watson, 1919) Vemos entonces como Watson, al igual que otros autores conductistas le dio primordial importancia a los factores ambientales como determinantes del comportamiento y la personalidad, llegando a considerar a esta última como la suma de los comportamientos, incluso compartía el criterio de Jhon Lokce sobre la tabula rasa “un recién nacido viene en blanco y es el ambiente el que determinará la personalidad debido a la moldeabilidad de éste, no solo en la infancia sino también en la etapa adulta” (Davidoff citado en Montaña et al., 2009).

4.3.2.2 B. F. Skinner

Skinner retomó la teoría de Watson ampliándola aún más, él sostenía que la conducta estaba basada en principios de reforzamiento, al mismo que definió como

“cualquier estímulo que sigue a la presentación de la respuesta e incrementa o mantiene la probabilidad de esa respuesta” (Skinner citado en Fradiman & Frage, 2001). Por lo tanto, la personalidad es el producto de las recompensas o castigos que un individuo recibe a través del tiempo, existiendo de esta manera la posibilidad de moldear o predecir la conducta utilizando dichos reforzadores.

Los experimentos que este autor realizó respecto al principio del reforzamiento como origen de la conducta fueron en ratas, no obstante, decidió generalizar estos hallazgos a los seres humanos. El estudio más famoso que realizó este autor para explicar la conducta operante fue el de la “caja de Skinner” el mismo que consistió en meter a un rata en una caja con laberintos y observar inicialmente su conducta espontánea, efectivamente se evidenció que la rata olfateó y exploró el territorio, sin responder a ningún estímulo concreto, posteriormente se instaló una palanca que proporcionaría alimento a la rata, pues en algún momento oprimiría la palanca y caería una bola de alimento, cuando esto sucedió la conducta de la rata operó en el entorno, porque ahora incluía alimento. Es así que entonces la conducta de la rata quedó condicionada, pues cada vez que aplastaba la palanca obtenía alimento, de esta forma mientras más repetía esta conducta más reforzador obtenía, por lo que posiblemente continuaría repitiendo este comportamiento frecuentemente, quedando su conducta sujeta a un reforzador, en este caso el alimento. (Schultz & Schultz, 2010)

Skinner fue muy enfático al decir que se debía abandonar la concepción de que la conducta sea producto de fuerzas internas como pensamientos, motivaciones o necesidades; para él la existencia de un yo o self no tenía validez porque son aspectos internos que no se pueden observar, por lo tanto no tienen fundamento científico, y

que lo único real que se puede medir y controlar es la conducta manifiesta, ya que puede ser sometida a un análisis científico. (Cloninger, 2003). La personalidad para Skinner es un conjunto de conductas, en donde las situaciones evocan diversas respuestas las mismas que se basan en las propias experiencias del individuo, especialmente las de la infancia, así como las múltiples variables ambientales, estos aspectos son considerados los reforzadores que rigen y controlan absolutamente la conducta.

Schultz y Schultz (2010) afirmaron que para Skinner la conducta es controlada de acuerdo a las consecuencias, es decir el tipo de reforzamiento que se da a cierta conducta es el que determina la misma. El autor conductista distinguió dos tipos de conducta: la respondiente y la operante. La primera corresponde a una respuesta provocada por un estímulo específico y concreto, se da de manera automática e involuntaria y depende del reforzamiento mientras que la operante es aquella que se da de manera espontánea y no se atribuye a un estímulo particular, porque es voluntaria y actúa sobre el entorno con el fin de modificarlo, por lo tanto la acción de un organismo opera en el ambiente y éste a su vez opera en la conducta mediante el reforzamiento. Encontramos aquí entonces una paradoja en la que se concibe “al ser humano como una máquina capaz de alterar las condiciones ambientales que dirigen la actividad de esa máquina” (Fradiman & Frage, 2001)

Otra de las importantes concepciones de Skinner fue el moldeamiento de la conducta, pues al considerar que la misma está sujeta únicamente a variables externas que la determinan planteó que la podemos predecir y controlar, de acuerdo a los reforzamientos que se utilicen, de tal manera que si queremos mantener una conducta positiva de una persona le seguiremos otorgando refuerzos; por el

contrario si la queremos eliminar eliminaremos también el reforzador o aplicaremos algún castigo. No obstante, a pesar de reconocer que el ambiente es quien moldea la conducta, Skinner creía que las personas somos capaces de controlar ciertas variables que producen la misma, actuando de una manera que modifique dichas variables. (Schultz & Schultz, 2010). Concluyendo así que aunque la personalidad está directamente relacionada con las situaciones ambientales las personas pueden utilizar ciertas técnicas para modificar esas variables externas.

4.3.2.3 Arthur Staats

Arthur Staats de igual manera esbozó una teoría de personalidad dentro del marco conceptual del conductismo, sin embargo no fue tan radical como Skinner ya que él le brindo notable importancia a las diferencias individuales, así como a las influencias biológicas para poder entender a la persona y no solo al proceso de aprendizaje que este podía llegar a tener por medio de los reforzadores. Staats afirmó que la personalidad se forma a partir del aprendizaje, pero no se trata de un aprendizaje que involucra únicamente la recompensa y el castigo, sino que toma en cuenta otras dimensiones tales como el repertorio emocional, repertorio del lenguaje y el repertorio sensomotor. (Cloninger, 2003).

Si bien es cierto que los hallazgos de los representantes del conductismo son importantes, no se puede negar que es una teoría muy incompleta que en su generalidad descuida los aspectos internos de las personas, no es dable reducir a los seres humanos a un simple cúmulo de conductas, ya que muchas veces estas pueden ser simplemente el resultado de procesos interiores que responden a motivaciones, necesidades, emociones, y que en este caso se están dejando de lado, a más de ello si bien el conductismo tiene un soporte científico debido a la comprobación de sus

experimentos no debemos olvidar que la mayoría de ellos fueron hechos en animales como las ratas, por lo tanto no lo podemos generalizar por completo a las personas que tienen capacidades mucho más especializadas que los animales, sin el afán de desmerecer a estos últimos.

4.3.3 Teoría Cognitiva

La teoría cognitiva de la personalidad surge a partir de las limitaciones que presenta la teoría conductual, ya que si bien expusieron su teoría de personalidad dejaron algunos aspectos incompletos para poder entender cabalmente la conducta humana. Ahora bien lo que propone la teoría conductual es que el comportamiento está basado en el aprendizaje pero tomando en cuenta las motivaciones, ideas, pensamientos, procesos psicológicos y determinantes ambientales como factores que intervienen en el mismo, por lo tanto consideran que la personalidad es el producto de cómo una persona procesa la información.

4.3.3.1 Albert Ellis

Dentro de la teoría cognitiva, Ellis creó la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) que define como un sistema que ayuda a minimizar los problemas emocionales y las conductas desadaptativas para vivir mejor y así llegar a la autorrealización, su objetivo principal no era únicamente proponer una teoría sino enseñar a las personas a descubrir sus propias ideas para así descartar lo que les lleva a hacer cosas negativas y potencializar las positivas, y finalmente con ese aprendizaje se hagan posible los cambios. La TREC está basada en el supuesto en el que todas las acciones y emociones de las personas son el resultado de sus propias creencias y de las interpretaciones que dan a las situaciones de la vida real, más que la situación

misma; por lo tanto la meta principal es lograr que las personas identifiquen sus ideas disfuncionales o “irracionales” como las llama Ellis, para reemplazarlas por unas más “racionales” y así alcanzar la felicidad y el desarrollo personal. (Ellis citado en Cabezas & Lega, 2006).

El modelo terapéutico utilizado por este autor se denominó ABC, el mismo que tenía como objetivo entender la forma de actuar de cada individuo, relacionando una conducta con las ideas y las cargas afectivas existentes en la persona; la letra A hace referencia a la activación de una situación determinada, la letra B se refiere a las creencias que la persona tiene de dicha situación y la letra C corresponde a la consecuencia o conducta que se pone de manifiesto en base a la situación que se ha presentado y a la creencia que ha operado en la persona (Seelbach, 2013). Con este modelo encontramos una importante explicación del origen de las diferentes patologías psicológicas, tomando en cuenta que para Ellis las percepciones erróneas de lo que ocurra en el punto A responden a los patrones disfuncionales del punto B, debido a que se pierde la objetividad y la situación es interpretada de manera subjetiva desde la experiencia propia, dando lugar al mismo tiempo a consecuencias de tipo emocional o conductual, concluyendo así que las creencias disfuncionales son las causantes de los problemas emocionales. (Cabezas & Lega, 2006)

Albert Ellis asegura que el comportamiento humano se desarrolla a partir de las ideas, creencias y emociones que posee cada uno, él integra a estos factores y establece que su interrelación es la responsable de los diferentes comportamientos de las personas, así como también de las dificultades psicológicas. Para él no es necesario ubicarse en hechos pasados para entender la personalidad, puesto que considera que la misma es producto de procesos cognoscitivos que se están dando en

el presente y al emprender su terapia hacia la psicoeducación y autoayuda de las personas dejó de lado la concepción psicoanalítica de que las mismas son prisioneras de su propio pasado, el autor consideraba que al cambiar ciertas ideas disfuncionales las personas son capaces de superarse y conseguir la autorrealización. (Seelbach, 2013).

Con estos conceptos podemos concluir que para este autor la configuración de la personalidad se da a partir de la asociación de situaciones, pensamientos y sentimientos, dando como resultado conductas ya sean funcionales o disfuncionales de acuerdo a la manera en que cada persona procesa la información, es por esta razón que al haber una interpretación errónea de cierta situación se ven afectados dichos factores (cognición, afecto y conducta), dando como resultado las diferentes complicaciones psicológicas que llevan a las personas a padecer especialmente ansiedad y depresión.

4.3.3.2 Walter Mischel y Albert Bandura

Dos de los autores que más influencia han tenido en el desarrollo de la teoría cognoscitiva es Walter Mischel y Albert Bandura. Mischel brindó numerosos aportes: entre ellos resaltó la importancia de entender las conductas de las personas dentro de las situaciones en las que se enmarcan y los refuerzos que se obtienen en las mismas “las situaciones activan pensamientos y emociones que se desarrollaron como resultado de la experiencia previa en esa situación” (Mischel (1973) citado en Cloninger, 2003). Por otra parte, Mischel sostenía que la personalidad debe ser entendida a partir de las aptitudes, los procesos psicológicos, las estrategias de codificación, expectativas y los constructos que cada individuo posee (Cloninger, 2003).

Bandura (1977) por su lado sostuvo que “la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente; de igual manera juegan un papel importante las expectativas de cada individuo”(citado en Montaña et al., 2009). Del mismo modo pensaba que la conducta está orientada a metas y que por lo tanto la persona tiene un grado de libertad para cambiar y autorregular sus comportamientos.

Uno de los aportes sustanciales de Bandura fue que la personalidad debe ser entendida dentro del contexto social y en base a los modelos que se le presentan al individuo desde la infancia hasta la edad adulta, pues enfatizaba que los seres humanos aprenden observando, y era a partir de esta observación que empezaba a operar el proceso de aprendizaje correlacionándose posteriormente con la capacidad de retener y reproducirlo, además añadió que en todo este proceso de aprendizaje influyen los procesos motivacionales. (Cloninger, 2003).

4.3.3.3 Edward Tolman

Edward Tolman hacía énfasis en no dejar de lado los procesos psicológicos a la hora de entender la conducta, pues estaba convencido que el comportamiento es consecuencia de mapas mentales es decir representaciones cognitivas del ambiente en el que se desenvuelve la persona, a más de ello añade que la conducta humana debe ser entendida de forma holística sin separar los aspectos biológicos, psicológicos y conductuales, sino como un todo integral. (Montaña et al., 2009).

Por lo expuesto anteriormente se puede inferir que las teorías conductuales intentan entender la personalidad a partir de la conducta observable de las personas, centrándose así en los aspectos externos que producen la conducta como lo son las recompensas y los castigos, dejando de lado las fuerzas internas que motivan dicha

conducta, en tanto que las teorías cognitivas hacen hincapié en los factores ambientales, psicológicos y cognoscitivos como variables explicativas para entender la personalidad.

4.3.4 Teoría Humanista Existencial

La teoría humanista existencial surge a partir de las premisas que el ser humano no es patológico, ni se encuentra determinado por fuerzas inconscientes así como sensaciones y pulsiones como lo establece el psicoanálisis, tampoco puede ser entendido su comportamiento como un conjunto de conductas existentes a partir de reforzadores. El pilar fundamental de esta teoría es entender a la persona como un individuo lleno de posibilidades para desarrollar su crecimiento personal, la libertad, el amor, la esperanza, la espiritualidad y que además tiene particularidades singulares e irrepetibles.

El origen de este movimiento se remonta hacia los años 50 en California cuando un grupo de psicólogos, psiquiatras y exponentes de otras ciencias humanas e incluso de movimientos como el Psicoanálisis y el Conductismo empezaron a discrepar completamente con los postulados que existían hasta el momento sobre la personalidad, por lo que empezaron a proponer una nueva dimensión de lo que representa el ser humano. (Rosal & Bayón, 2013)

Entre las principales ideas que este grupo rechazaba estaba el hecho que el ser humano sea simplemente entendido en términos de sensaciones, impulsos, estímulos; y que se hayan generalizado investigaciones sobre la conducta humana simplemente a partir de experimentos en animales como lo son las ratas. Del mismo modo rechazaban el hecho de centrarse solo en el aspecto psicopatológico de la

personalidad de individuos, mas no en sus características positivas; y finalmente está la cuestión de que los anteriores movimientos se dejaron llevar completamente por la necesidad de rigor científico, pretendiendo contabilizar los fenómenos científicos sin percatarse que hay dimensiones tan particulares del ser humano que difícilmente pueden ser contabilizadas. (Rosal & Bayón, 2013)

Es necesario resaltar aparte de lo anteriormente expuesto que el desarrollo de esta teoría se da después de las catástrofes de la segunda guerra mundial como una necesidad de cuestionarse qué es lo que ocurre con el espíritu humano, “este nuevo modelo enfatiza en las posibilidades de crecimiento del ser humano en el instante presente, centrándose en el darse cuenta”. (Seelbach, 2013).

Cuando finalmente se consolidaron las ideas de todo este grupo de profesionales fundaron “La asociación del movimiento humanista”, la misma que en 1964 presentó las bases de esta teoría:

- El individuo como persona sobrepasa la suma de sus partes.
- La persona lleva a cabo su existencia dentro de un contexto humano. Su naturaleza se expresa en relación con otros seres humanos.
- El ser humano es consciente.
- La persona tiene capacidad de elección.
- El ser humano es intencional en sus propósitos, sus experiencias valorativas, su creatividad, su reconocimiento de significados, etc. (Sargent citado en Rosal & Bayón, 2013).

Si bien es cierto que se establecieron lineamientos básicos sobre los principios humanistas, esto no exime a los autores pertenecientes a este enfoque, del hecho de no haber planteado sus teorías con sus propias particularidades. A continuación se presentan los exponentes de este movimiento que mayor trascendencia han tenido

por sus valiosos aportes, y que además siguen teniendo repercusión hasta la actualidad.

4.3.4.1 Abraham Maslow

Abraham Maslow es considerado el mayor exponente del Humanismo, muchos autores incluso afirman que es el padre de este movimiento, consideraba que el hombre es bueno así como saludable por naturaleza, y que iba cambiando durante el transcurso de la vida con el fin de adaptarse a nuevas situaciones, es por esta razón que debía ser estudiado en base a su grado de crecimiento personal y no solo sus psicopatologías. El autor estaba convencido que el hombre construye su personalidad cuando se pone al servicio de metas positivas, ya que de esta forma alcanza la autorrealización. (Cloninger, 2003).

Maslow en 1954 definió a la Psicología Humanista como “gente que está interesada en el estudio científico de la creatividad, el amor, los valores superiores, la autonomía el crecimiento, la autorrealización, la gratificación de las necesidades humanas, etc.” (Rosal & Bayón, 2013), marcando así completamente la visión que se tenía sobre la persona anteriormente, pues ahora se introducían conceptos que antes no fueron tomados en cuenta por ser considerados esencialmente subjetivos.

Este autor propuso la teoría que las personas tienen una pirámide de necesidades que deben ir completando hasta alcanzar la autorrealización, estas necesidades son: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y la última que es la necesidad de autorrealización; el autor sostenía que en la medida que vayamos completando nuestras necesidades, dependerá nuestra personalidad, ya que cada vez

que vayamos escalando por esta pirámide nuestra motivación se dirigirá hacia nuevos horizontes. (Cloninger, 2003).

Las necesidades fisiológicas hacían referencia a las necesidades de supervivencia como lo es la comida, agua, sueño y sexo, mientras estas necesidades no se encuentren satisfechas el individuo se verá únicamente motivado a buscar su satisfacción antes que centrarse en otro aspecto. Las necesidades de seguridad se refieren al hecho que la persona busca convivir en un medio seguro, en donde su vida no se encuentre amenazada, Maslow estaba convencido que muchas de las neurosis estaban relacionadas con un intento de garantizar seguridad a la persona. Las necesidades de amor y pertenencia estaban enfocadas al hecho de que los seres humanos buscan amar y ser amados como parte fundamental de su crecimiento personal. (Cloninger, 2003).

Las necesidades de estima se refieren al hecho que los individuos necesitan auto respeto y a su vez ser considerados y respetados por los demás, Maslow concebía que las personas se esfuerzan por conseguir logros con el único objetivo de ser reconocidas por la sociedad y de esta forma lograr satisfacer sus necesidades de estima. Una vez que estas necesidades han sido satisfechas la persona asciende al último escaño que es la autorrealización y quizá la más importante en el proceso de desarrollo personal, que a diferencia de las anteriores necesidades no son para cubrir alguna deficiencia sino para cultivar el propio potencial, el mismo que será completamente diferente de una persona a otra puesto que cada una dirigirá su energía hacia distintas capacidades. (Cloninger, 2003).

Es necesario mencionar que para Maslow el estudio de la personalidad no solo se debía hacer con individuos que tenían algún tipo de psicopatología, sino con

personas que se encuentran sanas, ya que esto permite ver otra cara de la psicología, además al estudiar a personas sanas es más fácil comprender cómo se desarrolla el proceso de autorrealización en los seres humanos, al final concluyo que una persona autorrealizada era aquella que tiene “una habilidad inusual para detectar lo espurio, lo falso y lo deshonesto en la personalidad, y en general para juzgar a la gente de forma correcta y eficiente” (Maslow citado en Cloninger, 2003).

Como se ha podido evidenciar la teoría de Maslow representó un cambio trascendental en la concepción que hasta el momento se había tenido del ser humano, su noción de que el hombre es bueno por naturaleza abrió muchas puertas hacia el estudio de las posibilidades y potencialidades del mismo, dejando a un lado la necesidad de ver en él exclusivamente sus aspectos negativos, así como únicamente su conducta observable, más bien este autor motivo a percibir los aspectos subjetivos que tiene cada persona porque solo gracias a ellos podremos entender verdaderamente que sucede en cada una.

4.3.4.2 Carl Rogers

Carl Rogers fue uno de los primeros miembros que se fusionó a la Asociación de Psicología Humanista, entre sus aportes estaba su concepción que el individuo es una persona con tendencia al auto crecimiento, por lo que debe ser siempre considerada de forma positiva, discrepaba completamente con el psicoanálisis el cual suponía que el ser humano se comporta de forma irracional ya que está determinado por su inconsciente, al contrario Rogers imaginó a la persona como un sistema que se dirige constantemente hacia la consecución de metas, por lo tanto la conducta del individuo debía ser entendida como un intento constante de superación, es por ello que alentó a mirar a los individuos sin prejuicios sino como seres singulares e

irrepetibles, y sus dimensiones de personalidad no como aspectos que pueden ser controlados, ni predecibles sino como dinámicos y exclusivos de cada persona. (Rosal & Bayón, 2013).

Rogers propuso que la personalidad está compuesta por una estructura llamada Self, dicha estructura es la que se encarga de hacer que cada sujeto tenga conciencia de su experiencia fenomenológica, es decir ver cuál es la concepción que cada uno tiene respecto al mundo, ya que el Self es un patrón organizado y persistente de percepciones que permiten constantemente darle significado a las experiencias. Ahora es importante recalcar que Roger advirtió sobre la necesidad de distinguir el Self real de Self ideal, el primero contiene las características propias y verdaderas de la persona, en tanto que el ideal contiene los aspectos que la persona anhela tener, si en determinado momento estos dos pierden congruencia podría llegar a darse un conflicto en la personalidad del individuo. (Cervone & Pervin, 2009).

Al igual que Maslow, Rogers también ofreció sus aportes sobre la autorrealización, señalando que la persona no tiene una tendencia hacia lo instintivo, sino una tendencia consciente a progresar constantemente en su autodesarrollo, desde lo simple hasta lo complejo, y que en este proceso el individuo constantemente busca congruencia para que la mayoría de sus comportamientos estén en total consonancia con el self. (Cervone & Pervin, 2009).

El autor concluyó que cuando el individuo alcanza la autorrealización y potencializa determinadas características de personalidad tales como: apertura a la experiencia, vivencia existencial, confianza orgánica, experiencia de libertad, creatividad puede llegar a convertirse en una persona plenamente funcional, en principio para lograr esto el individuo debe ser capaz de poner en práctica un proceso

de valoración orgánica que básicamente consiste en evaluar el potencial de crecimiento que le brinda cada experiencia en la vida, pues esto le permitirá acercarse cada vez más a este tipo de experiencias enriquecedoras y alejarse de aquellas que no le representan progreso en su existencia. (Cloninger, 2003).

Otro de los aspectos que Rogers enfatizaba para lograr comprender la forma de pensar, sentir y actuar de cada persona estaba encaminado a profundizar sobre el diálogo interior que cada quien tiene, pues este es un pilar fundamental para entender su personalidad ya que éste, junto con la estima positiva, así como la aceptación incondicional de los demás seres forman su autoconcepto, el autor era muy preponderante en señalar que parte importante del desarrollo del autoconcepto depende en gran medida de lo que dicen los padres de cada ser humano sobre sí mismo, pues las actitudes paternas de aceptación proveen al individuo de seguridad emocional, niveles de bienestar, y autocontrol, los mismos que son esenciales para el funcional desarrollo de la personalidad (Cloninger, 2003).

4.3.4.3 Gordon Allport

Gordon Allport sostenía que la persona debe ser comprendida como una totalidad en sí misma, y que la personalidad de cada individuo deberá ser estudiada y entendida de forma individual, tomando en cuenta sus características propias. Asimismo argumentó que el ser humano es un sistema abierto que se dirige hacia metas y objetivos, para ello el individuo utiliza la motivación como un motor para ser mejor, así como para darle un importante sentido a su vida, esta motivación puede llegar a involucrar aspectos del pasado, presente y futuro, por lo tanto concluye, las personas tienen la capacidad de autorregular su personalidad (Cloninger, 2003).

Una de las puntualizaciones más llamativas de este autor es que la personalidad es un conjunto combinado de rasgos, Allport define al rasgo como “una estructura neuropsíquica que puede interpretar gran número de estímulos como funcionalmente equivalentes, y que inicia, guía y sostiene conductas de adaptación y expresión” (Cloninger, 2003), los rasgos involucran atributos físicos, psicológicos innatos así como adquiridos y hábitos ambientales. Estos rasgos vistos en una totalidad unificada conforman la personalidad del ser humano, ya que para Allport sería un error intentar comprender la conducta humana solo centrándose en un aspecto (Cloninger, 2003).

Allport introdujo en su teoría el término Propium para entender todos los aspectos de la personalidad que son característicos de cada individuo, y que le brindan unidad y estabilidad interna al mismo, este propium no está instaurado en la persona al momento de nacer, sino que se va construyendo con el tiempo a través de los reforzamientos, hábitos, procesos cognoscitivos, autoconcepto. El autor considera que existen siete aspectos principales que conforman el Propium que son: el sentido del propio cuerpo, sentido de identidad, autoestima, extensión del yo, autoimagen, autoconocimiento, y propósitos- metas. La unión de estos siete aspectos junto con los rasgos forman la personalidad completa del individuo. (Cloninger, 2003).

Allport al igual que Rogers brindó algunas pautas sobre cuáles deberían ser las características de una personalidad funcional o madura, entre ellas mencionó el hecho que el individuo deber tener la capacidad de involucrarse en múltiples actividades y sacar provecho de cada una de ellas, de igual forma debe ser capaz de proyectarse constantemente al futuro para trazarse metas, de igual manera añadió que la persona debe tener la capacidad de relacionarse afectuosamente con los demás

y consigo mismo mostrando humor y discernimiento, finalmente debe tener la capacidad de configurar una filosofía de vida que le dé sentido a su existencia (Cloninger, 2003).

4.3.5 Abordaje integrativo de la personalidad

4.3.5.1 Theodore Millon

Theodore Millón es un famoso psicólogo estadounidense el cual realizó una propuesta teórica sobre personalidad, la misma que es considerada como uno de los primeros intentos de integración de algunas corrientes, pues creía que el estudio del ser humano es tan complejo que limitarse a un solo enfoque sería un gran error, sin embargo vale recalcar que el autor no se consideraba un ecléctico en el tema, sino que intentó articular de forma coherente las diversas propuestas. Millón es muy reconocido en la actualidad no solo por el hecho de haber esbozado una teoría de personalidad, sino por crear múltiples instrumentos para medir la misma, ya que sostenía que el proceso de evaluación de la persona es tan complejo como la persona misma, por lo que se interesó en construir test que permitiera un estudio veraz y profundo del individuo.

Las primeras ideas que tuvo Millon en 1960 sobre la construcción de la personalidad estaban enfocadas a entender el proceso de interacción entre los procesos biológicos del ser humano con las influencias ambientales que recibe a lo largo de su vida, como determinantes de las características propias del individuo. Más tarde alrededor de 1967 Millon ya establece una teoría de personalidad consolidada a la cual denomina Teoría de Aprendizaje Biosocial, la misma que

realzaba la importancia de la interrelación entre los factores biológicos, procesos evolutivos y peculiaridades del aprendizaje como sustento de un patrón de personalidad. (Morales de Barbenza, 2003).

Dentro de lo que compete a los aspectos biológicos el autor enfatizaba en los aspectos de la herencia, así como las disposiciones temperamentales como parte importante en la configuración de la personalidad, sin embargo fue muy claro en advertir que estos aspectos biológicos tienden a modularse a través de los procesos de aprendizaje como son los refuerzos, esto indefectiblemente da como resultado que el ser humano logre una individualidad biofísica que lo haga una persona única e irrepetible. (Ávila, 2003).

Por su parte los procesos evolutivos en la teoría de Millón estaban caracterizados por las diferentes situaciones por las que atraviesa la persona a lo largo de su desarrollo, planteando así cuatro etapas por las que irremediabilmente transita: la primera denominada *Fijación Sensorial* comprendía desde el nacimiento hasta los 18 meses, esta etapa estaba determinada por las habilidades sensoriales y comportamientos de apego en el niño, aquí se busca el equilibrio entre el placer y el dolor. La segunda etapa es la de *autonomía sensorio-motora*, la misma que se despliega a partir de los 23 meses hasta los 6 años de edad, aquí el niño logra desarrollar habilidades sensorio-motoras y se inclina por probar conductas autónomas de exploración, en esta etapa ya se puede ver si predomina la actividad o pasividad en el niño. (Ávila, 2003).

La tercera etapa conocida como *Replicación* se da cuando el niño logra formar su identidad de género y desarrolla el amor por sí mismo y por los demás, de aquí deviene la opción de que ese niño se repliegue sobre sí mismo o sobre otras personas.

La cuarta etapa denominada *Iniciativa Intra-Cortical*, comprende desde los cuatro años, hasta la adolescencia, es en esta etapa donde el individuo desarrollará capacidades de iniciativa, así como de habilidades mentales abstractas que le permiten ir construyendo su realidad fenomenológica. De la estimulación que reciba el individuo durante cada etapa se desarrollaran procesos de aprendizaje que intervendrán de forma decisiva para determinar ciertas características de personalidad. (Ávila, 2003).

En lo que a Aprendizaje se refiere Millón manifestaba que éste en sus distintas modalidades ejerce influencia sobre la personalidad, en la medida en que se mantiene en el tiempo, ya que es un determinante importante sobre la conducta humana, así como en los estilos de comunicación. El autor se refirió a dos tipos de aprendizaje importantes el primero hacía referencia al aprendizaje interpersonal que involucraba aspectos como la confianza en sí mismo, la autocompetencia, autoimagen; y el segundo tipo de aprendizaje estaba enfocado a las estrategias de afrontamiento intra e interpersonales que incluye las características propias de cada individuo que pone en práctica para resolver cualquier tipo de situación con el objetivo de lograr la estabilidad del yo. (Ávila, 2003).

De esta forma Millón fue percatándose que existía una necesidad urgente de estudiar a la personalidad de forma integrativa, por lo que afirma “la personalidad es un sistema sintetizado y esencial, en el cual ninguna área puede aislarse y funcionar por sí misma, ya que se encuentran conectadas entre sí contribuyendo a mantener la unidad del organismo total” (Millon citado en Morales de Barbenza, 2003). Se evidencia claramente el deseo del autor de estudiar a la personalidad de forma

holística atendiendo a todos los aspectos que la involucran y definen para poder entenderla a cabalidad.

Uno de los aportes más importantes de Millón fue haber establecido la tipología del modelo Bidimensional mediante el cual explicaba el origen de las pautas de personalidad, la primera dimensión hacía referencia a la acción, es decir al nivel de actividad o pasividad que emplea la persona ya sea para incrementar sus refuerzos o minimizar el dolor, esta dimensión tiene su origen en el aspecto biológico, no obstante es modificada por medio del aprendizaje. La segunda dimensión se refiere a la clase de vínculo que forman las personas entre el sí mismo y los otros, a su vez de esta categoría se desprenden 4 categorías: dependencia, independencia, retraimiento y ambivalencia, esta dimensión se encuentra originada en el plano psicológico y psicosocial. Es importante señalar que años más tarde Millón reformuló sus dimensiones incluyendo la dimensión de placer y dolor, coincidiendo con algunos conceptos de Freud reconoció la importancia de esta dimensión, la misma que se encuentra arraigada al plano más primitivo de los seres humanos. (Ávila, 2003).

Un aspecto importante a resaltar de la teoría de Millon es que consideró a la personalidad como un continuum entre normalidad y anormalidad, señalando que las personas pueden tener rasgos de personalidad que sean considerados normales, no obstante si estos mismos rasgos en un momento determinado se vuelven poco flexibles se los considera patológicos, Millón manifiesta “la personalidad emerge como resultante de la interdeterminación de dos procesos: como el individuo interactúa con las demandas de su medio ambiente, y cómo se relaciona consigo mismo” (citado en Ávila, 2003), si durante este proceso las características de personalidad le permiten al individuo ser flexible, adaptarse fácilmente a nuevas

situaciones, tolerar la frustración, si esto ocurre hablamos de una normalidad que permite promover la salud, de lo contrario estamos frente a rasgos patológicos que estacan el crecimiento del sujeto.

Como se ha podido apreciar existen múltiples teorías que intentan explicar la conducta humana, si bien algunas son más profundas y detalladas que otras, todas de alguna manera brindan una explicación coherente sobre la personalidad. Ahora bien es importante señalar que ninguna teoría es totalmente completa en sí misma, y a su vez todas tienen muchos criterios acertados, por lo que sería inoportuno apegarse a una teoría radicalmente, ya que tal opción únicamente daría paso a que se descuiden aspectos importantes de la personalidad, es por ello que se debería adoptar un enfoque unificador y probablemente la teoría que más se acerque a ello es la de Theodore Millón, que al momento de comprender la forma de actuar de un ser humano, toma lo mejor de cada teoría para poderlo entender de forma más completa y profunda sin descuidar ningún aspecto.

4.4 PERSONALIDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

Como se mencionó al inicio del presente capítulo, la personalidad comprende las características propias de cada persona que determinan su manera de pensar, sentir y actuar, que son estables a lo largo del tiempo, en las diferentes situaciones y que marcan las diferencias con las demás personas. (Caballo (2008) y McCrae & Costa (2003); citados por Caballo, Guillen & Salazar, 2009)

A lo largo del tiempo y de los diferentes estudios realizados en este ámbito, ha surgido la necesidad de poder diferenciar cuándo la personalidad es normal y cuándo es patológica, no obstante, al no existir un punto de corte claro que nos indique esta

clasificación, se torna en una tarea difícil. A pesar de esto, los diferentes autores han intentado realizar una distinción de rasgos, estilos o tipos de personalidad que permitan ver un nivel de funcionalidad o disfuncionalidad en las personas. Por ejemplo, Millón y Davis (2001) citados en Caballo et al., (2009), realizaron una importante distinción entre los conceptos de estilo y trastorno, el primero hace referencia a las tendencias a actuar o pensar de determinada manera, estas son flexibles y permiten la adaptación de las personas a los diferentes contextos, por lo tanto son funcionales y no ocasionan ninguna dificultad. A diferencia de los estilos, los trastornos se caracterizan por una manera de sentir, pensar y actuar de manera estable, rígida e inflexible, impidiendo la adaptación de las personas a las diferentes situaciones, y causando un malestar significativo global en el funcionamiento y la dinámica de la persona.

Las diferentes investigaciones establecen que en general la “normalidad” de la personalidad se encuentra cuando los patrones que la caracterizan, es decir las pautas tanto cognitivas, emocionales y conductuales, son flexibles y permiten a las persona adaptarse al ambiente que los rodea, y por el contrario nos encontraremos en el límite de lo patológico, el momento en que estos patrones nos impidan una buena adaptación a nuestro entorno debido a la rigidez que domina los mismos y que al mismo tiempo afecta la dinámica global de las personas. (López & Becoña (2006), citado por Barrios, Sánchez & Salamanca, 2013)

En el presente espacio se pretende revisar cuáles son los trastornos de personalidad que se consideran como referente dentro de la psicología y la psiquiatría para realizar un diagnóstico, dichos trastornos se encuentran descritos a manera de categorías que encierran características en común, no está por demás

aclarar que cada uno de estos tipos de personalidad pueden llegar a ser explicados desde los distintos enfoques mencionados anteriormente, pues cada teoría psicológica ya sea psicodinámica, cognitiva, conductual, humanista existencial o integrativa aplicando sus principios básicos logrará esbozar una explicación coherente que permita comprender el origen de estos trastornos.

A nivel mundial existen dos asociaciones importante en el ámbito de la salud mental, en primer lugar tenemos a la Organización Mundial de la Salud, y en segundo lugar contamos con la Sociedad de Psiquiatría Americana, estas dos entidades han trabajado conjuntamente para presentar una clasificación sobre la personalidad patológica que puede llegar a tener un individuo, dicha clasificación ha sido plasmada en sus manuales diagnósticos; Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) y Manual Diagnóstico y Estadísticos de las Enfermedades Mentales (DSM-V).

Los dos manuales presentan similares patrones para el diagnóstico de la personalidad, concordando principalmente en el hecho de considerar que si existen rasgos patológicos en la conducta de un individuo deben existir características de inflexibilidad, desadaptación, deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, que se presenten en los ámbitos cognitivo, afectivo, actividad interpersonal y control de impulsos, señalando tácitamente que estas características no pueden ser producto de efectos fisiológicos de sustancias ni enfermedades médicas que motiven alteraciones permanentes. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La Sociedad de Psiquiatría Americana (1994), define al trastorno de personalidad como “Un patrón permanente e inflexible de experiencia y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la

adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar para el sujeto”. La definición del CIE 10 es muy parecida, exceptuando porque en este manual el trastorno puede tener sus inicios desde la infancia.

Dimaggio y Semerari (2008), consideraban que la personalidad es el resultado de múltiples operaciones mentales dentro de las cuales se encuentran la forma en que un individuo se relaciona con los demás, el significado que da al mundo, la autoimagen que se forma, la manera en que resuelve los problemas que se le presentan, si es que los mecanismos de estas operaciones fallan y se extienden hacia alguna de las áreas del individuo irremediamente se produce un trastorno de personalidad, el mismo que puede ser tan intenso que incluso llegue a complicar los trastornos del Eje I si es que existiesen.

Los trastornos de personalidad se encuentran divididos en 3 categorías principales de acuerdo con los rasgos más prevalentes que caracterizan a cada uno de estos grupos. El primero es el grupo A, aquí se incluyen a los individuos raros y excéntricos, que se caracterizan por mostrar problemas en la expresividad emocional e incluso pueden llegar a mostrarse hostiles, suspicaces, retraídos y aislados socialmente. Dentro de esta categoría están los trastornos: Paranoide, Esquizoide, y Esquizotípico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El trastorno de personalidad Paranoide está caracterizado principalmente por un patrón de desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, que ocasiona una percepción e interpretación distorsionada y arbitraria de los hechos que ocurren alrededor. La persona puede llegar a presentar fuertes sentimientos de rencor

persistente hacia las demás personas, a quienes constantemente cuestiona su lealtad y fidelidad. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

El Trastorno Esquizoide de la personalidad está determinado por un esquema de conducta en el cual predomina el aislamiento social, indiferencia, alexitimia dentro de las relaciones interpersonales, es necesario destacar que esta conducta es decisión y preferencia de la persona ya que no disfruta de las relaciones íntimas, en la mayoría de los casos no tiene confidentes a menos que sea un familiar de primer grado. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

El Trastorno de la personalidad Esquizotípica está caracterizado por un conjunto de conductas en las cuales el sujeto presenta deficiencias sociales e interpersonales, comportamientos extraños, distorsiones cognitivas o perceptivas que influyen de manera decisiva en su comportamiento y que no están en consonancia con las normas culturales del individuo. En lo que respecta al afecto este se muestra completamente inapropiado. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Dentro del grupo B se encuentran los tipos de personalidades erráticas, dramáticas y emocionales, lo que más llama la atención de este conjunto de personalidades es que tienen una expresión emocional desmedida, constantemente dramatizan con el objetivo de llamar la atención de las demás personas. En este grupo se encuentran el trastorno de personalidad histriónica, narcisista, límite y antisocial. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

El trastorno de personalidad Histriónica se caracteriza por una emotividad excesiva y necesidad de atención de los demás, es por ello que muchas veces las interacciones en este tipo de sujetos involucran tintes provocativos así como

seductores, a más de ello son teatrales, sugestionables, y con una expresividad emocional exagerada que incluye cambios rápidos en las emociones o incluso afecto aplanado. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Por su parte el trastorno de personalidad Narcisista tiene como característica principal que el individuo muestra una necesidad preponderante de admiración y reconocimiento por parte de las demás personas. Son individuos que revelan sentimientos de grandeza hasta el punto de llegar a ser arrogantes, no se relacionan con facilidad, pues aparentemente buscan personas de un status superior. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

El trastorno de personalidad límite tiene como particularidad específica que el individuo manifieste un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen, afectos junto con una impulsividad intensa en áreas que son potencialmente autolesivas, generalmente los sujetos experimentan sensaciones intensas de vacío, del mismo modo que enfado y dificultad para manejar su ira. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Finalmente el último trastorno del grupo B es la personalidad antisocial, la misma que se caracteriza porque el sujeto presenta un comportamiento de vulneración hacia los derechos de otras personas o incluso de animales, incumplen constantemente normas sociales, y mienten con facilidad para lograr sus propios intereses, a más de ello son individuos impulsivos, irritables, irresponsables, y agresivos que no experimentan remordimiento ante sus conductas. Es el único trastorno de personalidad que requiere que el individuo tenga 18 años para ser diagnosticado, y además que este tipo de comportamientos hayan iniciado antes de los 15 años. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Por último está el grupo C de los trastornos de personalidad, en esta categoría están comprendidos los sujetos que muestran temor, inseguridad, ansiedad, e inestabilidad emocional caracterizada por pasividad personal y sufrimiento. En este apartado se encuentra el trastorno de personalidad obsesivo compulsivo, evitativo u ansioso, y por último el trastorno de personalidad por dependencia. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo llama la atención porque existe un patrón predominante por el orden, perfeccionismo y control mental e interpersonal, que no da espacio para la flexibilidad. Los sujetos que tienen este tipo de personalidad usualmente muestran preocupación excesiva por los pequeños detalles así como una preocupación preponderante por el trabajo y la productividad. Por otra parte son muy rígidos e inflexibles con respecto a la ética y los valores. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

En lo que se refiere al trastorno de personalidad evitativo o ansioso, este se encuentra caracterizado porque el individuo manifiesta una fuerte inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la crítica negativa, esto conlleva a que muchas veces evite actividades que impliquen contacto interpersonal por el temor de ser rechazado, por esta razón los individuos solo se involucran con otras personas cuando se sienten completamente seguros que los aceptaran. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Por su parte el trastorno de personalidad por dependencia está basado en la necesidad del sujeto de ser cuidado y protegido llegando a manifestar un comportamiento sumiso y de apego exagerado para cumplir con esto y de esta forma no sentirse abandonado, son individuos que constantemente necesitan de los demás

para poder tomar decisiones, pues no son capaces de tomar la responsabilidad de su propia vida debido a sus sentimientos de inseguridad, es por ello que necesitan la aceptación desmedida de los demás. (Asociación Americana de Psicología, 2014).

Como se ha podido evidenciar existen 10 tipos de trastornos de personalidad recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de enfermedades mentales elaborado por la Sociedad Americana de Psiquiatría, estos mismos trastornos se encuentran en la Clasificación Internacional de las Enfermedades que propone la organización mundial de salud con ligeras variaciones. Lo más importante que resaltan estas dos entidades es que para considerar que se trata de un trastorno de personalidad se debe tomar en cuenta el grado de inflexibilidad de las características de las personas y como estas influyen negativamente en la vida del individuo tanto por el nivel de malestar que causan como por su presencia en más de uno de los contextos en el que se desenvuelve la persona.

4.5 TEST DE LA PERSONA BAJO LA LLUVIA

A continuación se presentará la utilidad del Test Bajo la Lluvia tomando en cuenta que se trata del instrumento escogido para valorar los rasgos de personalidad más prevalentes de los individuos inmersos en el presente estudio.

El test de la persona bajo la lluvia es un test proyectivo, en el que de manera indirecta la persona manifiesta algunos elementos de su mundo interno y de su estructura inconsciente, actualmente se utiliza principalmente para estudiar algunos aspectos de la personalidad entre los cuales se encuentran los mecanismos de defensa, el temor, la ansiedad, la agresión, la inseguridad, conflictos no resueltos, introversión, extroversión, timidez, entre otros. Además uno de los componentes más

importantes que se miden en este test, es la postura de la persona frente a las situaciones estresantes, pues el hecho de dar la consigna “dibuje una persona bajo la lluvia”, pone a la misma frente a un estresor ambiental, elemento que permite evaluar cuáles son las reacciones y mecanismos que utiliza al encontrarse en circunstancias donde existe tensión o estrés. (“El pequeño gran mundo de la psicotecnia pedagógica”, 2013)

La vivencia de obstáculo se relaciona con la percepción más o menos objetiva, el nivel de ansiedad que las situaciones problema le genera y despiertan en el sujeto cuando se encuentra inmerso en él, real o potencialmente. La eficacia defensiva finalmente se evidencia en principio porque el sujeto cumpla con la consigna, y esto implica que el dibujo presente al menos la persona, la lluvia y generalmente el piso. Se considera un test apropiado para aplicar a todas las edades, profesiones y sexos. Específicamente en esta investigación por medio de este test se medirán las siguientes variables que incluyen diversos rasgos que se relacionan entre sí: introversión-extroversión, razón-emoción, capacidad de afrontamiento-pobre capacidad de afrontamiento y mecanismos de defensa. Para la consigna, se le solicita al paciente que “dibuje una persona bajo la lluvia”, para ello previamente se le entrega al paciente una hoja en blanco, un lápiz y un borrador, y se le aclara que el tiempo para cumplir con la consigna es totalmente libre, no obstante generalmente tiene una duración de 5 a 15 minutos. (Querol & Chavez, 2008)

No se tiene clara la autoría de este test, sin embargo, entre algunos antecedentes históricos encontramos que en el año 1924 H. M. Fay aplica un test en el que la consigna consiste en “dibuje una mujer que pasea por la calle, llueve”, en el mismo que se evalúan factores como el sexo de la persona, la dinámica o movimiento, la

lluvia y la vestimenta de protección, otorgando un punto por cada elemento presente, fue aplicado a niños desde los seis años de manera individual o colectiva. Posteriormente en el año 1947, A. Rey, propuso que en el mismo test debían evaluarse todos los elementos presentes, obteniendo muchas objeciones este test se dejó de utilizar. Posteriormente, E. Hammer planteó varios ejemplos del test de la persona bajo la lluvia, pero su análisis fue insuficiente, él estableció que los posibles autores de este test fueron Arnold Abrahams o Abraham Amchin. (Querol & Chaves, 2008)

Según Querol y Chaves (2008), existen cuatro áreas de análisis de esta test: análisis de los recursos expresivos (emplazamiento, tiempo, presión, secuencia, sombreados, movimiento, trazos), análisis del dibujo mismo (orientación, posturas, borrados, tachaduras, vestimenta, paraguas, etc), expresiones del conflicto en el dibujo (psicopatologías) y mecanismos de defensa (negación, desplazamiento, regresión, aislamiento, anulación, inhibición, etc).

Algunos estudios se han realizado aplicando este test, para averiguar indicadores de la personalidad que influyen en ciertas conductas y patologías. Por ejemplo en una investigación realizada por Pool en el año 2007, a una muestra de 78 niños entre los 9 a 11 años, 39 de los cuales habían sido víctimas de agresión sexual y los otros 39 formaban parte del grupo control, se les aplicó esta prueba con el fin comprobar la hipótesis propuesta de que los niños y niñas de quienes sus derechos sexuales habían sido vulnerados presentarían en mayor medida una organización limítrofe de la personalidad, a diferencia de los que no existía la sospecha de haber sido victimizados sexualmente, después de un largo procedimiento de estudio y análisis de resultados, vieron confirmada dicha hipótesis, llegando a la conclusión de que los

niños víctimas de abuso sexual presentan serias complicaciones en su personalidad afectando esto gravemente a su desarrollo psíquico, afectivo e interpersonal. (Pool, 2007)

Otra investigación realizada en Argentina, a una muestra de 41 personas entre los 15 y 68 años, de los cuales el grupo experimental estaba formado por 20 individuos y el grupo control por 21, con el fin de prevenir la tasa de suicidios, tuvo como objetivo poder rastrear indicadores que permitan diagnosticar de manera precoz el potencial suicida, para ello aplicaron la escala de evaluación del potencial suicida y el test de la persona bajo la lluvia, los resultados de este estudio fueron bastante aceptables ya que al finalizar el mismo, las deducciones obtenidas indicaron que a diferencia del grupo control, el grupo experimental presentó indicadores como rigidez que indica que se encierran en sí mismos y se sienten amenazados por el entorno, paraguas cerrado o uso inadecuado del mismo, que indica debilidad para luchar y necesidad de alguien o algo para defenderse, ausencia de piso, como muestra de sentimientos de vacío, omisión de pies y pies descalzos como indicador de baja energía para realizar esfuerzos y seguir adelante, entre otros. (Picconne, 2006).

Se observó también que el estado de ánimo de los dibujos del grupo con potencial suicida se mostraba triste, preocupado y desvalido. Finalmente se pudo ver que el análisis de los indicadores del test de la persona bajo la lluvia es una importante herramienta que permite detectar las variables del potencial suicida, así como rasgos de la personalidad que llevan a las personas a comportarse de esta manera. (Picconne, 2006).

Puesto que el Test Bajo la Lluvia mide una amplia gama de rasgos de personalidad se optó por elegir determinados rasgos específicos que la evalúen de forma general a través ciertos parámetros como lo son: la forma que tienen las personas para relacionarse con el mundo, cómo procesan la información, la manera en cómo afrontan las situaciones adversas y finalmente cuáles son las defensas que usan comúnmente, y de esta forma correlacionar estas características de personalidad con la obesidad. Dentro de las categorías seleccionadas para evaluar esta área de los participantes se han elegido las siguientes polaridades:

Introversión-Extroversión

Introversión:

Cuando hablamos de una persona introvertida, nos referimos a aquel individuo que se repliega sobre sí mismo y evita participar con el mundo externo, quien tiene estos rasgos de personalidad se interesa por conectarse activamente con su mundo interior, disfrutando únicamente de su propia compañía y evitando el intercambio con los demás, pues se basta con sus propios recursos. (Jung citado en Millon, 1997)

Extroversión:

A diferencia del introvertido, la persona extrovertida se caracteriza por centrar su atención al exterior, su mayor prioridad es participar activamente en el mundo influyendo en él y dejándose influir por él. Las personas con estas características de personalidad ven una gran necesidad de establecer múltiples relaciones sociales con los demás, pues no se bastan a ellos mismos. (Jung citado en Millon, 1997)

Razón/Pensamiento-Emoción/Sentimiento

Razón/pensamiento:

Estos rasgos son característicos de las personas que interpretan los sucesos de la vida a través de la razón y la lógica, ya que realizan constantemente un análisis exhaustivo de las diferentes situaciones, inclinándose de esta forma hacia las cogniciones objetivas anulando en gran medida a los afectos y las emociones. (Millon, 1997)

Emoción/sentimiento:

Dentro de esta categoría se ubican aquellas personas que procesan la información afectivamente por medio de sus estados subjetivos, es decir, a través de las emociones que experimentan en determinado momento, de esta forma dan más interés a la parte afectiva soslayando el contenido lógico. Es por esta razón que estos sujetos son muy sensibles a las personas y a las situaciones. (Millon, 1997)

Capacidad de afrontamiento:

Esta característica de personalidad hace referencia a la capacidad que tienen los individuos de solucionar problemas, aplicando y utilizando las habilidades y conocimientos adquiridos a través de las experiencias vitales, para manejar las demandas de la vida diaria. (Soriano, 2002). Así mismo, otros autores consideran que la capacidad de afrontamiento se refiere a la habilidad de operar los problemas a través de la confianza en sí mismo y en el propio talento. Este tipo de personas suelen ser astutas y persuasivas hasta alcanzar sus propósitos. (Millon, 1997)

Dificultad en la capacidad de afrontamiento:

Las personas con estos rasgos de personalidad, sienten disminuida su capacidad para afrontar sus dificultades, mostrando sentimientos de ansiedad, duda e inseguridad, lo que ocasiona que sean extremadamente sensibles ante la indiferencia o el rechazo de otros, por lo que constantemente intentan manejarse con cautela ante experiencias nuevas o bien prefieren trabajar solos para mantener su integridad. Otra característica es que constantemente se encuentran evadiendo las dificultades ya que su sentimiento de inseguridad las hace creer que no serán capaces de resolverlas. (Millom. 1997)

Mecanismos de defensa:

Como bien se sabe, los mecanismos de defensa son estrategias inconsciente de las que se vale el individuo para defenderse de aquellos contenidos inaceptables o dolorosos que ponen en riesgo y amenazan al sujeto, estos mecanismos sirven para mantener el equilibrio psíquico de la persona. El mecanismo de defensa básico es la represión del mismo que se desprenden una variedad de defensas para poder manejar los impulsos inaceptables. (Cloninger, 2003). A continuación describiremos brevemente los estudiados en este proyecto:

- **Desplazamiento:** Es un mecanismo de defensa que se basa en la distorsión del objeto de impulso, es decir, que el impulso puede ser redirigido a otra situación o persona desvinculándola de la circunstancia original. (Cloninger, 2003)
- **Regresión:** Es el retorno a estadios anteriores que ya fueron superados en determinado momento, para hallar seguridad o antiguas satisfacciones. (Cloninger, 2003)

- **Anulación:** Es la supresión de un acto, representación o pensamiento para evitar el daño que las personas perciben inconscientemente que pueden haber ocasionado eventos dolorosos. (Cloninger, 2003)
- **Aislamiento:** Se trata de un mecanismo en el cual la persona despoja la carga afectiva de las experiencias traumáticas y dolorosas, llegando a estar inmovilizado al punto que no logra actuar de ninguna manera. (Cloninger, 2003)
- **Represión:** Es el mecanismo de defensa mediante el cual la persona rechaza las representaciones, deseos o recuerdos y los mantiene en el inconsciente por ser inaceptables. (Cloninger, 2003)
- **Inhibición:** Este mecanismo de defensa se refiere al empobrecimiento de una función o conducta, que por lo general se encuentra negada o reprimida. Las personas que generalmente utilizan esta defensa tienden a presentar procesos depresivos. (Cloninger, 2003)
- **Negación:** Es un mecanismo mediante el cual el individuo no acepta, ni percibe la realidad como se presenta, ya que la distorsiona para evitar el sufrimiento y la ansiedad que esta la causa.

4.6 CONCLUSIONES

La personalidad ha sido entendida como la forma de pensar sentir y actuar propia de cada individuo, lo que permite colegir que cada persona es única e irrepetible, a lo largo de la historia han sido muchos los personajes que han estudiado esta parte del ser humano, llegando a concluir que está formada a partir de factores biológicos y ambientales, a partir de ello se dio paso a los conceptos sobre temperamento y carácter.

Los múltiples estudios sobre la personalidad han dado paso a la formulación de teorías que tienen su influencia hasta la actualidad, entre las cuales se encuentran: El Psicoanálisis, el cual atribuye nuestro comportamiento a factores inconscientes; la Teoría Conductual que argumenta que la personalidad es el resultado de los aprendizajes que se obtienen por medio de reforzadores; la Teoría Cognitiva afirma que el comportamiento se deriva de la forma en como cada persona procesa la información del medio; y la Teoría Humanista Existencial la cual propone que el ser humano tiene la capacidad de desarrollar sus características a partir de un proceso de desarrollo personal en el cual pone en práctica la libertad, el amor, espiritualidad, etc.

Del mismo modo que se han formulado múltiples teorías para explicar la personalidad también se ha dado paso a la creación de instrumentos psicológicos para medir la misma, dentro de toda esta gama de instrumentos está el test de La Persona Bajo la Lluvia, el cual es una herramienta proyectiva que refleja elementos del mundo interno de la persona ya hace que el sujeto se enfrente a una situación estresante ante la cual refleja sus reacciones y mecanismos para defenderse evidenciando así factores de su personalidad.

CAPÍTULO 3: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

4.7 INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida, las personas experimentan cambios en el estado emocional debido a situaciones cotidianas que llevan a la mayoría de individuos a sentir tristeza o labilidad emocional, sin embargo, esto es de corta duración y normal en la mayoría de los casos. Del mismo modo, los individuos suelen sentir emociones de temor o aprehensión asociados a la ansiedad. No obstante, cuando estas emociones aumentan su duración, intensidad e incluyen un malestar significativo que interfiere con las actividades de la persona, se puede hablar de la presencia de una enfermedad o trastorno mental.

Tanto la ansiedad como la depresión son cuadros cada vez más comunes en las diferentes sociedades, que causan serias afecciones en la vida emocional y física de las personas obstaculizando el normal desarrollo de sus actividades cotidianas. Los diferentes estilos de vida, los altos niveles de estrés generado por el ámbito laboral, los aspectos socioeconómicos, etc, son factores que contribuyen a la génesis de estas patologías, llegando así a alcanzar altos índices de prevalencia. Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. A continuación se abordará más detenidamente el tema de la depresión y la ansiedad haciendo énfasis en dos instrumentos valiosos que son la Escala de Ansiedad y la Escala de Depresión de Hamilton, las mismas que sirven para medir y constatar estas patologías.

4.8 DEPRESIÓN Y SUS CAUSAS

La depresión es considerada como un trastorno afectivo que tiene como característica primordial una alteración a nivel de los sentimientos y las emociones, los mismos que constituyen un factor fundamental durante el proceso de construcción del mundo que el individuo realiza, y a su vez las situaciones que experimenta en el día a día determinan de forma importante la manifestación de estos sentimientos y emociones, por lo tanto es completamente normal que ante determinada situación una persona experimente variaciones a nivel de sus afectos, no obstante si se trata de variaciones rígidas que no responden a sucesos ocurridos en la realidad o que sobrepasan lo esperado frente a una situación determinada, estamos frente a afectos patógenos, es decir que si una persona experimenta fuertes sentimientos de desesperanza que sobrepasan su intensidad en relación con lo que ocurre en la realidad, seguramente se trata de una depresión que ya no es considerada un simple sentimiento de tristeza, sino como un estado de ánimo patológico. (Carlson, 2006)

La depresión es una enfermedad que ha existido desde siempre, aunque en un principio fue tratada por medio de brujos, curanderos, representantes de iglesias, puesto que se la consideraba como producto de fuerzas malignas sobrenaturales en la persona, sin embargo con el paso del tiempo se la fue incorporando dentro de los problemas de salud, es por ello que pasó a ser estudiada a través de la medicina occidental, la misma que consideró a esta enfermedad como un exceso de melancolía que provocaba una tristeza incontrolable en la persona, no fue sino hasta finales del siglo XIX que se popularizó el término depresión para referirse a una alteración de los afectos que se caracterizaba por una gran tristeza y una dificultad preponderante

para experimentar placer ya que la mente se encuentra fija en una sola idea. (Díaz, et al. 2006)

Lamentablemente existen datos alarmantes que constatan que se trata de una enfermedad con alta prevalencia, que con el pasar del tiempo ha cobrado cada vez mayor impulso, según la OMS (2012), existen más de 350 millones de personas en el mundo con depresión y cada año la cifra se dispara aumentando considerablemente el número de casos, es por ello que la OMS ha establecido que para el 2020 la depresión será la primera causa de retiro laboral prematuro, y la segunda enfermedad más frecuente en todo el mundo. En un estudio realizado en el Ecuador (2012), por parte del Postgrado de Psiquiatría de la Universidad Central, se pudo evidenciar que en Quito existe una prevalencia de depresión del 13,4% por cada 100 habitantes adultos, reportándose más casos en mujeres que en hombres, en el años 2011 simbolizó el 19% de todas las consultas y en los primeros cinco meses del año 2012 se elevó al 24,4% (*El Comercio*, 2012)

Neil Carlon (2006) considera que las personas con depresión generalmente manifiestan síntomas característicos tales como: disminución de la energía que ocasiona que los individuos se muevan y hablen lentamente como si estuviesen en un estado de letargo, lloran fácilmente, son incapaces de experimentar placer, el sueño y el apetito se muestra completamente alterado, incluso algunas funciones corporales llegan a perturbarse provocando en la persona estreñimiento y disminución en la secreción de saliva.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (2014), pone de manifiesto que para considerar que una persona tiene depresión debe presentar ciertas características tales como estado de ánimo deprimido, dificultad significativa

para experimentar placer, pérdida o aumento importante del apetito, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte, estos síntomas obviamente producen un malestar importante en la vida del sujeto, al punto que interfieren notablemente con su actividades de la vida diaria.

Si nos enfocamos en las causas de esta enfermedad, podremos constatar que en la depresión intervienen múltiples etiologías, dado que no solamente influyen en su aparición factores biológicos tales como la alteración en el funcionamiento de los neurotransmisores, sino también existen factores hereditarios, ambientales, y secundarios a enfermedades que predisponen a la aparición de dicha enfermedad.

4.8.1 Factores biológicos

Garber, (2006) estableció que los aspectos biológicos como alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la génesis de la depresión, al igual que los altos niveles de cortisol y de dehidroepiandrosterona. Un desbalance químico que produzca bajas concentraciones a nivel de los neurotransmisores tales como la serotonina, dopamina y noradrenalina estarían implicados directamente con la depresión. Otros estudios han revelado que existe una relación entre esta enfermedad y disfunción a nivel del hipotálamo, de igual manera la relacionan con alteraciones de la función tiroidea T3, y con la disminución de la hormona del crecimiento durante las horas de sueño. (Hall, 2003).

En 1995 Friedman y Thase plantearon que la depresión puede ser producida por una alteración en la regulación de los sistemas neuroconductuales como lo son la facilitación conductual, inhibición conductual, ritmos biológicos, grados de respuesta

al estrés y procesamiento ejecutivo de la información, cualquier desregulación en cualquiera de estos sistemas pueden predisponer a esta patología. Es importante mencionar que los autores de la investigación señalaban que las personas pueden tener una predisposición biológica que ocasione en el individuo estas alteraciones al enfrentarse a estresores psicosociales. (Citado en Vásquez, et al. 2000).

4.8.2 Factores genéticos - herencia

Los estudios realizados en familiares de personas que sufren depresión revelan que existe una relación tácita con la herencia. Las investigaciones evidencian que existe una probabilidad de 1,5 a 3 veces mayor de padecer depresión si es que algún familiar biológico de primer grado tiene la enfermedad, y la probabilidad aumenta ostensiblemente si se trata de gemelos monocigóticos, la concordancia es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en el caso de los dicigóticos es de 23% para los hombres y 25% para las mujeres (Toro & Yépez, 2004).

4.8.3 Factores ambientales

Entre los factores ambientales, encontramos que los problemas laborales, las dificultades interpersonales, aislamiento social, las pérdidas afectivas, la soledad, problemas económicos, desastres naturales, guerras, dificultad para encontrar trabajo, cada uno de estos factores pueden llegar a ocasionar depresión, del mismo modo el entorno familiar juega un papel fundamental dentro de esta enfermedad, ya que problemas conyugales, inestabilidad emocional de los padres o cualquier tipo de maltrato del sistema familiar son aspectos predisponentes de esta patología. (Álvarez, Ramirez, Silva, Coffin & Jimenez, 2009)

4.8.4 Factores psicológicos

Una de las principales y más aceptadas teorías de la depresión es la postulada por Aaron Beck, pues fue él quien se enfocó principalmente en esta patología y formuló supuestos para explicar la misma. Además, creó un tratamiento para la depresión basado principalmente en las cogniciones de las personas, relacionadas a las emociones y conductas, el mismo que actualmente es uno de los más utilizados por los diferentes profesionales de la salud, ya que los resultados que se obtienen son muy eficaces. Explicaremos de manera breve la teoría de este autor, para así entender mejor esta patología.

Beck estableció un modelo cognitivo para dar explicación a la depresión, el mismo que lo hizo a partir de observaciones clínicas e investigaciones experimentales, pues para él los pensamientos negativos juegan un papel central en la misma. (Baringoltz, 1965)

Dentro del marco cognitivo, existen tres aspectos principales que estableció este autor en esta psicopatología, el primero hace referencia a la triada cognitiva, en donde el paciente tienen una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, lo que le lleva a subestimarse y autocriticarse de manera negativa constantemente, así como percibir el entorno lleno de obstáculos, maximizando las dificultades, y sintiendo desesperanza hacia el futuro. Esta visión negativa generalizada a los diferentes ámbitos del individuo, es para Beck uno de los aspectos claves dentro de la depresión, ya que crean en la persona una visión catastrófica de la mayoría de las situaciones a las cuales se enfrenta, lo que al mismo tiempo provoca emociones y

comportamientos disfuncionales relacionados a la depresión. (Dahab, Rivadeneira Y Minica, 2002)

El segundo elemento que estableció Beck son los esquemas, a los que definió como patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de las diferentes interpretaciones que hacen las personas de las situaciones que viven, son los esquemas los que determinan el cómo una persona estructura sus diferentes experiencias. Es decir, frente a los múltiples estímulos que existen en las diversas circunstancias, es cada individuo quien los conceptualiza e interpreta de determinada manera, de acuerdo a sus esquemas. Con esta explicación, Beck afirma que en la depresión los esquemas no son adecuados y la persona pierde el control sobre sus procesos de pensamiento, impidiéndola adoptar en su estructura cognitiva esquemas que le permitan mayor adaptación, por el contrario estos esquemas negativos se vuelven rígidos y se generalizan para todas las situaciones haciendo que la persona reaccione, piense y sienta de la misma forma en la mayoría de circunstancias, manteniendo constantemente esta percepción negativa. (Dahab *et al.*, 2002)

Finalmente, el último elemento del modelo cognitivo de Beck son las distorsiones cognitivas que hacen referencia a los errores en el procesamiento de la información, estos proceden de pensamientos automáticos que se presentan de manera inmediata sin reflexión ni análisis alguno, que las personas generan a partir de las diferentes situaciones y que por lo general se forman de supuestos subjetivos erróneos. Este tipo de interpretaciones son las que provocan emociones negativas y por lo tanto llevan a actuar a las personas de determinada manera, como por ejemplo el aislamiento que es una de las conductas manifestada por personas depresivas. (Dahab *et al.*, 2002)

Beck realizó una clasificación de las distorsiones cognitivas, dentro de las cuales encontramos: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, minimización, maximización, generalización excesiva, personalización, pensamiento dicotómico, razonamiento emocional, deberías, etiquetación, entre otros. (Dahab *et al.*, 2002) Entonces entendemos que son las distorsiones cognitivas las que en múltiples ocasiones llevan a las personas a deprimirse, pues al no analizar y percibir la realidad tal como se presenta, sino dar una interpretación y significado subjetivo de acuerdo a sus creencias, esta patología puede llegar a gobernar la vida de las mismas.

En base a esta teoría, Beck propuso el tratamiento para la depresión, el mismo que principalmente se enfoca en la reestructuración cognitiva, pues al ver que la mayor dificultad se encuentra en la manera de procesar la información, y que las personas depresivas lo hacen de manera distorsionada, el objetivo fundamental del tratamiento es reestructuras esas creencias e ideas que no se han procesado adecuadamente. (Dahab *et al.*, 2002)

4.8.5 Factores secundarios a otras enfermedades

Por otra parte, la presencia de otros problemas mentales o trastornos psiquiátricos tales como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de pánico, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, etc. podrían ocasionar episodios depresivos, por otra parte las secuelas de otras enfermedades o medicamentos se encuentran directamente relacionadas con la aparición de la depresión. En un estudio se encontró que “un 10 o 15% de las depresiones son provocadas por un problema de salud, como alteraciones en la tiroides, cáncer, enfermedades neurológicas, diabetes, entre otras”. Aunque ocurren casos en los que sucede lo contrario, por ejemplo Cassano y Argibay (2010), encontraron que pacientes con cáncer y VIH sufren un estado

depresivo durante un periodo anterior a la aparición de su enfermedad, concluyendo entonces que en algunos casos la aparición de este trastorno del humor puede presentarse como causa o como consecuencia.

4.8.6 Depresión y obesidad

Los actuales estudios han confirmado que existe una relación importante entre depresión y obesidad; en un principio se consideraba que esta relación no era nada más que producto del azar, no obstante las investigaciones revelan que existen variables comunes entre estas dos patologías, la primera variable hace relación a la gravedad de la depresión Pine y Cols demostraron que la depresión mayor en personas de 6 y 19 años predecía un IMC mayor en un futuro que las personas que no han padecido este trastorno. La siguiente variable hace referencia a la gravedad de la obesidad, los individuos con obesidad grave han mostrado una prevalencia de depresión de 20% en hombres y 30% en mujeres. Uno de los últimos descubrimientos sostiene que la forma en como está distribuida la grasa corporal en el cuerpo determina la relación entre obesidad y depresión, ya que se asocia de forma positiva el estado de ánimo deprimido con el tejido adiposo visceral. (Pine y Cols citado en Evans, Charney & Lewis. 2007).

Otra de las variables hacen referencia al sexo, los estudios han demostrado que la asociación entre obesidad y depresión tiene una relación positiva mayor en mujeres que en hombres, sumado a esto si las mujeres con obesidad pertenecían a un nivel socio económico alto incrementaba el número de casos con depresión, con ello se concluyó que el nivel socio-económico interfiere en esta asociación de patologías. (Evans *et al.*, 2007).

Existen otros factores que pueden facilitar la presencia conjunta de estos dos trastornos, tal es el caso de la ausencia de actividad física, no es novedad que las personas con depresión debido a su falta de energía casi no realizan actividad física lo que a la larga da como resultado que la persona aumente considerablemente de peso, más aún si se trata de una depresión acompañada de aumento de apetito, otro de los factores se centra principalmente en las críticas que realiza la sociedad a las personas con obesidad, pues son frecuentemente ridiculizadas, burladas, estigmatizadas e incluso segregadas, ya que como se ha observado en nuestra sociedad el ideal de belleza se asocia con el bajo peso, por lo tanto las personas que no se encuentran dentro de esta categoría llegan a deprimirse como consecuencia de tantas burlas que minan su autoestima. (Evans, *et al.*, 2007).

Finalmente un factor muy importante que asocia a la depresión con obesidad es el estrés “el estrés puede tener un impacto en la depresión como en la obesidad, a través de su acción en el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS)” (Evans, *et al.*, 2007). Los altos niveles de cortisol son un indicativo que en el individuo existe una constante activación del HHS, se cree que esta presencia elevada de cortisol da paso a la acumulación de grasa abdominal, por lo tanto la activación del HHS en la depresión parece tener una relación significativa con la presencia de obesidad .

4.9 ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

La versión inicial de la Escala de depresión de Hamilton (Hamilton depression rating scale (HDRS) fue creada en 1960, posteriormente en 1967 fue modificada, en 1984 Conde & Cols adaptaron la versión española y finalmente en 1986 fue reevaluada por Ramon-Brieva (Bobes (2002) citado en Alonso 2012). Inicialmente la escala estuvo formada por 21 ítems, no obstante más tarde se realizó una versión

reducida de 17 ítems. 1 Estado de ánimo depresivo, 2 sensación de culpabilidad, 3 suicidio, 4, 5, 6 alteraciones del sueño, 7 trabajo y actividades, 8 inhibición, 9 agitación, 10 ansiedad psíquica, 11 ansiedad somática, 12, 13, 14 síntomas somáticos, 15 hipocondría, 16 pérdida de peso, 17 perspicacia. (Alonso, 2012)

Es una escala heteroaplicada de aproximadamente 30 minutos de duración que fue diseñada con el objetivo de evaluar la presencia y gravedad de los síntomas depresivos o la posibilidad de trastornos depresivos, así como también los cambios que se dan en los pacientes deprimidos, sumado a esto se valora los aspectos somáticos y comportamentales de esta patología. A más de esta escala es necesario complementar la valoración con la información obtenida en la entrevista clínica y la que se obtiene mediante familiares o terceras personas.

En su publicación, Alonso (2012) describe que el puntaje total se obtiene sumando el valor de cada ítem, cada uno de los cuales puede ser evaluado entre 3 o 5 puntos de acuerdo al marco de puntuación 0-2 o 0-4 respectivamente, el valor mínimos de la puntuación total puede ser 0 que nos indica ausencia de sintomatología depresiva y el máximo puede ser 52, que nos indica sintomatología depresiva muy grave. Por lo tanto, mientras más baja sea la puntuación total indicará ausencia o bajos niveles de depresión, en tanto que mientras más altos sean los puntajes, se podrá hablar de la presencia de esta patología en niveles moderados o graves. Los puntos de corte son:

- 0-7: No deprimido
- 8-13: Depresión ligera/menor
- 14-18: Depresión moderada
- 19-22: Depresión severa

- Mayor de 23: Depresión severa

La Escala de Depresión de Hamilton ha sido utilizada en diferentes estudios, evaluando al mismo tiempo sus propiedades psicométricas. En una investigación realizada por Virzi *et al.* (2007), en el que evaluaron antes y cuatro meses después a parejas de donantes - receptores de un procedimiento de trasplante renal, encontraron que a pesar de que dicho procedimiento fue exitoso y mejoró la calidad de vida de los receptores sin afectar a los donantes, algunos aspectos psicológicos si se vieron afectados, principalmente en los receptores, aspecto que descubrieron mediante la utilización de la escala de depresión de Hamilton.

En otro estudio, realizado por Robles, Morales, Jiménez, & Morales, (2009) a una muestra de 235 personas con el objetivo de determinar la relación de la afectividad y el apoyo social con la presencia y severidad de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama, mediante la aplicación de algunas escalas entre las cuales estaba la escala de ansiedad y depresión de Hamilton, encontraron una alta afectividad negativa que explica la ansiedad y la depresión. Específicamente se encontró que la severidad de la sintomatología depresiva disminuyó con la afectividad positiva y aumentó en la medida en que se registró afectividad negativa, lo mismo pasó con los síntomas de ansiedad.

Asimismo, en un estudio descriptivo realizado con el fin de averiguar diferentes variables sociodemográficas y psicopatológicas a una muestra de 164 mujeres de edades entre 19 y 66 años víctimas de violencia doméstica, se encontró que existían importantes repercusiones psicopatológicas, principalmente en los ámbitos de estrés postraumático, ansiedad y depresión, como consecuencias de esta situación de maltrato. En esta investigación se utilizaron diversas escalas, siendo una de ellas la

escala de depresión de Hamilton, la que ayudó a descubrir y corroborar estos resultados, mostrando altos niveles de síntomas depresivos (65%) en estas pacientes, siendo los más graves las manifestaciones somáticas y comportamentales. (Echeburúa, de Corral, Amor, Sarasua, & Zubizarreta, 1997)

4.10 ANSIEDAD Y SUS CAUSAS

La ansiedad es un sentimiento humano normal y adaptativo que favorece la supervivencia, el mismo que es experimentado por todas las personas cuando se enfrentan a situaciones que consideran difíciles o que suponen una amenaza. La ansiedad comprende los mismos sentimientos que produce el miedo, con la principal diferencia que en el miedo existe una amenaza exterior real o posible, mientras que en la ansiedad esa amenaza exterior está ausente, sin embargo, los dos provocan reacciones emocionales parecidas. (Lima, Guerrier & Toledo, 2008). De tal manera que el miedo, la preocupación y el estrés, podrían ser sinónimos de ansiedad, de acuerdo a las diferentes situaciones a las que se tenga que enfrentar el individuo.

La ansiedad es una respuesta de gran utilidad ya que nos permite evitar situaciones peligrosas, pues pone a las personas alerta ante las amenazas, generando así motivación para afrontar los diferentes problemas y de esta forma asegurar su conservación. Sin embargo, cuando esta respuesta se vuelve muy intensa y duradera puede interferir de manera perjudicial en la vida del sujeto, causándolo aislamiento, miedos excesivos e irracionales, sentimientos de pánico, etc. (La prensa, 1999)

Los síntomas principales de la ansiedad pueden ser ubicados en tres categorías: Síntomas Motores, aquí se encuentran las sensaciones de tensión muscular, inquietud, dolor de cabeza, temblor; Síntomas Fisiológicos, comprenden las

sensaciones de mareo, náusea, diarrea, sudoración, palpitaciones, y por último los Síntomas Psicológicos que se relacionan con estados de irritabilidad, alerta, nerviosismo, insomnio. (Schlatter, 2003)

La ansiedad puede ser producto de causas endógenas y exógenas, la ansiedad endógena se refiere a un origen interior en el sujeto debido a una disfunción fisiológica como por ejemplo los cambios hormonales, este tipo de ansiedad es principalmente somática. Por su parte en la ansiedad exógena el origen de la misma es externo como por ejemplo situaciones estresantes o efecto de alguna sustancia como el café, en este tipo de ansiedad existe un predominio psíquico antes que somático y su duración depende en la medida en que este presente el estímulo estresante. (Schlatter, 2003.)

4.10.1 Factores genéticos - herencia

Al parecer la presencia de ansiedad en una persona podría estar influida por la herencia, principalmente lo que se hereda es una vulnerabilidad a desarrollar síntomas de ansiedad o en su defecto un trastorno específico de ansiedad, los estudios han revelado que las personas que tienen familiares en primer grado que padecen un trastorno de ansiedad tienen una probabilidad del 30% de desarrollar esta patología, este porcentaje incluso podría llegar a aumentar si se trata de hermanos gemelos. (Schlatter, 2003.)

4.10.2 Factores biológicos

Si bien es cierto resulta complejo tratar de determinar exactamente cuáles son los factores biológicos que intervienen en la ansiedad debido a la complejidad que reviste el cerebro, se ha tratado de explicarla a través de dos circuitos cerebrales que son los que se encargan de producir las respuestas de ansiedad, en lo que respecta al primer circuito su principal estructura es la amígdala que es la encargada de generar respuestas de miedo, ira, repugnancia., por lo tanto frente a un estímulo amenazante la amígdala tendrá como objetivo emitir una respuesta conductual, hormonal y del sistema nervioso autónomo inmediata. En cuanto al segundo circuito cerebral la principal estructura es el hipocampo, esta estructura evalúa las experiencias nuevas para verificar si existe algún peligro generando distintas respuestas tales como inhibición de la conducta, aumento del estado de alerta y en general organizar un plan de respuesta. (Schlatter, 2003.)

4.10.3 Factores bioquímicos

Los investigadores consideran que intervienen determinados neurotransmisores en las respuestas de ansiedad como la noradrenalina y la serotonina. En lo que respecta a la noradrenalina se sabe que hay altas concentraciones de este neurotransmisor en una estructura llamada locus coeruleus que es responsable de enviar respuestas de alerta, algunos experimentos en animales han estimulado eléctricamente esta estructura, y se ha constatado que manifestaban respuestas fisiológicas de peligro, de igual manera se ha podido ver signos de ansiedad cuando se ingieren sustancias que estimulan la noradrenalina. En cuanto a la serotonina se la considera como el principal agente regulador de la ansiedad, esto ha sido comprobado gracias a los estudios en lo que se ha observado que los pacientes que tomaban medicamentos,

que actuaban a nivel de serotonina para tratar la depresión también lograban mitigar los síntomas de la ansiedad. (Schlatter, 2003)

4.10.4 Factores ambientales

Más allá de los factores previamente mencionados existen algunas situaciones que fácilmente pueden dar paso a que una persona desarrolle síntomas de ansiedad, por ejemplo problemas familiares, desastres naturales, pérdida de un ser querido, estar expuesto a contextos demasiado estresantes como accidentes, problemas laborales; ahora bien esto no quiere decir que estas situaciones funcionen como causa-efecto de la ansiedad, sin embargo podrían llegar a manifestarse sus síntomas, que sería hasta cierto punto normal, si su duración e intensidad corresponden con lo esperado para esa situación, pero si los síntomas se vuelven rígidos y se mantienen incluso cuando ya el estímulo de peligro ha desaparecido estaríamos frente a un tipo de ansiedad patológica.

4.10.5 Factores psicológicos

El término ansiedad ha sido conceptualizado desde hace muchos años desde diferentes perspectivas, por lo que no existe una única teoría que explique la misma, por esa razón de manera breve analizaremos algunas de las principales escuelas psicológicas que explican la ansiedad desde sus principios y supuestos.

En primer lugar, veremos la ansiedad explicada desde una corriente muy antigua e influyente en la historia de la psicología, hablamos del psicoanálisis, dentro del cual su principal protagonista Freud, explicó la ansiedad como consecuencia de un fenómeno en el que la energía sexual (libido) reprimida se transforma en síntomas somáticos. Posteriormente agregó que la ansiedad es una respuesta interna encargada

de alertar al organismo las amenazas y peligros para el mismo, teniendo esto relación directa con las experiencias vividas durante los primeros años de vida; finalmente en 1926 surge una nueva definición de la ansiedad y la asocia a las estructuras psíquicas establecidas en su teoría, clasificándola en: ansiedad real (lucha entre el yo y el mundo exterior), ansiedad neurótica (lucha entre el yo y el ello) y ansiedad moral (lucha entre el yo y el superyó). En conclusión, Freud conceptualiza a la ansiedad como una vivencia interna del sujeto, en el que la estructura del yo se ve amenazada por diversas situaciones con las que tiene que lidiar y esto provoca la ansiedad. (Freud citado en Casado, 1994)

En cuanto a las corrientes humanistas, conceptualizan a la ansiedad como el resultado de la percepción de un peligro o amenaza para el organismo. Dentro de esta escuela se encuentran diferentes autores, como Goldstein, quien plantea que la ansiedad es el resultado de la amenaza hacia el self, Sullivan, que establece que la ansiedad es la percepción de una evaluación negativa de los demás, Rogers por su parte piensa que la ansiedad es un estado de tensión o malestar cuya causa se desconoce. En general dentro de esta corriente encontramos elementos comunes en la definición de la ansiedad que dan los diferentes autores, concluyendo que la ansiedad es una respuesta emocional del organismo frente a los peligros. (Casado, 1994)

Por otra parte, encontramos al conductismo dentro del cual uno de los principales autores Watson utiliza los términos de temor y miedo en lugar de ansiedad, para él la ansiedad es una respuesta emocional transitoria frente a un estímulo, posteriormente a partir de algunos experimentos estableció que la ansiedad es una respuesta emocional negativa aprendida mediante procesos de condicionamiento, en los cuales se asocia una situación a una experiencia desagradable. Skinner, otro autor

conductista, planteó que la ansiedad es el resultado de la presentación de un estímulo aversivo que da lugar a la disminución de determinada conducta. Estos y otros autores de esta corriente establecen que la ansiedad es una respuesta aprendida, es decir no es el resultado de fenómenos internos, sino por el contrario el ambiente y otros factores externos son los principales influyentes en las respuestas de ansiedad. (Casado, 1994)

La teoría del aprendizaje establece que la ansiedad no solo se produce por medio de experiencias traumáticas vividas, sino que se puede desarrollar a través del aprendizaje mediante la observación, es decir si observamos ansiedad en personas cercanas o familiares, es muy probable que adoptemos dichas conductas y síntomas ansiosos. (Virues, 2005)

Las teorías cognitivas explican la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas, en las cuales las personas interpretan determinada situación de manera subjetiva, etiquetando la misma de forma distorsionada. Para Beck la ansiedad es una percepción incorrecta de la realidad, que se basa en falsas deducciones o premisas que hace la misma persona. (Virues, 2005)

Dentro de las teorías de la personalidad encontramos a dos autores muy valiosos en esta área, estos son Catell y Scheier, quienes hicieron una distinción fundamental entre la ansiedad como rasgo y como estado, siendo la primera una tendencia temperamental constante y estable que hace que el individuo reaccione de manera ansiosa ante las diversas situaciones, a diferencia de la ansiedad como estado que es una reacción emocional transitoria ante una situación específica, mas no es un rasgo estable de personalidad del mismo. (Casado, 1994)

Finalmente, a pesar de que la ansiedad ha sido conceptualizada desde diferentes corrientes, constituyendo para unos autores un fenómeno interno, para otros una respuesta aprendida o una interpretación errónea de la realidad, etc. En la actualidad encontramos elementos en común entre las diferentes corrientes, y en general la definición más utilizada es aquella que explica la ansiedad como una respuesta emocional que nos alerta ante los peligros, que cuando es muy intensa y frecuente se torna patológica. (Lima, Guerrier & Toledo, 2008).

4.10.6 Ansiedad secundaria a otras enfermedades

Se ha podido observar que la vulnerabilidad a padecer ansiedad y depresión, junto con una sensibilización al estrés, producen secuelas patológicas como son enfermedades por autoinmunidad, cardiovasculares, gastrointestinales, y respiratorias. Estudios evidencian que entre el 4% y 24% de personas que padecen el síndrome de colon irritable tienen problemas serios de ansiedad. De igual forma se ha evidenciado que pacientes con artritis reumatoide muestran un alto nivel de comorbilidad con estados de ansiedad. Finalmente se han hecho estudios en poblaciones de alrededor de 34.000 personas en las cuales se ha encontrado una relación preponderante entre ansiedad y muerte por enfermedad cardíaca. No obstante, en algunos autores aún quedan inquietudes sobre si es la ansiedad la que ocasiona los padecimientos físicos o son estos últimos los que producen ansiedad. (Huertas, 2007)

4.10.7 Ansiedad y obesidad

Se ha encontrado que muchas personas con obesidad manifiestan abiertamente que comen en exceso como una forma de disminuir los síntomas de ansiedad que

experimentan, la explicación a esto es muy simple, cuando una persona experimenta ansiedad ante una amenaza real o imaginaria el cuerpo emite una cantidad de respuestas que tienen como fin último facilitar la supervivencia del individuo, durante estos momentos el cuerpo despliega un gran esfuerzo físico y por lo tanto incrementa el apetito para que la persona pueda reponer todas las calorías que ha perdido, el momento que se ingiere alimentos se activa el sistema nervioso parasimpático, que produce sensaciones de placer y relajación, es por esa razón que las personas tienen a comer más cuando están ansiosas pues encuentran la forma de relajarse, no obstante esta conducta cuando es patológica favorece la obesidad. (*Guía de obesidad*, 2010)

Tapia realizó un estudio en Chile en el cual estudio los niveles de ansiedad en pacientes con sobrepeso y obesidad por medio de la Escala de Ansiedad de Goldberg, encontrando que el 73,85% de los pacientes mostraron una presencia de ansiedad estadísticamente significativa, deduciendo de esta forma que las personas con sobrepeso u obesidad muestran una asociación importante con problemas de ansiedad que demandan ser atendidos por el sufrimiento que ocasiona. (Tapia Citado en: *.Guía de obesidad*, 2010)

A pesar de tener claro que la ansiedad es una herramienta valiosa y necesaria que ayuda a las personas a estar preparados para enfrentar diferentes situaciones que se les presentan, poniéndolas alertas y motivándolas para actuar de determinada manera, se ha visto que cuando su presencia se alarga durante períodos de tiempo prolongados, o incluso cuando las dificultades hayan desaparecido, llega a convertirse en un síntoma patológico que posteriormente puede llegar a formar parte

de un trastorno, debido a las numerosas y significativas dificultades que causa en las áreas importantes de los individuos.

4.11 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959 por Hamilton. En un inicio, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos fueron combinados en dos, quedando 13. Posteriormente, en 1969 se hizo una división en la que se evaluaba tanto la ansiedad psíquica (1,2,3,4,5,6,14), como la ansiedad somática (7,8,9,10,11,12,13). Los ítems que conforman esta escala son: 1. Estado de ánimo ansiosos, 2. Tensión, 3. Temores, 4. Insomnio, 5. Intelectual, 6. Estado de ánimo deprimido, 7. Síntomas somáticos generales (musculares), 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales), 9. Síntomas cardiovasculares, 10. Síntomas respiratorios, 11. Síntomas gastrointestinales, 12. Síntomas genitourinarios, 13. Síntomas autónomos, 14. Comportamiento en la entrevista.

Esta versión es la más utilizada en la actualidad, es heteroaplicada y tiene como objetivo valorar la presencia y grado de ansiedad de la persona así como su frecuencia, intensidad y gravedad, esto se hace puntuando en 5 opciones para cada ítem que oscilan entre 0 a 4 (0= no presenta, 1=ligera, 2=moderada, 3=marcada, 4=muy marcada), siendo el primer valor el que indica ausencia de ansiedad y el segundo el que indica el nivel más grave de la misma. El punto de corte es:

- 0 a 5= no ansiedad,
- 6 a 14= ansiedad leve
- Mayor a 15= ansiedad moderada o grave. (Alonso, 2012).

Del valor total que se obtiene sumando la puntuación de cada ítem, se puede obtener un puntaje mínimo de 0 como indicador de ausencia de ansiedad o un máximo de 56 que representa el grado máximo de ansiedad y posiblemente un trastorno, por lo tanto se sabe que a menor puntaje, menor grado de ansiedad; y a mayor puntaje mayor grado e intensidad de ansiedad. (Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia, & Baro, 2002)

Es importante recalcar que al igual que cualquier otro tipo de test o escala, la valoración clínica se debe realizar utilizando información complementaria, como la que se obtiene en la entrevista clínica, mediante los familiares o terceras personas, pues este es un cuestionario que sirve para averiguar la presencia e intensidad de la sintomatología ansiosa, no obstante, necesariamente debe ser complementada con más información para poder realizar un diagnóstico adecuado, que al mismo tiempo permita proporcionar un óptimo tratamiento.

Según Lobo *et al.* (2002) esta escala es muy utilizada para realizar valoraciones clínicas para evaluar la presencia de ansiedad o trastornos de ansiedad, tiene una duración de 10 a 15 minutos y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas.

Varios estudios se han realizado aplicando esta escala, por ejemplo en un estudio realizado a una muestra de 50 personas entre 30 y 45 años, con el fin de conocer la presencia de ansiedad y depresión en personas con síntomas somáticos, se les aplicó varias escalas entre las cuales estaban la Escala de Ansiedad de Hamilton, y se encontró que las personas que presentaban ansiedad y depresión tenían mayor probabilidades de manifestar síntomas somáticos, a diferencia de las personas que no presentaban estas patologías. (Álvarez, 2013)

En otra investigación realizada por Alonso (2012) a una muestra de 36 parejas, 18 de las cuales eran parejas donantes-receptoras de un procedimiento de trasplante renal que compartían la misma habitación, y las otras 18 eran parejas donantes-receptoras del mismo procedimiento pero que estuvieron separadas durante todo el proceso, se planteó como hipótesis que la pareja que comparte la misma estancia hospitalaria a lo largo del proceso, modifica su estado de ánimo, físico y la estancia hospitalaria, frente al grupo control quienes se encontraban separados, además se estableció que el grado de ansiedad y depresión era menor durante todo el proceso en las parejas que compartían los cuartos hospitalarios, frente a los que no lo hacían. Después del procedimiento dentro del cual aplicaron diferentes escalas entre las cuales estuvieron la de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Hamilton, obtuvieron como resultados la comprobación de la hipótesis planteada inicialmente.

Moreno, Arenas, Porta, Escalant, Cantó, Castell, Serrano, Samper, Millán y Cases (2004) realizaron un estudio a una muestra de 75 personas, la mayoría de ellos varones que recibían hemodiálisis, tuvo como objetivo medir la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, así como la influencia de la misma en su calidad de vida. El procedimiento se realizó aplicando diferentes escalas dentro de las cuales estuvo la escala de ansiedad de Hamilton, finalmente después de todo el procedimiento de investigación los resultados obtenidos mostraron que tanto la sintomatología depresiva, como la ansiosa se encontraba en porcentajes bastante elevados en estos pacientes que reciben este tipo de tratamiento.

4.12 CONCLUSIONES

La ansiedad y la depresión son serias patologías que afectan a un alto porcentaje de la población, siendo cada vez más comunes en las diferentes sociedades, ya que afectan de manera global el funcionamiento de las personas en las diferentes áreas de su vida. Como hemos visto no existe un único factor que cause o desencadene estas patologías, sino por el contrario muchos son los elementos que interfieren en el desarrollo de las mismas, existiendo diferencias individuales en cada persona que crea mayor o menor vulnerabilidad y predisposición, por lo que es de suma importancia al momento de establecer el diagnóstico, ya sea de ansiedad o de depresión, considerar múltiples factores como son los ambientales, biológicos, psicológicos, sociales e individuales.

Por otra parte, se observa que desde hace algunos años se han creado diversas escalas que han permitido verificar la presencia y la gravedad de los síntomas de estas patologías, siendo las mismas de gran utilidad como herramientas que permiten complementar estos diagnósticos. La escala de ansiedad, así como la de depresión de Hamilton han sido y son muy utilizadas en la actualidad, tanto para las consultas privadas, como para diferentes estudios e investigaciones que implican estas patologías. Además el hecho de contar con herramientas fiables para constatar ya sea la ansiedad o la depresión, nos permite plantear tratamientos adecuados para las mismas, por lo que creemos fundamental que el uso de estas escalas debe ser correctamente utilizado por los profesionales a la hora de investigar la sintomatología ansiosa o depresiva.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El proyecto se basó en un estudio descriptivo de corte transversal para evaluar la presencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con obesidad, por medio de las Escalas de Depresión y Ansiedad de Hamilton, y a su vez se estudió por medio del Test Bajo la Lluvia cuáles son los rasgos de personalidad comunes en este tipo de población.

6.2 POBLACIÓN

6.2.1 Población de referencia

El proyecto se realizó con los pacientes del Hospital del Día Carlos Elizalde que pertenecen al Club Vida Sana y presentan obesidad.

6.2.2 Población de estudio

Cincuenta y tres pacientes con obesidad que pertenecen al Club Vida Sana del Hospital del Día Carlos Elizalde.

6.3 VARIABLES

- Depresión: Variable independiente relacionada con el estado de ánimo de los participantes para correlacionar con la obesidad, que puede estar presente o ausente.

- Ansiedad: Variable independiente relacionada con el estado de alerta ante peligros reales o imaginarios para correlacionar con la obesidad que puede estar presente o ausente.
- Personalidad: Variable independiente relacionada con las características comunes de los participantes, para correlacionarlas con la obesidad que pueden estar presente o ausente.
- Obesidad: Variable dependiente relacionada con un IMC de 30 o más, presente en todos los participantes para correlacionarla con las otras variables.

6.4 METODOLOGÍA

Para el proyecto se utilizaron los siguientes instrumentos: 1. Escala de Ansiedad de Hamilton, 2. Escala de Depresión de Hamilton, 3. Test Bajo La Lluvia.

6.4.1 Justificación de la metodología

Al tratarse de un estudio de corte trasversal que pretende identificar si existen síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con obesidad se necesitan instrumentos de tamizaje que identifiquen la presencia de dicha sintomatología, por tal razón se ha utilizado la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton como una alternativa eficaz para obtener dichos resultados. Del mismo modo ante la necesidad de evaluar cuáles son los rasgos de personalidad comunes en las personas con obesidad se ha optado por aplicar el Test Bajo la Lluvia al ser un instrumento útil para la evaluación de la personalidad.

6.4.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pertenecer y estar activos en el Club Vida Sana del Hospital del Día Carlos Elizalde.
- Hombres y Mujeres entre 40 y 70 años.
- Tener un IMC mayor a 30.
- Saber leer y escribir.
- Ser de nacionalidad Ecuatoriana.
- Haber firmado un consentimiento informado en el cual se acepta participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Haber sido diagnosticado anteriormente de algún trastorno en el Eje I, según en el DSM-IV.
- Presentar discapacidad intelectual.

6.4.3 Recolección de la información

Para la recolección de la información se realizó la aplicación de los instrumentos psicológicos de manera individual a cada uno de los participantes, con el objetivo de obtener una información detallada y fidedigna de cada una de las personas, para ello se establecía una cita previa con los pacientes. La duración de las aplicaciones tuvo como promedio 40,56 minutos. El periodo de aplicación se realizó durante los meses Abril-Junio del año 2014.

6.4.4 Aplicación y calificación

6.4.4.1 Consentimiento informado y entrevista sociodemográfica

Previo a la aplicación de la batería de instrumentos psicológicos, se les informó a cada uno de los participantes sobre el objetivo de este proyecto, con el fin de obtener su colaboración para el mismo, por esta razón se les entregó un consentimiento informado en el cual aceptaban formar parte de esta investigación de forma libre y voluntaria. Dentro de este consentimiento se les informaba a los pacientes que toda la información brindada sería guardada de forma confidencial. (*Véase Anexo 1*)

Posteriormente se procedió a realizar una breve entrevista que tenía como objeto indagar sobre los datos sociodemográficos básicos de cada paciente, para así tener una idea general del tipo de población con la que se trabajaría. Dentro de la entrevista los datos que se investigaron fueron: Nombres, Apellidos, Edad, Teléfono, Cédula, Dirección, Estado civil, Instrucción, Ocupación, Trabajo, Seguro, Jubilación, Número de Hijos, Personas que viven en el hogar, Ingresos, Tipo de vivienda. (*Véase Anexo 2*)

6.4.4.2 Aplicación y calificación de la Escala de Ansiedad de Hamilton

Para la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton se le indicó al paciente que se le realizarán unas preguntas para identificar si ha experimentado alguno de los siguientes síntomas de ansiedad, aclarándoles que estos últimos solo serán válidos si han estado presentes durante el último mes. A más de ello se les indicó que cada síntoma podrá ser calificado en base a 5 alternativas:

- Síntoma ausente = 0
- Síntoma con intensidad ligera = 1
- Síntoma con intensidad media = 2

- Síntoma con intensidad elevada = 3
- Síntoma con intensidad máxima = 4

Finalmente antes de empezar con la aplicación se le aclara al paciente que si los síntomas están presentes estos no deben ser únicamente efecto de una enfermedad previamente diagnosticada. (*Véase Anexo 3*)

La calificación de la Escala de Ansiedad de Hamilton se realizó de forma cuantitativa al sumar cada uno de los 14 ítems de la prueba, cada uno de ellos tiene 5 opciones de respuesta, que puede ser calificada de 0 a 4 puntos dependiendo la opción en la que se enmarque cada paciente. Los 13 primeros ítems serán calificados en base a las respuestas de cada participante, en tanto que el ítem 14 corresponderá a la valoración de la persona que aplica la escala tomando como parámetro el comportamiento y la actitud del paciente durante la aplicación.

El punto de corte es:

- 0 a 5= No ansiedad,
- 6 a 14= Ansiedad leve
- Mayor a 15= Ansiedad moderada o grave. (Alonso, 2012).

6.4.4.3 Aplicación y calificación de la Escala de Depresión de Hamilton.

Para la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton se le indicó al paciente que se le realizarán 17 preguntas para identificar cómo se ha sentido, y cómo ha sido su comportamiento durante este último mes. El participante podrá escoger la opción que se acerque más a lo que le sucede en el día a día. Nuevamente antes de empezar con la aplicación se le aclaró al paciente que si los síntomas están presentes estos no

deben ser únicamente efecto de una enfermedad previamente diagnosticada. (Véase Anexo 4)

La calificación de la Escala de Depresión de Hamilton se realizó de forma cuantitativa al sumar cada uno de los 17 ítems de la prueba, tomando en cuenta la puntuación que corresponde en relación con la opción en la que se enmarca cada participante. Al igual que en la Escala de Ansiedad de Hamilton la última pregunta será calificada en relación con la actitud, que tiene el paciente durante la aplicación, así como el grado de conciencia sobre los síntomas que pudiere tener.

Los puntos de corte son:

- 0-7: No depresión
- 8-13: Depresión ligera/menor
- 14-18: Depresión moderada
- 19-22: Depresión severa
- Mayor de 23: Depresión severa

6.4.4.4 Aplicación y calificación del Test de la Persona Bajo la lluvia.

Para iniciar con la aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia se le entregó a cada paciente una hoja en blanco de forma horizontal (respetando si la persona cambiaba la posición de la hoja), un lápiz y un borrador y se procedió a darle la consigna “dibuje una persona bajo la lluvia”, posterior a esto se le aclaró al participante que el tiempo es libre, además se lo alentó a que haga su mejor trabajo, indicándole que no se evaluará la calidad del dibujo.

Tomando en cuenta que el Test de la Persona Bajo la Lluvia es un instrumento proyectivo que mide principalmente una amplia gama de variables de la

personalidad, y de forma complementaria evalúa algunos rasgos psicopatológicos, hemos considerado necesario categorizar determinados rasgos de la personalidad que evalúen de forma general la forma de ser de cada persona y de esta forma los resultados no se vuelvan muy dispersos.

Dentro de las categorías seleccionadas para evaluar la personalidad se han elegido las siguientes polaridades:

- Introversión-Extroversión
- Razón/Pensamiento-Emoción/Sentimiento
- Capacidad de afrontamiento - Dificultad en la capacidad de afrontamiento:
- Mecanismos de defensa: Desplazamiento, Regresión, Anulación, Aislamiento, Represión, Inhibición, Defensas maníacas, Negación

Para la calificación, nos encontramos con la necesidad de crear una plantilla en la cual consten las 4 categorías antes mencionadas, para la construcción de esta plantilla se procedió a utilizar el manual de calificación de la persona bajo la lluvia de Querol & Chavez (2008), como base para identificar todos aquellos rasgos del dibujo que se enmarquen dentro de las categorías a estudiar. (*Véase Anexo 5*)

Dentro de la variable de Introversión, se puede observar que existen 10 ítems que valoran este aspecto de la personalidad, entre ellos están:

1. Dimensión (Dibujo Pequeño)
2. Emplazamiento (Dibujo en el lado izquierdo de la hoja)
3. Trazos (Líneas fragmentadas o esbozadas)

4. Presión (Débil)
5. Posición (Dibujo de espaldas)
6. Movimiento (Rigidez)
7. Paraguas como defensa (Persona bajo un techo-paraguas cubriendo media cara)
8. Partes del cuerpo (Ojos sin pupilas o como puntos)
9. Objetos en el dibujo (Animales)
10. Vestimenta (Bolsillos y Botones).

La extroversión por su parte, también se evaluó en base a 10 ítems:

1. Dimensión (Dibujo grande)
2. Emplazamiento (Dibujo al lado derecho de la hoja)
3. Trazos (Líneas con ángulos o picos)
4. Presión (Fuerte)
5. Posición (De frente)
6. Movimiento (Actividad en el dibujo)
7. Paraguas como defensa (Persona cubriéndose con la mano)
8. Partes del cuerpo (Piernas largas, cabello)
9. Objetos en el dibujo (Pipas, bolsos, pendientes)
10. Vestimenta (Corbata)

La segunda categoría hace referencia a razón/pensamiento, para evaluar la misma se tomó en cuenta los siguientes aspectos:

1. Emplazamiento (Dibujo en la parte inferior)
2. Trazos (Líneas rectas y firmes)
3. Presión (Normal)
4. Partes del cuerpo (Frente protuberante)

En lo que concierne a la categoría de emoción/sentimiento, se tomaron en cuenta los siguientes elementos:

1. Emplazamiento (Dibujo en la parte superior)
2. Trazos (Líneas redondas, con ángulos, zig-zag)
3. Presión (Débil)
4. Partes del cuerpo (Cejas arqueadas)

Dentro de la tercera polaridad, tenemos la categoría que evalúa los aspectos de la capacidad de afrontamiento del paciente, los rasgos que miden este aspecto son:

1. Posición (Dibujo de frente)
2. Paraguas como defensa (Paraguas cubriendo correctamente a la persona)
3. Tiempo (Velocidad normal)
4. Percepción del ambiente (Lluvia escasa)

La siguiente categoría que detecta una pobre capacidad de afrontamiento, fue evaluada en base a los siguientes elementos:

1. Posición (Dibujo de espaldas)
2. Paraguas como defensa (Sin paraguas. Paraguas pequeño en relación al dibujo)
3. Tiempo (Dificultad para comenzar el dibujo)
4. Percepción del ambiente (Lluvia torrencial)

Finalmente con este test se pueden evaluar determinados mecanismos de defensa que utilizan las personas, tomando en cuenta ciertos aspectos del dibujo:

1. Desplazamiento (Adicionar objetos o personas al dibujo)
2. Regresión (Dibujo perdiendo el equilibrio)
3. Anulación (Borraduras o tachaduras)
4. Aislamiento (Persona entre líneas o recuadros)
5. Represión (Personas no sexualizadas o muy vestidas)
6. Inhibición (Figuras pequeñas, trazos débiles, sin pies ni manos)
7. Defensas maníacas (Detalles innecesarios)
8. Negación (Sin lluvia)

Posteriormente a la elaboración de la plantilla se procedió a calificar cada uno de los test, tomando en cuenta las categorías explicadas en líneas anteriores. Vale recalcar que esta calificación fue netamente cualitativa, pues no se centra en

contabilizar un determinado número de características para firmar que una persona presenta o no un rasgo de personalidad, sino simplemente evalúa cuáles son los rasgos dominantes independientemente de la cantidad en la que se presenten.

Es de vital importancia señalar que dentro del objetivo de este estudio no está el etiquetar a una persona en determinado tipo de personalidad, sino más bien conocer de manera general cuáles son los rasgos más característicos de su ser.

Ahora bien, para determinar que en una persona existe un predominio de una categoría sobre otra, se tomó en cuenta la incidencia de características que se enmarcan dentro de cada polaridad, de esta manera si una persona presentó mayor número de características en una variable frente a su polaridad, se determinó a la misma como un rasgos de personalidad dominante en el individuo. En los casos en los que no se evidenció un predominio en ninguna categoría, al individuo se lo ubicó dentro del apartado en donde no se refleja un rasgo de personalidad predominante.

6.5 RESULTADOS

La aplicación de los tres instrumentos psicológicos: Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Hamilton, Test de la Persona Bajo la Lluvia, se llevó a cabo con 53 participantes: 50 mujeres y 3 hombres. La edad promedio de los participantes era 58,09 años. El promedio de índice de masa corporal fue 46,50 que indica obesidad, siendo la talla (cm) y peso (kg) promedio 149,42cm y 81,73kg respectivamente.

Tabla 1

Datos generales de la población estudiar.

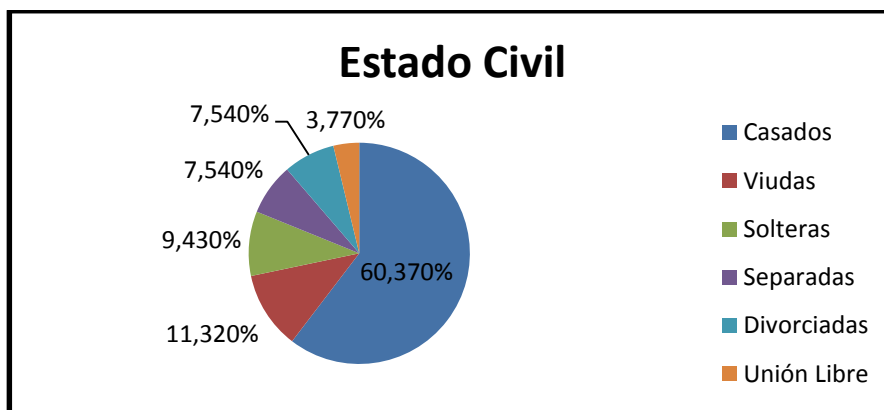
Número de participantes: 53	50 Mujeres	3 Hombres
Edad promedio de la muestra	58,09 años	
IMC Promedio de la muestra	46,50	
Talla Promedio de la muestra	149,42 cm	
Peso promedio de la muestra	81,73Kg	

6.5.1 Resultados de los datos sociodemográficos

6.5.1.1 Estado civil

Al realizar el análisis estadístico de los datos sociodemográficos de todos los participantes se puede observar que el 60,37% de los pacientes se encuentran casados, por su parte el 11,32% son viudas, el 9,43% se encuentran solteras, el 7,54% se encuentran separadas, el 7,54% se encuentran divorciadas, y finalmente el 3,73% de las pacientes se encuentran en unión libre.

Tabla 2

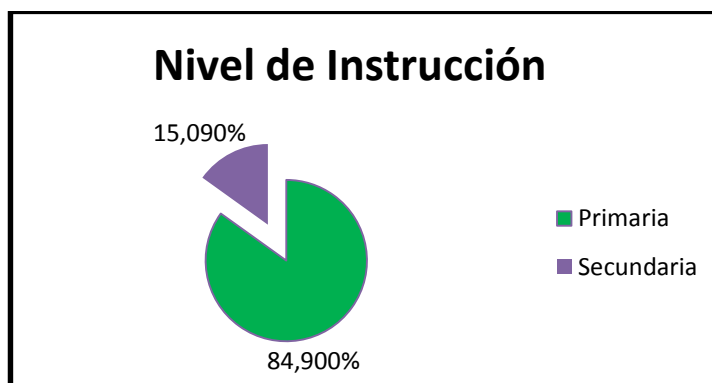


Porcentajes relacionados con el estado civil actual de los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

6.5.1.2 Instrucción

En cuanto al nivel de instrucción se observa que del total de la muestra el 84,90% de los pacientes han cursado únicamente la primaria, en tanto que el 15,09% han culminado el nivel secundario.

Tabla 3

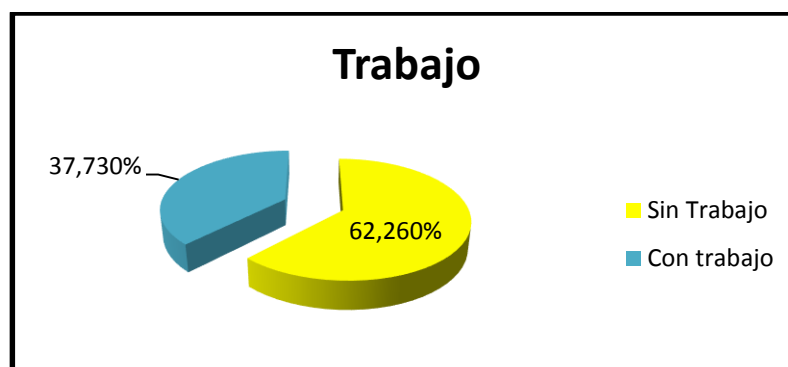


Porcentajes del nivel de instrucción de los 53 pacientes con Obesidad del Club Vida Sana.

6.5.1.3 Trabajo

Del total de los participantes, el 37,73% trabaja, mientras que el 62,26% se encuentran desempleados.

Tabla 4

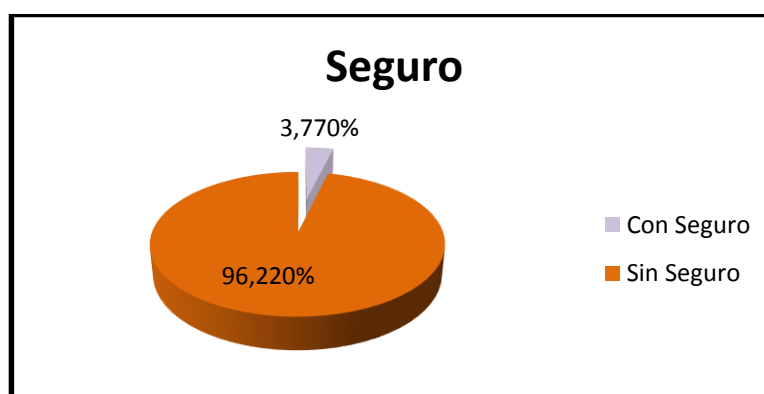


Porcentaje de la ocupación de los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

6.5.1.4 Seguro social de salud

Se puede observar que del total de la muestra únicamente el 3,77% se encuentran afiliados al seguro de salud, en tanto que el 96,22% no cuentan con ningún tipo de seguro.

Tabla 5



Porcentaje de los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana que se Encuentran afiliados al seguro social.

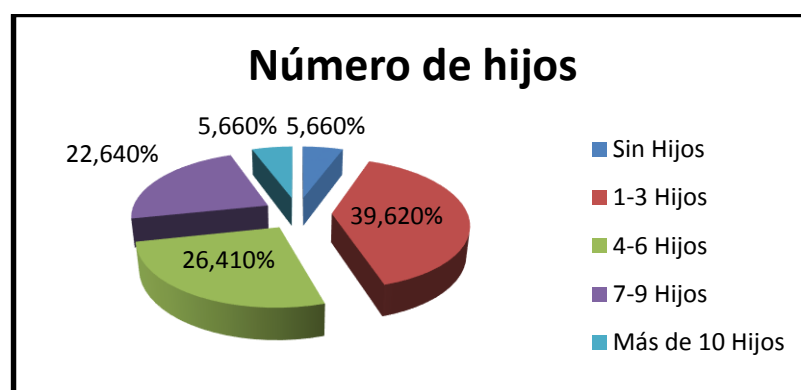
6.5.1.5 Jubilación

Ninguno de los participantes se encuentra jubilado.

6.5.1.6 Hijos

De todos los participantes el 39,62% tienen entre 1 y 3 hijos, el 26,41% tienen entre 4 y 6 hijos, por su parte el 33,64% tienen entre 7 y 9 hijos, un 5,66% tienen más de 10 hijos, y finalmente existe un 5,66% de los participantes que no tienen hijos.

Tabla 6

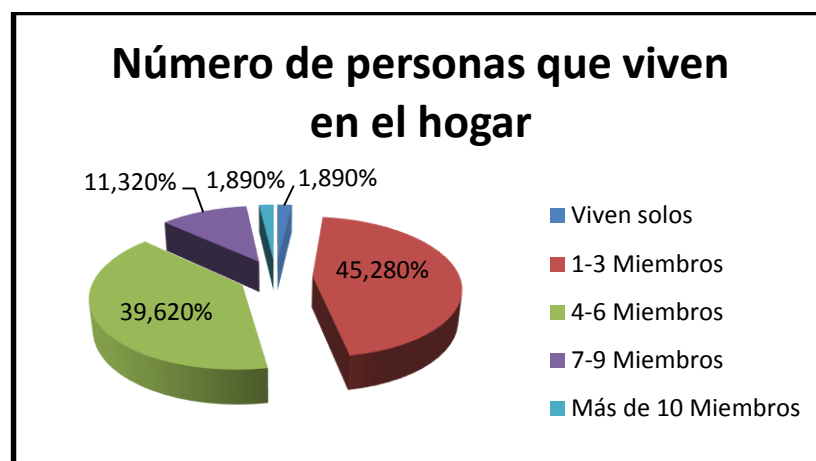


Porcentaje del número de hijos de los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

6.5.1.7 Miembros del hogar

Del total de la muestra, el 45,28% de los participantes viven entre 1 y 3 miembros en el hogar, el 39,62% viven entre 4 y 6 miembros en el hogar, por su parte existe un 11,32% que viven entre 7 y 9 miembros en el hogar. Finalmente existe un 1,89% que viven con más de 10 miembros en el hogar, y un 1,89% que viven solos.

Tabla 7

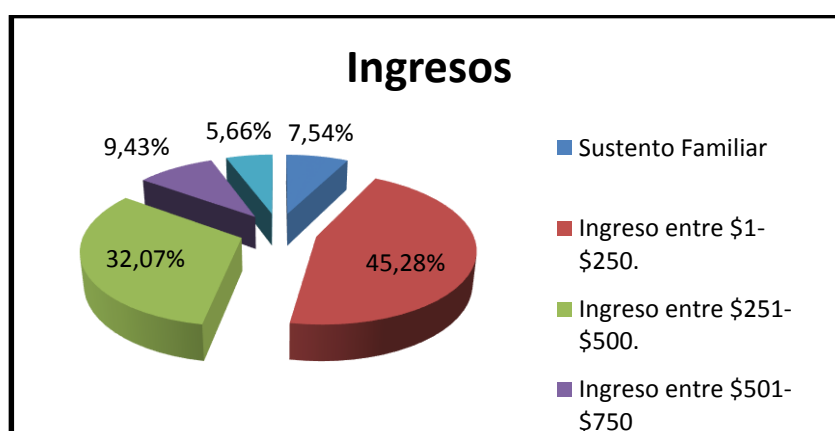


Porcentaje del número de miembros que viven con los 53 pacientes con Obesidad del Club Vida Sana.

6.5.1.8 Ingresos

Del total de los pacientes el 7,54% se sustentan económicamente con la ayuda de otro miembro de la familia, por su parte el 45,28% perciben ingresos entre \$ 1- \$250, mientras que el 32,07% tiene ingresos que oscilan entre \$251-\$500, otra parte de la muestra conformada por el 9,43% perciben un ingreso que fluctúa entre \$501-\$750, finalmente una minoría conformada por el 5,66% percibe un ingreso mayor a \$751.

Tabla 8

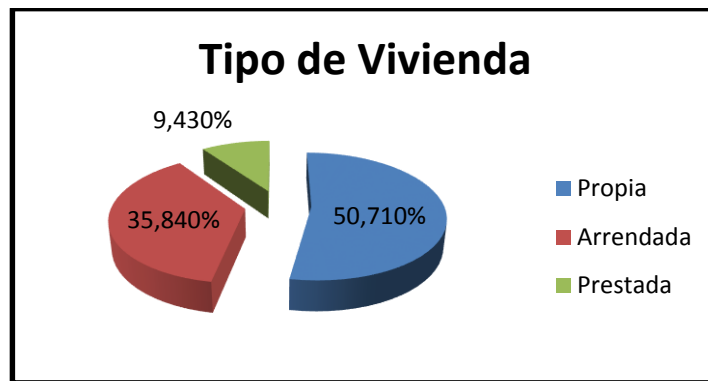


Porcentaje de los ingresos de los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana

6.5.1.9 Tipo de vivienda

Del total de la población estudiada el mayor porcentaje que corresponde al 50,71% tienen vivienda propia, mientras que el 35,84% arriendan la vivienda, y finalmente un 9,43% vive en un lugar prestado.

Tabla 9



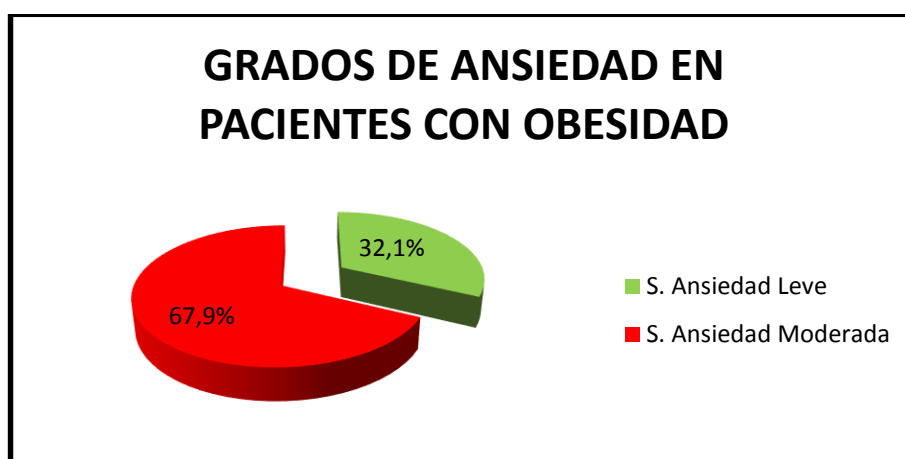
Porcentajes del tipo de vivienda de los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana

Si bien es cierto que se ha realizado un análisis sociodemográfico de cada uno de los participantes para tener en cuenta las características de la población con la que se está trabajando, es importante resaltar que el estudio de dichos datos ha permitido concluir que los resultados no son estadísticamente significativos como para considerar que influyen de forma directa en la presencia de las variables de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad.

6.5.2 Resultados de la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton

El 100% de los pacientes con obesidad que han participado en el estudio muestran signos de ansiedad. De todos estos pacientes el 32,10% muestran síntomas de ansiedad leve, de ellos el 88,23% son mujeres, y el 11,76% son hombres. Por su parte el 67,90% manifiestan síntomas de ansiedad moderada, de ellos el 97% corresponde a pacientes mujeres y el 3% a pacientes hombres.

Tabla 10

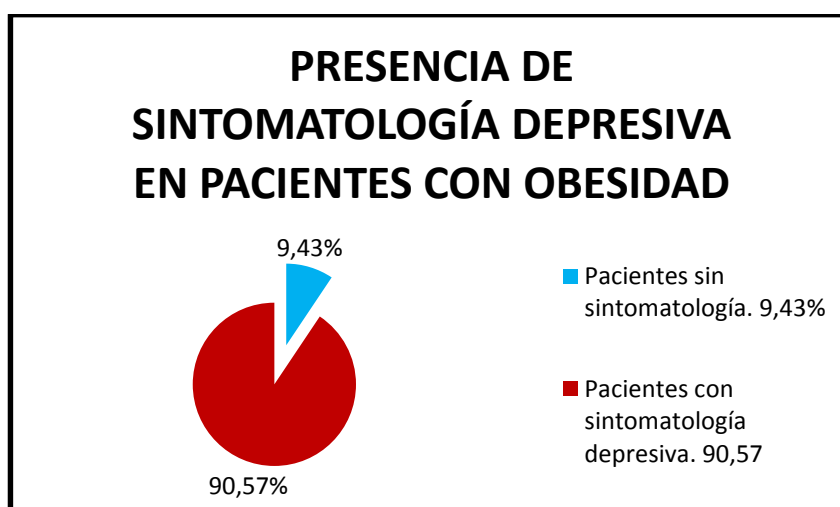


Porcentajes de los niveles de ansiedad en los 53pacientes con obesidad del Club Vida Sana

6.5.3 Resultados de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton

El 90, 57 de los pacientes con obesidad a los que se les realizó el estudio muestran sintomatología depresiva, de todos estos pacientes con sintomatología depresiva el 94% corresponde a mujeres y el 6% a hombres.

Tabla 11

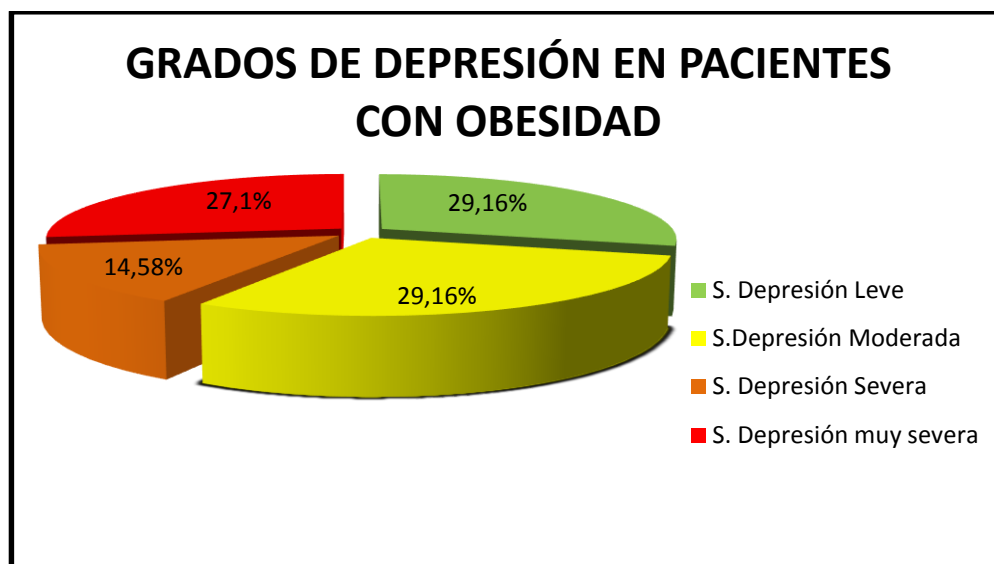


Porcentaje de la presencia de sintomatología depresiva en los 53 pacientes Con obesidad del club Vida Sana

Grados de depresión

De todos los pacientes con sintomatología depresiva el 29,16%, muestran síntomas de Depresión Leve, de ellos el 93% corresponde a pacientes mujeres, y el 7% a pacientes hombres. El 29,16% muestran síntomas de Depresión Moderada, de ellos el 14% corresponde a pacientes hombres y el 86% a pacientes mujeres. El 14,58% muestran síntomas de Depresión Severa, y el 27,10% muestran síntomas de Depresión muy Severa, estos dos últimos porcentaje solo corresponden a pacientes mujeres.

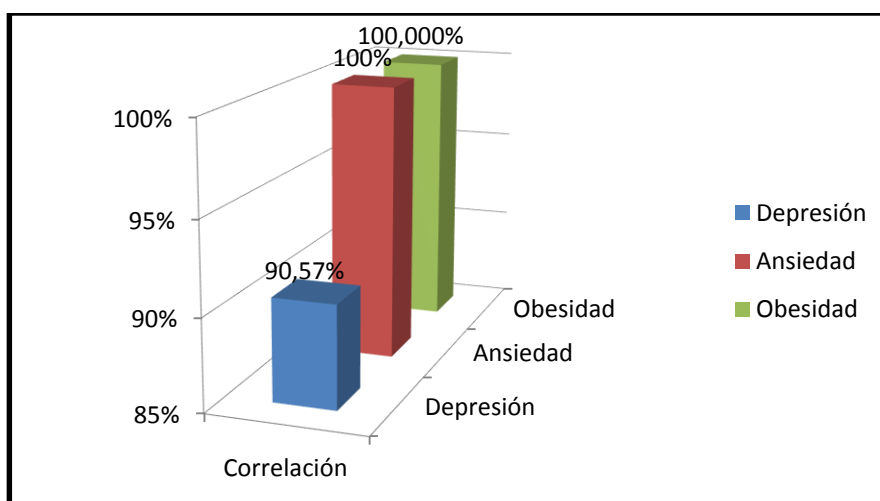
Tabla 12



Porcentaje de los grados de depresión en los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

6.5.4 Correlación final de los niveles de ansiedad y depresión con la obesidad.

Tabla 13



Correlación de los niveles de ansiedad-depresión con la obesidad en los pacientes del Club Vida Sana

6.5.5 Resultados de la aplicación del Test Bajo la Lluvia

6.5.5.1 Rasgos de personalidad: variable introversión- extroversión

De todos los pacientes con obesidad que participaron en el estudio el 7,55% mostraron rasgos de extroversión, en tanto que el 84,90% mostraron rasgos de introversión, de ellos el 93% corresponde a participantes mujeres, y el 7% a participantes hombres. A más de ello hubo un 7,55% de pacientes que no mostraron rasgos sobresalientes de ninguna de las tendencias antes mencionadas, este porcentaje solo corresponde a mujeres.

Tabla 14



Porcentaje de los rasgos de personalidad (variable introversión-extroversión) en 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

Gráfico 1: Introversión

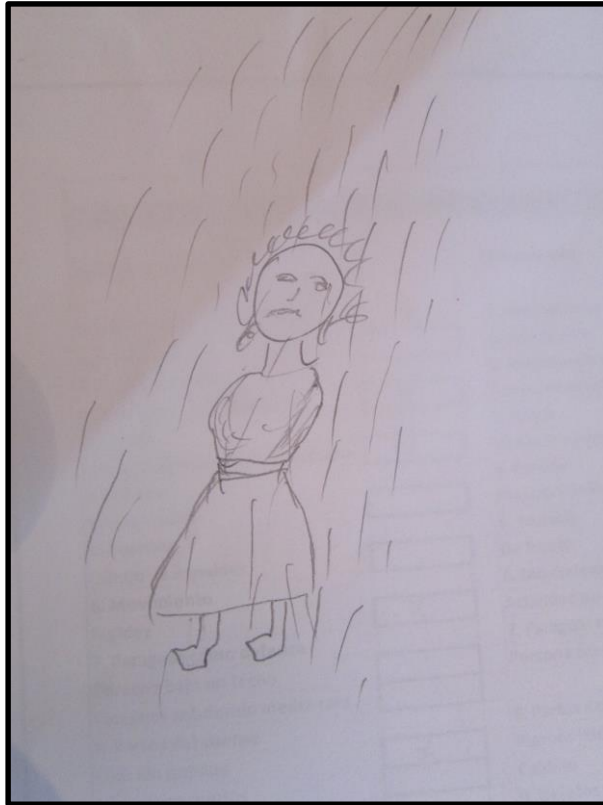
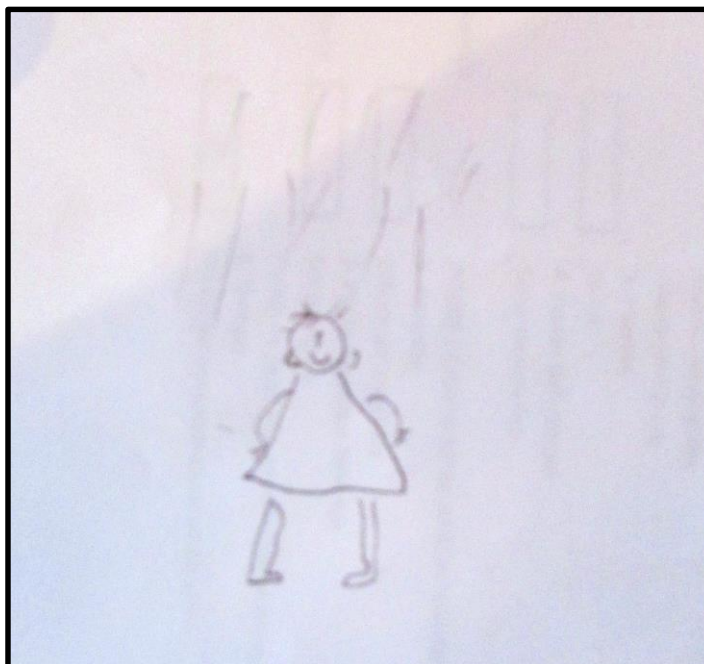


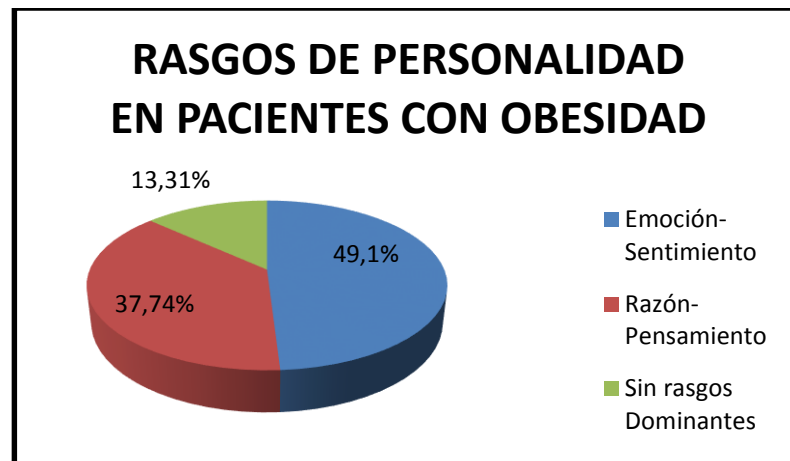
Gráfico 2: Introversión



6.5.5.2 Rasgos de personalidad: variable razón-emoción

De todos los pacientes con obesidad que participaron en el estudio, el 49,10% evidencian una tendencia a dejarse llevar más por las emociones y sentimientos, de estos el 92,30% corresponde a mujeres, y el 7,70% a los hombres. Por otra parte el 37,74 % muestran mayor inclinación por la razón y el pensamiento, de este porcentaje el 95% corresponde a mujeres y el 5% a hombres. Finalmente existe un 13,31% que no muestra ninguna de las tendencias antes mencionadas, dentro de este porcentaje solo se encuentran participantes mujeres.

Tabla 15

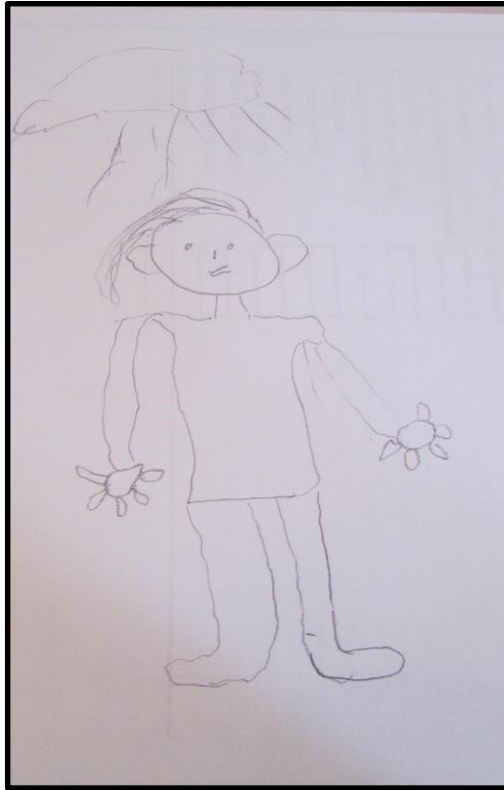


Porcentaje de los rasgos de personalidad (variable: Razón/Pensamiento – Emoción Sentimiento) en los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana

Gráfico 3: Emoción-Sentimiento



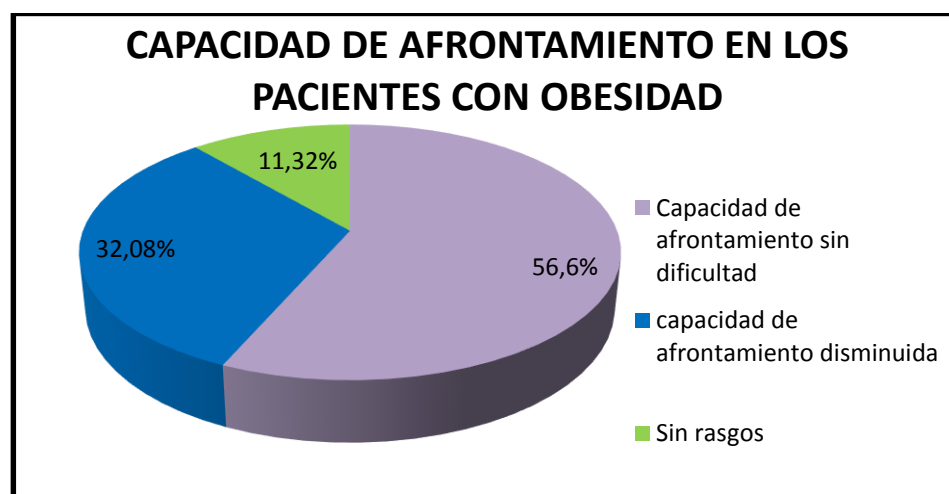
Gráfico 4: Emoción-Sentimiento



6.5.5.3 Capacidad de afrontamiento

De todos los pacientes con obesidad que participaron en el estudio, el 56,6% evidencian tener capacidad de afrontamiento hacia las situaciones adversas, de este porcentaje el 90% corresponde a participantes mujeres y el 10% a hombres. En tanto que el 32,08, evidencian poca capacidad para afrontar dichas situaciones. Por otra parte existe un 11,32% que no muestra ninguna de las tendencias antes mencionadas. Estos dos últimos porcentajes corresponden solo a mujeres.

Tabla 16

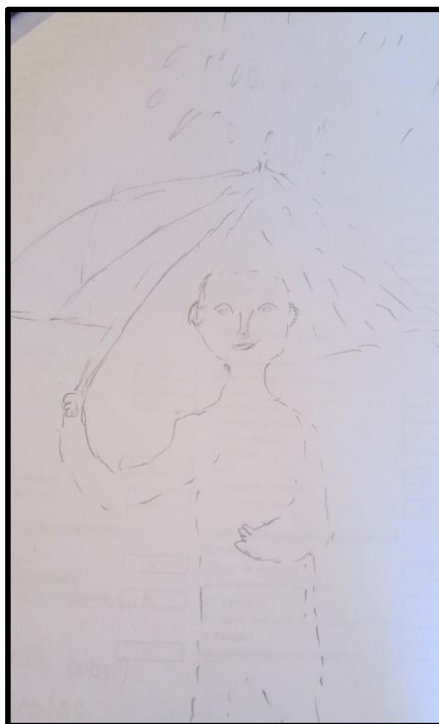


Porcentaje de los rasgos de personalidad (variable capacidad de afrontamiento) en los 53 pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

Gráfico 5: Capacidad de afrontamiento



Gráfico 6: Capacidad de afrontamiento

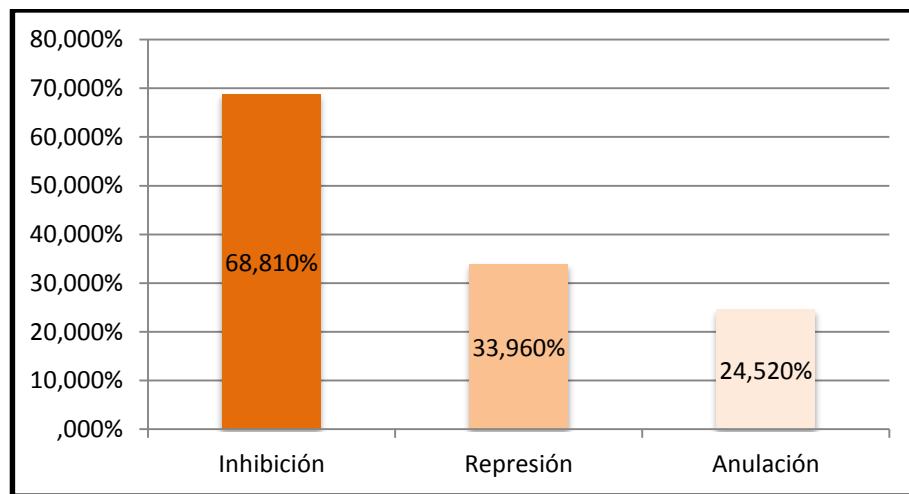


6.5.5.4 Mecanismos de defensa

De todos los pacientes con obesidad que participaron en el estudio el 69,81% utiliza la inhibición como mecanismo principal de defensa, del mismo de toda la muestra existe 33,96% que se maneja con el mecanismo de la represión, por su parte el 24,52% de todos los participantes utilizan la anulación como mecanismo de defensa. Vale recalcar que a más de los mecanismos mencionados algunos participantes evidenciaron utilizar otros mecanismos de defensa que no se describen ya que no son representativos para el total de la muestra.

Tabla 17

Mecanismos de Defensa



Porcentaje de los rasgos de personalidad (variable mecanismos de defensa), en los 53 Pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

Gráfico 7: Inhibición

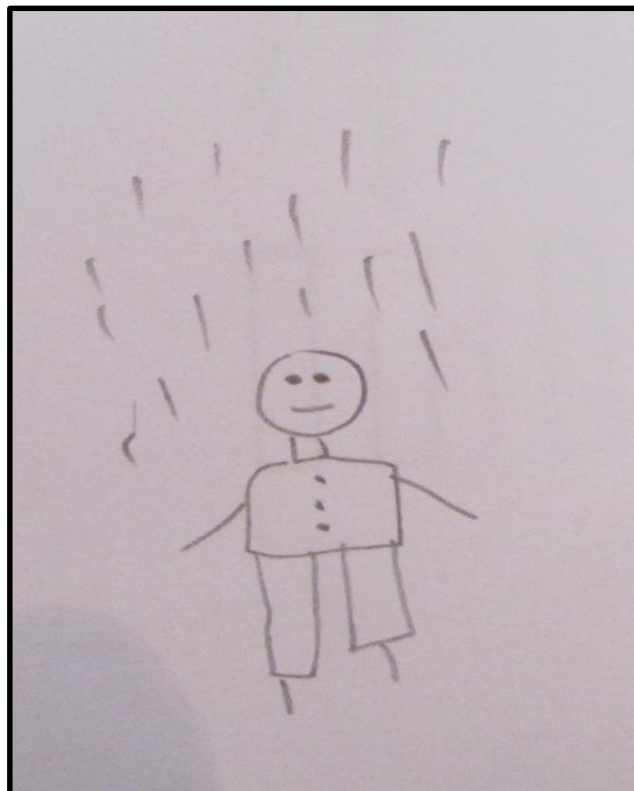


Gráfico 8: Inhibición

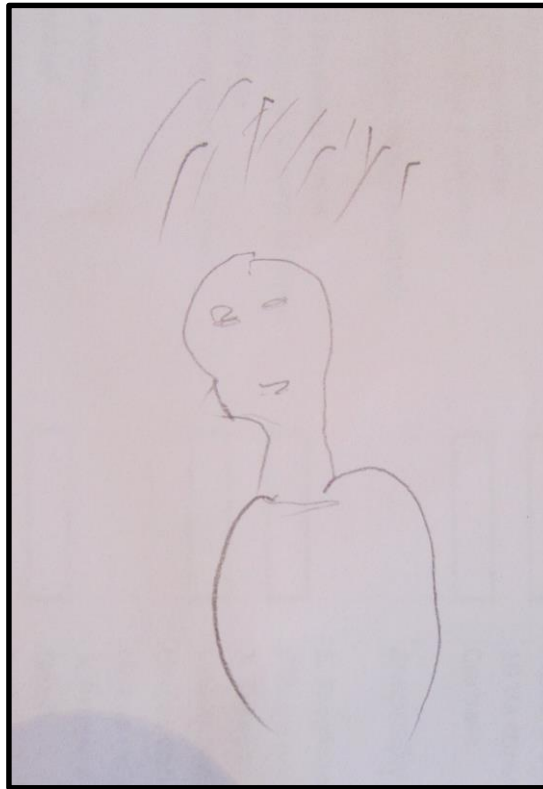


Gráfico 9: Represión

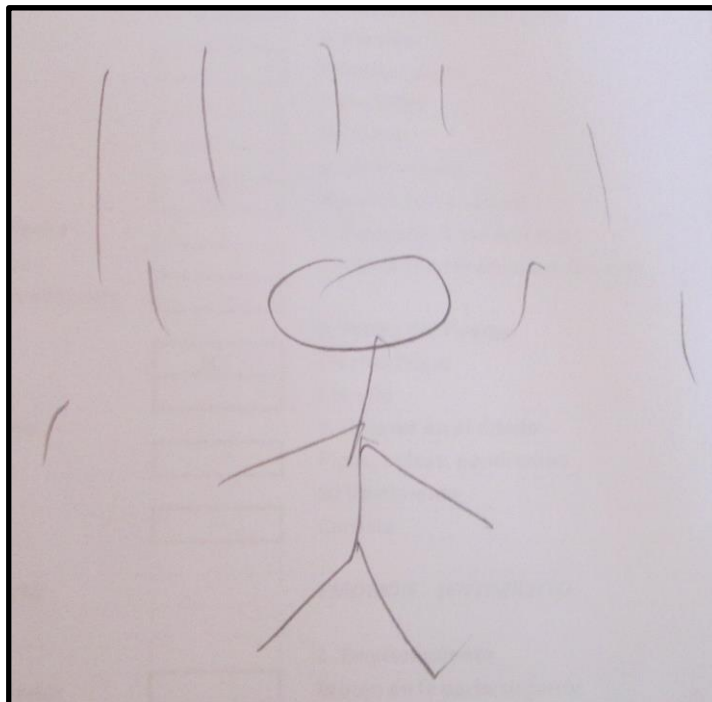


Gráfico 10: Represión



Gráfico 11: Anulación

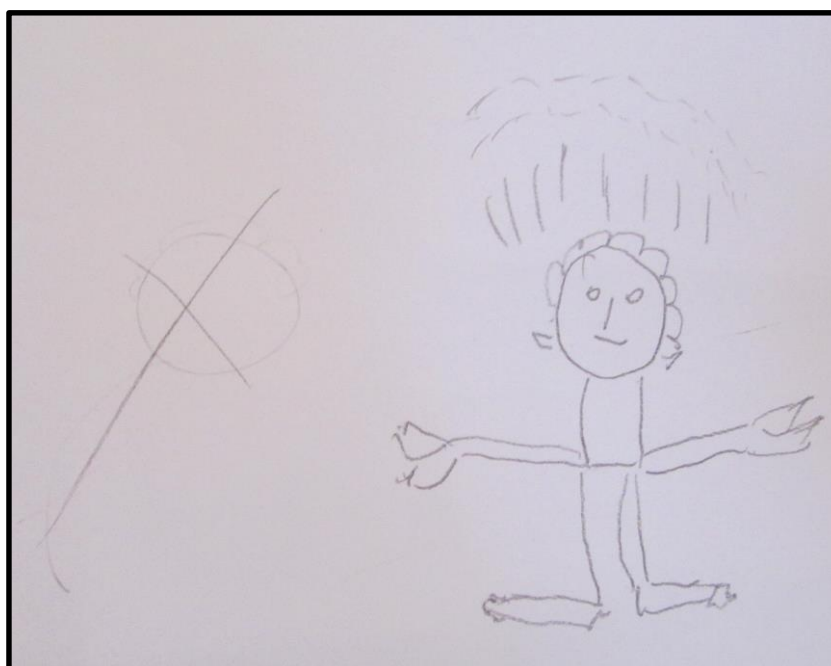
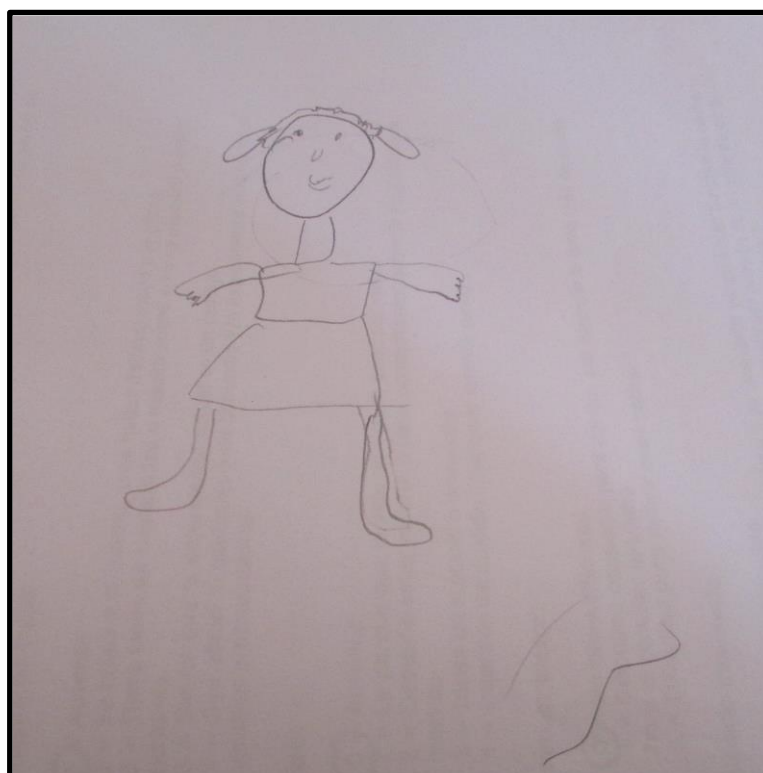
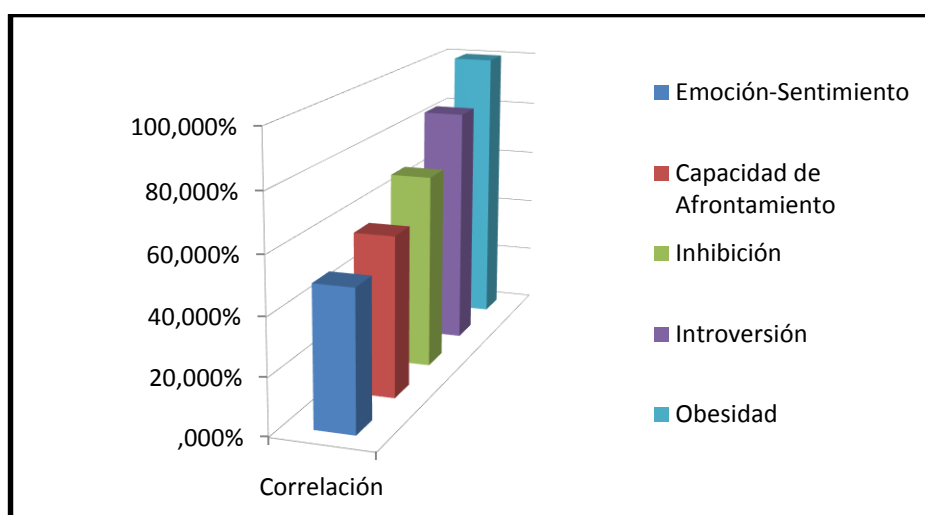


Gráfico 12: Anulación



6.5.6 Correlación final entre rasgos de personalidad y obesidad.

Tabla 18



Correlación entre rasgos de personalidad comunes en pacientes con obesidad del Club Vida Sana.

DISCUSIÓN

El estudio realizado a 53 personas con obesidad del Club Vida Sana, para determinar el nivel de correlación que existe entre la obesidad y la existencia de ansiedad y depresión, así como la presencia de rasgos de personalidad comunes en este tipo de población refleja los siguientes resultados:

El 100% de los participantes presentaron signos de ansiedad, de los cuales el 67,9% correspondían a ansiedad moderada, y el 32,10% a ansiedad leve. Este resultado se relaciona de forma importante con el estudio de Tapia (2010), realizado a un grupo de pacientes con sobrepeso y obesidad, el cual demostró que el 73,85% mostraban ansiedad estadísticamente significativa, este autor encontró que la relación ansiedad-obesidad se debía principalmente a que las personas comían excesivamente como una forma de relajarse. Otro estudio realizado por Ruiz *et al.* en el año 2010 confirmó que la obesidad se encuentra principalmente relacionada con la ansiedad debido al sentimiento de culpabilidad que experimentan las personas al ser víctimas de la segregación social.

En lo que compete a la depresión, el estudio reveló que el 90,57% de los participantes manifestaban sintomatología depresiva en diversos grados, estos resultados concuerdan con los estudios de Arias *et al.* (2004), Ruiz *et al.* (2010) y López *et al.* (2012) en los cuales relacionan la obesidad con altos niveles de depresión, la misma que puede ser ocasionada por la insatisfacción corporal que sufre la persona, la discriminación y baja autoestima.

Otra investigación realizada por Pine y Cols (2007) determinó que existe una prevalencia de depresión que oscila entre un 20% y 30% en personas con obesidad,

no obstante en la investigación actual realizada con los pacientes del Club Vida Sana se puede palpar que la correlación entre depresión y obesidad es mucho más alta ya que está presente en más del 90% de la población. Ahora bien, sería interesante constatar como varía este porcentaje en próximos estudios que incluyan más participantes hombres, ya que en el presente estudio solo se contó con la colaboración 3 hombres y 50 mujeres.

Tomando en cuenta el alto porcentaje de ansiedad y sintomatología depresiva que se presenta en los pacientes con obesidad se hace inminente la necesidad de realizar un abordaje multidisciplinario, que atienda la parte psicológica, pues a pesar que este estudio únicamente se ha centrado en corroborar la prevalencia de ansiedad y depresión, sin ubicar cuáles son las causas específicas; la misma tiene como finalidad última presentar información valiosa que sirva para mejorar la calidad de vida de los pacientes con obesidad.

En lo que compete al tema de la personalidad se han realizado algunos estudios con el objetivo de poder correlacionar cuáles son las características propias de las personas con obesidad, la investigación de Ruiz *et al.* (2010) evidenció que existía una asociación importante entre obesidad y las características tales como: alexitimia, anhedonia, impulsividad, insatisfacción corporal. Por otra parte, el estudio de Vásquez & López (2001) relacionó esta patología con conductas excéntricas, dramáticas, de evasión y agresión.

Otros estudios han tenido la intención de relacionar directamente la obesidad con determinado trastorno de personalidad, por ejemplo Planell y Fernández (2005) encontraron una asociación directa con los trastornos histriónico, antisocial y límite que se caracterizan por tener una alta emotividad, emocionalidad e inestabilidad; este

estudio podría guardar relación con los datos obtenidos con los pacientes del Club Vida Sana, pues se reveló que en el 49,10% de los pacientes predominaba una tendencia a dejarse llevar por sus emociones, así como sus sentimientos, por lo que a pesar de ser estudios diferentes guardan concordancia.

Otros resultados obtenidos con los pacientes del Club Vida Sana demuestran que el 84,90% de los participantes presentan un mayor predominio en los rasgos de introversión, del mismo modo el 56,6% de los pacientes evidencian capacidad de afrontamiento frente a las adversidades, y finalmente se observa que los pacientes con obesidad usan de forma más representativa los siguientes mecanismos de defensa: Inhibición, Represión y Anulación. Estos datos podrían relacionarse con los resultados de otras investigaciones que afirman que las personas con obesidad tienen tendencia al aislamiento, timidez y tendencia a replegarse sobre sí mismos.

El hecho de conocer cuáles son las características de personalidad más comunes que pueden llegar a mostrar los individuos con obesidad representa una información valiosa que permite brindar un tratamiento psicológico encaminado a atender las necesidades específicas de este tipo de población, dando como resultado un tratamiento más exitoso.

Finalmente, como un aporte importante de esta investigación, quisiéramos mencionar que en base a nuestra experiencia adquirida a través de la práctica y de los estudios teóricos consideramos que los resultados obtenidos en este trabajo son producto de muchos factores, como se lo ha evidenciado en estudios anteriores, sin embargo consideramos que en su mayoría estas repercusiones se enlazan de manera directa con factores medio ambientales y culturales, en primer lugar los estándares de belleza de nuestra sociedad estigmatizan fuertemente a las personas con obesidad al

punto de crear en ellas insatisfacción corporal, baja autoestima e inseguridad, sumado a esto de manera errónea la sociedad en general tiende a segregar y discriminar a aquellos individuos que se alejan de estos cánones de belleza ocasionando incluso que las personas con obesidad tengan menos oportunidades laborales o sean menos remuneradas.

Del mismo modo, se debe acotar que la obesidad está asociada a múltiples problemas físicos que ocasionan que las personas constantemente experimenten diversos problemas de salud, todo ello, evidentemente representa mucho estrés y sufrimiento para las personas que presentan esta patología, lo que indefectiblemente ocasiona que adviertan en algún momento signos de ansiedad y depresión, y que en su diario actuar se muestren tímidas, introvertidas e inhibidas, lo que da como resultado que se replieguen sobre sí mismas alejándose del mundo exterior para evitar la segregación social.

Sería de interés en un futuro, realizar nuevas investigaciones que corroboren el porqué de los resultados obtenidos en nuestro medio, apuntando a sus causas específicas para así tratar de manera directa las necesidades concretas de estos pacientes.

CONCLUSIONES FINALES

La obesidad es una enfermedad perjudicial para la salud, su origen multifactorial comprende factores genéticos, sociales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares, por lo tanto las repercusiones de esta enfermedad afectan de forma negativa a estas mismas áreas, razón por la cual su tratamiento debe tener un enfoque integral y multidisciplinario para obtener mejores resultados.

A lo largo del tiempo se han realizado múltiples investigaciones con el objetivo de estudiar cuál es la personalidad característica de los pacientes con obesidad, como bien se conoce la personalidad ha sido definida por varios autores como el conjunto de características propias de cada persona que determinan su forma de pensar sentir y actuar, se sabe que está constituida por múltiples factores tales como biológicos, ambientales, psicológicos, sociales e individuales, es por esta razón que debido a su complejidad diversos autores se han esforzado por explicarla desde las diferentes escuelas psicológicas. A pesar de las numerosas investigaciones no se ha podido correlacionar la obesidad con un tipo de personalidad específico, debido a que cada persona está caracterizada por varios rasgos que no permiten encajarla únicamente en una sola categoría.

Por lo antes expuesto, este estudio tuvo como fin poder correlacionar rasgos de personalidad en común en este tipo de población, encontrando que la mayoría de los participantes que corresponde a un 84,90% mostraron un predominio sobre los rasgos de introversión, por otra parte se observó que en el 49,10% de los pacientes predominó una tendencia a dejarse llevar por los afectos y las emociones. En lo que se refiere a la capacidad para enfrentar el mundo, se evidenció que el 56,6% muestra capacidad para enfrentarse a situaciones adversas así como resolver problemas;

finalmente el estudio permitió corroborar que las personas con obesidad tienden a manifestar comúnmente los siguientes mecanismos de defensa: inhibición en un 69,81%, represión en un 36.96% y anulación en una 29,52%.

En lo que compete al ámbito de las repercusiones psicológicas que experimentan las personas con obesidad, se encuentran principalmente la ansiedad y la depresión. La ansiedad se refiere al estado de miedo y alerta que experimenta el individuo para asegurar su supervivencia, no obstante, cuando este sentimiento se vive de forma intensa y rígida, se vuelve patológico. En el presente estudio se pudo demostrar que el 100% de los pacientes manifiestan síntomas de ansiedad, de todos ellos, 32.10% muestran signos de ansiedad leve, en tanto que el 67,90% muestran signos de ansiedad moderada.

Por su parte, el estudio sobre la depresión, la misma que es entendida como un problema afectivo que se caracteriza por una alteración a nivel de los sentimientos y las emociones, revela que el 90,57% de los pacientes manifiestan sintomatología depresiva en grados diferentes, siendo así que el 29,16% muestran signos de depresión leve, el 29,16 síntomas de depresión moderada, el 14,58 registran síntomas de depresión severa y finalmente, el 27,10% revelan signos de depresión muy severa.

Como hemos podido observar, el estudio ha podido confirmar que sí existe una correlación importante de ansiedad y depresión con la obesidad, razón por la cual consideramos de vital importancia incluir en el tratamiento de la obesidad el aspecto psicológico, brindándole mayor importancia de la que actualmente tiene. De la misma manera, hemos constatado que un gran porcentaje de las personas con obesidad comparten rasgos de personalidad comunes como lo son la introversión, el predominio por las emociones y los sentimientos, la capacidad de afrontamiento

hacia las situaciones adversas y utilización de la inhibición, represión y anulación como mecanismos de defensa frecuentes.

RECOMENDACIONES

- Brindar un tratamiento multidisciplinario a los pacientes con obesidad del Club Vida Sana que incluya la parte psicológica, para obtener resultados más exitosos y una adhesión positiva al tratamiento.
- Socializar los resultados de este estudio con los diferentes clubes de los diversos centros de salud del país, para que incluyan en su tratamiento la parte psicológica, ya que al manejarse estos bajo un mismo protocolo, también han dejado de lado esta área.
- Tomar en cuenta los rasgos de personalidad asociados a los pacientes con obesidad, para que de esta forma el abordaje psicoterapéutico se encamine hacia las necesidades específicas de este grupo de personas.
- Realizar campañas de prevención dirigidas a las personas, con obesidad con el fin de evitar la aparición de los problemas psicológicos asociados a esta patología, o en su defecto atenderlos de forma temprana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso, M. (2012). Estudio ansiedad-depresión del Donante Trasplante Renal asociado con compartir o no la habitación con el receptor. *Universidad Internacional de Cataluña*, 1-70. Recuperado de: http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/199556/Maite_Alonso_Torres.pdf?sequence=1. Citado: 21-07-2014.
2. Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Coffin, N., & Jiménez, M. (2009). La relación ente depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 9 (2), 205-216. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Documents/UNIVERSIDAD/10mo%20ciclo/tesis/articulos%20tesis/depresion/depresion%20conflicto%20fmiliares.pdf>. Citado: 21-07-2014
3. Álvarez, B. (2013). Presencia de ansiedad, depresión y trastornos somáticos en pacientes que acuden a servicio de atención médica primaria de un consultorio privado de la ciudad de Quito. *Universidad de las Américas*, 1-127. Recuperado de: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/1559/1/UDLA-EC-TPC-2013-07.pdf>. Citado: 21-07-2014
4. Atahualpa, J. (2004). *Psicología General*. Quito: Ramandí Proyectos Editoriales. Citado: 15-07-2014
5. Arias, A., Jacobo, L., & Naranjo, I. (2004). Evaluación del estado nutricio utilizando el índice de masa corporal en los alumnos del tid uam-x y la autoconcepción de imagen corporal. *Universidad Autónoma Metropolitana*. Recuperado de: <envia.xoc.uam.mx/tid/investigaciones/O/Obesidad%20y%20nutricion.doc>. Citado: 15-05-2014
6. Avila, A. (2003). *La personalidad y sus trastornos: Aproximación a la obra de Theodoro Millon*. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/docDetail.action?docID=10040549&p00=millon>. Citado: 17-07-2014

7. Baringoltz, S. (1965). Terapia cognitiva y depresión. *UBA*, 1-9. Recuperado de: <http://apra.org.ar/revistadeapra/Articulos/Julio/Sara.pdf>. Citado 28-07-2014
8. Barrios, B., Sánchez, L., & Salamanca, Y. (2013). Patrones de personalidad patológica y estrategias de afrontamiento en estudiantes de psicología. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (3), 45-53. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862013000200004&lang=pt. Citado: 19-08-2011
9. Brawkin, H. (1952). Obesity in children. *J Pediatr*, 54, 539-545. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>. Citado: 15-05-2014
10. Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35 (4), 537-546. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407. Citado: 15-05-2014
11. Boeree, G. (2004) Teorías de personalidad. *Departamento de Psicología Universidad de Shippensburg*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/personalidad.htm>. Citado 16-07-2014
12. Caballo, V., Guillén, J., & Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40 (3), 319-327. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/Revistapsico/2009/vol40/no3/6.pdf>. Citado: 19-08-2014
13. Cabello, M., & Zúñiga, J. (2009). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. Disponible en: <http://www.cienciauanl.uanl.mx/numeros/10-2/OBESIDAD.pdf>. Citado: 19-08-2014
14. Cabezas, H., & Lega, L. (2006). Relación empírica entre la terapia racional emotivo-conductual (trec) de Ellis y la terapia cognitiva (tc) de Beck en una muestra costarricense. *Revista Educación*, 30 (2), 101-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44030207.pdf>. Citado: 08-07-2014
15. Calvo, E., & Medina, M. (2009). Factores socioculturales y psicológicos condicionantes en adultos obesos de 20 a 59 años, de la autoridad marítima de panamá. *Universidad de panamá facultad de medicina escuela de nutrición y dietética licenciatura en nutrición y dietética*, 1-13. Recuperado de:

- <http://www.nutricionistas.com.pa/wp-content/uploads/2013/05/Factores-Socioculturales-y-Psicologicos-Condicionantes-en-Adultos-Obesos-de-20-a-59-anos-de-la-Autoridad-Maritima-de-Panama.pdf>. Citado: 25-06-2014
16. Carlson, N. (2006). Fisiología de la conducta. Madrid: Pearson Educación, S.A. Citado: 25-07-2014
 17. Casado, M. (1994). Ansiedad, Stress y Trastornos psicofisiológicos. *Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología*, 14-24. Recuperado de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pdf>. Citado: 18-08-2014
 18. Cassano, P., & Argibay, P. (2010). Depresión y neuroplasticidad. Interacción de los sistemas nervioso, endócrino e inmune. *Medicina (B. Aires)*, 70 (2). recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000200015&lang=pt. Citado: 18-08-2014
 19. Cervone, & Pervin. (2009). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Editorial el manual moderno. Citado: 15-07-2014
 20. Cerda, E. (1969). *Una psicología de hoy*. Pensilvania: Editorial Herder. Citado: 12-07-2014
 21. Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad. México: Editorial Prentice Hall. Citado: 12-07-2014
 22. Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 3, 1-5. Recuperado de: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>. Citado 29-07-2014
 23. Del Álamo, A., Gonzáles, A., & Gonzáles, M. (2006). Obesidad. *Guías clínicas*, 6(24). Recuperado de: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/>. Citado: 20-05-2014
 24. Diaz, J., Torres, V., Urrutia, E., Moreno, R., Font, I., & Cardona, M. (2006). Factores Psicosociales de la Depresión. *Rev Cub Med Mil* 35. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572006000300009&script=sci_arttext. Citado 21-07-2014
 25. Diez nuevas causas de la obesidad. (2006). *La Prensa*. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/370428150?accountid=36552>. Citado: 16-05-2014

26. Duque, L. (2013). El rol de los medios de comunicación masiva (televisión) y el impacto estético de la cirugía plástica en jóvenes y mujeres. Universidad central del Ecuador, 1-98. Recuperado de: www.dstace.uce.ec/bitstream/25000/1482/1/T-UCE-0009-92.pdf. Citado: 10-06-2014
27. Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (1), 7-19. Recuperado de: <file:///C:/Users/User/Downloads/3830-7149-1-PB.PDF>. Citado: 12-07-2014
28. El pequeño gran mundo de la psicotecnia pedagógica. (2013). *Test hombre bajo la lluvia*. Recuperado de: <http://mundopsicotecnicapedagogica.blogspot.com/2013/01/test-hombre-bajo-la-lluvia.html>. Citado 11-07-2014
29. El Comercio. (2012). Solo el 10% de pacientes en diagnosticado de presión. *Universidad Central del Ecuador*. Recuperado de: <http://www.elcomercio.com.ec/tendencias/10-pacientes-diagnosticado-depresion.html>. Citado: 20-07-2014
30. Evans, D., Charney, D., & Lewis, L. (2007). *Depresión y trastornos bipolares*. España: Editorial McGraw-Hill. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/docDetail.action?docID=10491501&p00=depresion>. Citado: 29-07-2014
31. Foz, M. (2004). Historia de la obesidad. Recuperado de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono6/Articulos/articulo1.pdf>. Citado: 01-05-2014
32. Fadiman, J., & Frager, R. (2001). Teorías de la personalidad. México: Editorial Oxford. Citado: 05-07-2014.
33. Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. *Linking Risk Research and Prevention. Prev Med*, 31 (6), 104-25. Recuperado de: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(06\)00248-0/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(06)00248-0/fulltext). Citado: 19-07-2014
34. Guía de Obesidad. (2010). *Obesidad Webside*. Recuperado de: <http://www.guiaobesidad.com/sobre-nosotros>. Citado: 19-07-2014

35. Hall, V. (2003). Depresión fisiopatología y tratamiento. *CIMED*, 1-53. Recuperado de: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>. Citado 21-07-2014
36. Huertas, L. (2007). Trastornos de Ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. *Rev Hosp Jua Mex*, 74 (2), 81-92. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2007/ju072i.pdf>. Citado: 10-07-2014
37. La ansiedad. (1999). *La Prensa*. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/368674110?accountid=36552>. Citado: 27-05-2014
38. Lima, M., Guerrier, G., & Toledo, A. (2008). Técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico. *Rev Hum Med*, 8, 2-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202008000200004&lng=es. Citado: 29-05-2014
39. Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., & Baro, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)*, 118 (13), 493-9. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf. Citado: 15-07-2014
40. Los cambios en el funcionamiento de neuronas son una causa de la obesidad. (2013). *EFE News Service*. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/1436903597?accountid=36552>. Citado: 04-05-2014
41. López, J., Cabranes, J., Sanchez, S., Velao, M., Sáenz, M., Torres, B., Acnic, I., Cabrerizo, L., Rubio, M., López, J., & Barabash, A. (2012). Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control medidos con cinco escalas estandarizadas de personalidad. *Actas españolas de psiquiatría*, 40, 266-274. Recuperado de: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/79/ESP/14-79-ESP-266-274-291404.pdf>. Citado: 26-06-2014
42. Luckie, A., Cortés, F., & Ibarra, S. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 14

- (4), 191-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473264150007>. Citado: 22-05-2014
43. Montaña, M., Palacios, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia: avances de la disciplina*, 3 (2), 81-107. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>. Citado: 10-07-2014
44. Morales de Barbenza, C. (2003). El abordaje integrativo de la personalidad en la teoría de Theodore Millon. *Redalyc. Org*, 20 (1), 61-74. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/180/18020104.pdf>. Citado: 25-07-2014
45. Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G., Serrano, F., Samper, J., Millán, D., & Cases, J. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 7 (4). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-13752004000400004&script=sci_arttext. Citado: 21-07-2014
46. Organización Mundial de la Salud- website. (2014). Obesidad y sobrepeso, (Nº 311). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. Citado: 12-06-2014
47. Overweight, underweight and weight control. (1999). Nutrition and diet therapy. Principles and practice, 5, 205-26. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>. Citado: 08-06-2014
48. Perez, A. (2007). Aprende a dominar tu temperamento. *Palabra*. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/377811146/abstract/6E604B0491D443F3PQ/1?accountid=36552>. Citado: 19-06-2014
49. Picconne, A. (2006). Potencial suicida en el test de la persona bajo la lluvia. *Facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires. Rev Scielo*, 13. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862006000100030&script=sci_arttext. Citado: 11/07/2014
50. Planell, L., & Fernández, R. (2005). Alteraciones psicopatológicas en la obesidad. *Revisiones*, 6, 139-151. Recuperado de: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono6/Articulos/articulo10.pdf>. Citado: 15-05-2014

51. Pool, A. (2007). Diagnóstico Estructural a Través de la Prueba Persona Bajo la Lluvia en Niños y Niñas de 9 a 11 Años de Edad, Víctimas de Agresiones Sexuales Crónicas. *Psykhé*, 16(2), 117-128. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282007000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Citado 11/07/2014
52. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Obesidad. (2004) Diagnóstico y Tratamiento. *Rev Endocrinol*, 12 (4), S80-S87. Recuperado de: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=28500&id_seccion=345&id_ejemplar=2923&id_revista=23. Citado: 20-05-2014
53. Querol, S., & Chaves, M. (2008). *Test de a persona bajo la lluvia, adaptación y aplicación*. Buenos Aires-Argentina: Artes Gráficas. Recuperado de: <http://mmhaler.files.wordpress.com/2013/04/la-persona-bajo-la-lluvia-test.pdf> Citado 11/07/2014
54. Ribes, E. (1995). Jhon B. Watson: el conductismo y la fundación de una psicología científica. *Acta comportamentalia. Centro de estudios e investigaciones en psicología*, 3, 66-78. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/viewFile/18327/17408>. Citado 07-07-2014
55. Robles, R., Morales, M., Jiménez, L., & Morales, J. (2009). Depresión y Ansiedad en Mujeres con Cáncer de Mama: El Papel de la Afectividad y el Soporte Social. *Psicooncología*, 6 (1), 191-201. Retrieved from: <http://search.proquest.com/docview/220413144?accountid=36552>. Citado: 30-07-2014
56. Rodríguez, L. (2004). La obesidad y sus consecuencias clínico metabólicas. *Rev Cubana Endocrinol*, 15 (3), 1-8. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000300008&+lang=pt. Citado: 15-05-2014
57. Rosal, R., & Bayón, A. (2003). *Cuestiones de psicología y psicoterapias humanistas*. España: Editorial MILENIO. Citado: 15-07-2014
58. Ruiz, I., Fernández, MJ., Ríos, P., & Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 12, 1330-1348. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es>. Citado: 13-07-2014

59. Santrock, J. (2004). *Adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill Companies, Inc.
Citado: 21-06-2014
60. Schalatter, J. (2003). *La ansiedad un enemigo sin rostro*. España: Editorial Eunsal. Recuperado de:
<http://site.ebrary.com/lib/uasuausp/docDetail.action?docID=10637363&p00=ansiedad%20enemigo%20rostro>. Citado: 13-08-2014
61. Schultz, D., & Schultz, S. (2010). *Teorías de la personalidad*. Santa Fe-México: Cengage Learning. Citado: 10-07-2014
62. Seelbach, G. (2012). *Teorías de personalidad*. *Red Tercer Milenio*, 1, 1-91. Recuperado de:
http://www.aliatuniversidades.com.mx/bibliotecasdigitales/pdf/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf. Citado: 05-07-2014
63. Semerari, A., & Dimaggio, G. (2008). *Los trastornos de la personalidad*. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Recuperado de:
http://www.psicologiaviva.com/trastornos_personalidad.pdf. Citado: 14-07-2014
64. Siegel, E., & Morris, N. (1975). El papel de la nutrición en la epidemiología de los accidentes durante el embarazo. *Nutrición de la futura madre y su evolución durante el embarazo*, 15-51. Recuperado de:
<http://www0.unsl.edu.ar/~disgraf/neuweb2/pdf/Manual%20basico%20de%20Epidemiologia%20en%20alimentacion%20y%20nutricion.pdf>. Citado: 09-06-2014
65. Silvestri, E., & Staville, A. (2009). Aspectos psicológicos de la obesidad. Disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>. Citado: 15-05-2014
66. Sims, E. (1976). Experimental obesity, dietary-induced thermogenesis and their clinical implications. *Clin Endocrin Metab*, 5, 377-384. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sims+Eah.+Experimental+obesity%2C+dietary-induced+thermogenesis+and+their+clinical+implications.+Clin+Endocrinol+Metab+1976%3B+5%3A+377-395.+PubMed>. Citado: 13-05-2014
67. Sostin, C. (2002). Personality and obesity. *Medwave*, 2(6), 16-20. doi: 10.5867/medwave.2002.06.3582. Citado: 06-05-2014

68. Toro, R., & Yepes, L. (2004). *Psiquiatría*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas, Editorial CIB. Citado: 21-05-2014
69. Tortosa, F., & Mayor, L. (1992). Watson y la psicología de las emociones: evolución de una idea. *Psicothema*, 4 (1), 297-415. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/833.pdf>. Citado: 08-07-2014
70. Vasquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8 (3), 417-449. Recuperado de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>. Citado: 18-07-2014
71. Vázquez, V., & López, J. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>. Citado: 22-05-2014
72. Villaseñor, S., Ontiveros, C., & Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en salud*, 8 (2), 86-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14280205>. Citado: 10-05-2014
73. Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista PsicologiaCientifica.com*, 16. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>. Citado: 19-08-2014.
74. Virzi, A., Signorelli, MS., Veroux, M., Giammarresi, G., Maugeri, S., & Nicoletti, A. (2007). Depression and Quality of life in living related Renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 39, 1791-3. Recuperado de: [http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345\(07\)00590-8/abstract?cc=y?cc=y](http://www.transplantation-proceedings.org/article/S0041-1345(07)00590-8/abstract?cc=y?cc=y). Citado: 22-07-2014
75. Watson, J. (1919). Psychology: From the Standpoint of a Behaviorist. *Lippincott*, 10. Recuperado de: <http://www.questia.com/library/652574/psychology-from-the-standpoint-of-a-behaviorist>. Citado 08-07-2014

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS.

(Escala de ansiedad de Hamilton, Escala de depresión de Hamilton, Test de la persona bajo la lluvia)

Yo....., con CI..... por voluntad propia doy mi consentimiento para participar en la aplicación de diversas pruebas psicológicas que conducen María José Piedra y Michelle Coello; internas de Psicología Clínica en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recibí una explicación clara y completa de la naturaleza general y los propósitos de las pruebas y las razones específicas por las que se me aplicarán, y la forma en que se utilizarán los resultados.

Estoy consciente de que quizá no es posible que las personas que apliquen las pruebas me expliquen todos los aspectos de esta, hasta que haya terminado. También entiendo que puedo dar por terminada mi participación en la aplicación de las pruebas en cualquier momento sin recibir ningún llamado de atención. Además se respetará la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, así como mi seguridad física y psicológica.

Anexo 2

ENTREVISTA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

FECHA.....

NOMBRES:.....

APELLIDOS:.....

EDAD:.....

TELEFONO:.....

CEDULA:.....

DIRECCION:.....

ESTADO CIVIL:.....

INSTRUCCIÓN:.....

OCUPACION:.....

SEGURO:.....

JUBILACION:.....

HIJOS:.....

PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR:.....

INGRESOS:.....

VIVIENDA:.....

Anexo 3

Escala de Ansiedad de Hamilton

NOMBRE

FECHA

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	☐	☐	☐	☐	☐

7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	☐	☐	☐	☐	☐
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	☐	☐	☐	☐	☐
10	Síntomas respiratorios: Opresión en el pecho. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	☐	☐	☐	☐	☐
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos,. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics. Inquietud. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 4

Escala de Hamilton para Evaluación de la Depresión (HAM-D)

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítems.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.
 - 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente.
 - 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
 - 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
2. Sentimientos de culpa:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
 - 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.
 - 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
 - 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
 - 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
 - 3 = Ideas de suicidio o amenazas
 - 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio Precoz:
 - 0 = No tiene dificultad
 - 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora conciliar el sueño
 - 2 = Dificultad para dormir cada noche
5. Insomnio Intermedio
 - 0 = No hay dificultad
 - 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
 - 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
6. Insomnio Tardío:
 - 0 = No hay dificultad
 - 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir

- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades
- 0 = No hay dificultad
 - 1 = Ideas de sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad, (trabajos y pasatiempos)
 - 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
 - 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
 - 4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):
- 0 = Palabra y pensamiento normales
 - 2 = Ligero retraso en el habla
 - 3 = Evidente retraso en el habla
 - 4 = Incapacidad para expresarse
9. Agitación psicomotora:
- 0 = Ninguna
 - 1 = Juega con sus dedos
 - 2 = Juega con sus manos, cabello, etc.
 - 3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
 - 4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios
10. Ansiedad Psíquica:
- 0 = No hay dificultad
 - 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
 - 2 = Preocupación por pequeñas cosas
 - 3 = Actitud aprensiva en la expresión del habla
 - 4 = Expresa sin temores sin que le pregunten
11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Traspiración):
- 0 = Ausente
 - 1 = Ligera
 - 2 = Moderada
 - 3 = Severa
 - 4 = Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0 = Ninguno
 - 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimules. Sensación de pesadez en el abdomen
 - 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales:
- 0 = Ninguno
 - 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
 - 2 = Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):
- 0 = Ausente
 - 1 = Débil
 - 2 = Grave
15. Hipocondría:
- 0 = Ausente
 - 1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)
 - 2 = Preocupado por su salud
 - 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda
16. Pérdida de peso:
- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
 - 1 = Pérdida de más de 500 gr en una semana
 - 2 = Pérdida de más de 1 kgr en una semana
17. Perspicacia:
- 0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo.
 - 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
 - 3 = No se da cuenta que está enfermo.

Anexo 5

PLANTILLA PARA LA CALIFICACIÓN DEL TEST BAJO LA LLUVIA			
INTROVERSIÓN		Extroversión	
1. Dimensiones	X	1. Dimensiones	X
Dibujo pequeño		Dibujo Grande	
2. Emplazamiento		2. Emplazamiento	
Dibujo en el lado izquierdo		Dibujo en el lado derecho	
3. Trazos		3. Trazos	
Líneas Fragmentadas o Esbozadas		Líneas con ángulos o picos	
4. Presión		4. Presión	
Presión Débil		Presión Fuerte	
5. Posición		5. Posición	
Dibujo de espaldas		De frente	
6. Movimiento		6. Movimiento	
Rigidez		Actividad en el dibujo	
7. Paraguas como defensa		7. Paraguas como defensa	
Persona bajo un techo		Persona cubriéndose con la mano	
Paraguas cubriendo media cara			
8. Partes del cuerpo		8. Partes del cuerpo	
Ojos sin pupilas		Piernas largas	
Ojos como puntos		Cabello	
9. Objetos en el dibujo		9. Objetos en el dibujo	
Animales		Pipas, bolsos, pendientes.	
10. Vestimenta		10 Vestimenta	
Bolsillos y botones		Corbata.	
RAZÓN - PENSAMIENTO		EMOCIÓN - SENTIMIENTO	
1 Emplazamiento		1. Emplazamiento	
Dibujo en la parte inferior		Dibujo en la parte superior	
2. Trazos		2. Trazos	
Líneas Rectas y firmes		Líneas redondas	
		Líneas con ángulos	
		Líneas en zig-zag	
3.Presión		3. Presión	
Normal		Débil	
4. Partes del cuerpo		4. Partes del cuerpo	
Frente Protuberante		Ceja arqueadas	
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO		POBRE CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO	
1. Posición		1. Posición	
Dibujo de frente		Dibujo de espaldas	
2. Paraguas como defensa		2. Paraguas como defensa	
Paraguas cubriendo a la persona		Sin paraguas	
		Paraguas pequeño en relación al dibujo	
3. Tiempo		3. Tiempo	
Velocidad normal		Dificultad para comenzar el dibujo	

4 Percepción del Ambiente				
Luvia Escasa		Lluvia Torrencial (Estrés-presión)		
MECANISMOS DE DEFENSA				
1. Desplazamiento				
Adicionar objetos o personas.				
2. Regresión				
Dibujo perdiendo el equilibrio				
3. Anulación				
Borraduras o tachaduras				
4. Aislamiento				
Persona entre líneas o recuadros				
5. Represión				
Personas no sexualizadas				
Personas muy vestidas				
6. Inhibición				
Figuras pequeñas				
Trazos débiles				
Sin pies, ni manos				
7. Defensas maníacas				
Detalles innecesarios				
8. Negación				
Sin lluvia				