

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Rasgos de personalidad patológicos en pacientes con sobrepeso u obesidad en tratamiento de reducción de peso.

Alumna: Zaira Yamila Matto

Tutor: Dra. Vanesa Góngora

Buenos Aires, 18 de Febrero de 2021.

## Índice

<b>1</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>5</b>
2.1	General.....	5
2.2	Específicos.....	5
<b>3</b>	<b>Marco teórico.....</b>	<b>5</b>
3.1	Enfoques en el estudio de la personalidad.....	5
3.2	La teoría de los rasgos de personalidad.....	7
3.2.1	Personalidad normal y patológica.....	9
3.2.2	Rasgos de personalidad patológicos.....	10
3.2.3	Evaluación de los rasgos de personalidad patológicos: Inventario de Trastornos de personalidad para el DSM 5 (PID 5).....	12
3.2.4	Personalidad y enfermedades no transmisibles.....	14
3.3	Obesidad.....	15
3.3.1	Etiología y prevalencia.....	16
3.3.2	Consecuencias físicas y psicológicas de la obesidad.....	17
3.3.3	Abordaje y tratamientos.....	18
3.4	Rasgos de personalidad en obesidad.....	20
<b>4</b>	<b>Hipótesis.....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>23</b>
5.1	Tipo de estudio: Descriptivo/Correlacional.....	23
5.1.1	Instrumento: .....	24
5.1.2	Procedimientos.....	24
5.1.3	Análisis de datos.....	25
<b>6</b>	<b>Desarrollo.....</b>	<b>25</b>
6.1	Rasgos de personalidad patológicos en pacientes en tratamiento de reducción de peso. ....	25
6.2	Asociación entre rasgos de personalidad patológicos e IMC en un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.....	27
6.3	Comparar los rasgos de personalidad patológicos entre los pacientes que asisten a los grupos de descenso y a los grupos de mantenimiento de peso.....	28
6.4	Comparar la asociación entre rasgos de personalidad patológicos e IMC en un grupo de pacientes mujeres con un grupo de pacientes hombres.....	29
6.5	Comparar los rasgos de personalidad patológicos de un grupo de pacientes menores de 40 años con un grupo de pacientes mayores de 40 años.....	30
6.6	Comparar los rasgos de personalidad patológicos de un grupo de pacientes que desempeñan una actividad laboral, con un grupo de pacientes que no desempeñan actividad laboral.....	31
<b>7</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>32</b>
7.1	Limitaciones.....	33
7.2	Perspectiva crítica y aporte personal.....	34

<b>7.3 Nuevas líneas de investigación .....</b>	<b>35</b>
<b>8 Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>37</b>

## 1 Introducción

El siguiente Trabajo final Integrador, se desprende de la Práctica y Habilitación Profesional V, que se llevó a cabo y se completó con 285 horas de asistencia en una institución, ubicada en el barrio de Colegiales, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios, cuyo objetivo principal consiste en modificar los hábitos en la alimentación y el vínculo con la comida que resultan nocivos para la salud de los pacientes.

El trabajo se realiza a través de un equipo interdisciplinario de Médicos, Nutricionistas, Psicólogos, Psicoterapeutas y Profesores de Educación Física. Los Médicos, realizan la evaluación y el seguimiento clínico personalizado de los pacientes, los Nutricionistas arman los planes de alimentación y se ocupan de la educación en hábitos alimentarios, los Profesores de Educación Física coordinan las actividades que realizan en un gimnasio que pertenece a la institución, mientras que los Psicólogos coordinan los grupos de tratamiento.

Cada abordaje individual, se complementa con el tratamiento grupal que consiste en la participación semanal de los pacientes en los grupos terapéuticos coordinados por los Psicólogos. Estos grupos se dividen, según el momento del tratamiento en el que se encuentran los pacientes, en grupos de descenso y mantenimiento. Los grupos de descenso, están destinados a aquellas personas que comienzan el tratamiento con el objetivo de bajar de peso, mientras que los segundos, son los conformados para aquellos que han alcanzado el peso deseado y que deben continuar el tratamiento, aprendiendo nuevos hábitos de alimentación que les permitan mantenerse en el peso deseado.

De la observación no participante realizada en la institución, de los grupos terapéuticos tanto de descenso como de mantenimiento, surge el interés por investigar los rasgos de personalidad patológicos en pacientes en tratamiento de reducción de peso, a los fines de identificar, describir e investigar, si existen rasgos de personalidad patológicos que se asocian con la obesidad. Para ello, se complementó la observación no participante con una encuesta sociodemográfica y una batería de evaluación (PID-5) que se le administró a los pacientes para recolectar los datos necesarios para su posterior análisis y desarrollo del siguiente trabajo.

## **2 Objetivos**

### **2.1 General**

Evaluar rasgos de personalidad patológicos en pacientes en tratamiento de reducción de peso y su relación con IMC, tipo de grupo, edad, sexo y situación laboral.

### **2.2 Específicos**

1. Describir los rasgos de personalidad patológicos en un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.

2. Analizar la asociación entre rasgos de personalidad patológicos e IMC en un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso.

3. Comparar los rasgos de personalidad patológicos en un grupo de pacientes que asisten a grupos de descenso de peso con un grupo de pacientes que asisten a grupos de mantenimiento de peso.

4. Comparar la asociación entre rasgos de personalidad patológicos e IMC en un grupo de pacientes mujeres con un grupo de pacientes hombres.

5. Comparar los rasgos de personalidad patológicos de un grupo de pacientes menores de 40 años con un grupo de pacientes mayores de 40 años.

6. Comparar los rasgos de personalidad patológicos de un grupo de pacientes que desempeñan una actividad laboral, de un grupo de pacientes que no desempeñan actividad laboral.

## **3 Marco teórico**

### **3.1 Enfoques en el estudio de la personalidad**

La personalidad, es un concepto que ha sido de interés para aquellos que a lo largo de la historia se han preguntado por el comportamiento humano. A fin de hallar explicaciones y posibles respuestas a estas preguntas, surgieron diferentes líneas de investigación basadas en distintos enfoques, al interior de las cuales se fueron consolidando modelos teóricos que se dedicaron a la evaluación, descripción y explicación de la personalidad. De esta manera, desde el campo de la Psicología, el estudio de la personalidad dió lugar a estas diferentes conceptualizaciones teóricas acerca de su estructura, componentes, organización, funcionamiento y diferencias individuales entre las personas.(Sinisterra, Cruz & Gantiva, 2009).

Estos estudios surgen de intentar comprender aspectos que paradójicamente coexisten en el ser humano. Por un lado, ciertas características hacen que las personas sean diferentes y por otro lado, otras características las igualan. Algunas de ellas cambian y otras permanecen sin modificación regulando el comportamiento en todos por igual, lo que significa que, hay cierta variabilidad y perdurabilidad en el individuo que lo hace único, diferente e igual a otros al mismo tiempo. Estas propiedades permanentes, hacen que sea posible identificar y diferenciar a unas personas de otras (Pueyo, 1997).

Teniendo en cuenta, estos aspectos que determinan las similitudes y diferencias entre los individuos y que conforman la personalidad, desde el campo de la Psicología, cada orientación teórica ha tomado distintos componentes de la personalidad para su estudio. Castro Solano (2015), identifica tres líneas fundamentales en el estudio de la personalidad al interior de las cuales se pueden situar los modelos de personalidad que se originaron:

La tradición clínica fue la primera históricamente en dedicarse al estudio de la personalidad, intentando comprender las pautas de funcionamiento individuales, comunes y particulares que diferencian a los individuos unos de otros, a partir del estudio de casos originados en la práctica clínica. Son representantes de este tipo de abordaje, la teoría Psicoanalítica, cuyo creador es Sigmund Freud, la Teoría Fenomenológica, de la mano de Carl Rogers y George Kelly con su desarrollo de los constructos personales (Fernandez Liporace & Castro Solano, 2015; García-Méndez. 2005).

La orientación experimental, basada en la tradición Conductista (John Watson, B. F. Skinner) de la experimentación en laboratorios, se ocupó de estudiar e identificar las leyes generales que regulan la personalidad, resaltando la importancia de llevar a cabo estudios experimentales que den cuenta de lo estudiado. Sus principales exponentes son Dollard, Miller y Bandura entre otros (Cloninger, 2003; Fernández Liporace & Castro Solano, 2015). Para este enfoque, en el ser humano, existen leyes generales que pueden ser estudiadas y que hacen que todos los individuos sean iguales, resaltando la importancia de llevar a cabo estudios experimentales que den cuenta de lo estudiado (Eysenck Hans & Eysenck Michel, 1987). La tradición del conductismo, inauguró la experimentación en el laboratorio, en la cual se basó el estudio de la personalidad, dentro de la línea experimental. Así comenzó a considerarse la influencia del medio externo en la personalidad (Cloninger, 2003).

Una tercera línea a considerar de fundamental importancia para este desarrollo, dedicada al estudio de las diferencias individuales, la constituye el enfoque correlacional que supone la existencia de diferencias individuales que permiten agrupar a los individuos según los rasgos comunes que regulan y organizan la conducta. De esta manera este enfoque se

ocupó de identificar las diferencias individuales, pero poniendo el interés en hallar aquellos rasgos comunes. Utiliza para estudiar estos rasgos, el análisis factorial, es decir el estudio estadístico, de las respuestas brindadas por los individuos a los inventarios de personalidad, baterías de evaluación psicométricas (Cervone & Pervin, 2009; Fernandez Liporace & Castro Solano, 2015). Así surge el estudio y la definición de los rasgos de personalidad, entendidos como tendencias relativamente estables que subyacen en los individuos, determinan las conductas y las vuelve predecibles. En esta línea de investigación Raymond Cattell, creó una taxonomía de rasgos de personalidad a través del método del análisis factorial y del abordaje Psicoléxico, identificando y aislando los principales rasgos de personalidad. En la misma línea de investigación factorial, Hans Jurgen Eysenck supone tres grandes dimensiones de la personalidad, que se basan en patrones neurofisiológicos. Tanto Cattell como Eysenck crearon teorías dimensionales de la personalidad, intentando con ello explicar el comportamiento humano (Chico Librán, 2015).

Luego de una larga trayectoria de investigación, se desarrolló el aún vigente Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad, conocido como Big Five, que evalúa e identifica 5 dimensiones básicas que subyacen a la personalidad (Neuroticismo, Apertura a la experiencia, Extraversión, Responsabilidad y Afabilidad), basado en la Hipótesis Léxica, sostiene que en el lenguaje natural, utilizado habitualmente, más precisamente, en los adjetivos, se hallan los términos que definen las diferencias entre las personas (Costa, 1990; Goldberg, 1989).

### **3.2 La teoría de los rasgos de personalidad**

Surge dentro de la última línea de investigación mencionada anteriormente, dedicada al estudio de los rasgos, entendidos como disposiciones psicológicas que conforman la estructura interna de la personalidad y determinan la forma en que los individuos tienden a comportarse (Antoni, 2008).

Continuando con la exposición de los desarrollos en el ámbito de la Psicología, y para profundizar en el estudio de los rasgos, es menester mencionar que, con la emergencia de la Psicología diferencial, dedicada al estudio científico de la personalidad, se inició el camino hacia el estudio y la teoría de los rasgos. Los primeros autores destacados de esta disciplina, fueron F. Galton, J. Mc. Cattell, W. Stern y Ch. Spearman, A. Binet. Posteriormente, autores como L. L. Thurstone, C. Burt, R. C. Tryon, P. E. Vernon, llevaron a cabo un importante proceso de investigación sobre las diferencias individuales aplicando el análisis factorial, como técnica estadística para analizar los datos obtenidos de la evaluación

de la personalidad, a través de los Test de evaluación psicométrico (Pueyo, 1997). Encontramos en G. Allport el mayor exponente de dicha disciplina científica, quien brindó una primera definición de personalidad, introdujo por primera vez el concepto de rasgo y propuso el método ideográfico para abordar el estudio de las diferencias individuales. Allport, sostiene que la personalidad, está organizada de forma jerárquica, conformando una estructura que le permite la adaptación al medio ambiente (Allport, 1937, 1956, 1966; como se citó en García-Méndez, 2005). Define los rasgos, como “tendencias determinantes”, en tanto le dan estabilidad y coherencia a los individuos y sus conductas. A su vez postula que si bien es posible observar los comportamientos individuales, estas inclinaciones internas, permanecen ocultas en el interior del individuo, sin posibilidad de ser observadas, pero si de inferirse a través de las conductas que manifiestan las personas ( Allport, 1937).

Sobre sus conceptualizaciones se construyeron las teorías factoriales, que se dedicaron al estudio de los rasgos de personalidad como unidades de análisis. Otro exponente fundamental, que a sido mencionado anteriormente, es H. Eysenck, que también, mediante el análisis factorial y basándose en los rasgos como principal unidad de análisis, reunió distintas aportaciones sobre el tema y desarrolló su propio modelo explicativo de la personalidad, basándose en el funcionamiento del sistema nervioso y en la descripción de las tres dimensiones fundamentales que identificó en la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo (Eysenck 1959, 1970; como se citó en García-Méndez, 2005).

De esta larga trayectoria de la teoría de los rasgos, se desprende que todos los individuos, poseen formas de proceder similares ante diferentes situaciones, que perduran a lo largo del tiempo y que más allá de las diferencias individuales, estas tendencias comunes, le dan a la personalidad un carácter de permanencia y consistencia tal como se mencionó anteriormente (Polaino-Lorente, Cabanyes, & Del Pozo Armentia, 2009). De esta forma, el concepto de rasgos que aporta dicha teoría, permite comprender como se organiza la personalidad, desde sus aspectos más permanentes y constantes (Eysenck & Eysenck, 1987). Es decir que son los rasgos, los elementos que definen cómo somos y cómo actuamos de forma estable más allá del tiempo y de las distintas situaciones que atravesamos a lo largo de la vida, más allá de las diferencias individuales hay algo que nos define permanentemente y nos caracteriza. Por consiguiente, el estudio y la comprensión de los rasgos de personalidad, en tanto elementos estables, permitirían predecir la conducta de los individuos. El principal aporte consiste en que, si bien, no es posible observar directamente estas tendencias, dado que son conceptos psicológicos, si se puede, acceder a ellas por medio de la inferencia, y de esta manera comprender el comportamiento y la personalidad (Cervone & Pervin, 2009

;Fernandez Liporace & Castro Solano, 2015).

### **3.2.1 Personalidad normal y patológica**

En primer lugar, es importante considerar que la normalidad y anormalidad son conceptos que se construyen socialmente, dependen de cada cultura y el momento histórico. Desde esta perspectiva es posible considerar la normalidad como aquello que se adapta al contexto cultural del que las personas forman parte y la anormalidad o patología estaría definida por todo aquello que no se adapta a la cultura de la que se forma parte (Millon, 2006).

A lo largo de la historia de la Psicología de la personalidad recorrida anteriormente, es posible observar, que el estudio de la personalidad no ha ido a la par con el estudio de la psicopatología. Luego de una larga trayectoria en la investigación y el estudio de la personalidad normal, se desprende el interés por la personalidad en su aspecto psicopatológico (Fernández Liporace & Castro Solano, 2015). Es necesario comprender que el interés en la personalidad consistió en el estudio del comportamiento normal y en el ámbito de la psicopatología, el estudio estuvo orientado a la descripción, explicación y comprensión de los comportamientos anormales. Es recién en el año 1980 que se incluyen por primera vez los trastornos de la personalidad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), que realiza una clasificación oficial para ser utilizada por los profesionales de la salud mental. Dicho Manual, es utilizado con fines diagnósticos y permite agrupar a las personas en distintas categorías clínicas, según sus características y conjunto de síntomas que poseen, de esta manera, a partir de estos criterios, se construyen las categorías diagnósticas que definen los trastornos de personalidad. Millon (2006) considera que estos trastornos están compuestos por una serie de rasgos que dan cuenta del patrón de funcionamiento de la personalidad. Así como la personalidad normal está conformada por rasgos que conducen a una adaptación funcional al medio ambiente, la personalidad patológica estaría formada por rasgos de funcionamiento que en interacción con el ambiente resultan en conductas desadaptativas. Tal es así que los rasgos definirían la estructura de personalidad que determina de qué manera la persona afronta las demandas del medio ambiente, de una manera funcional o disfuncional, generando patología, en este caso trastornos de personalidad. A modo de síntesis, es posible considerar que la personalidad es normal o patológica, según los rasgos que la conformen sean adaptativos o desadaptativos a las circunstancias del medio ambiente. Desde este punto de vista es importante tener en cuenta los rasgos de personalidad, dada su influencia determinante en las formas en que las personas se desenvuelven de una

manera sana o patológica. Algunos rasgos de personalidad pueden considerarse desadaptativos y, potencialmente, generadores de patologías.

### **3.2.2 Rasgos de personalidad patológicos**

A pesar de la larga trayectoria de los estudios sobre la personalidad y sus rasgos, estos no fueron tenidos en cuenta, ni formaron parte de los estudios sobre la psicopatología de la personalidad. Como punto de partida de las propuestas para actualizar el manual DSM, Widiger y Simonsen (2005) realizaron un relevamiento de los modelos dimensionales que se podían considerar para construir una alternativa al modelo categorial hasta entonces vigente en la psicopatología, con la intención de encontrar puntos en común para comenzar a desarrollar esa alternativa. En ese momento enumeraron al menos 18 propuestas diferentes, algunas orientadas a construir una representación dimensional de los constructos existentes en psicopatología, otras más decididas a reorientar los criterios diagnósticos y aquellas que buscaban alguna forma de integración, ya sea entre los ejes I y II del DSM-IV en torno de espectros más abarcativos, o, lo que resulta de mayor interés para este trabajo, entre las patologías descriptas como trastornos de personalidad y los modelos dimensionales que describen la personalidad normal. Allí se mencionan ocho modelos de la personalidad general que ya habían sido analizados en cuanto a su continuidad con la personalidad patológica. Entre las conclusiones de este trabajo se señala que el cambio en la concepción de la personalidad patológica en el DSM podría surgir de una revisión de estas distintas propuestas, rescatando lo mejor de cada una de ellas.

Si bien desde la publicación de este artículo hubo varios intentos de revisar los modelos existentes en busca del terreno común, fue con la constitución del equipo de trabajo para la actualización del eje II del DSM que se pudo encarar una evaluación de las distintas alternativas con la participación de especialistas de distintas instituciones, muchos de ellos autores de estas propuestas. A pesar de la diversidad existente, pronto se impuso la idea de acercar la evaluación de los trastornos de personalidad del futuro manual a los datos empíricos surgidos de las investigaciones, con la intención de construir un modelo que organice las explicaciones propuestas de manera que pueda confirmarse o ajustarse a través de estudios empíricos (Krueger & Markon, 2014).

En esta oportunidad se estableció que la evidencia existente permitía postular al menos cuatro dominios bipolares que sirvieran como marco para organizar los aportes de las distintas propuestas. Estos eran: extraversión vs. introversión, antagonismo vs. conformidad, restricción vs. impulsividad y afectividad negativa vs. estabilidad emocional. El grueso del

trabajo se concentró en establecer las distintas facetas, entendidas como rasgos específicos desadaptativos, en que se podrían descomponer los cuatro grandes dominios, además de agregar un quinto que, si bien surgía en varios de los estudios existentes como un aspecto importante para el estudio de la personalidad patológica, no había mostrado la correspondencia esperada con los polos propuestos para la personalidad normal. Este quinto y último dominio es el psicoticismo, que ya era una dimensión clave para la comprensión de la personalidad desde los trabajos de Eysenck (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012).

Finalmente, en el año 2013 se incluyó en el DSM-5 una visión dimensional de la psicopatología de la personalidad orientada hacia los rasgos desadaptativos. Sin embargo, esta nueva propuesta no terminó de reemplazar al modelo existente, ya que en dicha versión del manual se conservó en la sección dos el modelo categorial preexistente y se agregó como propuesta, en la sección tres, un modelo alternativo que a partir de una evaluación dimensional desemboca en una categorización, por lo que puede considerarse un modelo mixto (Fernandez Liporace & Castro Solano, 2015).

Para el nuevo modelo, el funcionamiento desadaptativo se relaciona con la rigidez e inflexibilidad de la conducta, genera malestar en la persona y conflictos en las interacciones sociales y con el medio. Esta forma de considerar la personalidad patológica diferencia a la sección tres del DSM 5 (APA, 2013) de la versión anterior, que proponía para el diagnóstico de los trastornos de personalidad un modelo categorial, basado en características estables que se evaluaban en términos de presencia o ausencia con criterios cuantitativos y temporales para establecer el diagnóstico de un trastorno (Esbec & Echeburúa, 2011).

En este modelo mixto se evalúan dos dimensiones, el funcionamiento de la personalidad que puede ser alterado de forma moderada o grande, en relación a sí mismo y en la relación con los otros y, la presencia de más de un rasgo de personalidad patológico, que persiste de forma rígida y se manifiesta de la misma manera en distintas situaciones sociales prolongándose en el tiempo y alcanzando de esta manera, cierta estabilidad relativa. Ambas dimensiones se constituyen como dos criterios de importancia en el DSM-5. En el criterio A, se evalúan dos aspectos, la identidad, considerada como la capacidad de la persona para autoevaluarse a sí misma, percibirse como una unidad diferente de los otros, capaz de experimentar distintos estados emocionales y la autodirección, que permite evaluar como la persona se orienta hacia sus metas con comportamientos coherentes y constructivos, basados en la reflexión. Estos dos aspectos conforman el sí mismo de la personalidad. En cuanto a la relación que las personas establecen con los otros, se consideran otros dos aspectos como la

empatía y la intimidad. La primera se refiere a la capacidad de la persona para comprender a los otros y valorar adecuadamente cómo las propias acciones afectan a las personas y la intimidad, es la capacidad de establecer relaciones interpersonales que perduran en el tiempo y con un compromiso profundo. Estas dos características, conforman la personalidad en su aspecto interpersonal. Teniendo en cuenta estos criterios, se definen los niveles de alteración en el funcionamiento de la personalidad (disfunción: poca, moderada, severa) y por lo tanto el nivel de severidad de los trastornos. Mientras el criterio B, permite establecer la pertenencia a un determinado trastorno. Además se incluyó un inventario (Personality Inventory for DSM 5; PID 5) diseñado para evaluar dimensionalmente los rasgos de personalidad patológicos resultantes del trabajo de integración mencionado que contiene 5 dominios principales (*afectividad negativa, antagonismo, desinhibición, indiferencia y psicoticismo*) con sus correspondientes 25 facetas de rasgos patológicos (Stover, 2015).

### **3.2.3 Evaluación de los rasgos de personalidad patológicos: Inventario de Trastornos de personalidad para el DSM 5 (PID 5)**

Para ampliar la comprensión de los rasgos de personalidad patológicos respecto a las dimensiones anteriormente mencionadas, es posible definir brevemente cada una de ellas. La afectividad negatividad incluye facetas como la depresión, la ansiedad, la ira, la desconfianza, que son emociones negativas que experimentan las persona de forma frecuente, y otras como inestabilidad emocional, sumisión, afectividad restringida, perseveración y hostilidad. El antagonismo, también con sus facetas, entre ellas, la tendencia a manipular, la grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad, hostilidad y falsedad. Implican la tendencia exagerada de la persona a valorarse a sí misma como importante, desconsiderar las necesidades de los otros, sacar ventajas de las personas y pretender un trato especial hacia sí mismo. La indiferencia o desapego consiste en evitar las relaciones interpersonales, el compromiso emocional que conllevan y la expresión de las propias emociones; y sus facetas son anhedonia, tendencias depresivas, evitación de la intimidad, desconfianza, afectividad restringida y apartamiento. La desinhibición es la tendencia de la persona a actuar de forma impulsiva, buscando la satisfacción inmediata sin tener en cuenta experiencias pasadas que podrían ser de aprendizaje y sin evaluar consecuencias. Sus facetas son, impulsividad, distractibilidad, irresponsabilidad, perfeccionismo rígido y toma de riesgo. Por último, el psicoticismo, que se diferencia particularmente del resto de los dominios, describe a las personas que se presentan con apariencia, pensamientos y comportamientos inusuales,

extraños, excéntricos y poco habituales. Sus facetas son excentricidad, creencias y experiencia inusuales, desregulación cognitiva y perceptual (Stover, 2015).

Desde su concepción, las dimensiones del PID-5 se plantean como opuestas a las del modelo Big Five, con excepción del neuroticismo (Gore & Widiger, 2013). En varias investigaciones se ha comprobado que tanto la versión original como la abreviada mantienen una fuerte asociación entre al menos cuatro de las dimensiones de ambos modelos: afectividad negativa con neuroticismo, desapego con extraversión, antagonismo con agradabilidad y desinhibición con responsabilidad (Crego, Gore, Rojas & Widiger, 2015; Wright & Simms, 2014). Esto es comprobado también en la versión adaptada a la Argentina (Góngora & Castro Solano, 2017).

Entre otras variables demográficas, se ha analizado la relación entre los rasgos de personalidad y la edad. De Miguel Negredo (2005) y Allemand (2012) hallaron resultados similares que representan una asociación positiva entre agradabilidad y responsabilidad con la variable edad. En función de estos resultados y considerando la relación existente entre estas dimensiones y las del PID 5, antagonismo y desinhibición respectivamente (Gore & Widiger, 2013). En un estudio sobre la adaptación del instrumento a población Polaca, los resultados demostraron que en el grupo de población no clínica, las mujeres puntuaron más alto en afectividad negativa, mientras que los hombres lo hicieron en antagonismo y desinhibición. En cuanto a las facetas, las mujeres tuvieron puntajes más altos en ansiedad y labilidad emocional, mientras que los hombres registraron mayores niveles en insensibilidad y toma de riesgos. En el grupo de población clínica, las diferencias según género sólo fueron significativas en las dimensiones afectividad negativa y desapego, y en las facetas labilidad emocional y ansiedad, con mayores puntajes para las mujeres en todos los casos. En cuanto a relación entre los rasgos patológicos y la edad, se registró una asociación negativa leve entre esta variable y la dimensión desinhibición, así como en las facetas toma de riesgos y excentricidad, dentro del grupo no clínico. En el grupo clínico esta variable también tuvo una asociación negativa con afectividad negativa, especialmente la faceta depresividad. La única asociación positiva con la edad correspondió a la faceta evitación de la intimidad, dentro del grupo no clínico (Rowinski et al., 2019).

En relación a las diferencias de rasgos de personalidad patológicos en personas que desempeñan actividad laboral de aquellas que no desempeñan actividad laboral, no se hallaron investigaciones previas al respecto.

### 3.2.4 Personalidad y enfermedades no transmisibles

Una de las áreas que ha tenido mayor atención de los investigadores interesados en la asociación entre personalidad y enfermedades no transmisibles es el de la enfermedad coronaria. Los estudios pioneros plantearon un tipo particular de personalidad, llamado tipo A, que implicaría un mayor riesgo de padecer esta enfermedad. Sin embargo, revisiones posteriores de los estudios que siguieron a estos revelaron que la relación era modesta y que podría estar influida por el diseño metodológico, incluyendo la forma de medición del tipo de personalidad. Con respecto a las enfermedades cardíacas en general, algunos estudios muestran que altos niveles de afectividad negativa aumentan el riesgo de tener pobres resultados en el tratamiento (Pedersen & Denollet, 2006), mientras que niveles altos de apertura a la experiencia tenían menor riesgo de mortalidad (Jonaissant et al., 2007).

En una revisión sistemática llevada a cabo hace una década, se sostenía que, más allá de las enfermedades cardiovasculares, no existían muchas investigaciones sobre los rasgos de personalidad como predictores de otras enfermedades no transmisibles (Deary, Weiss, & Batty, 2010). Entre los estudios encontrados, Goodwin y Friedman (2006) comprobaron la asociación entre neuroticismo y responsabilidad con varias enfermedades. Los pacientes con diabetes, hipertensión arterial y problemas en las articulaciones tenían bajos niveles de responsabilidad, pero no diferían del resto en neuroticismo. Por el contrario, las personas con úlcera, asma y otras enfermedades pulmonares tenían altos niveles de neuroticismo, pero no difieren en el nivel de responsabilidad de otros pacientes. Sólo los pacientes con enfermedades de la piel, lumbago, problemas urinarios, aneurisma e infarto tenían al mismo tiempo altos niveles de neuroticismo y bajos de responsabilidad.

En un artículo más reciente (Sutin, Zonderman, Ferrucci, & Terracciano, 2013), se corroboró que las personas con altos niveles de neuroticismo y bajos de responsabilidad tenían un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas. Entre las conductas de riesgo asociadas con estos rasgos de personalidad se hallaban el consumo de cigarrillos y drogas ilícitas, la escasa actividad física y las conductas dietarias no saludables. Una de las investigaciones reseñadas, sostiene que las personas con estas características de personalidad tienden a sufrir de sobrepeso u obesidad.

En el ámbito nacional, Góngora y Castro Solano (2017) llevaron a cabo una investigación con una muestra de más de 1.000 sujetos de ambos sexos del área metropolitana de Buenos Aires analizando, entre otras cosas, la relación entre los rasgos patológicos de personalidad y las conductas de riesgo para enfermedades no transmisibles. La

mayoría de las correlaciones calculadas resultaron estadísticamente significativas, aunque los tamaños de efecto fueron entre pequeños y moderados. En un análisis de regresión, las dimensiones desapego, desinhibición y afectividad negativa resultaron predictoras de los puntajes en la escala de factores de riesgo de la OMS. A mayor presencia de estos rasgos patológicos correspondía una mayor frecuencia de factores de riesgo.

De las enfermedades no transmisibles mencionadas anteriormente, se toma la obesidad, considerando que es el motivo de interés del siguiente trabajo y se presentan los resultados de un estudio realizado en Japón con una muestra de más de 30.000 adultos entre 40 y 64 años, que relaciona la obesidad con los rasgos de personalidad. Los resultados dieron una asociación positiva entre los rasgos extraversión y psicoticismo con el sobrepeso, mientras que el neuroticismo mostró una asociación también significativa, pero negativa (Kakizaki et al., 2008).

### **3.3 Obesidad**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la obesidad es considerada una enfermedad crónica, determinada por el aumento de grasa corporal con consecuencias que aumentan el riesgo para la salud. Para su diagnóstico, la OMS propone el Índice de Masa Corporal (IMC) como método de estimación de la grasa corporal, que se calcula dividiendo el peso de la persona por la altura al cuadrado. Se considera la existencia de obesidad, si el resultado es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (Moreno, 2012). En el año 2000 se determinó la siguiente clasificación: valores entre 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> se considera pre-obesidad o sobrepeso, 30 kg/m<sup>2</sup> obesidad, entre 30 y 34,9 Kg/m<sup>2</sup> se considera obesidad de grado I, entre 35 y 39,9 kg/m<sup>2</sup> obesidad de grado II y 40 kg/m<sup>2</sup> o mas, entra en la categoría de obesidad grado 3. Posteriormente el grado 3, entre 40 kg/m<sup>2</sup> y 49,9 kg/m<sup>2</sup> se consideró obesidad mórbida y valores superiores a 50kg/m<sup>2</sup> como obesidad super mórbida-extrema (Suárez-Carmona, & Sánchez-Oliver, 2018). Aunque estos criterios basados en el IMC son casi universalmente aceptados, existen otros métodos de medición para evaluar el grado de acumulación de grasa corporal y diagnosticar la presencia de obesidad o sobrepeso. Uno de los más utilizados son el índice cintura/estatura, que resulta de dividir la circunferencia de la cintura (en centímetros) por la estatura de la persona. Un valor mayor o igual a 0.50 se interpreta como indicador de obesidad. La circunferencia de cintura por sí misma también es utilizada como complemento del IMC. Además, existen métodos que aplican la tecnología disponible al servicio de esta evaluación, como la resonancia magnética nuclear, la tomografía computada

y la absorciometría dual de rayos X, a través de los cuales se puede estimar con distinto grado de precisión el porcentaje de grasa corporal (Perea-Martínez et al., 2014).

En la actualidad, dada su propagación, se la considera una epidemia, lo que la coloca entre uno de los problemas más importantes de salud a nivel mundial, que además se asocia tanto a condiciones físicas como a trastornos psicológicos (Baile & González, 2011).

### **3.3.1 Etiología y prevalencia**

Se considera que múltiples factores influyen en el desarrollo de la enfermedad (genéticos, metabólicos, endocrinos y ambientales), por lo cual podría definirse como una enfermedad multifactorial. La predisposición genética explica la tendencia de las personas a padecer obesidad, debido a cierta mutación en los genes, los factores endocrinos y metabólicos, como el hipotiroidismo, deficiencia de la hormona de crecimiento, alteraciones hipotalámicas y el síndrome de Cushing, influyen también en su desarrollo. Sin embargo, también se ha observado que el aumento de peso, que implica la acumulación de grasa corporal, también produce alteraciones hormonales y metabólicas. Por otro lado, los factores ambientales incluyen hábitos sedentarios como escasa actividad física y la ingesta de alimentos que poseen grasas, azúcares y sal, que son altamente calóricos y requieren de la actividad física para ser metabolizados. En la obesidad, el equilibrio entre las calorías que se consumen y las que se gastan se ve afectado, por un lado por la excesiva ingesta de alimentos, que no solo son calóricos, sino que además carecen de nutrientes fundamentales como vitaminas y minerales, y por otro lado por el sedentarismo que caracteriza los estilos de vida urbana, que conducen a una escasa actividad física y que se constituyen como los factores ambientales que contribuyen a la enfermedad (Moreno, 2012).

Por otro lado, y no menos importante, es el papel que el sistema nervioso desempeña en la obesidad, ya que es en el hipotálamo donde se produce la regulación de la ingesta; los factores genéticos y ambientales influyen para que su funcionamiento permanezca regulado o bien surjan desregulaciones. Un factor regulador es el aspecto cognitivo, dado que se reconoce la existencia de un sistema de recompensas en áreas del cerebro que interviene en la regulación del apetito y, por lo tanto, en el aumento de peso. Distintas teorías sugieren que en la obesidad, este sistema de recompensas es hiperactivado y ciertas áreas del cerebro se activan frente al alimento, aumentando de esta manera el consumo de alimentos calóricos. Otro factor fundamental en la regulación del apetito, lo constituyen las emociones, el estrés, la ansiedad, la depresión que son comorbilidades frecuentes en la obesidad (Upadhyay, Farr, Perakakis, Ghaly, & Mantzoros, 2018).

La prevalencia de la obesidad en el mundo ha llegado casi a duplicarse en los últimos 35 años, afectando para el 2014 al 15% de las mujeres mayores de 18 años y al 11% de los hombres mayores de 18 años (Arroyo-Johnson & Mincey, 2016).

En América Latina la situación es similar, en 2005 la Organización Panamericana de la Salud estimó que el 25% de la población padecía sobrepeso u obesidad y que para el 2015 ese valor alcanzaría el 39% que representa un total de 289 millones de personas. En Argentina, según la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles realizada en 2013 mostró que el 57,9% de la población presentaba exceso de peso, lo que significa que 6 de cada 10 personas tienen exceso de peso (37,1%) y 2 de cada 10 obesidad (20,8%), teniendo mayor prevalencia en hombres de menor nivel educativo (Custodio, Murawski & Rutzstein, 2015).

### **3.3.2 Consecuencias físicas y psicológicas de la obesidad**

La obesidad extrema reduce la expectativa de vida en las personas entre 8 y 10 años y se estima que a los 40 años una persona con obesidad tiene una expectativa de vida de 7 años menos que una persona de la misma edad sin obesidad y una persona con sobrepeso también de la misma edad, tendrá una expectativa de vida menor en 3 años que las personas que no padecen tal enfermedad. La obesidad contribuye a un estimado entre 100.000 y 360.000 muertes anuales en Estados Unidos, lo que representa el 15% de muertes en el país. A nivel Mundial, produce la muerte de 2.8 millones de personas por año, lo que la ubica en el quinto lugar de causas de muerte (Smith & Smith, 2016).

La comorbilidad con asociación mas fuerte con la obesidad es la Diabetes Mellitus Tipo 2 (80%), incrementando el riesgo de padecimiento en 3 al tener sobre peso y en 7 con obesidad, en comparación a personas con peso normal. Otra relación fuerte es con las enfermedades cardiovasculares, se estima que es la causa en el 14% de las mujeres y el 11% de lo hombres de padecer insuficiencia cardíaca y el 28% de las mujeres y 26% de los hombres de padecer hipertensión. En 2007 el 6% de los cánceres estuvieron asociados a la obesidad, el aumento de 5 kg/m<sup>2</sup> de IMC en hombres se asocia a cáncer de riñón, colon, tiroides y en las mujeres a cáncer de endometrio, riñón, esófago y vesícula biliar.

Hruby et al. (2016) realizaron una revisión de los estudios presentados en el Nurse's Health Study (NHS), un proyecto longitudinal que comenzó en 1976 y recopiló información sobre las enfermeras en centros de salud de los Estados Unidos. Dichos datos permitieron corroborar la relación entre sobrepeso y obesidad con enfermedades crónicas como diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares, cánceres y otras, así como su impacto en las tasas de

mortalidad. Según ellos el riesgo de diabetes se incrementa al triple en mujeres con un IMC alto, aún sin representar sobrepeso (23–23.9). En el seguimiento posterior las mujeres que alcanzaron un IMC de 35 o superior presentaron un riesgo relativo de 93.2 en comparación con quienes tenían valores por debajo de 25. Además, en 16 años de seguimiento, cerca del 20% de la muestra había desarrollado hipertensión y el IMC elevado aparecía asociado con enfermedades cardiovasculares, el riesgo de infarto, algunos tipos de cáncer, entre ellos de mama y de colon. Finalmente, el IMC en personas obesas o con sobrepeso se asoció positivamente con el riesgo de muerte prematura (Hruby et al., 2016).

En cuanto a las consecuencias sociales y psicológicas, el ideal social de delgadez, la discriminación social, disminuyen la calidad de vida de estos pacientes. En cuanto al aspecto psicopatológico, en una gran muestra representativa de los Estados Unidos (más de 170.000 casos), se ha hallado que el riesgo de padecer depresión y ansiedad es mayor entre las mujeres con sobrepeso u obesidad y entre los hombres con obesidad mórbida ( $IMC > 40$ ), en comparación con quienes tienen un peso normal. Además de confirmar resultados de estudios anteriores que muestran al IMC como un buen predictor del padecimiento de trastornos mentales, permite observar diferencias según el sexo de los pacientes (Zhao et al., 2009).

En otro estudio que consideró con mayor amplitud este aspecto, se observó que el IMC, tanto como variable continua como categorizando a los sujetos en peso normal, obesidad y obesidad extrema, no sólo estaba asociada con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, sino que también permitía predecir un mayor riesgo de presentar algún trastorno de la personalidad. En el caso de los trastornos antisocial, evitativo, obsesivo compulsivo, paranoide y esquizoide, el riesgo fue significativamente mayor en personas obesas y con obesidad mórbida, en comparación con la población con un IMC menor a 25 (Petry, Barry, Pietrzak & Wagner, 2008).

### **3.3.3 Abordaje y tratamientos**

Los tratamientos que se proponen consisten en primer lugar en reducir la ingesta de alimentos calóricos, mediante la modificación de la dieta que conduce a la disminución del peso. Esta medida reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y mejora considerablemente la glucemia y el colesterol entre otros beneficios inmediatos a la disminución del peso. El ejercicio físico constituye un complemento fundamental de la dieta, dado que contribuye al gasto de energía, además de compartir los beneficios que aporta la regulación de la dieta mencionados anteriormente. Se recomienda el ejercicio aeróbico y se considera que la intensidad del mismo determinará la cantidad de peso bajado. En todos los

casos redundan en un beneficio de pérdida de grasa y aumento de masa corporal magra. A estos dos pilares del tratamiento se incorpora la intervención en la modificación de las conductas y en ciertos casos, se indica el uso de farmacoterapia que contribuye al descenso de peso, regulando los centros de saciedad, interviniendo en los circuitos de recompensa, en la absorción calórica y el gasto de energía. La cirugía gástrica es una intervención que puede realizarse buscando reducir la cantidad de ingesta de alimentos. La gastrectomía, es una intervención frecuentemente implementada en Estados Unidos y en América del Sur, consiste en la extirpación de una porción del estómago que hace que los nutrientes pasen directo al intestino delgado. El bypass gástrico consiste en la conexión de una bolsa gástrica al intestino delgado, limitando también la cantidad de ingesta de alimentos y mejorando la absorción de nutrientes que redundan en una reducción del peso (Heffron, Parham, Pendse & Alemán, 2020).

A pesar de que la obesidad, no está incluida como un trastorno psicológico en el DSM-5, es importante reconocer la influencia de lo psicológico en el origen y mantenimiento de la enfermedad. La obesidad no solo tiene consecuencias físicas sino también psicológicas. Por estos motivos es de fundamental importancia, la inclusión del abordaje psicológico como parte integral del tratamiento de la obesidad. Los aspectos como el autoestima, la imagen de sí mismo y la ansiedad, han sido abordados por los Psicólogos en tratamientos de obesidad. Se considera que las terapias cognitivo-conductuales son las más apropiadas para este tipo de enfermedades, en tanto contribuyen a la modificación de los hábitos y al mantenimiento de una dieta, lo que implica un trabajo sobre las conductas y su modificación para mejorar la calidad de vida (Baile, González-Calderón, Palomo & Rabito-Alcón, 2020).

A través del abordaje psicológico es posible fomentar no solo los cambios en el comportamiento, sino también, trabajar sobre los pensamientos, las emociones y la motivación necesaria para hacer los cambios en el estilo de vida y mantenerlos a largo plazo. Tanto la terapia tanto individual como grupal, son elementos fundamentales en el tratamiento. La intervención psicológica se convierte junto con la modificación de la dieta, la actividad física, la farmacología y la cirugía en uno de los pilares principales de todo tratamiento, y el abordaje multidisciplinar contribuye de forma integral a la reducción del peso, su mantenimiento y sobre todo a la mejora en la calidad de vida (Alvarez, Escribano & Trifu, 2016).

### 3.4 Rasgos de personalidad en obesidad

Los rasgos de personalidad, como tendencias a pensar y comportarse de una manera determinada, pueden influir sobre el estado de salud, en parte, debido a la asociación entre ciertas conductas y la presencia de factores de riesgo tales como la obesidad. El sobrepeso revela en cierta medida el comportamiento y estilo de vida de una persona. Para aclarar el sentido de esta asociación entre rasgos de personalidad y sobrepeso, Gerlach, Herpertz y Loeber (2015) reseñan brevemente la forma en que estos distintos aspectos pueden influir sobre el peso corporal. Los patrones cognitivos se relacionan con la toma de decisiones en relación con el cuidado de la salud, así como con la evaluación de los riesgos. A nivel comportamental, los rasgos de personalidad han sido estudiados en cuanto a su relación con la salud, distinguiendo entre conductas saludables y no saludables, siendo la alimentación equilibrada y la práctica de actividades físicas con regularidad parte de las primeras. Por último, los patrones afectivos o psicofisiológicos, intervienen a través de aspectos como el manejo del estrés, que a su vez tiene efectos sobre el eje Hipotalámico-pituitario-adrenal, que es fundamental en la regulación de la ingesta y de la acumulación de grasa corporal. En función de estas vinculaciones, los rasgos de personalidad pueden considerarse de gran importancia en relación con la obesidad, tanto como factores de riesgo como protectores. Los autores sostienen que existe información suficiente para afirmar la relación entre rasgos como el neuroticismo, la impulsividad, la extraversión y la responsabilidad, con el sobrepeso, la obesidad y ciertos desórdenes en las conductas alimentarias. Si bien no existen estudios que muestren la relación entre los rasgos de personalidad disfuncionales operacionalizados en el PID 5, sí se encuentran investigaciones que plantean la asociación entre obesidad y los rasgos de personalidad del modelo Big Five y algunas de sus facetas planteadas con modelos diferentes.

En un meta-análisis (Jokela et al., 2013) y una revisión sistemática realizada por Sutin, Ferrucci, Zonderman, & Terracciano (2011) se consideraron los estudios existentes que abordaban la relación entre rasgos de personalidad y obesidad.

De la revisión de Jokela et al. (2013) surge que las personas con bajos niveles en la dimensión responsabilidad tienen un 40% más de riesgo de padecer obesidad en comparación con quienes tienen niveles altos. La asociación entre responsabilidad y obesidad se explica porque este rasgo de personalidad se caracteriza por hábitos saludables, tales como hacer actividad física y no fumar, menor tendencia a conductas de riesgo, alimentación sana, entre otras.

Un importante estudio longitudinal, con una muestra de casi 2.000 sujetos, halló relaciones entre rasgos de personalidad evaluados según el modelo de los Cinco Grandes y el IMC, entre otros indicadores relacionados con el sobrepeso y la obesidad. Los sujetos con altos niveles de neuroticismo o extraversión, así como los que tenían bajos niveles de responsabilidad, tenían IMC más altos, mayor porcentaje de grasa corporal y circunferencia de cintura. También se verificó que aquellos que tenían altos niveles de neuroticismo y bajos de responsabilidad presentaban fluctuaciones más importantes en el peso a lo largo de su vida; en especial las facetas relacionadas con la impulsividad eran las que tenían una asociación más fuerte con el aumento del IMC a lo largo de la vida. En las conclusiones de esta investigación se sugiere que los patrones cognitivos, afectivos y comportamentales que constituyen los rasgos de personalidad serían los que expliquen estas relaciones, particularmente aquellos patrones que llevan a construir un estilo de vida no saludable y a tener problemas con el manejo del peso (Sutin et al. 2011).

Sutin y Terracciano (2014) consideraron los dos trabajos mencionados y otras revisiones contemporáneas, encontrando que la relación más consistente y sistemáticamente confirmada es aquella entre el rasgo responsabilidad y el IMC. En distintos estudios altos niveles de este rasgo se asocian con menor IMC, menor riesgo de padecer obesidad y menor aumento de peso a lo largo de la vida. La tendencia a desarrollar un estilo de vida saludable, como una alimentación sana y actividad física habitual, parece ser la explicación de esta relación. La asociación entre neuroticismo y el peso corporal es más ambigua, algunos estudios encuentran asociación positiva entre el nivel de neuroticismo y el riesgo de obesidad o el peso corporal, pero otros no pueden confirmar estos resultados e incluso algún estudio encuentra una asociación negativa entre neuroticismo y sobrepeso (Kakizaki et al., 2008).

Recientemente, Vainik et al. (2019) confirmaron mediante un meta-análisis la asociación negativa entre IMC y responsabilidad, hallando también una asociación positiva con el neuroticismo. A nivel de las facetas, descubrieron que estas asociaciones se explican por correlaciones más importantes con algunas facetas determinadas, entre las que se destaca la impulsividad, dentro del neuroticismo en el Big Five.

La impulsividad es una característica que se encuentra en personas con trastornos psiquiátricos y de la personalidad. Pinna et al. (2016) realizaron un análisis multivariado en el que hallaron que los trastornos de personalidad evitativa y paranoide aumentaban el riesgo de obesidad y, en personas con trastorno antisocial y trastorno límite de la personalidad, los rasgos de impulsividad y pérdida del control debían ser tomados en cuenta, ya que se han detectado niveles significativos de impulsividad en personas que padecen de adicciones y

obesidad. Un equipo internacional de investigadores planteó una investigación en este sentido a partir del modelo de impulsividad propuesto por Sharma, Markon y Clark (2014), según el cual tres grandes factores de personalidad: alta desinhibición/baja responsabilidad; alto neuroticismo/alta afectividad negativa y alta extraversión/emocionalidad positiva explican este rasgo. En sus conclusiones afirman que la evidencia permite sostener que la combinación de un bajo control de la conducta combinado con una alta sensibilidad a las recompensas son factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, especialmente cuando se dan altos niveles de desinhibición y neuroticismo (Michaud, Vainik, Garcia-Garcia, & Dagher, 2017).

En el campo de las neurociencias, Aviram-Friedman, Astbury, Ochner, Contento y Geliebter (2018) condujeron un estudio con resonancia magnética funcional en pacientes obesos con y sin comorbilidad con trastorno por atracón. Hallaron una fuerte activación de las áreas corticales asociadas a desregulación emocional y desinhibición en los que sufrían trastorno por atracón.

En relación con las variables sociodemográficas, los estudios citados de Joketa et al. (2013) y Sutin y Terracciano (2017) informan que la asociación entre los rasgos de personalidad y el IMC es más importante entre las mujeres. Al analizar la relación entre los rasgos de personalidad y el IMC se halló que algunas diferencias eran moderadas por el género: las mujeres obesas tenían puntajes significativamente más altos en neuroticismo, especialmente en las facetas de depresión y autoconciencia, que las mujeres con peso normal, mientras que entre los hombres no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los rasgos de personalidad entre los grupos con peso normal, sobrepeso y obesidad. Para el resto de los rasgos tampoco se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Sutin et al., 2011).

Gerlach et al. (2015) llevaron a cabo una revisión sistemática de investigaciones realizadas entre 1992 y diciembre de 2013 que estudiaron la relación entre rasgos de personalidad, sobrepeso y obesidad. Al analizar los resultados, surgen varias y complejas relaciones entre los distintos rasgos y las conductas alimentarias y medidas del sobrepeso, con variables mediadoras como la cultura, la edad y el género. En detalle, existe una fuerte asociación positiva entre neuroticismo y sobrepeso/obesidad entre las mujeres. La faceta impulsividad es un aspecto destacado en muchos de los estudios considerados, especialmente en pacientes que presentan atracones. Entre los hombres, es más importante la asociación, también positiva, entre el rasgo extraversión y la presencia de sobrepeso/obesidad. En este

caso la faceta más importante es la búsqueda de recompensas, que muestra niveles muy altos en personas obesas con trastorno por atracón.

En un estudio llevado a cabo por Aloï et al. (2020) se hallaron algunas diferencias estadísticamente significativas en facetas del PID 5 entre pacientes obesos con y sin comorbilidad con trastorno por atracón. Los pacientes con esta comorbilidad puntuaron más alto en las facetas anhedonia, depresividad, labilidad emocional e impulsividad.

## 4 Hipótesis

1. La dimensión afectividad negativa está positivamente asociada con el IMC entre los pacientes en tratamiento de reducción de peso.

2. La dimensión desinhibición está positivamente asociada con el IMC entre los pacientes en tratamiento de reducción de peso.

3. La asociación entre IMC con afectividad negativa y desinhibición es más fuerte entre las mujeres en comparación con los hombres.

4. Las dimensiones antagonismo y desinhibición se asocian negativamente con la edad.

5. Los pacientes que no desempeñan actividad laboral fuera del hogar difieren en los rasgos de personalidad patológicos con aquellos que sí lo hacen.

## 5 Metodología

### 5.1 Tipo de estudio: Descriptivo/Correlacional.

**Diseño:** No experimental, transversal.

**Participantes:** La muestra para esta investigación es no probabilística, obtenida por conveniencia, y está formada por 50 pacientes de ambos sexos, que realizan un tratamiento de reducción de peso en una institución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El 46% de ellos son hombres y el resto mujeres. Sus edades varían desde 30 a 65 años, con un promedio de 46 años ( $D. E. = 11,06$ ). Los mismos forman parte de dos tipos de grupos terapéuticos que corresponden a distintos momentos del tratamiento: 25 pacientes de descenso y 25 pacientes de mantenimiento. El 68% tiene sobrepeso, mientras que el 32% restante padece obesidad en

grados I y II. En cuanto a su situación laboral, el 68% realiza alguna actividad remunerada o por cuenta propia (24% empleados, 8% empleadores y 36% trabajadores independientes), mientras que el 32% no realiza en la actualidad una actividad de este tipo (18% amas de casa, 2% desempleados, 6% jubilados y 6% no trabaja, ni busca trabajo).

### **5.1.1 Instrumento:**

**PID-5-BF.** Es la versión abreviada del instrumento original desarrollado por Krueger et al. (2012) para evaluar los rasgos de personalidad disfuncionales propuestos en la sección III del DSM 5 (APA, 2013). Su adaptación a la Argentina fue realizada por Fernández Liporace y Castro Solano (2015) y consta de 25 ítems que evalúan cinco rasgos dominantes: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Cada ítem propone una escala tipo Likert con opciones que van desde Muy falso o a menudo falso = 0 hasta Muy cierto o a menudo cierto = 3. En la validación para el contexto local (Góngora & Castro Solano, 2017) se han hallado evidencias de validez de constructo que confirman esta estructura de cinco factores y adecuada consistencia interna.

Se incluyó con el instrumento, una encuesta para recolectar datos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, ocupación, actividad física y datos biométricos como peso, estatura e IMC.

### **5.1.2 Procedimientos**

Para la recolección de datos se entregó el instrumento autoadminstrable, incluyendo el cuestionario sociodemográfico para ser completado por los participantes, previo consentimiento informado que será archivado como parte de la documentación de la investigación. Como parte de lo informado se les aclaró a los pacientes que la participación en la investigación es voluntaria y que podían abandonarla en cualquier momento aún cuando hubieran aceptado en un principio. El llenado de los instrumentos se realizó de manera individual, consumiendo un tiempo aproximado de 10 minutos para ser completado. Las respuestas fueron cargadas en una base de datos creada en Excel para el posterior análisis estadístico con la aplicación estadística Infostat. En función de los objetivos específicos se calcularon medidas descriptivas (media, desviación estándar, mediana, mínimos y máximos), análisis de correlación para analizar la asociación entre el IMC y los rasgos patológicos según el PID 5 y pruebas de diferencia de medias para muestras independientes en los casos de comparación entre grupos.

### 5.1.3 Análisis de datos

Para el análisis estadístico de los datos, se calcularon las siguientes medidas descriptivas: media, desviación, estándar, mediana, mínimos y máximos y se realizaron análisis de correlación ( $r$  de Pearson) y pruebas de medias independientes ( $t$  de Student) a partir del uso de la aplicación estadística Infostat.

## 6 Desarrollo

### 6.1 Rasgos de personalidad patológicos en pacientes en tratamiento de reducción de peso.

En primer lugar y para cumplir con el primer objetivo de este trabajo que consiste en identificar y analizar la presencia de rasgos de personalidad patológicos en los pacientes, se calcularon los estadísticos descriptivos para las cinco dimensiones del instrumento aplicado, cuyos resultados se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1:**  
Dimensiones del PID 5. Estadísticos descriptivos.

<b>Dimensión</b>	Media	D. E.	CV	Mediana	Mínimo	Máximo	Asimetría
Afectividad negativa	1.18	0.52	44.42	1,20	0.20	2.40	-0.04
Desapego	0.61	0.56	92.55	0,40	0.00	2.40	1.43
Antagonismo	0.67	0.52	78.11	0,60	0.00	2.20	0.61
Desinhibición	0.88	0.70	80.06	0,60	0.00	2.40	0.62
Psicoticismo	0.42	0.49	117.53	0,20	0.00	2.20	1.34

Las medias más altas correspondieron, en primer lugar a la dimensión afectividad negativa, seguida por la de desinhibición y la más baja se dio en la dimensión psicoticismo, es decir que, la mayoría de los pacientes en tratamiento de reducción de peso, tienden a presentar rasgos de afecto negativo y desinhibición, mientras que la mayoría de los pacientes no poseen rasgos de psicoticismo. En las cinco dimensiones los puntajes presentaron una alta variabilidad, con desviaciones estándar de medio punto o más. En términos relativos, la variabilidad calculada por el CV fue máxima en la dimensión psicoticismo, donde la desviación resultó superior al valor promedio. En todos los casos los valores superan el 40% del valor promedio lo que indica una gran heterogeneidad en los puntajes, que van desde el valor cero, o cercano a cero, hasta puntajes superiores a los dos puntos en la escala. Lo que significa que la Media obtenida no resulta una medida de tendencia apropiada, dado que no

representa razonablemente la tendencia, sobre todo en la dimensión psicoticismo. Se presenta la mediana como otra medida, que no se verá afectada por resultados aislados y atípicos. Comparando esta medida con el valor promedio se observa que en la dimensión afectividad negativa los resultados son similares y en el resto de las dimensiones los valores de la mediana son inferiores, especialmente los casos de desinhibición y psicoticismo, en esta última dimensión la mitad de los pacientes tuvieron puntajes por debajo de 0,20.

En cuanto a la asimetría, las dimensiones desapego y psicoticismo mostraron una marcada asimetría positiva, lo que indica una tendencia a concentrarse los resultados en los valores más bajos de la escala, es decir que en estas dimensiones y especialmente en psicoticismo la mayoría de los pacientes presentan niveles bajos de estos rasgos patológicos de personalidad.

Estos resultados, no están en concordancia con los hallazgos informados por un estudio previo realizado en Japón, con una muestra de 30.000, que evidenció que las personas con sobrepeso presentan rasgos de la dimensión extraversión y psicoticismo. En el caso del neuroticismo, el estudio informaba una asociación negativa, a mayor sobrepeso, menos presencia de dicho rasgo (Kakizaki et al., 2008). En esta investigación, en cambio, afectividad negativa fue la dimensión que obtuvo los puntajes más altos.

A la luz de estos resultados, que analizan dimensiones que pertenecen al modelo Big Five, cabe mencionar que en varias investigaciones se observó una fuerte asociación entre las dimensiones de este modelo con las dimensiones del PID- 5 (Gore & Widiger, 2013). Lo que también se comprueba en una versión adaptada a la Argentina (Góngora & Castro Solano, 2017). Tomando en cuenta las dimensiones que dieron valores significativos en los resultados del estudio mencionado y considerando las investigaciones previas, es pertinente mencionar que la dimensión neuroticismo, se corresponde con la dimensión afectividad negativa del PID – 5 y la extraversión, con el desapego (Crego, Gore, Rojas & Widiger, 2015 ; Wright & Simms, 2014).

Sin embargo, considerando que la obesidad se define como una enfermedad crónica, según la OMS (2020), es menester mencionar que en otro estudio (Sutin Zonderman, Ferrucci, & Terraciano, 2013), y en coincidencia con los resultados del análisis presentado, las personas con enfermedades crónicas y con sobrepeso u obesidad, tienden a presentar altos niveles de neuroticismo (según el modelo Big Five), dimensión que se corresponde con la dimensión de afectividad negativa del PID- 5.

En un tercer estudio realizado en el ámbito Nacional (Góngora y Castro Solano, 2017) los resultados que relacionan los rasgos de personalidad patológicos con conductas que son

factores de riesgo para contraer ciertas enfermedades no transmisibles, arrojaron evidencia de que las dimensiones desapego, desinhibición y afectividad negativa son predictores y factores de riesgo. De esta forma, es posible concluir que los resultados de este análisis, son congruentes con dos estudios presentados previamente, en lo que respecta a la presencia de la dimensión afectividad negativa en pacientes con obesidad y sobrepeso. Mientras que en otro estudio esta relación es inversa. En cuanto a la dimensión desinhibición los resultados arrojados son congruentes con el estudio presentado por Góngora y Castro Solano,(2017).

En otro estudio (Jokela et.al., 2013), se halló una relación entre la dimensión responsabilidad correspondiente a la dimensión desinhibición, y la obesidad, lo cual es congruente con los hallazgos del análisis presentado.

En una investigación propuesta por Sharma, Markon y Clark (2014), los resultados dan cuenta de que altos niveles de desinhibición y neuroticismo, son factores de riesgo de padecer obesidad. Este aporte es el que presenta mayor congruencia con los resultados del análisis.

A nivel de las facetas, los resultados son congruentes con un estudio reciente (Aloi et al., 2020) que arrojó resultados de correlación entre las facetas depresión y labilidad emocional, que pertenecen a la dimensión afectividad negativa, y la dimensión impulsividad, que pertenece a la dimensión desinhibición, con la obesidad.

## **6.2 Asociación entre rasgos de personalidad patológicos e IMC en un grupo de pacientes en tratamiento de reducción de peso**

Para responder al objetivo de examinar si existía asociación entre los rasgos de personalidad patológicos y el IMC de los pacientes, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson cuyos valores se muestran en la Tabla 2. Se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones antagonismo ( $r = .34$  ;  $p = .01$ ) y desinhibición ( $r = .47$  ;  $p = .00$ ) con el IMC ambas positivas y con un tamaño moderado, indicando que los pacientes con altos valores de IMC tienden a presentar mayores niveles en estos rasgos.

Los resultados de este análisis, se encuentran en la línea de lo señalado por un estudio realizado por Sutin et al., 2011, en el que se halló que bajos niveles de responsabilidad, se asocian a altos niveles de IMC, por lo tanto, abordando los resultados desde la correlación entre la dimensión responsabilidad del Big Five y la dimensión desinhibición del PID-5, es posible afirmar que a mayor presencia del rasgo de desinhibición, mayores niveles de IMC tal como arrojan los resultados de este análisis. Además este estudio y otro realizado

posteriormente (Pinna et al., 2016) hacen hincapié en los altos niveles de impulsividad, lo que es pertinente considerar, dado que pertenece a una de las facetas de la dimensión desinhibición del PID-5. Las investigaciones de Sutin (2011), arrojan resultados que relacionan el IMC con altos niveles de la dimensión neuroticismo y extraversión, lo cual no se presenta en congruencia con los datos arrojados por este análisis.

Posteriormente los estudios y revisiones de Sutin y Terracciano (2014) y Vainik et al., (2019) concluyen en el mismo sentido que lo analizado, que los altos niveles de responsabilidad se asocian con menor IMC. Siempre estos datos son analizados a la luz de correlacionar las dimensiones del Big Five con el PID -5 y considerando la asociación inversa entre la dimensión desinhibición de este modelo y el IMC, es decir que los pacientes con mayor presencia del rasgo desinhibición, presentan mayores niveles de IMC.

Es pertinente considerar que en los resultados analizados, la dimensión afectividad negativa no se relaciona con el IMC, lo cual no está en consonancia con otras investigaciones (Kakizaki et al., 2008; Vainik et al., 2019) en las que se hallaron asociaciones positivas y con otras, en las que se encontraron asociaciones negativas entre el neuroticismo y el IMC. Sin embargo es necesario considerar que otras investigaciones no pueden confirmar estos resultados, por lo tanto los datos obtenidos tienen sentido si se considera la ambigüedad de los resultados de estas investigaciones.

**Tabla 2:**  
Coeficientes de correlación entre IMC y dimensiones del PID 5.

<b>Dimensión</b>	<b>N</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Afectividad negativa	50	.00	.98
Desapego	50	.08	.56
Antagonismo	50	.34	.01
Desinhibición	50	.47	.00
Psicoticismo	50	.24	.09

### **6.3 Comparar los rasgos de personalidad patológicos entre los pacientes que asisten a los grupos de descenso y a los grupos de mantenimiento de peso**

El tercer objetivo específico corresponde a la comparación de los rasgos de personalidad patológicos entre los pacientes de los grupos de descenso y mantenimiento. El cálculo de las pruebas de diferencia de medias para cada una de las dimensiones entre ambos grupos no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Incluso en una de las dimensiones (desapego) las medias de los grupos fueron prácticamente idénticas. No se

encontraron estudios que comparan los rasgos de personalidad patológicos en pacientes obesos en distintos momentos de su tratamiento, que es lo que se intentó hacer en este objetivo, por lo que el mismo es de carácter exploratorio e intentaba indagar si los pacientes que llegan a la etapa de mantenimiento, es decir aquellos que logran su objetivo de descenso de peso durante la primera etapa, tienen diferentes niveles en los rasgos de personalidad patológicos que evalúa el PID 5.

**Tabla 3:**  
Diferencias de medias PID 5 según etapa del tratamiento (Descenso vs. mantenimiento)

<b>Dimensión</b>	<b>Descenso</b>	<b>Mantenimiento</b>	<b>t</b>
Afectividad negativa	1.22	1.14	0.59 <sup>ns</sup>
Desapego	0.62	0.60	0.10 <sup>ns</sup>
Antagonismo	0.78	0.56	1.53 <sup>ns</sup>
Desinhibición	1.04	0.72	1.63 <sup>ns</sup>
Psicoticismo	0.47	0.37	0.74 <sup>ns</sup>

Ns (no significativo)  $p > .05$

#### **6.4 Comparar la asociación entre rasgos de personalidad patológicos e IMC en un grupo de pacientes mujeres con un grupo de pacientes hombres**

Con el fin de verificar si hay asociación entre los rasgos de personalidad patológicos e IMC, según el sexo de los pacientes, se calcularon los coeficientes de correlación  $r$  de Pearson, particionando a la muestra por sexo.

Tal como se presenta en la Tabla 4, se pueden observar varias diferencias, tanto en el sentido como en el grado de asociación. En el grupo de las mujeres ninguna de las dimensiones estuvo asociada al IMC en términos estadísticamente significativos, mientras que entre los hombres la dimensión psicoticismo arrojó una asociación moderada de sentido positivo ( $r = .43$ ) y desinhibición una asociación sustancial en el mismo sentido ( $r = .69$ ), es decir que en el grupo de hombres a mayor IMC, mayor presencia de los rasgos psicoticismo y desinhibición. Al comparar con el grupo de mujeres se destaca que en él, los coeficientes correspondientes a estas dimensiones dieron valores muy bajos, es decir que la asociación entre IMC y las dimensiones psicoticismo y desinhibición es más fuerte en el grupo de hombres que en el grupo de mujeres en el que prácticamente no hubo asociación. En relación con la hipótesis 3 correspondiente a este objetivo no se corroboró, ya que fueron los hombres quienes mostraron una asociación positiva más fuerte en la dimensión desinhibición en lugar de las mujeres, que era lo que se esperaba. En otras dos dimensiones (afectividad negativa y

desapego) los coeficientes tuvieron signos opuestos, negativo para mujeres y positivo para hombres, aunque las asociaciones en este caso no fueron estadísticamente significativas.

Otros estudios ( Jokela et al. 2013; Sutin & Terracciano, 2017; Gerlach et al., 2015) dieron resultados divergentes con los obtenidos, dado que concluyen que la relación entre el IMC y los rasgos de personalidad es más fuerte en mujeres que en hombres, considerando además que las mujeres tienen puntuaciones altas en neuroticismo del modelo Big Five, correspondiente a la dimensión afectividad negativa del PID 5.

**Tabla 4:**  
Coeficientes de correlación IMC – PID 5 según sexo.

<b>Dimensión</b>	<b>Mujeres (n = 27)</b>	<b>Hombres (n = 23)</b>
Afectividad negativa	-.12	.15
Desapego	-.10	.23
Antagonismo	.25	.39
Desinhibición	.09	.69**
Psicoticismo	-.04	.43*

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

### **6.5 Comparar los rasgos de personalidad patológicos de un grupo de pacientes menores de 40 años con un grupo de pacientes mayores de 40 años**

El quinto objetivo específico se propone analizar la relación entre los rasgos de personalidad patológicos y la edad de los pacientes, hipotetizando una asociación negativa, lo que implica que los pacientes mayores tendrán menores niveles de estos rasgos evaluados con el PID 5. Para realizar este análisis se dividió a la muestra según la edad en dos grupos, menores de 40 años y pacientes con 40 años o más. Luego se calcularon pruebas de diferencia de medias para muestras independientes (pruebas T de Student) para cada una de las dimensiones del instrumento, cuyos resultados se muestran en la Tabla 5.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación a las dimensiones desinhibición y psicoticismo, lo que significa que el grupo de pacientes de mayor edad tiende a presentar mayores niveles de los rasgos desinhibición ( $M$  mayores de 40 = 1.08,  $M$  menores de 40 = 0,67;  $t = 2.13$ ) y psicoticismo ( $M$  mayores 40 = 0.58,  $M$  menores 40 = 0.24 ;  $t = 2.59$ ). Esta última no estaba prevista en la hipótesis de trabajo, pero además, tanto en ella como en la dimensión desinhibición, que sí formaba parte de la hipótesis, los promedios correspondieron a puntajes más altos para el grupo de pacientes con 40 años o más, resultando en un sentido contrario al de la hipótesis de trabajo. Los pacientes de más

edad tuvieron puntajes significativamente más altos en estos rasgos de personalidad patológicos, especialmente en el caso de psicoticismo.

Estos resultados, están en concordancia con los hallazgos de un estudio realizado en Japón (Kakizaki et al., 2008) que confirma la relación entre la dimensión psicoticismo y la obesidad en mayores de 40 años, mientras que no coinciden con los antecedentes de los trabajos con el modelo Big Five de Allemand (2012) y De Miguel Negredo (2005), que plantean una asociación positiva entre agradabilidad y responsabilidad con la edad, lo que implicaría una asociación de sentido inverso entre esta última variable y las dimensiones antagonismo y desinhibición. En el mismo sentido, mientras que en este estudio la afectividad negativa no presenta relaciones significativas con la edad, otros estudios evidencian que la dimensión afectividad negativa, está relacionada con la edad y que a mayor edad, menor presencia de rasgos de dicha dimensión (Rowinski et al., 2019).

**Tabla 5:**  
Diferencias de medias PID 5 según grupos de edad.

<b>Dimensión</b>	<b>Menores de 40</b>	<b>40 o más</b>	<b>t</b>
Afectividad negativa	1.16	1.20	0.28
Desapego	0.56	0.65	0.60
Antagonismo	0.56	0.78	1.49
Desinhibición	0.67	1.08	2.13*
Psicoticismo	0.24	0.58	2.59*

\*  $p < .05$

### **6.6 Comparar los rasgos de personalidad patológicos de un grupo de pacientes que desempeñan una actividad laboral, con un grupo de pacientes que no desempeñan actividad laboral**

El último objetivo específico de este trabajo consistió en explorar las posibles diferencias en los rasgos de personalidad patológicos evaluados con el PID 5 entre los pacientes que desempeñan una actividad laboral fuera de sus hogares y aquellos que no lo hacen. Para llevarlo a cabo se calcularon pruebas de diferencia de medias (t de Student) para las cinco dimensiones del instrumento distinguiendo a los pacientes según esta dimensión. Los resultados, que se muestran en la Tabla 6, sólo reflejaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión afectividad negativa con una media mayor para el grupo que no trabaja. Es decir que, tanto los pacientes que trabajan como los que no lo hacen, tienden a

manifestar el rasgo afectividad negativa, sin embargo, el grupo que trabaja, presenta en mayor medida este rasgo. Es posible que esta diferencia indique que las personas que poseen mayor presencia de este rasgo, se vean más limitados en el desempeño de actividades.

Además, estos resultados, podrían estar influenciados por la diferencia en la cantidad de mujeres de la muestra, que no trabajan, en relación a la cantidad de hombres que tampoco lo hacen, que es menor.

**Tabla 6:**  
Diferencias de medias PID 5 según condición laboral.

<b>Dimensión</b>	<b>No trabaja</b>	<b>Trabaja</b>	<b>t</b>
Afectividad negativa	1.40	1.08	2.11*
Desapego	0.81	0.51	1.56
Antagonismo	0.81	0.61	1.31
Desinhibición	0.85	0.89	0.20
Psicoticismo	0.60	0.34	1.81

\*  $p < .05$

## 7 Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue analizar los rasgos de personalidad patológicos en pacientes en tratamiento de reducción de peso y cómo estos se relacionan con el IMC, con los distintos momentos del tratamiento, con la edad, el sexo y la situación laboral.

A partir del trabajo de recolección de datos llevado a cabo en el centro especializado en el tratamiento de la obesidad se pudo cumplir con todos los objetivos específicos planteados. Con respecto a las hipótesis de trabajo para cada uno de estos objetivos resultó que no se corroboró la hipótesis uno, que planteaba una asociación positiva entre la dimensión afectividad negativa y el IMC entre los pacientes en tratamiento de reducción de peso, mientras que sí se corroboró la hipótesis dos, hallando una asociación positiva entre la dimensión desinhibición y el IMC, por lo tanto, los pacientes con mayores niveles de este rasgo de personalidad patológico presentan mayores valores de IMC.

Tampoco se corroboró la hipótesis tres, que predecía que la asociación del IMC con las dimensiones afectividad negativa y desinhibición sería más fuerte entre las mujeres en comparación con los hombres. Por el contrario, fueron los hombres quienes mostraron una asociación positiva más fuerte en la dimensión desinhibición, en lugar de las mujeres, y no se hallaron diferencias significativas en la dimensión afectividad negativa.

La hipótesis cuatro que proponía que los pacientes de mayor edad presentarían en menor medida los rasgos correspondientes a las dimensiones antagonismo y desinhibición, no se corroboró, ya que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en antagonismo, mientras que en desinhibición fueron más altos los puntajes de los mayores de 40.

Los siguientes dos objetivos específicos no incluyeron hipótesis, dada la intención de indagar en estas variables, con fines exploratorios. En uno de ellos se compararon los rasgos de personalidad patológicos de los grupos de descenso y mantenimiento, correspondientes a dos etapas del tratamiento, con la intención de indagar si existían diferencias en estos rasgos entre los pacientes que inician el tratamiento y aquellos que han cumplido los objetivos iniciales, pasando a la etapa de mantenimiento. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ellos en ninguna de las dimensiones. El otro objetivo comparó los rasgos de personalidad patológicos entre los pacientes que desempeñan una actividad laboral fuera de sus hogares y aquellos que no lo hacen. Solamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión afectividad negativa, en donde el grupo que no trabaja presentó una media más alta que los que trabajan.

### **7.1 Limitaciones**

La principal limitación metodológica del presente trabajo radica en el tamaño de la muestra, que es pequeña para realizar análisis estadísticos que impliquen inferencia. En futuras investigaciones sería recomendable ampliar la muestra, tanto para mejorar la potencia estadística como para que represente mejor a la población de pacientes en tratamiento.

Por otro lado, en cuanto al aspecto metodológico, otra limitación a considerar, es que al utilizar la versión abreviada del PID 5, no se pudieron realizar análisis estadísticos a nivel de las facetas que están incluidas en cada una de las cinco dimensiones, lo que hubiera permitido obtener información más detallada.

Además, se hallaron algunas limitaciones teóricas, debido a la escasez de estudios específicos sobre los rasgos patológicos del PID – 5 en obesidad, especialmente en relación al IMC, que constituyó una variable fundamental de este trabajo. Por este motivo y para poder desarrollar el siguiente trabajo, se tomaron en cuenta los estudios en base al modelo Big Five, en tanto las dimensiones de ambos modelos se encuentran asociadas en sentido inverso, con excepción de neuroticismo-afectividad negativa que lo están en sentido directo, tanto en la versión original del PID – 5 como en la versión abreviada (Gore & Widiger, 2013; Crego, Gore, Rojas & Widiger, 2015; Wright & Simms, 2014; Góngora y Castro Solano, 2017).

A pesar de haber utilizado la versión abreviada del instrumento elegido para facilitar la recolección de datos, se encontraron dificultades para que los pacientes de la institución aceptaran participar de la investigación y, sobre todo, para que respondieran el inventario una vez que lo habían recibido. En algún caso, en lugar de ser autoadministrado, terminó siendo aplicado por la pasante de salida de una de las reuniones. Estas condiciones, sumadas a la carencia de escalas de validez del instrumento, arrojan dudas sobre la calidad de los datos obtenidos.

También se hallaron dificultades para encontrar material bibliográfico respecto a la etapa de tratamiento de los pacientes (descenso y mantenimiento) en relación a los rasgos de personalidad patológicos, dificultad que también se halló en cuanto a las diferencias en los rasgos de personalidad patológicos según situación laboral. En un primer planteamiento del objetivo que abordaba la situación laboral, se consideró la categoría amas de casa y la comparación de los rasgos de personalidad patológicos con mujeres que llevan a cabo un trabajo remunerado, sin embargo este objetivo fue reformulado a la luz de la escasa cantidad de casos de representantes de esta población en la muestra del presente trabajo (tres amas de casa) y sobre todo porque dicho objetivo se alejaba del objetivo general.

## **7.2 Perspectiva crítica y aporte personal**

A partir de los resultados obtenidos y considerando los antecedentes de estudios sobre rasgos de personalidad en personas obesas se pudo establecer que existe asociación entre rasgos patológicos como desinhibición y antagonismo y el IMC de pacientes con obesidad y sobrepeso. El conocimiento acerca de la existencia de rasgos patológicos que están asociados al grado de obesidad, además de su valor teórico y explicativo, es un insumo valioso para la práctica clínica, en la medida en que sería conveniente que los tratamientos evaluaran este aspecto para que reciban atención adecuada desde la psicoterapia, considerando que el abordaje de la obesidad debe ser interdisciplinario.

Aunque a partir de este estudio no es posible generalizar los resultados a toda la población con obesidad, sí es posible generar una base de datos en la institución donde se realizó el siguiente estudio, y eventualmente en distintas sedes dentro y fuera de este país, con el fin de aumentar el tamaño y la representatividad de la muestra.

Por otra parte, en la comparación entre grupos de descenso y mantenimiento, se podría profundizar en la influencia de estos rasgos de personalidad patológicos en el logro de los objetivos propuestos para los grupos de descenso y la continuidad del tratamiento en la etapa de mantenimiento. De manera que se analicen los rasgos identificados en este trabajo

como potenciales predictores o no de dicho logro. Una vez más, esto representaría una información útil para el diseño del tratamiento ajustado a las características de personalidad de cada paciente, teniendo en cuenta que en la muestra del presente trabajo, el abordaje de ambos grupos, es cognitivo-conductual, basado sobre todo en la modificación de la conducta en relación a la comida y que no incluye un abordaje de tratamiento psicológico individual. Otra comparación que podría haberse planteado es aquella entre personas que realizan un tratamiento y las que nunca requirieron ayuda profesional, con el objetivo de determinar la posible existencia de diferencias en la presencia de rasgos de personalidad patológicos entre ambas poblaciones.

En cuanto a la transferencia del conocimiento así obtenido a los distintos ámbitos de aplicación, se considera que la identificación de rasgos de personalidad patológicos como son factores de riesgo para contraer obesidad podría ser utilizada para el diseño e implementación de medidas preventivas.

Considerando la posibilidad de ampliar el espectro de las acciones orientadas a la obesidad a las etapas de prevención y promoción de hábitos saludable, se podría haber planteado, como complemento, la evaluación de aquellos aspectos positivos de la personalidad que podrían considerarse como factores protectores, que al ser fortalecidos contribuyan en este sentido.

### **7.3 Nuevas líneas de investigación**

Tomando en consideración las limitaciones antes expuestas, se podría sugerir ampliar la muestra con más participantes que forman parte de la institución, como así también realizar el mismo estudio con pacientes que se encuentran en tratamiento en la misma institución pero en otros países a lo fines de incluir la variable cultural y realizar un análisis comparativo que evalúe la interculturalidad.

Por otro lado también sería una contribución llevar a cabo el mismo estudio con personas obesas o con sobrepeso y que no se encuentren en tratamiento, de manera de poder generalizar los resultados a toda la población con obesidad y sobrepeso, e incluso indagar si existen diferencias en los rasgos de personalidad patológicos entre aquellos que inician un tratamiento y quienes no lo hacen. También podría utilizarse el PID 5 en una muestra que incluyera personas con y sin sobrepeso u obesidad para evaluar si la presencia de los rasgos que en este estudio aparecen asociados al IMC permiten predecir aquellos que padecen obesidad.

En otra línea y para profundizar sobre el estudio de los rasgos de personalidad patológicos en dicha población, sería posible incluir la aplicación de otras baterías que evalúen personalidad patológica para realizar análisis de convergencia dándole más fuerza a las hipótesis.

Respecto a los objetivos exploratorios de este trabajo, abren nuevas posibilidades de reflexión y estudio respecto a los rasgos de personalidad patológicos en la obesidad y su relación con el desarrollo de la actividad laboral, específicamente en relación con la influencia que esta tiene sobre los estilos de vida vinculados con la actividad física, la alimentación y el tiempo libre. A estos fines podrían desarrollarse estudios que aborden la temática operacionalizando esta variable de manera que se puedan realizar clasificaciones significativas desde el punto de vista teórico.

Del análisis de los resultados obtenidos y de la lectura de investigaciones previas, se observan que distintas investigaciones presentan diferentes resultados respecto a la relación entre afectividad negativa e IMC, que son opuestos en algunos casos, y se expone esta divergencia, incluso de forma explícita en los estudios (Kakizaki et al., 2008 ), para determinar el grado y sentido de esta asociación sería importante profundizar los estudios de esta dimensión a nivel de las facetas y su relación con el IMC, utilizando la versión extensa del PID -5, para explorar si a ese nivel las relaciones se dan en distintos sentidos, compensándose a nivel de la dimensión.

Por último, considerar llevar a cabo un estudio longitudinal, que permita evaluar a los pacientes en tratamiento a lo largo del tiempo, permitiría evaluar la relación de los rasgos de personalidad patológicos y el mantenimiento en el tratamiento, sobre todo considerando que en investigaciones previas se confirma que ciertos rasgos de personalidad patológicos son factores de riesgo para desarrollar obesidad (Sutin, Zonderman, Ferrucci, & Terracciano, 2013; Góngora & Castro Solano, 2017).

## 8 Referencias Bibliográficas

- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Allemand, M. & Penke, L. (2012). Age and gender differences in motivational manifestations of The Big Five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*, 40(2), 365-383.
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Carbone, E. A., Fazia, G., Calabrò, G., & Segura-García, C. (2020). How are early maladaptive schemas and DSM-5 personality traits associated with the severity of binge eating?. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 539-548.
- Álvarez, J., Escribano, P., & Trifu, D. (2016). Tratamiento de la obesidad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(23), 1324-1336.
- Antoni, A. (2008). *La personalidad*. Barcelona: Editorial UOC.
- Arroyo-Johnson, C., & Mincey, K. D. (2016). Obesity epidemiology worldwide. *Gastroenterology Clinics*, 45(4), 571-579.
- Aviram-Friedman, R., Astbury, N., Ochner, C. N., Contento, I., & Geliebter, A. (2018). Neurobiological evidence for attention bias to food, emotional dysregulation, disinhibition and deficient somatosensory awareness in obesity with binge eating disorder. *Physiology & behavior*, 184, 122-128.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261.
- Baile, J. I., González-Calderón, M. J., Palomo, R., & Rabito-Alcón, M. F. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Psychology*, 3(1), 1-14.
- Cervone, D. & Pervin, L. (2009). *Personalidad: Teoría e investigación* (2ª. Ed). Buenos Aires: Manual Moderno.
- Chico Librán, E. (2015). *Manual de Psicología de la Personalidad*. San Vicente, Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Ciangura, C., Carette, C., Faucher, P., Czernichow, S., & Oppert, J. M. (2017). Obesidad del adulto. *EMC-Tratado de medicina*, 21(2), 1-10.
- Cloninger Susan, C. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Concha-Cisternas, Y., Petermann-Rocha, F., Vásquez-Gómez, J. A., Matus-Castillo, C., Leiva, A. M., Martínez, M. A., ... & Carrasco Beltrán, H. (2019). Adiposidad corporal, estilos de vida y nivel de actividad física en mujeres dueñas de casa y trabajadoras remuneradas chilenas. *Revista chilena de nutrición*, 46(6), 690-700.

- Costa, P. (1990). Introduction: Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 343-359.
- Custodio, J., Elizathe, L., Murawski, B., & Rutzstein, G. (2015). Obesidad en Argentina: un desafío pendiente. Políticas de salud pública y tasas de prevalencia. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 137-142.
- D'Anna, A. M., & Stover, J. B.(2018) Análisis del modelo de rasgos disfuncionales de personalidad del DSM-5 en población general de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 25.
- De Miguel Negro, A. (2005). Diferencias de edad y género en el NEO-PI-R en dos muestras con distinto nivel académico. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 1(1), 13-31.
- Deary, IJ, Weiss, A & Batty, GD 2010, 'Intelligence and personality as predictors of illness and death: How researchers in differential psychology and chronic disease epidemiology are collaborating to understand and address health inequalities', *Psychological Science in the Public Interest*, 11,(2), 53-79.
- Ersoy, C., & Imamoglu, S. (2006). Comparison of the obesity risk and related factors in employed and unemployed (housewife) premenopausal urban women. *Diabetes research and clinical practice*, 72(2), 190-196.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. España: Ed. Pirámide.
- Fernandez Liporace, M & Castro Solano, A. (2015). *Evaluación de la personalidad normal y sus trastornos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- García-Méndez, G. (2005). Estructura factorial del modelo de personalidad de Cattell en una muestra colombiana y su relación con el modelo de cinco factores. *Avances en medición*, 3, 53-72.
- Gerlach, G., Herpertz, S., & Loeber, S. (2015). Personality traits and obesity: a systematic review. *Obesity reviews*, 16(1), 32-63.
- Goldberg, L. R. (1989). An alternative Description of Personality: The Big-Five Factor Structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216-1229.
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2017). Pathological personality traits (DSM-5), Risk factors, and mental health. *Sage Open*, 7(3), 1-10.

- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2017). Pathological personality traits (DSM-5), risk factors, and mental health. *Sage Open*, 7(3), 2158244017725129.
- Gore W. L., Widiger, T.A. (2013). The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *J Abnorm Psychol.*;122:816–21.
- Heffron, S. P., Parham, J. S., Pendse, J., & Alemán, J. O. (2020). Treatment of obesity in mitigating metabolic risk. *Circulation Research*, 126(11), 1646-1665.
- Jonassaint, C. R., Boyle, S. H., Williams, R. B., Mark, D. B., Siegler, I. C., & Barefoot, J. C. (2007). Facets of openness predict mortality in patients with cardiac disease. *Psychosomatic Medicine*, 69, 319-322.
- Kakizaki, M., Kuriyama, S., Sato, Y., Shimazu, T., Matsuda-Ohmori, K., Nakaya, N., ... & Tsuji, I. (2008). Personality and body mass index: a cross-sectional analysis from the Miyagi Cohort Study. *Journal of psychosomatic research*, 64(1), 71-80.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 10, 477-501.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879.
- Matta, J., Carette, C., & Czernichow, S. (2018). French and worldwide epidemiology of obesity. *Presse Medicale*, 47(5), 434-438.
- Michaud, A., Vainik, U., Garcia-Garcia, I., & Dagher, A. (2017). Overlapping neural endophenotypes in addiction and obesity. *Frontiers in endocrinology*, 8, 127.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. & Ramnath, R (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Ed. Español. Masson.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*,23(2), 124-128.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fakhouri, T. H., Hales, C. M., Fryar, C. D., Li, X., & Freedman, D. S. (2018). Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household, *Morbidity and mortality weekly report*, 67(6), 186.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Sobrepeso y obesidad*. Notas Descriptivas. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Pedersen, S. S., & Denollet, J. (2006). Is type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reviews*, 2, 205-213.
- Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G. E., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos, A. G., Santamaría-Arza, C., Ynga-Durand, M. A., & Ballesteros-del Olmo, J. C. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta pediátrica de México*, 35(4), 316-337.
- Petry, N. M., Barry, D., Pietrzak, R. H., & Wagner, J. A. (2008). Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic medicine*, 70(3), 288-297.
- Pinna, F., Sardu, C., Orru, W., Velluzzi, F., Loviselli, A., Contu, P., & Carpiello, B. (2016). Psychopathology, psychosocial factors and obesity. *Rivista di psichiatria*, 51(1), 30-36.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes Truffino, J., & Pozo Armentia, A. D. (2009). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp.
- Pueyo, A. (1997). *Manual de psicología diferencial*. Madrid: McGraw hill.
- Raza, L., Ali, T. M., & Hasnain, A. (2017). Comparison of dietary practices and body mass index among educated housewives and working women in karachi. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 29(2), 293-297.
- Rowiński, T., Kowalska-Dąbrowska, M., Strus, W., Ciecuch, J., Czuma, I., Żechowski, C., ... & Krueger, R. F. (2019). Measurement of pathological personality traits according to the DSM-5: A Polish adaptation of the PID-5 Part II—empirical results. *Psychiatria polska*, 53(1), 23-48.
- Sharma, L., Markon, K. E. & Clark L. (2014). Toward a theory of distinct types of “impulsive” behaviors: a meta-analysis of self-report and behavioral measures. *Psychological Bulletin*, 140(2), 374–408.
- Sinisterra, M. M., Cruz, J. P., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107.
- Smith, K. B., & Smith, M. S. (2016). Obesity statistics. *Primary care: clinics in office practice*, 43(1), 121-135.
- Spieker, E. A., & Pyzocha, N. (2016). Economic impact of obesity. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(1), 83-95.

- Suárez-Carmona, W., & Sánchez-Oliver, A. J. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. *Nutrición Clínica*, 12(3-2018), 128-139.
- Sutin, A. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Terracciano, A. (2011). Personality and obesity across the adult life span. *Journal of personality and social psychology*, 101(3), 579.
- Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., & Mantzoros, C. (2018). Obesity as a disease. *Medical Clinics*, 102(1), 13-33.
- Vainik, U., Dagher, A., Realo, A., Colodro-Conde, L., Mortensen, E. L., Jang, K., & Mõttus, R. (2019). Personality-obesity associations are driven by narrow traits: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(8), 1121-1131.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of personality disorders*, 19(2), 110-130.
- Yusefzadeh, H., Rahimi, B., & Rashidi, A. L. I. (2019). Economic burden of obesity: A systematic review. *Social Health Behavior*, 2, 7-12.
- Zhang, L., Wang, Z., Wang, X., Chen, Z., Shao, L., Tian, Y., ... & Gao, R. (2020). Prevalence of overweight and obesity in China: results from a cross-sectional study of 441 thousand adults, 2012–2015. *Obesity research & clinical practice*.