

Perfil psicológico de la obesidad mórbida

Bárbara LORENCE LARA
Universidad de Sevilla

Resumen

Este estudio tiene por objetivos detectar las características psicológicas de un grupo de pacientes con obesidad mórbida ($IMC \geq 40$); así como analizar si la edad de inicio de la enfermedad determina el perfil psicológico de la persona obesa. Los resultados indican que las personas con obesidad mórbida son conscientes de su enfermedad pero no de la gravedad de la misma, además, no suelen sentirse únicos responsables de su salud. En la misma línea que otros estudios, los datos confirman la comorbilidad que esta enfermedad guarda con los trastornos de personalidad dependiente y compulsivo, sin embargo, no evidencian la existencia de un trastorno psiquiátrico específico. También, revelan que la edad de inicio de la obesidad juega un papel importante en la configuración del perfil psicológico, tanto así que las personas con obesidad mórbida temprana presentan un patrón de personalidad más desfavorable para adherirse a un tratamiento médico/psicológico, complicando así su recuperación.

Palabras clave: obesidad mórbida, trastornos de la personalidad, edad de inicio de la obesidad.

Abstract

This study has a main aims to detect the characteristics psychological of a groups of patients with morbid obesity ($IMC \geq 40$), and analyze if the onset disease age is a variable determining in the features psychological obese. Results reflect that the morbidly obese persons are conscious of their disease but they aren't of their gravity, furthermore, they don't feel responsibility of their health. In accordance with other research, this dates shows the comorbidity between this disease and Dependent and Compulsive personalities disorders, nevertheless, it is not possible to establish a typical pattern of psychiatry specify for these patients. Also, dates reveal as the onset obesity age has a fundamental role in the configuration of feature psychological. the individuals with an onset obesity early has a pattern of personality more unfavourable for adhere a medic or psychological treatment, complicating their recuperation.

Key words: Morbid obesity, Personality Disorders, The Onset Obesity Age.

Dirección de la autora: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* bl@us.es

Agradecimientos: a la Asociación Española de Psicología Conductual y a las Unidades de Psicología Clínica y de Factores de Riesgo Cardiovascular del Hospital Universitario "Virgen Macarena" (Sevilla) por su valiosa contribución en el desarrollo de este estudio.

Recibido: febrero 2007. *Aceptado:* septiembre 2007.

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa, que a su vez se traduce en un aumento de peso (Consenso Español para la Evaluación de la Obesidad (SEEDO), 1995. citado en SEEDO, 2000). Los profesionales de este ámbito consideran obesa a una persona cuando su peso sobrepasa el límite compatible con su salud física y mental y con las expectativas normales de la vida. Estas definiciones sobre el término de obesidad, como otras similares, tienen la dificultad de no ser lo suficientemente objetivas para la investigación, por eso existen índices objetivos que permiten definirla con mayor precisión.

Los comités internacionales y también el SEEDO, recomiendan definir y clasificar el sobrepeso y la obesidad mediante datos antropométricos (por ejemplo, peso, talla, circunferencias corporales y pliegues cutáneos, según edad y sexo) que permitan una clasificación ponderal individual y colectiva. Concretamente, recomienda utilizar el Índice de Masa Corporal (IMC), como indicador de adiposidad corporal en los estudios epidemiológicos realizados en la población adulta entre 20 y 69 años, medida que va a utilizarse en este estudio para seleccionar la muestra. Siguiendo la clasificación del SEEDO 2000 (tabla 1), los sujetos de nuestra muestra tendrán un Índice de Masa Corporal superior a 40 (IMC>40).

Tabla 1. Clasificación de la obesidad según el Índice de Masa Corporal (SEEDO 2000).

	Valores límite del IMC
Obesidad de tipo I	30 - 34,9
Obesidad de tipo II	35 - 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 - 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50

Los precursores de la obesidad son multifactoriales, intervienen factores genéticos, sociales y culturales. El ambiente influye en la tendencia de la persona a desarrollar obesidad, y la genética determina las diferencias de peso en cada momento de la vida (SEEDO, 2000).

La obesidad constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan las sociedades modernas. Los datos epidemiológicos indican un aumento de la prevalencia en la mayor parte de países del mundo, entre ellos España.

En España, la obesidad (personas con un IMC>30) es un importante problema de salud que afecta a un 13'4% de la población, en mayor cuantía al grupo comprendido entre 55 y 65 años, a las mujeres y a los niveles culturales más bajos (SEEDO, 2000; Gutiérrez-Fisac, Regidor y Rodríguez, 1994). Los datos de prevalencia de la obesidad en España, indican la magnitud alcanzada por esta enfermedad (ver tabla 2) (SEEDO, 2000).

La obesidad mórbida, se ha convertido en un grave problema de salud por la frecuencia de comorbilidad con la que va asociada. Las consecuencias y complicaciones del exceso de peso inciden en el ámbito físico (afecta, por ejemplo, al sistema cardiovascular, al respiratorio, al digestivo, al osteoarticular, al reproductor, al endocrino-metabólico, al neurológico y al dermatológico, y tiene

Tabla 2. Prevalencia de la obesidad en España (datos de la SEEDO del año 2000).

	Hombres	Mujeres	Total
Peso normal (IMC < 25)	-	-	41,90%
Sobrepeso (IMC=26-29)	23,30%	15,30%	19,30%
Obesidad (IMC > 30)	11,50%	15,20%	13,40%

relación con determinados tipos de cáncer) y psicológico por las numerosas consecuencias psicosociales que acarrear (por ejemplo, trastornos adaptativos) y/o trastornos psiquiátricos primarios que actúan como precipitantes o mantenedores del exceso de peso patológico (por ejemplo, trastorno por atracones). Las evidencias en este último punto, ha hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su última revisión de la CIE-10, establezca los criterios diagnósticos para lo que denomina la “obesidad vinculada a trastornos psicológicos” (Blasco y García, 1995).

Los estudios destinados a identificar cuáles son las áreas de funcionamiento psicológico que se ven más afectadas en los obesos están resultando ser imprescindibles para planificar adecuadamente tratamientos que mejoren la calidad de vida de estos pacientes (Friedman y Brownell, 1995). La importancia que toman las alteraciones psicopatológicas en la presentación del trastorno justifica su tratamiento especializado; su correcta atención permitirá un mejor seguimiento del tratamiento médico (Barris, Sibel, Bassas, Quiles y Tomás, (1999). Este es el motivo por el que existen numerosos estudios que investigan esta problemática.

Las investigaciones psicológicas iniciales sobre obesidad se han centrado en la búsqueda de un perfil de personalidad específico y, en la suposición de que existe una mayor frecuencia de alteraciones psicopatológicas en comparación con la población general. Autores como Stunkard y Wadden (1992) no extraen en su estudio un tipo de personalidad peculiar que caracterice a los obesos mórbidos, y en su estudio de 1987, no distinguen mayores niveles de enfermedad psiquiátrica general que en el resto de la población. En conjunto, y a pesar de las discrepancias, existe un acuerdo clínico al decir que, la psicopatología más frecuente son alteraciones

afectivas sin gravedad, patología ansiosa y trastornos de la personalidad (Delgado, Morales, Maruri, Rodríguez del Toro, Benavente y Nuñez, 2002).

La mayor parte de los estudios coinciden en señalar la mayor frecuencia de trastornos de la personalidad entre los obesos mórbidos, aunque la frecuencia y el tipo de los mismos varían ampliamente (Delgado y cols., 2002). El estudio de Chalmers, Bowyer y Olenich (1990) demuestra la existencia de rasgos de personalidad como la impulsividad, inseguridad y dependencia en pacientes con obesidad mórbida. Del mismo modo Black, Goldstein y Masson (1992) observa la prevalencia de trastornos de personalidad del tipo histriónico, límite y pasivo-agresivo, así como Castelnuovo-Tedesco y Shibel (1975) observan la presencia de éste último trastorno de la personalidad en compañía de la personalidad dependiente.

Son muchos los estudios que han resaltado la presencia de unos niveles elevados en escalas que evalúan la ansiedad y la depresión (Benítez, Reina, Cortés y Morató, 2003; Naenen, 2001), el déficit de la función psicosocial y baja autoestima (Delgado y col, 2002).

Para finalizar, haremos referencia a la influencia que ejerce la edad de inicio de la obesidad (i.e. temprana o tardía) sobre un adecuado desarrollo psicológico. Así, el inicio temprano de la obesidad parece ejercer un efecto adverso sobre la imagen corporal independientemente del IMC actual, repercutiendo de forma negativa en la autoestima (Wardle, Waller y Fox, 2002), sobre tu estado de ánimo y favoreciendo conductas de evitación social y un déficit en las relaciones interpersonales (Benítez, Corte y Reina, 2004)

Las conclusiones discrepantes extraídas de los estudios que investigan este trastorno y las repercusiones negativas que ejerce sobre la persona, generan que se siga inves-

tigando con la finalidad de conocer cuáles son los problemas y posibilidades de mejora que presentan las personas con obesidad mórbida.

Los objetivos planteados para este estudio son conocer las características psicosociales que prevalecen en los sujetos con obesidad mórbida; estudiar si existen diferencias significativas de las variables de estudio (conciencia de la enfermedad, expectativa de recuperación de la enfermedad, trastornos de la personalidad, *locus* de control, autoestima, satisfacción vital y trastornos del comportamiento alimentario) en función de la edad de inicio de la obesidad; y analizar si existen correlaciones significativas entre las distintas variables evaluadas.

Método

Muestra

La muestra está formada por 31 pacientes con obesidad mórbida (IMC>40) que han sido atendidos por la Unidad de Riesgo Cardiovascular del “Hospital Virgen Macarena” de la provincia de Sevilla. Participantes que voluntariamente decidieron colaborar en este estudio.

Se han excluido aquellos pacientes con sospecha de algún tipo de retraso mental, intervenidos quirúrgicamente por obesidad (cirugía bariátrica) y con edades que sobrepasen los límites establecidos (20-65 años).

La tabla 3 presenta las características sociodemográficas de la muestra que se ajustan a la población que representan.

La muestra se compone de personas adultas con edades comprendidas entre 26 y 65 años (M=47,26; DT=12,06) y con un Índice de Masa Corporal superior a 40, propia de los obesos mórbidos (M= 45,57; DT=3,80).

Tabla 3. Datos sociodemográficos de la muestra.

	Nº de casos	%
SEXO		
<i>Hombres</i>	9	29,0%
<i>Mujeres</i>	22	71,0%
ESTADO CIVIL		
<i>Soltero</i>	11	35,0%
<i>Separado/Divorciado</i>	3	9,70%
<i>Viudo</i>	2	6,50%
<i>Casado</i>	15	48,40%
NIVEL ACADÉMICO		
<i>Primarios</i>	9	29,0%
<i>Graduado escolar</i>	6	19,40%
<i>ESO o FP</i>	2	6,50%
<i>COU o Diplomatura</i>	6	19,40%
<i>Ninguno</i>	5	16,10%
SITUACIÓN LABORAL		
<i>Trabajo remunerado</i>	15	48,40%
<i>Trabajo no remunerado</i>	16	51,60%
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS		
<i>Si</i>	3	9,70%
<i>No</i>	28	90,30%
EDAD DE INICIO DE LA OBESIDAD		
<i>Infancia</i>	6	19,40%
<i>Adolescencia</i>	9	29,0%
<i>Aduldez</i>	15	48,40%

Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la evaluación psicológica son:

Entrevista semiestructurada

Para recoger la historia clínica, las características sociodemográficas de los sujetos (por ejemplo, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, profesión) y datos antropométricos (por ejemplo, peso y talla).

Índice de Masa Corporal (IMC)

Se calculó dividiendo el peso de los participantes (en kilogramos) por su altura al cuadrado (en metros). El punto de corte establecido para considerar la existencia de obesidad mórbida es de 40 (SEEDO, 2000).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1999).

Consta de 13 categorías de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, antisocial, agresivo-sádica, pasivo-agresiva, autodestructiva, esquizotípica, límite y paranoide) y de 9 síndromes clínicos (ansiedad, histeriforme, hipomanía, neurosis depresiva, abuso de alcohol, abuso de drogas, pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante). El contenido del instrumento deriva de la teoría psicosocial de Millon que considera los síndromes clínicos como extensiones del estilo de personalidad básica de una persona. Se aplicó la versión adaptada a la población española editada por TEA.

The Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1998).

Es un cuestionario de 91 ítems desarrollado para valorar diversos aspectos relacionados con la conducta alimentaria, el peso, la silueta corporal y otros factores psicológicos en los pacientes con trastornos alimentarios. Consta de las siguientes escalas: obsesión por la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia introceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. Se aplicó la versión adaptada a la población española editada por TEA.

Escala de autoestima (Rosenberg, 1979).

Escala que miden el nivel de autoestima de la persona como aquellos sentimientos de respeto y aceptación a uno mismo. Es una escala utilizada en la evaluación de la autoestima en estudios de investigación recientes (Curbow y Somerfield, 1991; Roberts y Monroe, 1992). Escala de 10 ítems tipo likert de cuatro opciones de respuesta. Su puntuaciones oscilan entre 10 y 40 y estudios anteriores indican que en población clínica una puntuación menor de 25 puntos refleja baja autoestima (Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejon, 2004).

Escala de Satisfacción Vital (SLSS; Huebner, 1991).

Es una escala de autorreconocimiento que intenta valorar la satisfacción global que tienen las personas respecto a sus vidas mediante los juicios que hacen respecto a ella. Este instrumento está compuesto por 9 ítems que pueden ser valorados mediante cuatro opciones de respuesta. Altas puntuaciones indican una mayor satisfacción con el modo en que está transcurriendo sus vidas. Aunque esta escala ha sido diseñada para estudiantes adolescentes, últimamente se está utilizando, de manera frecuente, para población adulta (Menéndez, Hidalgo, López, Lorence y Sánchez, 2005) demostrando su validez y fiabilidad.

Cuestionario Externalismo-Internalismo (E-I) (Wallston, Wallston y De Vellis, 1978).

Escala de 18 ítems con 6 opciones de respuesta cuyos autores han demostrado su validez y fiabilidad. Se centra en la evaluación de la expectativa de lugar de control con relación a la salud. De la administración del cuestionario se

obtienen tres puntuaciones: Locus de control interno (LOC-I), Locus de control externo-suerte (LOC-E-S) y Locus de control externo-otros (LOC-E-O). La construcción de este cuestionario se basa en la teoría del lugar de control de Rotter (1966).

Escala de expectativas de cambio.

Escala que evalúa el grado de expectativa de cambio que presenta la persona con un ítem tipo likert de seis opciones de respuesta. Concretamente se le pregunta “¿Tienes esperanzas de que mejore su estado de salud?”

Escala de gravedad de la enfermedad.

Escala compuesta por un ítem con 6 opciones de respuesta que mide el grado de conciencia de enfermedad de la persona evaluada. Concretamente se le pregunta “Basándose en su experiencia clínica, ¿Cuál diría que es la gravedad de la enfermedad que tiene en el momento actual?”

Cuestionario APGAR Familiar (Smilkstein, 1978).

Cuestionario compuesto por cinco ítems con tres opciones de respuesta. Explora la funcionalidad familiar haciendo referencia a cinco componentes (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive). Instrumento que ha sido validado con población española para demostrar su fiabilidad y validez (Bellon, Delgado, Luna del Castillo y Lardelli, 1996).

Diseño experimental

Según la clasificación de Montero y León (2005), el diseño utilizado en este estudio es transversal descriptivo.

Procedimiento

La muestra fue seleccionada aleatoriamente de la base de datos de la Unidad de Riesgo Cardiovascular del Hospital Virgen Macarena. Concretamente, entre los pacientes que habían sido explorados en algún momento por el equipo de endocrinos de referencia y que cumplían los requisitos comentados anteriormente. Tras un muestreo aleatorio, nos pusimos en contacto telefónicamente con estas personas para explicarles las características del estudio y pedirles su colaboración; tras su aprobación se procedió a entrevistarlos individualmente en la misma área hospitalaria.

Resultados

Los resultados muestran que un 64,50% de las personas con obesidad mórbida de nuestro estudio están esperanzados con que su enfermedad evolucione positivamente, en contra un 35,50% tienen pocas o ninguna expectativa de un buen progreso. Con respecto al grado de conciencia que tienen de su enfermedad cabe señalar que, frente a un 19,30% que consideran la obesidad mórbida como una enfermedad grave, un 80,70% no lo manifiestan así (ver tabla 4).

El “Locus de Control por Otros” es el tipo de locus de control predominante en esta muestra (Media= 26,58, D.T= 4,22), en contra de la media obtenida por el “Locus de Control por Suerte” que posee la puntuación media más baja (Media= 17,77, D.T= 5,84). (ver tabla 5).

En relación a las variables autoestima, satisfacción vital y grado de disfunción familiar, el análisis de los resultados muestran un nivel de autoestima alto (Media= 30,27 (D.T=4,90), una media de 21,60 (D.T= 4,54) en satisfacción vital y de 13,19 puntos (D.T= 1,72) en disfunción familiar.

Tabla 4. Distribución porcentual de “Expectativa de cambio positivo” y “Conciencia de enfermedad”.

<i>N = 31</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Expectativa cambio positivo		
<i>Nada</i>	2	6,50 %
<i>Casi nada</i>	1	3,20 %
<i>Poco</i>	8	25,80 %
<i>Bastante</i>	8	25,80 %
<i>Mucho</i>	5	16,10 %
<i>Muchísimo</i>	7	22,60 %
Conciencia enfermedad		
<i>Normal, no enfermo</i>	5	16,10 %
<i>Levemente enfermo</i>	2	6,50 %
<i>Moderadamente enfermo</i>	11	35,50 %
<i>Marcadamente enfermo</i>	7	22,60 %
<i>Gravemente enfermo</i>	5	16,10 %
<i>Extremadamente enfermo</i>	1	3,20 %

Tabla 5. Descriptivos (medias y desviaciones típicas) de las escalas locus de control, autoestima, satisfacción vital y disfunción familiar.

	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
Locus de control		
<i>L.C Interno</i>	24,86	6,74
<i>L.C Suerte</i>	17,77	5,84
<i>L.C Otros</i>	26,58	4,22
Otras variables		
<i>Autoestima</i>	30,27	4,90
<i>Satisfacción Vital</i>	21,60	4,54
<i>Relaciones Familiares</i>	13,19	1,72

Este estudio tiene por objetivo analizar la comorbilidad que presenta la obesidad mórbida con otros trastornos psicológicos. En relación con este objetivo se presentan en la tabla 6 y en la figura 1 las puntuaciones de Tasa Base de Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) obtenidas por nuestra muestra de estudio.

Tomando como punto de corte la puntuación Tasa Base de 75 (TB75), umbral mínimo recomendado por Theodore Millon para considerar la significatividad de la escala, son los patrones clínicos de personalidad Dependiente (TB media= 75,74; D.T= 32,68)) y Compulsivo (TB media= 95,45; D.T= 28,42) los que han resultado ser significativos.

Seguidamente y con el objetivo de determinar si el inicio del trastorno tenía alguna relación con las variables evaluadas, se dividió la muestra en dos subgrupos: inicio temprano de la obesidad (infancia o adolescencia) e inicio tardía (edad adulta). En las tablas 7a, 7b, 7c y 7d se presentan las comparaciones de medias entre las diferentes escalas en torno a la edad de inicio de la obesidad y se aprecian las diferencias que resultaron significativas tras la aplicación del estadístico U de Mann-Whitney (SPSS 11.5).

Estadísticamente, aparecen diferencias significativas en el patrón de personalidad Dependiente (U= 64.5, p=0.046) a favor de la edad de inicio del trastorno tardío, en contra de las obtenidas para al patrón de personalidad Antisocial (U= 49.50, p=0.009) y síndromes clínicos propios del abuso de drogas (U= 61.50, p=0.034) que resultan ser más altas cuando la edad de inicio de la obesidad es temprana.

Finalmente se exponen en la tabla 8 y 9 los análisis estadísticos de correlaciones bivariadas (prueba T-Kendall) entre las variables de estudio. En la tabla 8 se presentan las correlaciones entre las escalas del MCMI-II y EDI-2 con las restantes variables evaluadas,

Tabla 6. Puntuaciones TB de las escalas del inventario MCMI-II.

<i>Escalas de MCMI-II</i>	<i>Media TB</i>	<i>Desviación Típica</i>
Patrón clínico de personalidad Esquizoide (SC)	72,35	28,53
Patrón clínico de personalidad Fóbica-Evitativa (FB)	41,10	26,87
Patrón clínico de personalidad Dependiente (DP)	75,74**	32,68
Patrón clínico de personalidad Histriónica (H)	51,68	30,11
Patrón clínico de personalidad Narcisista (N)	61,32	28,16
Patrón clínico de personalidad Antisocial (AT)	35,97	28,23
Patrón clínico de personalidad Agresivo/Sádica (AS)	36,23	29,87
Patrón clínico de personalidad Compulsiva (CP)	95,45**	28,42
Patrón clínico de personalidad Pasivo/Agresiva (PA)	29,90	22,42
Patrón clínico de personalidad Autodestructiva (AUT)	39,39	21,24
Patología grave de personalidad Esquizotípica (ESQ)	55,74	22,76
Patología grave de personalidad Hipomanía (LMT)	42,13	19,03
Patología grave de personalidad Paranoide (PRD)	69,29	25,97
Síndrome clínico. Ansiedad (ANS)	68,61	27,17
Síndrome clínico. Histeriforme (HIST)	73,26	28,33
Síndrome clínico. Hipomanía (HIP)	44,81	28,59
Síndrome clínico. Distimia (ND)	65,19	24,99
Síndrome clínico. Abuso alcohol (AA)	34,32	18,01
Síndrome clínico. Abuso de drogas (AD)	37,19	22,17
Síndrome grave. Pensamiento Psicótico (PP)	54,35	23,39
Síndrome grave. Depresión Mayor (DM)	49,84	30,86
Síndrome grave. Trastorno Delirante (TD)	73,65	25,11

**TB>75

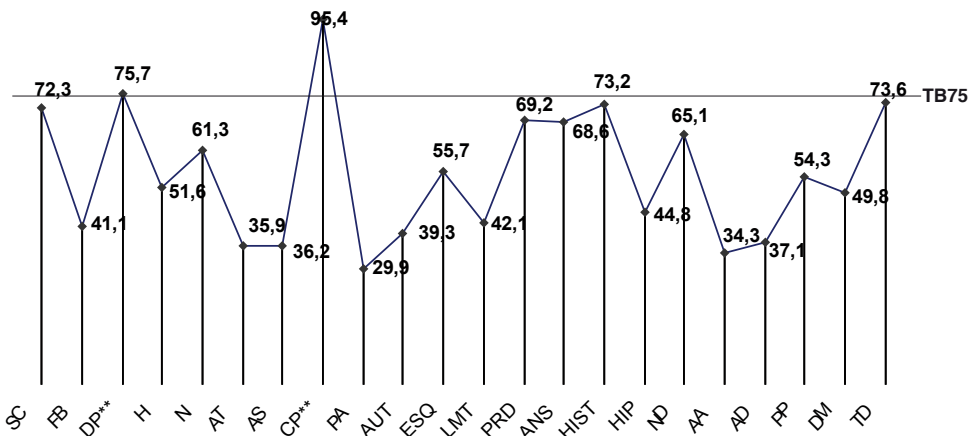


Figura 1. Puntuaciones medias TB de las escalas del inventario MCMI-II.

Tabla 7a. Resultados de las variables evaluadas con MCMI-II tras el análisis estadístico con la prueba U de Mann-Whitney, comparando el momento de inicio de la obesidad (IO).

MCMI-II	IO	Media	U	P
<i>Patrón clínico de personalidad Esquizoide</i>	Temprano	14,67	100,00	0.603
	Tardío	16,33		
<i>Patrón clínico de personalidad Fóbica-Evitativa</i>	Temprano	15,87	107,00	0.819
	Tardío	15,13		
<i>Patrón de personalidad Dependiente</i>	Temprano	12,30	64,50	0.046*
	Tardío	18,70		
<i>Patrón clínico de personalidad Histriónica</i>	Temprano	16,70	94,50	0.455
	Tardío	14,30		
<i>Patrón clínico de personalidad Narcisista</i>	Temprano	17,43	83,50	0.229
	Tardío	13,57		
<i>Patrón de personalidad Antisocial</i>	Temprano	19,70	49,50	0.009**
	Tardío	11,30		
<i>Patrón clínico de personalidad Agresivo/Sádica</i>	Temprano	17,80	78,00	0.152
	Tardío	13,20		
<i>Patrón clínico de personalidad Compulsiva</i>	Temprano	13,07	76,00	0.129
	Tardío	17,93		
<i>Patrón clínico de personalidad Pasivo/Agresiva</i>	Temprano	17,87	77,00	0.141
	Tardío	13,13		
<i>Patrón clínico de personalidad Autodestructiva</i>	Temprano	14,67	100,00	0.604
	Tardío	16,33		
<i>Patología grave de personalidad Esquizotípica</i>	Temprano	16,90	91,50	0.383
	Tardío	14,10		
<i>Patología grave de personalidad Hipomanía</i>	Temprano	16,67	95,00	0.467
	Tardío	14,33		
<i>Patología grave de personalidad Paranoide</i>	Temprano	16,47	98,00	0.547
	Tardío	14,53		
<i>Síndromes clínicos. Ansiedad</i>	Temprano	14,30	94,50	0.455
	Tardío	16,70		
<i>Síndromes clínicos. Histeriforme</i>	Temprano	14,93	104,00	0.724
	Tardío	16,07		
<i>Síndromes clínicos. Hipomanía</i>	Temprano	15,47	112,00	0.983
	Tardío	15,53		
<i>Síndromes clínicos Distimia</i>	Temprano	14,77	101,50	0.648
	Tardío	16,23		
<i>Síndromes clínicos. Abuso de alcohol</i>	Temprano	16,63	95,50	0.480
	Tardío	14,37		
<i>Síndromes Clínico Grave: Abuso de drogas</i>	Temprano	18,90	61,50	0.034*
	Tardío	12,10		
<i>Síndromes graves. Pensamiento Psicótico</i>	Temprano	16,63	95,50	0.480
	Tardío	14,37		
<i>Síndromes graves. Depresión Mayor</i>	Temprano	15,73	109,00	0.884
	Tardío	15,27		
<i>Síndromes graves. Trastorno delirante.</i>	Temprano	16,20	102,00	0.663
	Tardío	14,80		

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 7b. Resultados de las variables evaluadas con EDI-2 tras el análisis estadístico con la prueba U de Mann-Whitney, comparando el momento de inicio de la obesidad (IO).

EDI-2	IO	Media	U	P
Obsesión por la Delgadez (DT)	Temprano	12,90	73,50	0.105
	Tardío	18,10		
Bulimia (B)	Temprano	14,53	98,00	0.328
	Tardío	16,47		
Insatisfacción Corporal (BD)	Temprano	17,07	89,00	0.328
	Tardío	13,93		
Ineficacia (I)	Temprano	15,15	89,00	0.692
	Tardío	13,93		
Perfeccionismo (P)	Temprano	15,83	107,50	0.838
	Tardío	15,17		
Desconfianza Interpersonal (ID)	Temprano	15,73	109,00	0.883
	Tardío	15,27		
Conciencia Introceptiva (CI)	Temprano	13,87	88,00	0.659
	Tardío	15,23		
Miedo a la Madurez (MF)	Temprano	14,21	94,00	0.629
	Tardío	15,73		
Ascetismo (AP)	Temprano	14,40	96,00	0.490
	Tardío	16,60		
Impulsividad (IP)	Temprano	15,83	107,50	0.828
	Tardío	15,17		
Inseguridad Social (IS)	Temprano	16,80	93,00	0.414
	Tardío	14,20		

Tabla 7c. Resultados de las variables evaluadas con E-I tras el análisis estadístico con la prueba U de Mann-Whitney, comparando el momento de inicio de la obesidad (IO).

E-I	IO	Media	U	P
Locus de control interno (LI)	Temprano	13,70	85,50	0.393
	Tardío	16,39		
Locus de control por suerte (LS)	Temprano	13,80	87,00	0.288
	Tardío	17,20		
Locus de control por Otros (LO)	Temprano	14,43	97,00	0.963
	Tardío	14,57		

Tabla 7d. Resultados de las variables evaluadas con otros inventarios tras el análisis estadístico con la prueba U de Mann-Whitney, comparando el momento de inicio de la obesidad (IO).

Escalas	IO	Media	U	P
Autoestima (ATT)	Temprano	14,19	93,50	0.853
	Tardío	14,77		
Satisfacción Vital (SV)	Temprano	13,54	84,50	0.369
	Tardío	16,37		
Relaciones familiares funcionales (RFF)	Temprano	13,87	88,00	0.296
	Tardío	17,13		
Conciencia de la enfermedad	Temprano	15,70	109,50	0.897
	Tardío	15,30		
Expectativa de cambio	Temprano	17,17	87,50	0.287
	Tardío	13,83		

Tabla 8. Correlaciones bivariadas (T_Kendall) entre las variables de estudio (N=31).

	<i>Edad IO</i>	<i>IMC</i>	<i>RFF</i>	<i>ATT</i>	<i>SV</i>	<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>LO</i>
<i>SC</i>	.08	.07	.00	-.21	-.39**	-.29*	.24	.10
<i>FB</i>	-.03	.13	-.03	-.42**	-.46**	-.20	.13	.13
<i>DP</i>	.31*	.25	.25	-.05	-.19	-.02	.15	.11
<i>H</i>	-.11	-.21	-.02	.07	.17	.16	.06	-.11
<i>N</i>	-.19	-.30*	-.14	.09	.15	.21	.14	-.05
<i>AT</i>	-.40**	-.25*	-.24	-.03	.03	.02	-.01	-.04
<i>AS</i>	-.22	-.35**	-.25	.05	.14	.20	.07	-.07
<i>CP</i>	.24	.03	.01	.15	.17	-.02	.12	.15
<i>PA</i>	-.23	-.33**	-.19	-.22	-.14	-.01	.04	-.11
<i>MCM-I</i> <i>AUT</i>	.08	-.01	.02	-.46**	-.42**	-.07	.17	.07
<i>ESQ</i>	-.13	.03	-.05	-.35*	-.36**	-.28*	.15	.04
<i>LMT</i>	-.11	-.10	-.07	-.39**	-.32*	-.18	.05	.01
<i>PRD</i>	-.09	-.27	-.02	-.14	.05	-.06	.18	.10
<i>ANS</i>	.11	.07	.17	-.27*	-.28*	-.27*	.07	.08
<i>HIST</i>	.05	.00	.28*	-.28*	-.28*	-.21	.02	.03
<i>HIP</i>	.00	-.15	.06	.04	.11	.06	.16	.06
<i>ND</i>	.07	.03	.16	-.36**	-.32*	-.23	.06	-.03
<i>AA</i>	-.11	-.04	.02	-.39**	-.33*	-.23	.16	-.10
<i>AD</i>	-.33*	-.39**	-.18	-.09	-.04	.03	.11	-.03
<i>PP</i>	-.11	.03	.05	-.41**	-.45**	-.20	.24	.19
<i>DM</i>	-.02	.10	.12	-.35*	-.36**	-.22	-.03	-.05
<i>TD</i>	-.07	-.20	.08	-.15	-.01	.01	.27*	.15
<i>DT</i>	.25	.25	.26	-.13	.09	-.05	.05	.23
<i>B</i>	.11	.00	-.09	-.05	-.12	.04	.11	-.12
<i>BD</i>	-.15	.14	.12	-.26	-.11	-.18	.06	-.04
<i>I</i>	-.07	.09	-.02	-.40**	-.41**	-.37**	.00	-.12
<i>P</i>	-.03	-.01	-.16	.17	.14	.25	-.09	-.15
<i>ID</i>	-.02	.02	-.20	-.21	-.12	-.30*	.21	-.09
<i>CI</i>	.07	.17	.01	-.14	-.28*	-.22	.14	-.11
<i>MF</i>	.07	.04	-.11	-.26	-.36**	-.05	.09	-.05
<i>AP</i>	.11	.12	-.03	-.03	-.10	.17	.14	-.07
<i>IP</i>	-.04	.01	-.01	-.18	-.17	-.25	.31*	-.21
<i>IS</i>	-.13	.12	-.21	-.42**	-.35*	-.23	.00	-.21
<i>OTROS</i> <i>Ed.I</i>	1	.27	.17	.03	.14	.14	.17	.01
<i>IMC</i>	.27	1	.01	.06	.05	.08	-.08	.06
<i>RF</i>	.17	.01	1	.16	.21	.12	-.14	.38**
<i>ATT</i>	.03	.06	.16	1	.54**	.27	.11	.05
<i>SV</i>	.14	.05	.21	.54**	1	.30*	-.17	.09
<i>I-E</i> <i>LI</i>	.14	.08	.12	.27*	.30*	1	-.16	.06
<i>LS</i>	.17	-.08	-.14	.11	-.17	-.16	1	-.14
<i>LO</i>	.00	.06	.38**	.05	.09	.06	-.14	1

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

y los coeficientes de correlación que guardan estas últimas entre sí mismas.

Tomando como referencia un punto de corte de 0.40 para considerar la correlación como significativa, pasaremos a comentar los coeficientes de correlación que sobrepasan este umbral. A excepción de la correlación significativa entre Autoestima y Satisfacción Vital que resulta ser positiva ($r=0.54$), las restantes correlaciones son de carácter negativo. Así, existen correlaciones significativas entre la edad de inicio de la obesidad y el patrón de personalidad tipo Antisocial ($r=-0.40$), Autoestima correlaciona significativamente con el patrón de personalidad Fóbico-Evitativo ($r=-0.42$), con el patrón de personalidad tipo Autodestructivo ($r=-0.46$), con el conjunto de síntomas graves propios de un pensamien-

to psicótico ($r=-.40$) y con la dimensión de Ineficacia ($r=-0.40$) e Inseguridad Social ($r=-0.42$). Para finalizar, Satisfacción Vital correlaciona significativamente con las mismas variables que Autoestima, a excepción de la correlación que esta última mantiene con Inseguridad Social ($r=-0.35$).

En la tabla 9 se recogen los coeficientes de correlación bivariadas entre las escalas del inventario MCMII-II y las que componen el cuestionario EDI-2.

Como se muestra en la tabla anterior, se obtienen correlaciones bivariadas positivas entre algunas de las escalas de ambos cuestionarios. Concretamente, Conciencia Introceptiva correlaciona significativamente con el patrón de personalidad tipo Fóbico-Evitativo ($r=0.44$), Miedo a la Madurez correlaciona

Tabla 9. Correlaciones bivariadas (T_Kendall) entre las escalas del EDI2 y MCMII (N=31).

MCMII-II	EDI-2										
	DT	B	BD	I	P	ID	CI	MF	AP	IP	IS
SC	.06	.16	.10	.23	.01	.38**	.37**	.24	.27	.32	.27
FB	.17	.13	.18	.37**	-.01	.27*	.44**	.19	.28*	.08	.53**
DP	.05	.00	-.03	.20	-.33*	.02	.16	.28*	.03	-.00	-.03
H	-.12	.06	.05	-.11	.05	-.14	-.15	-.05	-.07	.03	-.12
N	-.13	.17	.05	-.35*	.24	-.04	-.09	-.10	.07	.05	-.15
AT	-.07	.02	.05	-.18	.24	.03	-.08	-.13	-.05	.07	.08
AS	-.12	.14	-.09	-.34*	.26*	.11	-.05	.03	.06	.09	-.02
CP	.16	-.14	-.19	-.15	.14	-.01	-.05	-.20	.01	-.29*	-.24
PA	-.03	.05	.03	-.10	.13	.09	.06	.16	.05	.30	.11
AUT	.14	.16	.09	.26*	-.03	.19	.38**	.40**	.26*	.19	.27
ESQ	.11	.08	.18	.36*	-.02	.31*	.37**	.08	.24	.07	.54**
LMT	.08	-.00	.14	.28*	.06	.18	.24	.29*	.12	.27*	.32*
PRD	.04	.00	.03	-.13	.17	.11	.07	-.06	.19	-.14	.06
ANS	.16	-.13	.22	.31*	-.05	.11	.27	.18	-.03	.14	.12
HIST	.15	-.08	.27*	.31*	-.07	.07	.20	.26	-.12	.17	.08
HIP	.05	-.08	.07	-.03	.01	-.09	-.07	.01	-.03	.15	-.13
ND	.26	-.09	.20	.30*	-.02	.06	.30*	.20	.10	.16	.23
AA	.12	-.07	.29*	.30*	-.04	.16	.23	.17	.05	.39**	.27*
AD	-.08	.15	.06	-.08	.24	.11	.04	.04	.04	.17	.04
PP	.14	.04	.22	.26	.02	.22	.37**	.20	.21	.08	.39**
DM	.09	-.09	.32*	.23	-.14	.04	.26	.33*	.12	.25	.28
TD	.05	-.05	.13	-.08	.08	.15	.17	-.03	.26	-.04	.05

* Correlación significativa al nivel 0,05 (bilateral)

** Correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral)

de manera significativa con el patrón de personalidad tipo Autodestructivo ($r=0.40$), así como Inseguridad Social correlaciona con el patrón de personalidad tipo Fóbico-Evitativo ($r=0.53$) y con una patología grave de personalidad de tipo Esquizotípica ($r=0.54$).

Discusión

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con obesidad mórbida es necesario conocer el perfil psicosocial y de personalidad que los caracterizan. Este tipo de información permite que los profesionales de la salud ajuste los tratamientos psicológicos y médicos vigentes a esta población.

Antes de seguir discutiendo los resultados de este estudio hay que señalar que las conclusiones de este estudio han de contemplarse bajo la cautela que impone un trabajo con muestra reducida de población ($N=31$), aspecto difícil de solucionar cuando hablamos de una investigación referida a una muestra clínica.

La obesidad mórbida se considera una enfermedad de extrema gravedad por su comorbilidad psicológica y fisiológica, de ahí que los profesionales sanitarios y medios de comunicación estén constantemente informando sobre esta enfermedad. Los resultados de este estudio confirman que los obesos mórbidos reconocen su enfermedad y confían en los tratamientos médicos/psicológicos vigentes, aunque no son conscientes de la gravedad de la misma. Por tanto, es necesario que estas fuentes sigan dando información detallada sobre el riesgo de morbimortalidad que presenta la obesidad, para ayudar a los pacientes a reflexionar y tomar conciencia de su gravedad.

Los resultados reflejan que las personas que sufren obesidad mórbida presentan un nivel de autoestima adecuado y unas

relaciones familiares funcionales, siendo la familia una fuente de apoyo social de suma importancia para su recuperación. Estos resultados discrepan con los obtenidos por Delgado y cols. (2002) que apreciaron una baja autoestima en pacientes con obesidad mórbida, posiblemente el hecho de los sujetos de nuestra muestra están actualmente bajo tratamiento médico y la confianza que tienen depositada en este tipo de tratamiento, está incrementando su esperanza de mejora y así su nivel de autoestima. Por otro lado, los datos muestran un grupo de pacientes que preferentemente suelen atribuir las causas de sus problemas a otros (i.e. *locus* de control por Otros), no responsabilizándose de sus errores y fracasos, y actuando pasivamente ante las dificultades que se le presentan. El inicio de la obesidad no parece ser un factor influyente sobre la autoestima, satisfacción vital, locus de control y calidad de las relaciones familiares, así independientemente de si la obesidad se produce de forma temprana o tardía, los niveles de autoestima, el tipo de locus de control, la calidad de las relaciones familiares y el grado de satisfacción con la vida no varían significativamente.

Al igual que en los estudios de Stunkard y Wadden (1987 y 1992) en nuestra investigación los pacientes con obesidad mórbida no se caracterizan por un trastorno psiquiátrico en específico. Aunque discrepa al haberse hallado evidencias de trastornos de personalidad concretos en esta enfermedad, como los trastornos de personalidad Dependiente y Compulsivo. Resultados que concuerdan con los obtenidos en los estudios de Chalmers y cols. (1990) y no coinciden con el estudio de Black y col (1992) que detectaron la prevalencia de trastornos de personalidad Histriónico, Límite y Pasivo-Agresivo.

Los resultados de numerosas investigaciones (Chalmers et al, 1990; Castelnuo-

vo-Tedesco y Shilbel, 1975) muestran a la persona con obesidad mórbida con un perfil de personalidad tipo Dependiente. Este estudio confirma la prevalencia de este patrón de personalidad pero con una apreciación importante, parece ser que principalmente se presenta en aquellos obesos mórbidos que inician la enfermedad en la adultez y por lo tanto, tienen que adaptarse, ya de mayor, a una nueva vida llena de limitaciones físicas y problemas psicológicos que antes desconocían.

Mientras que las personas con un inicio tardío buscan respaldo y apoyo de otras personas para lograr su bienestar psicológico, quienes inician el trastorno durante la infancia o en la adolescencia presentan una personalidad independiente, impulsiva e inmadura que le impide asumir las responsabilidades propias de un adulto (i.e. Trastorno clínico de personalidad Antisocial), resultados que van en la línea de los obtenidos por Benítez Moreno y cols. (2004). Posiblemente, esta falta de control de impulsos unida a su incapacidad para resolver satisfactoriamente sus problemas personales, está relacionada con una mayor tendencia a consumir drogas (i.e. síndromes clínicos. Abuso de Drogas). En este sentido, si entendemos la adherencia al tratamiento como el proceso por el que el paciente sigue las prescripciones terapéuticas recomendadas (Rodríguez, 1995), los resultados indican que las personas con obesidad mórbida temprana, debido a sus características psicosociales, son las que tienen más probabilidad de presentar problemas de adherencia al tratamiento psicológico/médico.

Respecto a las correlaciones que han resultado ser significativas entre las distintas variables de estudio comentar que, la correlación que mantiene el patrón clínico de personalidad Fóbico-Evitativo con Inseguridad Social, así como, la que mantiene ésta última

con un patrón de personalidad Esquizotípico son correlaciones factibles al ser escalas relacionadas con una falta de seguridad y felicidad para establecer relaciones sociales. Por esta razón se podría decir que este resultado indica una alta fiabilidad entre las escalas.

Este distanciamiento interpersonal con los otros (Patrón clínico de personalidad Fóbico-Evitativo) correlaciona bivariadamente con un grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente los estados emocionales, y con inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales como hambre y saciedad (i.e. Conciencia Introceptiva). Este resultado explica cómo las relaciones interpersonales se alteran cuando la persona no es capaz de reconocer las emociones de los demás y, expresar sus propios sentimientos a lo largo de una conversación. Posiblemente, la falta de empatía esté dificultando que mantengan unas relaciones interpersonales adecuadas y duraderas.

Del mismo modo, existe una correlación significativamente alta entre el patrón clínico de personalidad Autodestructivo y la escala del cuestionario EDI-2 que evalúa "Miedo a la madurez". Es decir, aquellos obesos mórbidos que tienden a permitir el abuso del otro, bien porque les reconforta o bien porque creen que se lo merecen, suelen ser personas que tienen miedo a crecer y por eso desearían volver a la seguridad de la infancia.

La autoestima y la satisfacción vital de los obesos mórbidos son notablemente superiores en la medida que no aparezca un trastorno clínico de personalidad de tipo Fóbico-Evitativo y Autodestructivo, no tengan pensamientos de tipo psicótico, y se crean personas eficaces y seguras a la hora de establecer relaciones sociales. Estos resultados van en la línea de otros estudios que han demostrado la existencia de asociaciones inversas entre autoconcepto-autoestima y,

síntomas psicopatológicos y problemas de conducta en otras poblaciones. Acorde con nuestros resultados, el estudio de Watson (1998) pone de relieve que la disminución de la autoestima se muestra como un fuerte predictor de los trastornos de personalidad y de síntomas psicopatológicos (Erol, Toprak y Yazicci, 2002), así como las variables de personalidad parecen estar estrechamente relacionadas con el grado de satisfacción vital de la persona (Costa y McCrae, 1996)

Según los resultados, a medida que las personas con obesidad mórbida están satisfechas con la vida que han tenido, su nivel de autoestima se eleva. Teniendo en cuenta que la autoestima es el resultado de las experiencias acumuladas a lo largo de la vida y, se forman a raíz de las relaciones interpersonales y de la imagen que los demás proyectan en estas interacciones, esta correlación positiva entre ambos aspectos es factible.

Las correlaciones entre las variables de estudio no evidencian cómo el incremento en el índice de masa corporal (IMC) y una imagen negativa de la imagen corporal provocan cambios desfavorables en la autoestima, aspecto que sí señalan otras investigaciones (Hill y Williams, 1998; Cash y Green, 1986; Fairburn y Garner, 1986; Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987).

Se podría concluir que las personas con obesidad mórbida son conscientes de su enfermedad pero no de la gravedad de la misma. Tienden a responsabilizar a otras personas de los problemas que padecen (locus de control por Otros), consideran la familia una fuente de apoyo social bastante importante y, presentan un nivel de autoestima adecuado. No se aprecia que la obesidad mórbida esté asociada con un trastorno psiquiátrico grave, pero sí presenta comorbilidad con los trastornos de personalidad Dependiente y Compulsivo. La edad de inicio de la obesidad es un factor

importante a tener en cuenta de cara a un tratamiento médico/psicológico especializado, ya que las personas con obesidad mórbida temprana presentan unas características de personalidad más complicadas para cumplir las prescripciones médicas. Para finalizar, señalar la fuerte correlación entre el grado de insatisfacción con la vida y características de personalidad relacionadas con la dificultad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias (Trastorno personalidad Fóbico-Evitativo e Inseguridad Social) con un descenso en la autoestima de los obesos mórbidos. Este último aspecto resalta la importancia de trabajar con programas de habilidades sociales en aquellos pacientes que presentan baja autoestima.

Por todas las comorbilidades psicológicas que presenta el obeso mórbido, se indica la necesidad del tratamiento psicológico como parte integrante de su tratamiento médico, para agilizar la recuperación del paciente tanto en el ámbito físico como psíquico.

Referencias

- Barris, J., Sibel, A., Bassas, N., Quiles, I. y Tomás, J. (1999). Psicopatología y obesidad. En J. Tomás (Ed.), *Cuadernos de Paidopsiquiatría* (págs.75-88). Barcelona: Laertes.
- Bellon, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familia. *Apgar-familiar. Atención Primaria*, 18(6), 289-296.
- Benítez Moreno, J.M., Cortez Viane, M.P. y Reina Rodríguez, M.D. (2004). *Imagen corporal, obesidad y bulimia nerviosa en atención primaria*. Comunicación presentada en el V Congreso virtual de psiquiatría [consultado en www.interpsiquis.com en febrero de 2007].

- Benítez Moreno, J.M., Reina Rodríguez, M.D., Cortes Viana, M.P. y Morato Cortinas, T. (2003). *Ansiedad, depresión y conducta alimentaria en obesidad sin diagnóstico. Psiquiátrico previo en atención primaria*. Comunicación presentada en el IV Congreso virtual de psiquiatría [consultado en www.interpsiquis.com, en febrero de 2007].
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E.E. (1992). Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinical patients. *American Journal of Psychiatry* 149, 227-234. [citado en Monterrubio, S. e Iruarrizaga, I. (2001). Obesidad y estados emocionales. *Boletín de la SEAS*, 15, 13-20].
- M.P. Blasco y M.L. García. (1995). *Trastornos conducta alimentaria. Aspectos psicológicos* (págs. 46-60). Valencia: Promolibro.
- Cash, T.F y Green, G.K. (1986). Body weigh and body image among college women: Perception, cognition and affect. *Journal of Personality Assesment*, 50, 290-301.
- Castelnuovo-Tedesco, P. y Shielbel, D. (1975). Studies of superobesity. *International Journal Psychiatry in Medicine*, 6, 465-480.
- Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterio de intervención terapéutica. Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO). (2000). *Medicina Clínica*, 115, 585-595.
- Costa, T.P. y McCrae, R.R. (1996). Mood and personality in adulthood. En C S.H. Magai y Macfadden (Eds.), *Handbook of Emotion, Adult Development and Aging*. San Diego: Academic Press.
- Chalmers, D.K., Bowyer, C.A. y Olenich, N.L. (1990). Problem drinking and obesity: A comparasion in personality patterns and life-style. *The International Journal of the Addictions*, 25 (7), 803-817.
- Curbow, B. y Somerfield, M. (1991). Use of Rosenberg self-esteem scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9 (2), 113-131.
- Delgado Calvete, C., Morales García, M.J., Maruri Chimeno, I., Rodríguez del Toro, C., Benavente Martín, J.L. y Nuñez Bahamonte, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (6), 376-381.
- Erol, A., Tropak, G. y Yazicci (2002). Predicting factors of eating disorders and general psychological symptoms in female college students. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 13 (1), 48-57.
- Fairburn, C.G y Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 403-419.
- Friedman, M.A y Brownell, K.D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117 (1), 3-20. [citado en Benítez, J.M., Cortés, M.P. y Reina, M.D. (2004). *Imagen corporal, obesidad y bulimia nerviosa en atención primaria*. Comunicación presentada en el V Congreso virtual de psiquiatría, consultado en www.interpsiquis.com en febrero de 2007].
- Garner, D.M. (1998). *EDI 2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Rockert, W. y Olmsted, M.P. (1987). A prospective study of eating disorders in the ballet. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 170-175.

- Gutiérrez-Fisac, J.L., Regidor, E. y Rodríguez, C. (1994). Prevalencia de la obesidad en España. *Medicina Clínica*, 102, 10-14.
- Hill, A.J y Williams, J. (1998). Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22 (6), 578-583.
- Huebner, E.S (1991). The development of the Student's Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240.
- McCarthy, J.D. y Hoge, D.R (1982). Analysis if age affects in longitudinal study of adolescence self-esteem. *Developmental Psychology*, 18, 371-379.
- Menéndez, S., Hidalgo, V., López, I., Lorence, B. y Sánchez, J. (2005). *Evaluación de un programa formativo para madres con adolescentes usuarias de servicios sociales del Ayuntamiento de Sevilla*. Comunicación presentada en las IV Jornadas de Desarrollo Humano y Educación. Alcalá de Henares, 6-9 de Septiembre.
- Millon, T. (1999). *MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Naenen, K. (2001). Aspectos psicológicos en la obesidad. En E. García Camba (Ed.), *Avances en TCA. Anorexia Nerviosa, Bulimia nerviosa y Obesidad* (págs. 347-364). Barcelona: Masson.
- Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Perspective findings comparative three alternative conceptualisations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6 (5), 804-812.
- RodríguezMartín, L. (1995). *Psicología social de la salud* (págs. 40-58). Madrid: Doyma.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Nueva York: Basic Books.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6, 1231-1239.
- Stunkard, A.J. y Wadden, T.A. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-535. [citado en Benítez, J.M., Cortés, M.P. y Reina, M.D. (2004). Imagen corporal, obesidad y bulimia nerviosa en atención primaria. Comunicación presentada en el V Congreso virtual de psiquiatría, consultado en www.interpsiquis.com, en febrero de 2007].
- Vázquez, A.J., Jiménez, R., Vázquez-Morejon, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en la población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Wadden, T.A. y Stunkard, A.J. (1987). Psychopathology and obesity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 55-65 [citado en Benítez, J.M., Cortés, M.P. y Reina, M.D. (2004). Imagen corporal, obesidad y bulimia nerviosa en atención primaria. Comunicación presentada en el V Congreso virtual de psiquiatría, consultado en www.interpsiquis.com, en febrero de 2007].
- Wallston, B., Wallston, K., De Vellis, R. (1978). Development and validation of the multidimensional health locus of control (MHLC). *Health Educational Monographs*, 6, 160-176.
- Wardle, J., Waller, J., Fox, E. (2002). Age of onset and body dissatisfaction in obesity. *Addictive Behaviors*, 27(4), 561-573 [citado en Benítez, J.M., Cortés, M.P. y Reina, M.D. (2004). Imagen corporal,

obesidad y bulimia nerviosa en atención primaria. Comunicación presentada en el V Congreso virtual de psiquiatría, consultado en www.interpsiquis.com, en febrero de 2007].

Watson, D.C. (1998). The relationship of self-esteem, locus of control, and dimensional models to personality disorders. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 13 (3), 399-420.