

Comportamiento Interpersonal de Pacientes Obesos y su Relación con el Éxito en un Tratamiento para Bajar de Peso

Interpersonal Behavior in Obese Patients and its Relation with Success in a Weight Loss Program

Carmen Gloria Hidalgo
Pontificia Universidad Católica de Chile

Beatriz Gottlieb
Universidad de Chile

La obesidad es un importante problema de salud del adulto chileno. Existen numerosos tratamientos que logran disminuir el sobrepeso en el corto plazo. La evaluación del tratamiento a largo plazo demuestra un fracaso para mantener la baja de peso adquirida. Se evaluó el comportamiento interpersonal de 54 pacientes obesos y su relación con el éxito en un tratamiento para bajar de peso. Se observó un bajo nivel de asertividad, dificultad para rechazar peticiones o para decir que no, conductas de evitación en situaciones conflictivas que los llevan a no hacer que los demás respeten sus deseos y derechos junto con un mal manejo de los sentimientos de hostilidad en todos los obesos. Los que lograron bajar de peso demostraron un patrón menor de agresividad, mejor manejo de la rabia y menos sentimientos hostiles hacia el mundo, siendo sus comportamientos más verbales y directos. Dado el mal pronóstico de estos pacientes se considera recomendable realizar evaluación e intervención en las relaciones interpersonales durante el tratamiento de la obesidad, con el fin de aumentar el éxito del tratamiento y su calidad de vida.

Obesity is an important health problem in Chilean adults. There are several treatments that diminish obesity for the short term. However the evaluation of long-term success for controlling obesity is very poor. We evaluated the interpersonal relationship 54 obese patients and its relation with the treatment of obesity. Obese patients have poor assertiveness and difficulties in saying no to others' requests; they avoid conflictive situations and do not respect their own rights and desires. They have difficulties in handling hostile feelings. Those patients that succeeded in their obesity treatment have less aggression, less hostile sentiments and more direct and verbal actions. Since the treatment of obesity has a poor pronostic through time, it may be useful to evaluate and improve interpersonal relationships during the treatment of obesity, in order to have success in treatment and a better quality of life.

La obesidad es actualmente el principal problema de malnutrición del adulto chileno. Representa además una patología emergente y en rápido incremento en la población infantil (Arteaga, 1996). Constituye por sí misma una patología, pero además constituye uno de los principales factores de riesgo en diversas enfermedades crónicas, como dislipidemias, hipertensión, diabetes, algunos tipos de cáncer y patologías digestivas (Alastrue, Formiguerra & Escudero, 1995; Atalah, 1997).

La obesidad ha sido definida como el exceso de grasa corporal a un nivel que significa riesgo para la salud (Arteaga, 1996; Atalah, 1997; Brownell, 1991). Se han utilizado diversos indicadores tales como, un contenido de grasa corporal superior al 25% del peso total para hombres y del 30% para mujeres, un peso relativo superior al 120% de lo deseado o un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor al percentil 85 de lo correspondiente a sexo y edad (Gaete, Urrejola, Muñoz & Maddaleno, 1995). La determinación del IMC (peso actual(kg.) / estatura[m²]) es utilizada universalmente para estimar la obesidad en el adulto (Atalah, 1997) y el IPT (índice peso/talla) para el niño (Arteaga, 1996). En el adulto se considera como obeso a todo individuo de sexo masculino que presente un IMC igual o superior a 27.8 y de sexo femenino igual o superior a 27.3 (Gamer & Wooley, 1991); en los niños de ambos sexos y adolescentes, cuando existe un IPT igual

Carmen Gloria Hidalgo, Escuela de Psicología; Beatriz Gottlieb, Facultad de Medicina.

La correspondencia relativa al artículo debe dirigirse a las autoras. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago. Fono: 686 4875. Fax: 686 4844. E-mail: cghidalg@puc.cl; bgottlieb@hotmail.com

o mayor a 120% (Gaete, Urrejola, Muñoz & Magdaleno, 1995). El Institute of Medicine of the National Academy of Sciences Weighing, establece con fines pronósticos y de orientación terapéutica para adultos, la categoría de obesidad leve (IMC hasta 29.9), moderada (IMC desde 30.0 a 39.9) y severa (IMC > 40.0).

La prevalencia de este tipo de trastornos ha aumentado significativamente en los adultos entre 20 y 75 años; en USA la población con sobrepeso supera al 25% (Foreyt, 1987). Estudios realizados en Chile, en la Pontificia Universidad Católica (1988) mostraron una prevalencia de obesidad de 13% en hombres y 22.7% en mujeres. En varones no se observó una diferencia importante en función del nivel socioeconómico pero sí en las mujeres con un riesgo de 2.1 veces mayor en el estrato bajo con respecto al alto. Cuatro años después, un nuevo estudio realizado por el mismo centro (1992) mostró un aumento en la prevalencia de obesidad de un 58% en varones y de 78% en mujeres. Esta tendencia representa un incremento promedio de 3% anual de obesidad. Los estudios de obesidad demuestran que en Chile ésta se incrementa con la edad, siendo mínima en el grupo etáreo de 15-24 años, llegando a un máximo en la década 50-60 años; a toda edad es más prevalente en la mujer (Arteaga, 1996).

A nivel nacional, los datos del MINSAL muestran un 7% de obesidad y 18% de sobrepeso en los preescolares. La prevalencia conjunta de ambos problemas supera el 30% entre los 3 y 12 meses de vida. En la Región Metropolitana, el 13.4% de los escolares urbanos y el 10.5% de los rurales presentan obesidad (Ivanovic, Olivares y Ivanovic, 1990). Actualmente el 50% de las embarazadas en control en el SNS (Servicio Nacional de Salud) presentan algún grado de sobrepeso u obesidad. Utilizando un mismo criterio de clasificación, se observa un incremento muy significativo de la prevalencia en los últimos años.

Debido al incremento de población obesa y a la gravedad del problema, ha surgido un interés progresivo por el estudio de los trastornos de la alimentación desde la década del 60. Actualmente se reconoce la importancia de factores genéticos en la regulación del peso (Bouchard, 1994; Stunkard & Wadden, 1993) como así mismo una serie de factores psicosociales y culturales (Brownell, 1991; Clark & Godstein, 1995). Las investigaciones buscan determinar patrones de comportamientos en la conducta alimentaria de los sujetos, características de

personalidad que puedan influir en el incremento de peso y síntomas característicos de la obesidad y de otros tipos de cuadros relacionados (Ibáñez 1994; Powers, 1990; Sanfuentes, Lieberman & Lolas, 1991).

Tradicionalmente la meta de los tratamientos para la obesidad es reducir el peso corporal. Se han reportado diferentes tipos de tratamientos, combinando una variedad de estrategias (farmacológicas, dietas, ejercicios, modificación de conducta alimentaria, cirugía) logrando disminución del peso, pero con resultados desalentadores en el largo plazo respecto a la mantención de la baja de peso (Cariaga, 1996; Carrasco & Manrique 1997; Caterson, 1990; Csendes, 1997).

Durante la década de los 90 los investigadores han recomendado considerar como resultados razonablemente exitosos cuando se obtienen montos pequeños en la reducción de peso y en los cambios de conducta (Foster, 1997). Más aún, el Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1995) definió como exitosos los tratamientos que en el largo plazo (al menos un año) significaban un 5% de la reducción del peso corporal. Sin embargo esto está muy alejado de las expectativas de reducción de peso de las personas que solicitan un tratamiento (Foster, 1997).

Un factor importante en el estudio de este tipo de trastornos es la influencia cultural. La vida moderna, junto con insertar modelos de belleza corporal que exigen la eliminación absoluta de la grasa y un ideal de bajo peso, también ha llevado a la población al sedentarismo y a hábitos de alimentación que aumentan el consumo de calorías sin necesariamente ser más nutritivos. Estos mensajes doble vinculares, provocan sentimientos de desprecio hacia el propio cuerpo, ya que los sujetos, especialmente en los países industrializados, adquieren estos hábitos alimenticios por necesidad y estilo de vida y, a la vez, las personas con sobrepeso son muy mal miradas, denigradas y ridiculizadas (Powers, 1990).

La importancia que tiene el estudio del tema radica en las consecuencias de la obesidad, tanto de orden médico como psicosocial (Foreyt, 1987). La obesidad es la causa más frecuente de hipertensión arterial, especialmente en la adolescencia. Se presentan complicaciones como la hiperinsulinemia, problemas pulmonares, ortopédicos y otros, con mayor frecuencia en adultos obesos (Arteaga, 1996; Gaete et al., 1995; Stunkard & Wadden, 1993). Hay

además condiciones médicas que pueden contribuir o causar la obesidad. Los desórdenes endocrinos, como el hipotiroidismo, el aumento de la insulina, grandes deficiencias hormonales y otros, pueden influir en la generación o mantención de la obesidad, aunque el sujeto haga los esfuerzos por la mantención de su peso (Clark & Godstein, 1995).

Las consecuencias psicosociales son especialmente importantes de considerar ya que pueden ser las principales causantes de los comportamientos de los sujetos obesos, generándose un círculo vicioso entre baja autoestima –ansiedad– conductas de ingesta, reforzado por los patrones socioculturales que valoran y presionan evidentemente a los sujetos para mantener una imagen corporal ideal (Brownell, 1991; Wadden & Stunkard, 1985).

Se ha observado que los jóvenes obesos tienen baja autoestima, mayor incidencia de alteraciones de personalidad y sentimientos de rechazo social (Mallik, 1983). Muchas de las dificultades que se les presentan a los sujetos obesos, vienen de una actitud negativa del entorno hacia ellos. Los obesos son estigmatizados, visualizados como individuos sin autocontrol y antiestéticos. La obesidad contribuye a la aparición de una sensación de aislamiento y rechazo, ya que sienten que sus propias familias y sus pares no comprenden la frustración que significa el ser obeso (Wadden, 1993). Foreyt (1987) plantea que los sujetos obesos sufren prejuicios sociales, además de discriminación y éstas son más severas en las mujeres que en los hombres.

Los niveles bajos de autoconfianza en los individuos obesos están directamente relacionados con la dificultad que han tenido en el intento por bajar de peso o por mantener la pérdida de peso que alguna vez lograron. Foster (1997) demuestra que las altas metas que se proponen los obesos en cuanto a reducción de peso está asociada fuertemente con una peor imagen corporal de sí mismos y una baja autoestima.

En estudios individuales se han encontrado síntomas ansiosos y depresivos en obesos (Kolotkin, 1987; Wadden, 1993). Un significativo número de pacientes obesos han reportado una diversidad de reacciones al hacer dieta; incluyendo debilidad, irritabilidad, nerviosismo y depresión.

Reportes clínicos confirman que la ingesta de alimentos puede estar asociado a patrones de personalidad específicos y conductas disfuncionales (Remesar & Alemany, 1994; Schlundt, Hill & Storocco,

1990). Estos muestran que personas obesas con ingesta excesiva y sensación de pérdida de control –Binge Eating Disorder (BED)–, pueden experimentar frecuentemente dificultades en la conducta interpersonal. Se perciben a sí mismas como personas con muy bajos niveles de autocontrol, tienen dificultades en las situaciones de mucho estrés y muestran carencia de habilidades asertivas (Kolotkin, 1987).

Los comportamientos interpersonales asertivos constituyen un conjunto de conductas y cogniciones que le permiten a una persona expresar sus creencias, opiniones, sentimientos y deseos, en ausencia de ansiedad y de forma adecuada a su contexto social. Estos comportamientos incluyen de acuerdo a la conceptualización de Riso: asertividad positiva (expresión de afectos, defensa de derechos, etc.) y asertividad negativa (expresión de rabia, rechazar peticiones, decir que no). Por otra parte, la conducta agresiva constituye un conjunto de comportamientos interpersonales dirigidos a satisfacer las propias necesidades sin considerar a los demás, causando daño físico y/o psíquico (Abarca & Hidalgo, 1989; Hidalgo & Abarca, 1990; Riso, 1988; Hidalgo & Abarca, 2000).

Otros estudios han mostrado que no existen claramente diferencias en la personalidad general o características psicológicas de los sujetos obesos con respecto a los no obesos (Brody, Walsh & Devlin, 1994), lo que no contradice lo anteriormente descrito si lo analizamos en términos de síntomas que pueden agravarse con la presencia de la obesidad. Existe una heterogeneidad de población obesa que nos hace reflexionar acerca de los tratamientos a que deben someterse estos sujetos (Brownell, 1991).

Por otra parte, existe un mal pronóstico en el tratamiento de la obesidad (Atalah, 1997; Arteaga, 1996; Wadden, 1993; Wadden & Stunkard, 1985). Para que el tratamiento sea eficaz se requiere que la persona cumpla las indicaciones (adherencia al tratamiento) y obtenga la baja de peso deseado (éxito del tratamiento). La eficacia puede estar mediada por características psicológicas particulares del individuo. Es importante que éstas sean identificadas y evaluadas para diferenciar las posibles respuestas de los pacientes a los tratamientos y adecuar éstos al sujeto particular.

Las estrategias terapéuticas de mayor uso han sido la restricción calórica, el ejercicio, el uso de drogas anorexígenas y las intervenciones psicológicas conductuales, solas o combinadas (Mediros-Neto,

1993; Meyer & Neuman, 1997; Pereira, Villamil & García, 1994; Rees, 1990; Stunkard & Penickl, 1979).

El ejercicio físico disminuye el apetito, conserva la masa grama, promueve la pérdida de grasa corporal y mejora el bienestar físico y emocional (Albala, 1997; Garrows, 1986; Ruiz de Adana, Madueño & Soriguer, 1994; Wadden, 1993). Los sujetos obesos presentan resistencia a realizar este tipo de actividad; aún así, es importante integrarlo en los programas para este tipo de tratamientos.

Las intervenciones conductuales han resultado efectivas para la disminución de peso, pero a largo plazo también presentan dificultades. Hay mejores resultados cuando éstas son combinadas con otras modalidades como el involucrar a la familia y técnicas grupales (Coggiola, 1995; Wadden, 1993).

La mayoría de las investigaciones muestran resultados moderados a corto plazo y aún menos promisorios a largo plazo. Los datos señalan que el 80% de los sujetos han recaído nueve años después. Ibáñez (1994) informa que el 70.7% de los adolescentes que respondieron inicialmente al tratamiento estaban obesos al concluir el seguimiento y sólo el 17% mantenía la pérdida de peso inicial.

Foster (1997) en un análisis de las expectativas de reducción de peso de 60 obesas encontró que en promedio éstas expectativas eran muy altas (reducción de peso corporal deseado: 32%) comparadas con el 5 a 10% de baja de peso recomendado por instituciones de especialistas. Después de un tratamiento de 48 semanas el grupo de obesas, en promedio, bajaban la mitad de kilos esperados. A pesar de la percepción de un éxito insuficiente al tratamiento, ellas reportaron efectos físicos y psicológicos positivos significativos. Es importante manejar las expectativas respecto de la reducción de peso para disminuir los efectos adversos. Se señalan efectos negativos al no bajar de peso ya que se afecta la autoeficacia, el ánimo, la imagen corporal y se desarrollan esfuerzos agresivos para alcanzar las metas ideales.

La importancia de la presente investigación radica en haber explorado el tema de la obesidad, con el fin de determinar algunas características de personalidad de los individuos obesos, tanto en lo general como en lo individual, que permitan la programación de tratamientos integrales más efectivos a corto y a largo plazo. Esto especialmente por la necesidad de ofrecer una ayuda real al individuo

consultante, que le facilite reconocer la capacidad de control sobre su cuerpo y no perpetúe, en cambio, la frustración de sus intentos por bajar o mantener el peso bajado.

El objetivo de esta investigación es definir un perfil de comportamientos interpersonales en pacientes que consultan por problemas de obesidad. Más específicamente se intentó determinar características de comportamientos en las dimensiones de *asertividad* y de *agresividad*, considerando diversas conductas en cada una de ellas, y haciendo una comparación entre hombres y mujeres obesas. Finalmente se planteó una relación entre estos comportamientos y los resultados de un tratamiento basado en fármacos, dieta, ejercicios y hábitos de alimentación.

Método

Se diseñó un estudio descriptivo y correlacional, evaluando las características de conducta interpersonal de pacientes consultantes calificados como obesos(as), analizando diferencias de sexo y edad. Posteriormente se hizo una comparación de grupos considerando como variable independiente las dimensiones de asertividad y agresividad, y como variable dependiente la adherencia al tratamiento y el éxito en el mismo.

Se consideró la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de las indicaciones y tareas prescritas para alcanzar el objetivo. Se distribuyeron en 2 grupos:

Buena adherencia: si el sujeto cumplía entre el 50% y 100% de las actividades del programa propuesto.

Regular /mala adherencia: si el sujeto cumplía menos del 50% de las indicaciones del programa propuesto.

El éxito del tratamiento, fue definido como la baja de una cantidad de kilos acordada previamente entre el paciente y el médico, de acuerdo a su peso ideal. Se distribuyó la muestra en 2 grupos:

Tratamiento exitoso: si el paciente bajó la mitad o más de los kilos acordados.

Tratamiento regular-malo: si el paciente bajó menos de la mitad de kilos acordados.

Participantes

Los participantes fueron un total de 54 personas obesas según definición de IMC, de ambos sexos cuyas edades fluctuaron entre los 6 y los 58 años de edad y que consultaron por exceso de peso para someterse a tratamiento.

Según edad se conformaron dos grupos de comparación: 18 o menos años (n=15) y mayores de 18 años (n=39) y según sexo la muestra se dividió en: mujeres entre 10 y 58 años de edad (n=45) y hombres entre 6 y 50 años de edad (n=9).

Instrumentos

Las personas obesas respondieron el *Test Inventario de Comportamientos Interpersonales (ICI)*. El ICI es un cuestionario de autoreporte, diseñado para establecer estilo de comportamiento social de los sujetos. Las 25 subescalas del ICI se distribuyen en

tres categorías principales:

- *Escalas de Validez:* Negación (DE), Infrecuencia (VIF), Buena impresión asertiva (SGI), Buena impresión agresiva (GGI) y Buena impresión total (TGI).
- *Escalas de Agresividad:* Agresividad general racional (GGR), Agresividad racional general breve (GGRS), Agresividad general empírica (GGE), Actitud hostil (HS), Expresión de la ira (EA), Menospreciar los derechos de los otros (DR), Agresividad verbal (VE) y Agresividad física (PH).
- *Escalas de Asertividad:* Asertividad general racional (SGR), Asertividad general racional breve (SGRS), Asertividad general empírica (SGE), Autoconfianza (SC), Asertividad inicial (IA), Asertividad defensiva (DA), Franqueza (FR), Alabanza (PR), Liderazgo (LE), Demanda de ayuda (RE-no evaluada en este estudio), Rechazar demandas (RF) y Evitación de conflictos (CA).

En esta investigación se utilizó el instrumento estandarizado para jóvenes universitarios chilenos que tiene indicadores de confiabilidad y validez aceptables (Hidalgo & Abarca, 2000).

Procedimiento

Se incorporó a la muestra los pacientes con IMC sobre los valores definidos y además se les realizó bioimpedanciometría.

Los sujetos completaron el ICI como parte del programa de tratamiento de obesidad al cual se sometían. Este programa de tratamiento incluyó: Ejercicio físico, técnicas de relajación, modificación de hábitos alimenticios, reestructuración de la alimentación, medicamentos y tests psicológicos.

Una vez finalizado el tratamiento cada sujeto fue clasificado de acuerdo a las variables de adherencia y éxito al tratamiento, por el médico tratante de acuerdo a los criterios previamente establecidos.

Se realizó el análisis comparativo por sexo, edad, adherencia y éxito del tratamiento. Se utilizó la prueba estadística *t* de student.

Resultados

La aplicación del ICI a los 54 sujetos permite describir un perfil general para esta muestra con respecto a los comportamientos asertivos y al manejo de las emociones de rabia y agresividad de los obesos (Gráfico 1).

Conviene destacar que se observó una cierta similitud en la configuración de los perfiles de los sujetos, lo que significa poca variabilidad entre los sujetos en cada escala, permitiéndonos considerar el perfil promedio como representativo del comportamiento interpersonal.

Las escalas de validez del test muestran que los participantes fueron honestos y se presentan tal cual son (SGI = 49.0; VIF = 67.8; TGI = 48.8; GGI = 54.9) sin tendencias exageradas a negar sus problemáticas (DE = 61.70).

Los promedios totales de obesos (Tabla 1) indican dificultades en los comportamientos interpersonales de asertividad (SGR), obteniendo un promedio menor al puntaje estándar medio ($T = 50$) en todas las escalas, y en particular aquellas que miden la habilidad para *decir no* a demandas poco razonables o inconvenientes para ellos y, las destrezas que les permiten *expresar abiertamente sentimientos y opiniones*, que son impopulares o implican una confrontación con otros. Esto último coincide con una clara tendencia a *evitar conflictos con otros*, además de una incapacidad de hacer respetar *sus propios derechos y defenderlos* (Escalas DA =

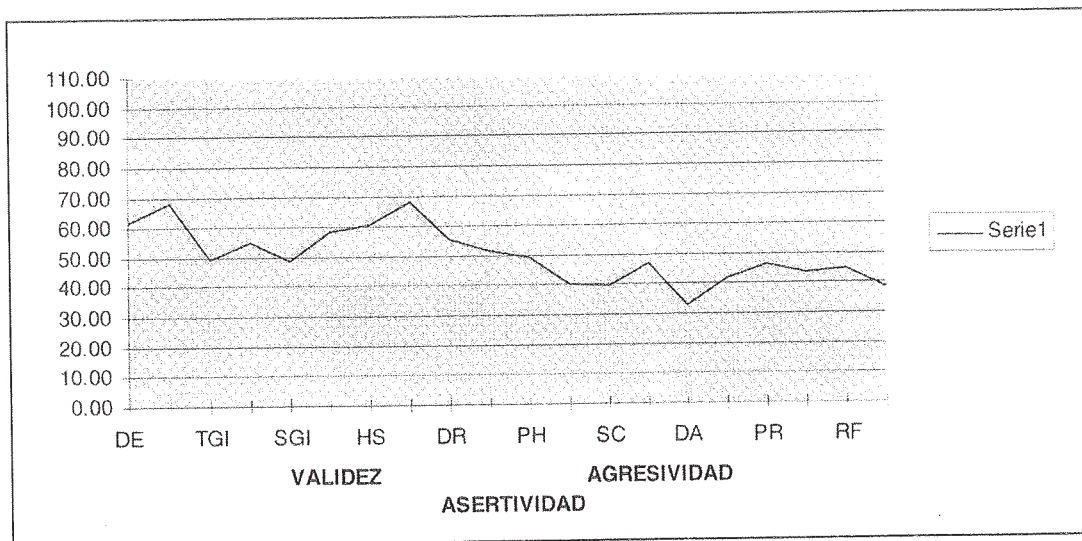


Gráfico 1. Inventario de Comportamiento Interpersonal (ICI) en puntajes *T* de la muestra total de obesos ($n = 54$).

Tabla 1
Escalas Inventario de Comportamiento Interpersonal (ICI) y Obesos (as)

	Escalas de Validez					Agresividad						Asertividad								
	DE	VIF	TGI	GGI	SGI	GGR	HS	EA	DR	VE	PH	SGR	SC	IA	DA	FR	PR	LE	RF	CA
Promedio Total	61.8	67.8	49.0	54.9	48.9	58.3	60.8	68.0	55.4	51.4	49.3	40.2	39.5	47.1	33.0	42.1	46.6	43.9	45.2	38.2
Promedio Mujeres	62.7	67.4	49.3	53.2	49.4	59.4	62.4	66.6	56.7	50.2	50.2	41.3	40.1	47.2	34.5	42.6	46.6	44.6	45.9	39.4
Promedio Hombres	56.2	69.5	47.8	63.6	46.5	52.8	53.1	74.8	48.7	57.0	44.7	34.4	36.6	46.4	25.4	39.7	46.2	40.4	40.4	32.7
Prueba <i>t</i> Student	1.5	0.5	0.8	2.85	1.47	2.67	3.2	2.25	2.71	1.7	1.4	3.8	1.3	0.4	1.63	0.9	0.2	2.5	1.5	3.4
<i>p</i> Value			.005	.005	.005	.005	.025	.005	.05	.0005						.01		.005		

33.0 y CA = 38.3). La escala que refleja la *confianza y seguridad en sí mismo* también es significativamente baja (SC = 9.5).

No muestran grandes deseos de asumir roles de liderazgo, ni comodidad en ellos (LE = 43.9). La capacidad de dar y recibir alabanzas se acerca a niveles de normalidad en relación a la población general de jóvenes chilenos (PR = 46.6).

En la iniciación de actividades pueden desenvolverse con dificultades leves y en la dirección apropiada (IA = 47.1).

En lo que se refiere a la rabia y agresividad, estos sujetos presentan una gama de comportamientos, sentimientos y actitudes dentro de los rangos normales, con cierta tendencia a mostrar un nivel más bien alto en agresividad (GGR = 58.3). En estas escalas se encontró puntajes promedios más altos que

en las escalas de asertividad, demostrando que los comportamientos asociados a esta dimensión son más frecuentes, en particular una actitud hostil hacia el mundo (HS = 60.8). Son capaces de considerar adecuadamente los derechos de los otros para la solución de problemas en los que deben protegerse a ellos mismos.

La agresión verbal y física hacia otros no las utilizan con frecuencia. Sin embargo, muestran una tendencia antagónica hacia los demás en forma de pensamientos, con una manera de ver el mundo que justifica la agresión para salir adelante en la vida o para protegerse. De esta manera presentan una alta tendencia a enojarse y a expresar la ira en forma contundente (EA = 68).

Los análisis no mostraron diferencias significativas entre los participantes en relación a los grupos de edad (< de 19 y > de 18 años).

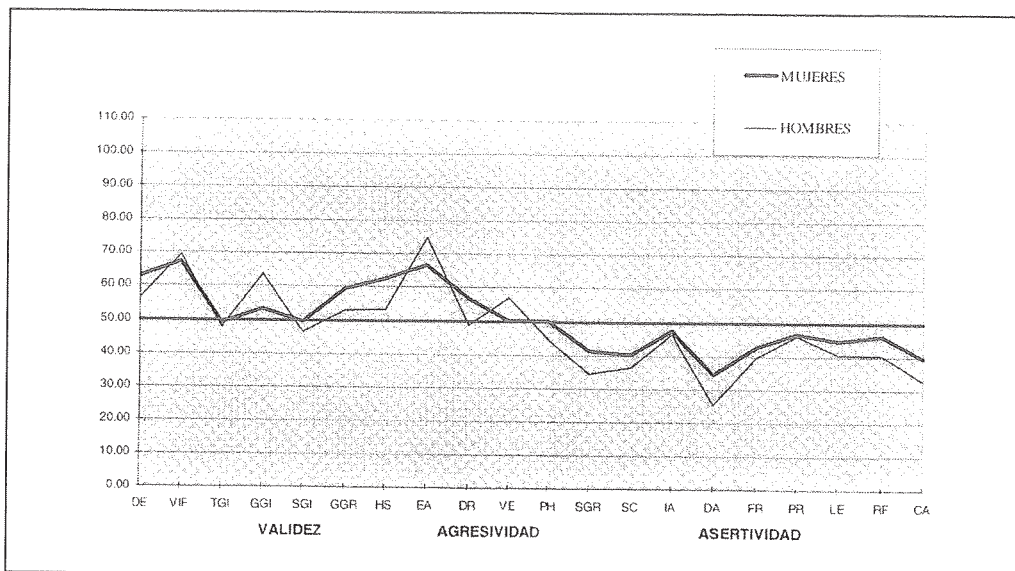


Gráfico 2. Puntajes *T* del Inventario de Comportamiento Interpersonal (ICI) de la muestra total de hombres ($n = 9$) y de la muestra total de mujeres ($n = 45$).

Al comparar los grupos de hombres y mujeres obesos se observa un perfil cuya configuración es similar. Las curvas aunque siguen prácticamente el mismo sentido, se acentúan mucho más en el perfil de los hombres obesos, demostrando mayor dificultad en casi todas las habilidades asertivas (Gráfico 2).

El análisis estadístico revela diferencias significativas entre hombre y mujeres en algunas escalas. La escala de validez (GGI) indica que las mujeres intentan minimizar más que los hombres sus comportamientos agresivos. Los hombres obesos muestran claramente mayores dificultades que las mujeres para realizar comportamientos que indican asertividad en general (SGR = 34.4 vs. 41.6). Son significativamente menos asertivos para expresar abiertamente los sentimientos y opiniones que puedan causar una confrontación con otros (CA). Existe en ellos una incapacidad mayor que en las mujeres de asumir roles de dirección y de sentirse bien en ellos (LE) (Tabla 1).

En comparación con las mujeres, se encuentran diferencias significativas en 4 de las 5 escalas de agresividad; siendo los varones más agresivos en la escala general de agresividad (GGR) y, específicamente en la expresión directa del enojo (EA) y en la agresión verbal (VE). Aparece una tendencia a enojarse y a expresar la ira en forma contundente y directa pudiendo utilizar la agresión verbal con mayor frecuencia que la agresión física, para enfrentarse a estos sentimientos con otros. Las mujeres por su parte, presentan niveles de hostilidad (HS) y tendencia a ignorar y/o desconocer los derechos de otros, significativamente más alta que los varones (DR) (Tabla 1).

Al estudiar la asociación entre los puntajes de todas las escalas del test y las variables éxito del tratamiento (dicotomizadas en éxito del tratamiento y tratamiento regular-malo) nos encontramos con diferencias estadísticamente significativas en las escalas de Agresividad General GGR ($t = 4.6$; p value .034); en la escala de Hostilidad HS ($t = 4.5$; p value .04) y en Agresión Verbal VE ($t = 4.9$; p value .03) (Tabla 2).

Tabla 2
Comparación de Test ICI en obesos con éxito en el tratamiento/adherencia (G1) y sin éxito (G2)

Escalas	Tratamiento						Escalas	Adherencia					
	ICI	G1 Media	G1 ds	G2 Media	G2 ds	Prueba t		P value	ICI	G1 Media	G1 ds	G2 Media	G2 ds
DE	62.8	12.7	59.7	11.4	0.8	N.S	DE	62.2	12.5	60.5	11.8	0.2	N.S
VIF	67.8	13.1	68.0	12.2	0.1	N.S	VIF	67.8	13.1	68.1	11.8	0.1	N.S
TGI	48.2	5.8	50.4	5.0	1.9	N.S	TGI	48.7	5.8	49.7	5.1	0.3	N.S
GGI	56.5	10.1	51.8	11.3	2.5	N.S	GGI	55.9	10.2	52.1	11.6	1.5	N.S
SGI	48.4	5.7	58.0	5.0	1.1	N.S	SGI	48.8	5.6	49.4	5.2	0.2	N.S
GGR*	56.9	7.3	61.1	6.2	4.6	0.034	GGR*	57.1	7.0	61.7	6.6	5.0	0.03
HS*	59.1	8.7	64.1	7.7	4.5	0.04	HS*	59.5	8.5	64.5	8.2	4.02	0.04
EA	67.1	11.5	69.7	8.2	0.8	N.S	EA	67.6	11.2	69.2	8.2	0.3	N.S
DR	54.4	7.7	57.6	9.9	1.7	N.S	DR	54.5	7.6	69.2	10.5	2.1	N.S
VE*	53.9	10.8	47.2	10.5	4.9	0.03	VE*	53.3	10.7	58.2	11.0	3.9	0.05
PH	48.7	11.6	50.7	10.9	0.4	N.S	PH	48.9	11.2	46.9	11.5	0.3	N.S
SGR	39.9	6.1	40.9	4.7	0.4	N.S	SGR	39.8	6.3	50.8	3.6	0.7	N.S
SC	40.1	8.4	38.9	6.6	0.3	N.S	SC	39.9	8.4	41.3	5.9	0.2	N.S
IA	46.4	6.6	48.3	5.6	1.2	N.S	IA	46.4	6.4	38.9	5.6	1.3	N.S
DA	32.2	7.5	34.2	5.6	1.0	N.S	DA	32.6	7.3	48.6	5.9	0.3	N.S
FR	42.7	9.0	41.1	8.7	0.5	N.S	FR	42.7	9.2	33.7	7.9	0.6	N.S
PR	46.2	6.9	47.7	5.5	0.7	N.S	PR	46.7	6.8	40.6	5.6	0.0	N.S
LE	43.7	4.8	44.7	4.5	0.6	N.S	LE	43.7	4.6	46.8	4.8	0.8	N.S
RF	45.2	10.4	44.8	10.9	0.0	N.S	RF	45.1	10.0	44.9	11.8	0.0	N.S
CA	38.4	6.2	38.5	6.0	0.0	N.S	CA	38.5	6.1	38.7	6.2	0.4	N.S

* Diferencias significativas

El análisis estadístico mostró asociación entre las mismas escalas anteriormente señaladas y la adherencia a tratamiento (dicotomizada en buena o mala adherencia al tratamiento): GGR ($t = 5$; p value .03); HS ($t = 4.02$; p value .04); VE ($t = 3.9$; p value .05) (Tabla 2).

Estas diferencias significativas señalan que tanto personas con éxito en el tratamiento y buena adherencia a él, son significativamente menos agresivas, teniendo una actitud menos hostil hacia los demás, y que los varones sin éxito agreden más verbalmente que los obesos que tienen éxito en su tratamiento.

Al analizar solamente el grupo de mujeres de acuerdo al éxito del tratamiento y adherencia se observó únicamente diferencias significativas en la Escala de Agresividad General (GGR: $t = 3.9$; p value .05). En los hombres por separado, no se pudo analizar por el tamaño muestral. Se visualizan tendencias que indicarían diferencias en las escalas de Buena Impresión Asertiva SGI, Agresividad Verbal VE y Liderazgo LE.

Discusión

Los resultados señalan ciertas características de funcionamiento interpersonal en personas que sufren de obesidad y que consultan para someterse a tratamiento, que pueden ser de utilidad para comprender la participación de factores psicológicos y de conducta social en la mantención de la ingesta excesiva y en el pronóstico del tratamiento.

Debe señalarse que los participantes en promedio se perfilan como personas con importantes déficits de conductas asertivas, en particular los comportamientos asociados a rechazar peticiones o a decir que no, muy relacionado con las conductas de evitación en situaciones conflictivas que los llevan a no hacer que los demás respeten sus deseos y derechos. La dimensión de agresividad muestra en cambio, valores sobre la media, destacándose aquí diferencias de sexo.

Si bien las mujeres aparecen minimizando sus impulsos agresivos y reportan menores expresiones verbales y físicas de rabia que los varones, los comportamientos que reflejan hostilidad hacia los demás es más alta en las mujeres. Es destacable cómo el sexo femenino aparece con una carga importante de hostilidad y rabia, lo que las hace enojar con facilidad. Sin duda la variable género está influyendo en la conducta interpersonal deseable culturalmen-

te, reflejando un patrón de comportamiento agresivo más pasivo e indirecto en las mujeres (conductas pasivo-agresivas) y uno más directo en varones. En cambio, en relación a la asertividad el grupo de varones obtuvo menores índices de asertividad.

Estos resultados no parecen ser tan distintos a los observados en una muestra general de jóvenes chilenos (Abarca & Hidalgo, 1989; Ibáñez, 1994) en cuanto al tipo predominante de déficits de conducta asertiva, por lo cual sería muy interesante poder realizar un estudio con grupo control de modo de poder inferir si estas características diferencian a las personas obesas de las no obesas. Sin embargo, en la medida que éstos déficits se correlacionan con baja autoestima, ansiedad social, depresión, etc. (Brody et al., 1994) se puede plantear que este comportamiento interpersonal es un factor más de riesgo para llegar a ser obeso y mantenerse en esta condición, ya que probablemente implica un manejo de las emociones que provocan las situaciones interpersonales difíciles e insatisfactorias mediante el consumo de alimentos, amén de la predisposición genética. Desde el punto de vista de los tratamientos integrales para la obesidad esto tiene relevancia porque señala un factor que debe ser incorporado al tratamiento, desarrollando habilidades y destrezas sociales para un manejo adecuado de la asertividad.

En relación a la agresividad, si bien las diferencias encontradas en hombres y mujeres se pueden parcialmente atribuir a la socialización, debe destacarse el patrón pasivo agresivo en las mujeres y sobre todo su relación con el éxito y adherencia al tratamiento. Es estadísticamente significativa la evidencia de que las mujeres que logran bajar de peso – un 50% de lo deseado o más – y que siguen las prescripciones del equipo de salud, son menos agresivas y hostiles, tienen un mejor manejo de la rabia y de sus sentimientos hostiles hacia el mundo, siendo sus comportamientos más directos y verbales. Esto último, es una tendencia más clara en los hombres. Por el contrario, queda demostrado que los obesos con fracaso total o parcial en el tratamiento son aquellas personas con mayores impulsos agresivos, más hostiles y rabiosos, con un inadecuado manejo de estas emociones.

De lo anterior se desprenden varias consecuencias: las personas más hostiles y con mal manejo de estas emociones tienen un peor pronóstico en el tratamiento de la obesidad. Adicionalmente, no parece conveniente exponer a los pacientes a fracaso en

su tratamiento porque esto aumenta la frustración y hostilidad de los obesos hacia los demás y consigo mismo, con lo cual se genera un circuito recursivo. Esto hace referencia a la importancia de manejar adecuadamente las expectativas de los pacientes en cuanto a la baja de peso sabiendo que las "expectativas ideales" se cumplen en un mínimo porcentaje de los casos (Kolotkin & Revis, 1987). La adherencia al tratamiento está asociada al resultado exitoso y mediado por las mismas variables interpersonales ya señaladas. Por último, el tratamiento para disminuir el peso debe incluir un manejo psicológico en que necesariamente deben ser abordadas las emociones de rabia, enojo, ira, hostilidad y miedo para que éstas disminuyan y/o sean manejadas más adecuadamente, aspecto que aumentaría la probabilidad de adherencia y éxito al tratamiento.

Si bien estos resultados no pueden ser generalizados a jóvenes menores de 18 años ni a varones dada la escasa participación de estos grupos, sí nos señala la hipótesis a ser contrastadas por otros estudios. En relación a las mujeres los datos son más concluyentes, aún cuando la necesidad de dicotomizar las variables de éxito y adherencia, no permitió un análisis más discriminativo. También debe mejorarse la rigurosidad metodológica en cuanto al momento de aplicación del test —la que debe realizarse antes de iniciar cualquier intervención ya que aún cuando el ICI mide patrones de conductas habituales pueden producirse efectos de cambios de ánimo y conducta de las personas producto de la dieta— y al procedimiento de definición de la meta a obtener con el tratamiento, por parte de los pacientes.

Referencias

- Abarca, N. & Hidalgo, C. G. (1989). Evaluación psicométrica de habilidades sociales en jóvenes universitarios chilenos. *Revista Análisis del Comportamiento*, 4, 51-62.
- Alastruc, V., Formiguerra, D. & Escudero, L. (1995). Obesidad severa. *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*, 285-303.
- Albala, C. (1997). Rol del ejercicio en el tratamiento de la obesidad. *Curso de actualización en el manejo integral del paciente obeso*. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Atalah, E. (1997). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Libro de resúmenes. Curso de actualización en el manejo integral del paciente obeso*. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Arteaga, A. L. (1996). Nutrición y obesidad. En M. Ruz, H. Araya, E. Atalah & D. Soto (Eds.), *Nutrición y Salud*, (pp. 277-289). Depto de Nutrición. Facultad de Medicina, U. de Chile.
- Bouchard, C. (Ed.). (1994). *The genetics of obesity*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Brody, M. L., Walsh, B.T. & Devlin, M.J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 381-386.
- Brownell, K. D. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy*, 22, 153-177.
- Cariaga, L. & López, D. (1996). Regímenes básicos y prescripciones dietéticas. En M. Ruz, H. Araya, E. Atalah & D. Soto (Eds.), *Nutrición y Salud*, (pp. 355-366). Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Carrasco, F. & Manrique, M. (1997). Farmacoterapia en el manejo del paciente obeso. *Curso de actualización en el manejo integral del paciente obeso*. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Caterson, I. D. (1990). Management strategies for weight control, eating exercise and behaviour. *Drugs* 3, 20-32.
- Clark, M. & Godstein, M. G. (1995). *Obesity: A health psychology perspective*. A. J. Goreczny: *Handbook of health and rehabilitation psychology*. NY: Plenum Press.
- Coggiola, A. (1997). Manejo conductual del paciente obeso. *Curso de actualización en el manejo integral del paciente obeso*. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Cssendes, A. (1997). Cirugía en obesidad mórbida. *Curso de actualización en el manejo integral del paciente obeso*. Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Foreyt, J. P. (1987). Issues in the assessment and treatment of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 677-684.
- Foster, G. A., Wadden, T. A., Vogt, R. A. & Brewer, G. (1997). What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 79-85.
- Gaete, V., Urrejola, P., Muñoz, C. & Maddaleno, M. (1995). La obesidad en la adolescencia. *VII Curso de Pediatría Ambulatoria*.
- Gamer, D. M. & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatment for obesity. *Clinical Psychological Review*, 11, 729-780.
- Garrows, J. S. (1986). Effect of exercise on obesity. *Acta Médica Scandinava*, 711, S67-S73.
- Hidalgo, C. G. & Abarca, N. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 265-285.
- Hidalgo, C. G. & Abarca N. (2000). *Comunicación interpersonal: Programa de entrenamiento en habilidades sociales*. (Edición revisada) Santiago: Ediciones Universidad Católica.
- Ibáñez, G. E. (1994). Psicología y obesidad. *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*, 149-158.
- Ibáñez, G. E., & Caro, I. (1994). Intervención psicológica en la obesidad. *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*, 249-256.
- Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1995). *Weighing the options: criteria for evaluating weight management programs* (p. 139). Washington D.C.: National Academy Press.
- Ivanovic, R., Olivares, M. & Ivanovic, D. (1990). Estado nutricional en escolares chilenos urbanos y rurales de la Región Metropolitana, 1986-1987. *Revista Chilena de Pediatría*, 61, 210-217.
- Kolotkin, R. L. & Revis, E. S. (1987). Binge eating in obesity: Associated MMPI characteristic. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (6), 872-876.

HIDALGO Y GOTTLIEB

- Mallik, M. J. (1983). Health hazards of obesity and weight control. A review of the literature. *American Journal of Public Health*, 73, 78-82.
- Mediros-Neto, G. A. (1993). Should drugs be used for treating obese children? *International Journal of Obesity*, 17, 363.
- Meyer, E. & Neuman, C. (1977). Management of the obese adolescent. *Pediatrics Clinics of North America*, 241, 123-132.
- Pereira, J. L., Villamil, F. & García, L. (1994). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*, 257-268.
- Powers, P. (1990). *Obesity, the regulation of weight. Psychiatric consideration in obesity*, 157-199.
- Rees, J. M. (1990). Management of obesity in adolescent. *Med Clin. North Am.* 74 (1), 1275.
- Remesar, X. & Alemany, M. (1994). El apetito en el control del peso corporal. *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*, 159-176.
- Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo*. Colombia: Ediciones Rayuela.
- Ruiz de Adana, Madueño, T. & Soriguer, E. (1994). Ejercicio y obesidad. *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*, 269-284.
- Sanfuentes, M. T., Lieberman, C. & Lolas, F. (1991). Restricción: Una perspectiva internacional sobre el comportamiento alimentario. *Revista de Psiquiatría VIII*, 701-705.
- Schlundt, D. G., Hill, J. & Storocco, T. (1990). Obesity: A biogenic or behavioral problem. *International Journal of Obesity*, 14, 815-828.
- Stunkard, A. J. & Penick, S. B. (1979). Behavior modification in the treatment of obesity. The problem of maintaining weight loss. *Archives of Gen. Psychology*, 36, 801-806.
- Stunkard, A. J. & Wadden, T. A. (1993). *Obesity: Theory and therapy*. New York: Raven Press.
- Wadden, T. A. (1993). Treatment of obesity by moderate and severe restriction: Results of clinical research trials. *Annals of Internal Medicine*, 119, 668-693.
- Wadden, T. A. & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences on obesity. *Annals of Internal Medicine*, 99, 675-684.