



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología
Carrera de Psicología Clínica

Rasgos de personalidad y ansiedad en mujeres con obesidad en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca en el periodo 2019-2020

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

Autoras:

Melissa Estefanía Crespo Chacha

CI: 0105715650

Correo electrónico: melissacrespo0195@hotmail.com

Andrea María Matamoros Ordoñez

CI: 0705639904

Correo electrónico: andrea_mat04@hotmail.com

Directora:

Tania Lorena Delgado Quezada

CI: 0104269246

Cuenca – Ecuador
7 de julio de 2020



RESUMEN

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial, se relaciona con factores ambientales y genéticos además de factores socioculturales y psicológicos, estos últimos no han sido estudiados de la misma forma que los factores de aspectos médicos (García y Creus, 2016). El problema con esta enfermedad radica en que es atendida esencialmente desde su parte médica y se excluyen las consideraciones psicológicas, lo cual es un error si revisamos que, en la primera consulta por sobrepeso y obesidad, buena parte de los pacientes manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden al término ansiedad como causa de la ingestión excesiva de alimentos (Tapia, 2006). A más de ello cabe mencionar que a lo largo de los años se ha creído que hay ciertos rasgos de personalidad que predisponen, favorecen o determinan esta enfermedad (Guzmán, Del Castillo y García, 2010). El *objetivo* de la investigación fue determinar la relación que existe entre los rasgos de personalidad, variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos y edad desde la que presenta la obesidad) con el grado de ansiedad que presentan las mujeres que participan en el programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca. La investigación cuenta con un *enfoque* cuantitativo, *tipo de diseño* no experimental, alcance correlacional, las *participantes* fueron 37 mujeres pertenecientes al programa antes mencionado. Los *resultados* demostraron que existe correlación significativa entre los rasgos de personalidad, del cuestionario 16PF5, de aprensión, tensión y la dimensión de ansiedad con la evaluación de ansiedad de Hamilton, además de una correlación positiva entre la edad de diagnóstico del trastorno y la presencia de ansiedad. En *conclusión*, podemos decir que existen ciertos rasgos de personalidad predominantes en el grupo de participantes, con características como pensamiento concreto, resistencia al cambio, distantes y emocionalmente cambiantes; así también mientras más tardío es el diagnóstico de obesidad mayor es el nivel de ansiedad que presentan.

Palabras clave: Obesidad. Mujeres. Rasgos de personalidad. Ansiedad. Variables Sociodemográficas.



ABSTRACT

Obesity is a disease of multifactorial etiology, it is related to environmental and genetic factors as well as sociocultural and psychological factors, the latter have not been studied in the same way as the factors of medical aspects (García & Creus, 2016). The problem with this disease is that it is essentially treated from the medical side and psychological considerations are excluded, which is an error if we review that, in the first consultation for overweight and obesity, many of the patients spontaneously express expressions in which allude to the term anxiety as a cause of excessive food intake (Tapia, 2006). In addition to this, it is worth mentioning that over the years it has been believed that there are certain personality traits that predispose, favor or determine this disease (Guzmán, Del Castillo & García, 2010). The objective of the investigation was to determine the relationship that exists between personality traits, sociodemographic variables (age, level of education, occupation, marital status, number of children and age from which obesity is present) with the degree of anxiety that presented by the women who participate in the Bariatric Surgery program of the Ecuadorian Institute of Social Security of Cuenca. The research has a quantitative approach, non-experimental type of design, correlational scope, the participants were 37 women belonging to the aforementioned Program. The results showed that there is a significant correlation between personality traits, from the 16PF5 questionnaire, apprehension, tension, and the anxiety dimension with the Hamilton anxiety assessment, in addition to a positive correlation between the age of diagnosis of the disorder and the presence of anxiety. In conclusion, we can say that there are certain predominant personality traits in the group of participants with characteristics such as concrete thinking, resistance to change, distant and emotionally changing; thus, the later the diagnosis of obesity is, the greater the level of anxiety they present.

Key words: Obesity. Women. Personality traits. Anxiety. Sociodemographic variables.



ÍNDICE DE TRABAJO

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
DEDICATORIA	12
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	13
PROCESO METODOLÓGICO	24
Población.....	24
Criterios de inclusión y de exclusión	24
Instrumentos	25
Fiabilidad de los instrumentos.....	25
Procedimiento.....	26
Procesamiento	26
Aspectos éticos.....	27
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
Caracterización de las participantes	29
Identificación de los rasgos de personalidad.....	31
Identificación del grado de ansiedad.....	33
Relación entre los rasgos de personalidad y la ansiedad.....	34
Relación entre los rasgos de personalidad y las variables sociodemográficas con la ansiedad	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS.....	40
ANEXOS	44
Anexo 1. Ficha Sociodemográfica	44
Anexo 2. Cuestionario factorial de personalidad adolescentes y adultos (16PF-5).....	45
Anexo 3. Escala de ansiedad de Hamilton	61
Anexo 4. Consentimiento informado	70



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las escalas primarias mediante adjetivos	15
Tabla 2. Descripción de las dimensiones globales mediante adjetivos	16
Tabla 3. Datos sociodemográficos de las pacientes participantes del estudio	25
Tabla 4. Rasgos de personalidad identificados	28
Tabla 5. Nivel de ansiedad identificado.....	29
Tabla 6. Correlaciones de Spearman entre la ansiedad y la personalidad	30
Tabla 7. Coeficientes de la regresión lineal múltiple para predecir ANSIEDAD en el modelo 1 y modelo 2	32



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Melissa Estefanía Crespo Chacha, autora del trabajo de titulación "Rasgos de personalidad y ansiedad en mujeres con obesidad en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca en el periodo 2019-2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 7 de julio de 2020


Melissa Estefanía Crespo Chacha
0105715650



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Andrea Maria Matamoras Ordoñez, autora del trabajo de titulación "Rasgos de personalidad y ansiedad en mujeres con obesidad en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca en el periodo 2019-2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 7 de julio de 2020

Andrea Maria Matamoras Ordoñez
0705639904



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Melissa Estefanía Crespo Chacha en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Rasgos de personalidad y ansiedad en mujeres con obesidad en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca en el periodo 2019-2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 7 de julio de 2020

Melissa Estefanía Crespo Chacha

0105715650



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Andrea María Matamoros Ordoñez en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Rasgos de personalidad y ansiedad en mujeres con obesidad en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca en el periodo 2019-2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 7 de julio de 2020



Andrea María Matamoros Ordoñez
0705639904



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestra familia y a todas las personas que nos han apoyado durante la realización de este trabajo de titulación, en especial al personal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social por brindarnos su tiempo y depositar en nosotras su confianza. A Gloria Riera por sus valiosos aportes y grandes enseñanzas durante este proceso. Finalmente, a la Universidad de Cuenca por abrirnos sus puertas y prestarnos las condiciones necesarias para un excelente desarrollo profesional y personal y a sus docentes por la dedicación y esfuerzo que nos brindaron en cada una de sus enseñanzas.

Melissa y Andrea



DEDICATORIA

Desde pequeña cuando la gente me pregunta a quién admiro siempre respondo que esa persona es mi mamá, un claro ejemplo de lucha, superación, esfuerzo y amor, este trabajo se lo dedico a ella, que siempre ha estado y siempre estará conmigo dándome lo mejor de sí misma para que pueda superarme. A las dos personas más bondadosas que conozco, de ellos aprendí que ayudar a quienes más lo necesitan alimenta el alma, mis abuelos Julio y Bety. A mis tías quienes han velado por mi felicidad y me han alentado con sus palabras para ser la mejor profesional y persona. Y finalmente a mi compañero, mejor amigo, hermano, quien nunca me ha dejado sola. Yo no hubiera podido llegar hasta donde me encuentro el día de hoy sin todos y cada uno de ustedes.

Melissa Estefanía Crespo Chacha



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado principalmente a mi madre Flora y a mi abuelita Delia, por estar siempre presentes en mi vida, por brindarme su apoyo y dedicación, por creer en mí y animarme a seguir mis ideales. A mi abuelo Segundo que, aunque ya no está presente fue siempre un apoyo y una invaluable fuente de sabiduría. Finalmente, a mi hermana Yadira y a mis sobrinos que han hecho de mi vida una aventura y aún en la distancia alegran mis días.

Andrea María Matamoros Ordoñez



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

OBESIDAD

Hace 40 años, el número de personas que presentaba bajo peso era notablemente mayor en comparación al número de personas obesas (Malo-Serrano, Castillo y Pajita, 2017). Según Guerra, J. (2012), en el mundo se registran más de 1.000 millones de personas que padecen sobrepeso, 300 millones tienen un diagnóstico clínico de obesidad, de este grupo 3 millones fallecen cada año por causas relacionadas a la enfermedad. Con base en los datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (2019), de mantenerse la tendencia de incremento de masa corporal por década en la población, que es de 0,4 kg/m² en hombres y 0,5 kg /m² en mujeres, “para el año 2030 más del 40 % de la población del planeta tendrá sobrepeso y más de la quinta parte será obesa” (Pajuelo, Torres, Agüero y Bernui, 2019, p. 22).

El aumento en la prevalencia de la obesidad se ha observado en diversos países de América incluyendo Ecuador, del cual, a pesar de no tener cifras que nos permitan conocer el número de afectados, si se conoce que la frecuencia es alta especialmente en las mujeres (Campoverde, Añez, Salazar, Rojas y Bermúdez, 2014). Junto con otros padecimientos como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, tabaquismo, forma parte de las conocidas enfermedades crónicas no transmisibles que han causado más del 80 % de las muertes a nivel mundial, por lo que constituye un motivo de preocupación primordial, que además causa repercusión sobre la sociedad, los sistemas de salud y la economía general (Alfonso, 2013).

La obesidad es una condición patológica común en el ser humano, su aparición se remonta a la antigüedad, esta enfermedad ha persistido y se ha incrementado durante siglos por factores genéticos y ambientales y puede ser nefasta para la salud de quien la padece. La obesidad se encuentra registrada en la historia a través del arte, la obra más antigua conocida por el ser humano representa una figura femenina con obesidad, se conoce como Venus de Willendorf y se remonta hace 25 000 años a.C (Rodríguez, 2003).

Los criterios estéticos mostrados en la pintura, literatura y arte durante la historia han contribuido a que la obesidad no haya sido considerada como enfermedad durante siglos (Ruiz, Santiago, Bolaños y Jauregui, 2010). Ciertamente, en el tiempo de nuestros antepasados la



frecuencia de esta enfermedad era baja, se consideraba un signo de opulencia, quien poseía un abdomen abultado lo ostentaba con orgullo como un signo de que le iba bien en la vida. A partir de 1950 en Estados Unidos crece la preocupación por esta enfermedad debido a su incremento, que se aceleró de forma imprevista durante los años 1980-2008 y preocupó al sistema de salud porque afectaba la expectativa de vida de la población (Mönckeberg y Muzzo, 2015). Desde el año 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó a la obesidad como una epidemia (Alfonso, 2013).

La obesidad se caracteriza por el exceso de grasa corporal en el organismo y se manifiesta por un peso superior al considerado normal. Dentro de la práctica médica la obesidad se diagnostica utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC) que se obtiene de medir al peso corporal en kilogramos y dividirlo entre la talla de la persona en metros cuadrados; el IMC ideal se encuentra entre 20 y 25; el sobrepeso se encuentra entre los 25 y 29.9. La obesidad se mide en tres grados distintos: obesidad grado I de 30 a 34.9, obesidad grado II de 35 a 39,9 y finalmente obesidad grado III, conocida también obesidad mórbida o extrema, con un IMC mayor a 40.15 (Rodríguez, 2003).

Se trata de una enfermedad de etiología multifactorial, que se relaciona con factores ambientales y genéticos además de factores socioculturales y psicológicos. Acerca de los factores biológicos se conoce que el incremento en la prevalencia de proporciones epidémicas se relaciona con factores dietéticos y un incremento en el estilo de vida sedentario y se relaciona además con factores como el aumento del consumo de grasas saturadas y carbohidratos, la disminución de la ingesta de frutas, alimentos sanos y se expresa desde la falta de práctica de actividad física en relación al aumento de tiempo que las personas usan para mirar televisión o trabajar en el computador (García y Creus, 2016).

Los factores socioculturales están relacionados con los estereotipos, ideales de belleza y la preocupación por el cuerpo que puede variar entre culturas, de esta manera se extiende la percepción que las personas tienen con respecto a la obesidad. Los pacientes obesos son calificados como personas no atractivas ni disciplinadas, perezosos e incluso como menos inteligentes, el juicio si se trata de mujeres tiende a ser peor (Ruiz, Santiago, Bolaños y Jauregui, 2010). Los



factores psicológicos desempeñan un papel fundamental en el padecimiento de la obesidad y en su tratamiento (Silvestri y Stavile, 2005).

Aunque no exista un prototipo entre los pacientes con obesidad, sí se puede considerar que estas personas comparten ciertos aspectos psicológicos, entre ellos encontramos rasgos de personalidad y enfermedades psicológicas asociadas, como la depresión y la ansiedad (Ruiz, Santiago, Bolaños y Jauregui, 2010). La personalidad está relacionada con diversos aspectos de la vida biopsicosocial y puede influir en el desarrollo de determinadas enfermedades multicausales como la obesidad, debido a que, por ejemplo, si un sujeto presenta un determinado rasgo, puede llegar a tener mayor o menor probabilidad de pasar por ciclos de pérdida y ganancia de peso durante toda su vida (Tamayo y Restrepo, 2014). Estas personas también pueden presentar trastornos de ansiedad, lo que, junto con los trastornos del ánimo, son los que más contribuyen a la morbimortalidad por el sufrimiento que generan (Fernández, Alfonso, Sabina y Cruz, 2012). La ansiedad se puede manifestar en alteraciones del estado del ánimo, de los pensamientos, del comportamiento y de actividades fisiológicas, y se relacionan con diversas enfermedades, entre ellas la obesidad (Godoy, 2014).

El problema con esta enfermedad es que es atendida esencialmente desde su parte médica y se eluden las consideraciones psicológicas, lo cual es un error si revisamos que, en la primera consulta por sobrepeso y obesidad, buena parte de los pacientes manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden al término ansiedad como causa de la ingestión excesiva de alimentos (Tapia, 2006). Además, se han estudiado diversos grupos con respecto a esta enfermedad, entre ellos las mujeres, para ellas el padecimiento de obesidad desempeña un papel importante en el deterioro de su salud y afecta de manera negativa su calidad de vida y reduce significativamente su expectativa de vida.

La mujer resulta ser particularmente vulnerable debido a factores hormonales y genéticos, embarazos y la menopausia (Pizzi y Fung, 2015). Un estudio transversal correlacional realizado en México con 849 participantes acerca de la relación entre obesidad, ansiedad y estrés, obtuvo como resultado que las mujeres con obesidad presentan mayores niveles de ansiedad, así como mayor probabilidad de manifestar esta condición; en este estudio se obtuvo como resultado además



que la obesidad y el género son condiciones de riesgo para la manifestación de ansiedad (Pompa y Meza, 2017).

PERSONALIDAD

Desde tiempos antiguos, y posteriormente con la instauración de la psicología como ciencia, filósofos, psicólogos e investigadores se han interesado en el estudio del concepto de *personalidad* para explicar el cómo, el por qué y el para qué de los comportamientos de cada individuo (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009). Durante el siglo xx se postularon diversas teorías que buscaban explicar, describir y medir la personalidad mediante diferentes enfoques conceptuales y metodológicos, en el que cada uno constituye una forma diferente de abordar este fenómeno (García, 2005).

El concepto *personalidad* proviene del término *persona*, denominación que se utilizaba en el latín clásico para las máscaras que portaban los griegos en el teatro al personificar diferentes papeles, distintos estilos de vida, sin dejar de ser ellos mismos, es decir, asumían diferentes personalidades dentro de una misma persona. En la antigua Roma este concepto estaba restringido a ciudadanos jurídicamente provistos de derechos, pero con las aportaciones dadas por la filosofía— involucraban aspectos éticos y distintivos del individuo—se amplió cada vez más (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009).

A lo largo de la historia se han planteado varias teorías con respecto a la personalidad debido a la importancia que el concepto tomó en los estudios de la mente y el comportamiento humano. Según Seelbach, G. (2012), Hipócrates planteó una de las primeras hipótesis sobre personalidad, él sugirió una tipología basándose en el temperamento dividido en cuatro tipos: sanguíneo, colérico, flemático y melancólico que tenían su origen en el tipo de fluido, y sirvió de base para el desarrollo de nuevas clasificaciones. Cerda, E. (1969), plantea que las teorías de personalidad que más destacan, no porque su contenido sea el más preciso sino por la exhaustiva explicación de personalidad que presentan son la desarrollada por Jung (1985), que cataloga a las personas en dos tipos de personalidad: generales o introvertidos y funcionales o extrovertidos que se distinguen por la disposición que toman respecto al objeto en la búsqueda de adaptación.



Y la establecida por Freud (1923), quien plantea que la persona posee tres estructuras que aparecen durante el desarrollo de la vida: el *ello* presente desde el nacimiento y busca la satisfacción inmediata del deseo para evitar el dolor; el *yo* que busca demorar la satisfacción del deseo del *ello* hasta que se pueda garantizar la gratificación de forma segura; y el *súper yo* que dirige al *yo* hacia acciones morales socialmente aceptadas. Con base en lo anterior este autor considera que la personalidad está determinada por la manera en la que se satisfacen las necesidades en cada una de las etapas psicosexuales.

Establecer una definición única de personalidad es casi imposible debido a que cada autor ha desarrollado su propio concepto. Según Allport (1974), la personalidad se refiere a un proceso de organización mental autorregulable y motivacional de los sistemas psicofísicos activos y latentes en el individuo que están en constante cambio y desarrollo, lo que, junto con la influencia del ambiente, determina las características singulares de cada persona. Por su parte, Millon (2006), busca la integración entre la estructura y la dinámica de personalidad. Este autor también estableció una diferenciación entre personalidad normal, que se caracteriza porque la persona es capaz de relacionarse con su entorno de manera flexible y adaptativa, y personalidad con trastornos, aquella en las que las personas presentan conductas rígidas y poco adaptadas.

La teoría de los rasgos sigue la línea de singularidad de Allport, haciendo énfasis en lo que caracteriza a cada individuo como el temperamento, la adaptación, la labilidad emocional y los valores que lo convierten en alguien único e irrepetible (Montaño, Palacios y Gantiva, 2009). Otro de los representantes significativos y de quien se toma su teoría para el presente trabajo es Cattell (1950), quien consideraba que la “personalidad es aquello que permite hacer una predicción de lo que hará una persona en una situación dada” (p. 2), es decir, que se ha constituido como un carácter predictivo de la conducta, la que estaría constituida por rasgos, de esta manera se considera una estructura única y original para cada individuo.

El principal objetivo de Cattell, R. (1977), fue establecer una clasificación de conductas y hallar una unidad de medida para este constructo, para lo cual se basó en el análisis factorial, que considera al *rasgo de personalidad* como el elemento estructural básico, tiene un carácter



predictivo sobre la conducta, único y original para cada individuo; y pueden ser de tipo físico, fisiológico, psicológico o sociológico, y son producto de la mezcla entre herencia y ambiente.

Este autor agrupó los rasgos de personalidad en cuatro grupos mediante la siguiente clasificación: comunes que son propios de todas las personas vs. únicos que son característicos de cada individuo, superficiales vs. fuentes que pueden ser descubiertos solo mediante el análisis factorial, constitucionales que dependen de la herencia vs. moldeados por el ambiente, y los dinámicos que motivan a la persona hacia una meta vs. habilidad vs temperamento. Mediante la utilización del análisis factorial, Cattell logra delimitar y definir una estructura de 16 factores o dimensiones de personalidad relacionados con la sociabilidad, emocionalidad, aptitudes básicas, responsabilidad e independencia al grupo. Usó esta información para crear el Test de Personalidad de los 16 Factores (16 PF) cuya finalidad es evaluar la personalidad con 16 escalas primarias y 5 dimensiones secundarias en sujetos normales mayores de 16 años (Aluja y Blanch, 2003).

Tabla 1.

Descripción de las escalas primarias mediante adjetivos

Escala	Los polos bajo (-) y alto (+) definen una persona...	
Afabilidad	A-	fría, impersonal y distante
	A+	cálida, afable, generosa y atenta a los demás
Razonamiento	B-	concreta
	B+	abstracta
Estabilidad	C-	reactiva y emocionalmente cambiante
	C+	emocionalmente estable, adaptada y madura
Dominancia	E-	deferente, cooperativa y evita los conflictos
	E+	dominante, asertiva y competitiva
Animación	F-	seria, reprimida y cuidadosa
	F+	animosa, espontánea, activa y entusiasta
Atención a normas	G-	inconformista, muy suya e indulgente
	G+	atenta a las normas, cumplidora y formal
Atrevimiento	H-	tímida, temerosa y cohibida
	H+	atrevida/segura en lo social y emprendedora
Sensibilidad	I-	objetiva, nada sentimental y utilitaria
	I+	sensible, esteta y sentimental
Vigilancia	L-	confiada, sin sospechas y adaptable
	L+	vigilante, suspicaz, escéptica y precavida
Abstracción	M-	práctica, con los pies en tierra y realista



	M+	abstraída, imaginativa e idealista
Privacidad	N-	abierta, genuina, llana y natural
	N+	privada, calculadora, discreta y no se abre
Aprensión	O-	segura, despreocupada y satisfecha
	O+	aprensiva, insegura y preocupada
Apretura al cambio	Q1-	tradicional y apegada a lo familiar
	Q1+	abierta al cambio, experimental y analítica
Autosuficiencia	Q2-	seguidora y se integra en el grupo
	Q2+	autosuficiente, individualista y solitaria
Perfeccionismo	Q3-	flexible y tolerante con el desorden o las faltas
	Q3+	perfeccionista, organizada y disciplinaria
Tensión	Q4-	relajada, plácida y paciente
	Q4+	tensa, enérgica, impaciente e intranquila

Fuente: Russell y Karol (2000)

Tabla 2.

Descripción de las dimensiones globales mediante adjetivos

Dimensiones/Escalas	Los polos bajo (-) y alto (+) definen una persona...	
EXTRAVERSIÓN A+F+H+N-Q2+	Ext-	introvertida, socialmente inhibida
	Ext+	extravertida, social y participativa
ANSIEDAD C-L+O+Q4+	Ans-	imperturbable, con poca ansiedad
	Ans+	perturbable, con mucha ansiedad
DUREZA A-I-M-Q1-	Dur-	receptiva, de mente abierta, intuitiva
	Dur+	dura, firme, inflexible, fría, objetiva
INDEPENDENCIA E-H-L-Q1-	Ind-	acomodatícia, acepta acuerdos, cede pronto
	Ind+	independiente, crítica, le gusta la polémica
AUTO-CONTROL F-G+M-Q3+	AuC-	no reprimida, sigue sus impulsos
	AuC+	autocontrolada, contiene impulsos

Fuente: Russell y Karol (2000)

La personalidad puede llegar a influir en diversos aspectos de la vida biopsicosocial y en el desarrollo de determinadas enfermedades como la obesidad, por lo que a lo largo de los años se ha creído que hay ciertos rasgos de personalidad que predisponen, favorecen o determinan esta enfermedad. Desde la psicopatología se ha pretendido establecer una *personalidad tipo del obeso*,



sin embargo, no se ha demostrado que existan rasgos específicos que caractericen a una persona con obesidad, más bien se ha descubierto que pueden encajar en diversos tipos de personalidad. De lo que sí hay evidencia es que es más común encontrar trastornos de personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas en comparación con las normo-peso (Guzmán, Del Castillo y García, 2010).

Adicionalmente, los rasgos de personalidad pueden llegar a diferir de acuerdo al género y sexo. En un estudio en Granada, España con un grupo de 545 adultos de entre 18 y 54 años, en el que se pretendía averiguar si existía diferencias en los rasgos de personalidad normal y patológica entre hombres y mujeres, se obtuvo como resultado que los estilos, trastornos y rasgos que están más relacionados con la inestabilidad emocional, neuroticismo o depresión, más característicos de las mujeres (Caballo, Guillén y Salazar, 2009), los que como ya se mencionó forman parte de los factores psicológicos de la obesidad.

Sobre la relación entre los rasgos de personalidad y su influencia en el desarrollo de la obesidad se han llevado a cabo varias investigaciones. En México se planteó una investigación en una población con obesidad conformada por 60 pacientes de ambos sexos que acudían a consulta médica en un centro de diagnóstico clínico con la finalidad de analizar los rasgos de personalidad más comunes. Los resultados obtenidos determinaron que en los pacientes con obesidad el rasgo de personalidad predominante fue la cautela, manifestado en el 60 % de las participantes mujeres (Bravo, Espinoza, Mancilla y Tello, 2011).

A nivel internacional existe a su vez un estudio postulado en Colombia, mismo pretendía la identificación de rasgos de personalidad predominantes en un grupo de 430 pacientes candidatos a cirugía Bariátrica, obtuvo como resultado que existe una mayor prevalencia en características relacionadas con el neuroticismo y los puntajes en la escala de introversión social fueron los que menor porcentaje presentaron (Sanabria, Hernández y Pino, 2016). A nivel nacional, en Quito, Cortés, Polanski, Enríquez y Jácome (2018), plantearon un estudio con un grupo de 100 adultos que tenía el objetivo de establecer una relación entre los niveles de los cinco grandes rasgos de personalidad y la obesidad en la población ecuatoriana, se obtuvo como resultado que existe una



relación positiva entre el rasgo de neuroticismo y obesidad, así también la existencia de una relación inversa entre el rasgo de rectitud y la obesidad.

ANSIEDAD

Respecto a las variables psicológicas que se asocian a la obesidad encontramos a la ansiedad. Durante los años cincuenta y después de los años sesenta, la investigación psicológica se enfocaba en trastornos mentales como la esquizofrenia, llegados los años setenta, dicho enfoque da un giro hacia la evaluación de los estados de ánimo, en especial a la depresión. Algunos psicólogos norteamericanos, postularon que los años ochenta fueron la década de la ansiedad; desde entonces esta temática pasa a cumplir un papel fundamental en las diversas ramas de estudio relacionadas con el ser humano (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

El concepto de ansiedad posee una multiplicidad de dimensiones, “este se ha considerado como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003, p. 19). Los mismos autores citados adicionan que “la ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa” (p. 14).

Con la ansiedad se encuentra entonces cierta ambigüedad en cuanto a su contenido connotativo ya que el término puede ser utilizado tanto de manera positiva como de manera negativa y se asocia a tecnicismos psicológicos-psiquiátricos, es decir, en ciertos contextos esto se relaciona con sufrir una patología o enfermedad (Sarudiansky, 2013). Así, el tipo de ansiedad que podríamos llamar normal sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo y tiene un papel tan esencial como el dolor, que cumple una función instrumental para la supervivencia; la ansiedad no excesiva es la base de los aprendizajes que nos sirven para obtener placer y evitar el sufrimiento (González, 2007). “La ansiedad patológica o no, presenta cuatro canales de expresión: afectivo, cognitivo, comportamental y somático” (Chica, 2010, p. 61).

A pesar de que cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día, cuando este sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica y provoca síntomas que afectan tanto al plano físico,



como al psicológico y conductual de las personas (Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina y Cruz, 2012).

Como ya se ha mencionado, la ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas ante la presencia de un peligro o amenaza. Si las reacciones de ansiedad son muy intensas, ya sea por un desajuste en los mecanismos de respuesta o porque la amenaza es realmente enorme, se debe reducir al eliminar el peligro, lo que no siempre es posible, sobre todo cuando el miedo es interno, subjetivo o inconsciente; la acción de masticar supone un gasto de energía que se transforma en una forma de reducir la ansiedad de manera rápida.

Si se utiliza este recurso habitualmente, con el tiempo se engordará, lo que puede llegar a establecer un círculo vicioso, es decir, se come para reducir la ansiedad lo que supone un aumento de peso que a su vez causa más ansiedad y nuevamente se recurre al comer como mecanismo compensatorio. La ansiedad que se puede relacionar con la obesidad es la generalizada, si bien no presenta niveles muy elevados es casi permanente, lo que lleva a la persona a aliviar este estado de ansiedad continua con la ingesta constante de alimentos (Guzmán, Del Castillo y García, 2010).

Con respecto a este tema, en Paraguay, Reyes, Betancur y Samaniego (2015), buscaron determinar la relación entre ansiedad y obesidad con una muestra de personas entre 18 y 45 años, se encontró que la ansiedad es mayor en aquellos participantes que no reciben tratamiento para la enfermedad y además se manifiesta más en mujeres que en hombres, concluyeron que su presencia es clave para el mantenimiento o agravante de la enfermedad. Otro estudio transversal correlacional, realizado en México con 849 participantes que buscaba establecer la relación entre obesidad, ansiedad y estrés obtuvo como resultado que las mujeres con obesidad presentan mayores niveles de ansiedad, así como mayor probabilidad de manifestar esta condición. En este estudio se obtuvo como resultado que la obesidad y el género son condiciones de riesgo para la manifestación de ansiedad (Pompa y Meza, 2017).

Entonces se puede decir que hay una estrecha relación entre ansiedad y obesidad, no obstante, esta relación es distinta en hombres y mujeres; en los hombres se establece solo con la obesidad grave con un índice de masa corporal superior a los 40 kg/m^2 , mientras que en las mujeres se



observa a partir de un diagnóstico de sobrepeso con un índice de masa corporal superior a 25 kg/m^2 (Guzmán, Del Castillo y García, 2010).

Con base en las investigaciones previas en el tema, la relación de la obesidad con los rasgos de personalidad y la ansiedad son dignas de analizar, tratar este tema en el contexto cuencano es esencial por la notable prevalencia a nivel regional y nacional (62,8 %) (Wilma et al., 2013). Por la dirección que han tomado la mayoría de investigaciones respecto a este tema, enfocadas en las alteraciones y consecuencias físicas, pero dejan de lado las esferas sociales y psicológicas que también forman parte de la vida del individuo, lo que no concuerda con nuestra formación académica en la que se ha recalcado que todo problema es multicausal y en el ser humano no se puede dejar de lado la consideración de ninguna esfera.

Ante lo expuesto se plantea como *objetivo general* el determinar la relación que existe entre los rasgos de personalidad, variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos y edad desde la que presenta la obesidad) con el grado de ansiedad que presentan las mujeres que participan en el programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Y como *objetivos específicos* identificar los rasgos de personalidad que predominan en las mujeres con obesidad e identificar el grado de ansiedad que presentan las mujeres con obesidad que participan en el programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.



PROCESO METODOLÓGICO

La presente investigación siguió los postulados de Hernández, Fernández y Baptista (2014), tuvo un *enfoque cuantitativo*, debido a que en el proceso de recolección, procesamiento y presentación de los datos se utilizaron instrumentos psicométricos validados y estandarizados, con el fin de medir las variables de rasgos de personalidad y el grado de ansiedad en mujeres con obesidad, que participan en el programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El *alcance* del estudio fue *correlacional*, pues lo que se buscaba era determinar qué relación existía entre los rasgos de personalidad y la obesidad, el grado de ansiedad y obesidad y la relación entre los rasgos de personalidad y grado de ansiedad en mujeres con obesidad. El *tipo de diseño* fue *no experimental* porque no existió manipulación deliberada de las variables que fueron objeto de estudio, la recolección de datos se realizó en un único momento en la institución considerada dentro de esta investigación.

Población

Para este trabajo de investigación se planteó trabajar con el total de la población de mujeres que asistían al Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el que se registraban 60 mujeres, sin embargo, ello no fue posible debido a que muchas de las pacientes no asistían a sus consultas psicológicas previamente planificadas, posterior a ello por la emergencia sanitaria las consultas fueron canceladas impidiendo que se continúe con la aplicación de reactivos a las pacientes, por esta razón las participantes del estudio fueron 37 mujeres, las que constituyeron el 62 % de la población de dicho programa.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los *criterios de inclusión* fueron los siguientes: a) haber firmado un consentimiento informado en el que se acepte formar parte de la investigación, b) ser pacientes mujeres en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Cuenca y c) ser latinoamericanas, este último criterio basado en Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Nigh (2013), quienes mencionan que como la obesidad es una enfermedad que va más allá de la perspectiva



biomédica se deben considerar los factores con respecto a la desigualdad social, la comprensión de las raíces sociales y el estilo de vida basado en la colectividad de la región. A su vez, los *criterios de exclusión*: a) ser menor de 18 años y b) tener un diagnóstico previo de algún tipo de trastorno psiquiátrico o de personalidad según los manuales DSM-5 o CIE 10 o presentar discapacidad intelectual.

Instrumentos

Para la recolección de la información necesaria en primer lugar se optó por una ficha sociodemográfica adaptada de las variables consideradas importantes en el estudio de la obesidad desde la sociología realizado por Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez y Nigh, (2013), mediante la cual se obtienen datos como edad de la participante, ocupación, estado civil, escolaridad, número de hijos y edad desde la que presenta la enfermedad (Anexo 1). Como segundo instrumento se eligió el Cuestionario Factorial de Personalidad adolescentes y adultos (16PF), creado por R.B. Catell, A.K.S. Catell, H.E.P. Catell, H. (2008), conformado por 185 elementos, analiza 16 rasgos de personalidad de primer orden los cuales se pueden a su vez agrupar en cinco factores globales, es de tipo Likert, con tres opciones, en esta investigación se utilizó la edición 16PF-5, adaptación española de Seisdedos (2011) (Anexo 2).

Finalmente, para evaluar la ansiedad en las mujeres participantes se optó por la Escala de Ansiedad de Hamilton, creada por M. R. Hamilton (1959), está conformada por 14 ítems valorando la intensidad, la frecuencia y la gravedad de la ansiedad, es de tipo Likert, cuenta con 5 opciones de respuesta que van desde 0 (No presenta) y 4 (Muy marcada); el cálculo de la puntuación se realiza en el rango de 0 a 56 (Anexo 3).

Fiabilidad de los instrumentos

La escala de ansiedad de Hamilton presentó una fiabilidad muy buena (α de Cronbach=0,851) para los 14 elementos evaluados. Por su parte el Cuestionario Factorial de Personalidad adolescentes y adultos (16PF-5) con las limitaciones muestrales presentó un valor aparentemente bajo (α de Cronbach=0,310), sin embargo, hay que tener en consideración que el grupo en el que se aplicó está conformado por pacientes clínicos, por lo que, este valor se debe tomar con precaución pues no tiene propiedades generalizables. Cabe mencionar que la prueba Alfa de



Cronbach es sensible al tamaño de la muestra (Oliden y Zumbo, 2008), que en este caso debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 es menor al número requerido. Normalmente, este instrumento mediante procesos de test y retest alcanza niveles entre 0,69 y 0,86 puntos en el Alfa de Cronbach.

Procedimiento

Como primer paso se presentó el protocolo de investigación al Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca, el mismo que tras ser aprobado se entregó en el área de investigación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca. Finalmente, dicha aprobación fue socializada con el área de psicología clínica y la directora en el Programa de Cirugía Bariátrica con quien se acordó que las pacientes al salir de su consulta serían abordadas para responder a los instrumentos antes mencionados en un aproximado de 40 minutos. Los datos fueron obtenidos en un lapso de 4 meses, la aplicación fue individual, tras la firma del consentimiento las mujeres procedían a realizar los instrumentos antes mencionados.

Procesamiento

Los resultados fueron analizados con el Software SPSS 22 (Quezada, 2014). En él se generaron estadísticos descriptivos de frecuencia y porcentaje para variables categóricas (escolaridad, ocupación, estado civil y polos de personalidad) así como medidas de tendencia central como la media y mediana, además de medidas de variabilidad como los valores mínimos y máximos y la Desviación Estándar (D.E.) para variables de escala (número de hijos, edad, puntuación directa de ansiedad).

Para establecer la relación entre los rasgos de personalidad y la ansiedad, se procedió a trabajar con las variables 1) decatipos para rasgos y dimensiones de personalidad y 2) las puntuaciones directas de la ansiedad. Ninguna de estas dos variables presenta distribución normal, por esta razón se empleó la correlación de Spearman como prueba de hipótesis para aceptar o rechazar las mismas. Según Castro y Martini (2014), para realizar un análisis de asociación entre dos variables se requiere un poder estadístico ($1-\beta$ err. prob.) igual o mayor que 80% ($\geq 0,80$), sin embargo, en



este caso el poder estadístico es de 46%, debido a las limitaciones muestrales. En tal sentido, las correlaciones deben tomarse con cautela, evitando generalizaciones que contradigan a la teoría.

La correlación se evalúa de -1 a 1, mientras más próximos a -1 (correlaciones negativas) o a 1 (correlaciones positivas), se señala que existe una alta correlación, mientras que cuando más se aproximan a 0 se señala que existe ausencia de correlación. Para manifestar que la correlación es significativa, se considera el p valor. El p valor es la probabilidad de cometer un error para señalar que dos variables están correlacionadas significativamente. En este sentido, cuando existe correlación, se adopta un nivel de error menor al 5%. En consecuencia, el p valor debe ser $<0,05$. Si el p valor está entre 0,01 y $<0,05$ se marca la correlación con un asterisco (*), pero si está entre 0,000 y 0,010, se marca con dos asteriscos (**).

Para establecer la relación existente entre la ansiedad y los elementos predictores en las variables de la personalidad y en las variables sociodemográficas, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿qué relación existe entre los rasgos de personalidad, variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos y edad desde la que presenta la obesidad) con el grado de ansiedad que presentan las mujeres que participan en el programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca.? La respuesta a esta pregunta de investigación se puede abordar desde la regresión lineal múltiple. Esta ecuación permite diseñar un modelo predictivo en el que algunas variables X causan una variable Y. Según Martínez, Castellanos y Chacón (2015), la regresión lineal múltiple permite disponer un R cuadrado ajustado, este valor señala el nivel de predicción de las variables X para la variable Y. Además, para explicar si el modelo es viable ofrece un valor ANOVA (F) que debe ser significativo ($p<0,05$). El modelo está compuesto por una constante y los valores relativos a las variables que predicen la ansiedad, variables de personalidad y variables sociodemográficas.

Aspectos éticos

El estudio se apegó a los principios éticos establecidos por la Asociación Americana de Psicología (2017), con los cuales se garantiza la confidencialidad, voluntariedad y anonimato de los participantes, a través de la firma del consentimiento que ha sido aprobado por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS). La información será empleada



Universidad de Cuenca

únicamente con fines académicos y considerando la responsabilidad social de la investigación de la Universidad de Cuenca.



PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Caracterización de las participantes

Para iniciar se exponen los datos que caracterizan a las participantes de esta investigación, los mismos fueron obtenidos a través de la ficha sociodemográfica, en la Tabla 1 se reportan dichos datos. La edad de las participantes va desde los 27 a los 65 años, el promedio de edad se reporta en 44 años. Con respecto al nivel de escolaridad la mayoría de las mujeres que conforman la población (48,6 %) poseen estudios universitarios. En cuanto a la ocupación se han conformado cuatro grupos, profesionales empleadas con un 51,4 %, profesional de libre ejercicio con un 18,9 %, un grupo que se dedica al comercio representa el 16,2 % y finalmente con el porcentaje menor de este grupo se encuentran las amas de casa con el 13,5 %.

Existen otras tres variables que se ha considerado importante analizar dentro de este grupo, en primer lugar, el estado civil muestra que el 48,6 % de mujeres están casadas, el 21,6% son divorciadas, el 24,3% son solteras y un 5,4% son viudas. Seis mujeres participantes no tienen hijos, el máximo de hijos reportado es de cinco, en promedio las participantes tienen dos hijos (D.E. 1,34). Por último, la edad en años desde que presenta la obesidad va desde los seis años hasta los 60 años, en promedio, la edad que se originó la obesidad es de 27,32 años (D.E. 14,11).

Podemos decir entonces que nuestras participantes se caracterizan por poseer tercer nivel de educación, otro dato relevante es la maternidad ya que apenas seis de ellas no tienen hijos mientras que las demás tienen en promedio dos hijos y desde su percepción personal consideran que su enfermedad inició, se mantuvo o empeoró en relación a su primer embarazo.

Tabla 3.

Datos sociodemográficos de las pacientes participantes del estudio

	Porcentaje	Frecuencia	Media	Desviación estándar
Años de edad (Mín. 27 y Máx. 65)			44,35	11,59
	Primaria	4	10,8	
Nivel de	Secundaria	11	29,7	
Escolaridad	Tercer nivel	18	48,6	
	Cuarto nivel	4	10,8	



Ocupación	Profesional de libre ejercicio	7	18,9		
	Profesional empleado	19	51,4		
	Ama de casa	5	13,5		
	Comerciante	6	16,2		
Estado Civil	Casada	18	48,6		
	Divorciada	8	21,6		
	Soltera	9	24,3		
	Viuda	2	5,4		
Número de hijos (Mín. 0 y Máx. 5)			1,84	1,34	
Edad en años desde la que presenta la obesidad (Mín. 6 y Máx. 60)			27,32	14,11	

Nota: Elaboración propia con base a datos obtenidos

Con relación a los resultados hallados en esta investigación, en Monterrey, México durante un estudio que tuvo como muestra a 217 mujeres se demostró que la obesidad se presentaba en menor medida en las mujeres más jóvenes, que no tenían hijos y que eran soltera (Moral de la Rubia y Meza, 2013). Podemos considerar entonces que este resultado se relaciona con lo hallado en la ciudad de Cuenca con las mujeres en el Programa de Cirugía Bariátrica, en la población estudiada, se puede evidenciar que la mayoría de las mujeres están casadas y tienen hijos.

Un estudio realizado en Nicaragua en el año 2013 con una población indígena de la zona demostró que la obesidad y la maternidad están íntimamente relacionadas y que esta enfermedad es frecuente en la población obstétrica del lugar, este resultado es similar al hallado en esta investigación donde se demostró que un 57,5 % de las mujeres que participaron son madres (Valdés y Bencosme, 2015). Esto demuestra la veracidad de lo postulado por autores como Pizzi y Fung (2015), quienes afirman que la mujer resulta particularmente vulnerable a padecer obesidad debido a factores como el embarazo.

Por otra parte, con respecto al inicio de la enfermedad, algunas de las mujeres que formaron parte del estudio afirmaron haber padecido la misma desde la infancia, un estudio de corte longitudinal ejecutado en Madrid analizó a 153 niños y niñas nacidos en el año 1989 y demostró que quienes presentan obesidad a partir de los 6 años tienen riesgo de mantener la enfermedad hasta la adolescencia y adultez temprana (Albañil et al., 2011). En el caso de la población estudiada



en esta investigación se corrobora el hecho de que quienes padecen obesidad en la infancia muestran una posible tendencia a mantener la enfermedad hasta la edad adulta debido a que 4 de las participantes relataron sufrir la enfermedad bajo esta condición.

El nivel de escolaridad es otro aspecto considerado dentro del padecimiento de obesidad, un estudio elaborado en España tenía como objetivo analizar una muestra representativa de 2706 personas para evaluar la relación existente entre su composición corporal y su nivel educativo. Los resultados del estudio demostraron que existe una clara relación entre estos dos aspectos y concluyeron que un bajo nivel de estudios en las mujeres aumenta las posibilidades de un diagnóstico de obesidad (Sagarra-Romero et al., 2017). Este resultado se contradice con la presente investigación, debido a que se evidenció que la mayoría de las mujeres que participaron del estudio poseen un nivel de escolaridad de tercer nivel, es decir, son profesionales y a pesar de ello padecen obesidad.

Identificación de los rasgos de personalidad

En la Tabla 2 se exponen los 16 rasgos de personalidad obtenidos en las participantes a través del Cuestionario 16PF-5, estos rasgos se caracterizan en dos polos, positivo o negativo. Sobresalen entonces dos polos negativos con el 100 % de casos en el rasgo de *razonamiento* y de *apertura al cambio*, el segundo como su nombre revela y considerando que se habla de un polo negativo indica características de una persona tradicional, conservadora y que se resiste al cambio.

Un siguiente rasgo de personalidad identificado en la investigación dentro del polo negativo, es el perfeccionismo con el 89,2 %. Entre el 60 % y el 70 % de las mujeres participantes del estudio destacan tres rasgos de personalidad con polo negativo que son: afabilidad, estabilidad emocional y dominancia, esto quiere decir que estas mujeres presentan características como: frialdad, impersonalidad, distanciamiento social, son emocionalmente cambiantes, evitan el conflicto.

En los demás rasgos de personalidad no se advierte un polo positivo o negativo dominante pues los valores se concentran mayoritariamente en el nivel medio, incluso en algún caso como la abstracción el 100% de las participantes se conservan en mantener un rasgo a nivel medio, sin inclinarse hacia ningún polo.



Con respecto a las cinco dimensiones globales de la personalidad, se encontró que la dominante es la *dureza* con el 97,3 % de casos en el polo positivo. Otra dimensión global que identifica al grupo estudiado es la *independencia* que tiene 89,2% de casos en el polo negativo. Las dimensiones *autocontrol*, *extraversión* y *ansiedad* se encuentran en un nivel medio por arriba del 90% en las participantes.

Tabla 4.
Rasgos de personalidad identificados

	Polo negativo	Medio	Polo positivo
Rasgos de personalidad			
Afabilidad	26 70,3%	11 29,7%	
Razonamiento	37 100,0%		
Estabilidad emocional	26 70,3%	11 29,7%	
Dominancia	24 64,9%	13 35,1%	
Animación	15 40,5%	22 59,5%	
Atención a las normas	15 40,5%	22 59,5%	
Atrevimiento	17 45,9%	20 54,1%	
Sensibilidad	4 10,8%	33 89,2%	
Vigilancia	4 10,8%	33 89,2%	
Abstracción		37 100,0%	
Privacidad	8 21,6%	29 78,4%	
Aprensión	16 43,2%	21 56,8%	
Apertura al cambio	37 100,0%		
Autosuficiencia	2 5,4%	35 94,6%	
Perfeccionismo	33 89,2%	4 10,8%	
Tensión	9 24,3%	28 75,7%	
Dimensiones			
Extraversión	3 8,1%	34 91,9%	
Ansiedad		37 100,0%	
Dureza		1 2,7%	36 97,3%
Independencia	33 89,2%	4 10,8%	
Autocontrol	3 8,1%	34 91,9%	

Nota: Elaboración propia con base a datos obtenidos

En contraste con los resultados obtenidos, en un estudio realizado en México en el 2003 en 46 mujeres que acudían a un grupo de autoayuda para comedoras compulsivas se puede evidenciar la presencia de rasgos de fuerte timidez e inhibición en el contacto personal, dependencia al grupo,



incapacidad para manejar la frustración y el desánimo, poca motivación para realizar o finalizar tareas complicadas (López, Mancilla, Álvarez y Vásquez, 2003). Es decir que hay una mayor tendencia a replegarse hacia sí misma, dificultad en la toma de decisiones, preocupación constante lo que les causa ansiedad y tensión, una pobre imagen de sí mismas; aquellas características se relacionan con las halladas en los rasgos predominantes de las participantes de este estudio.

Identificación del grado de ansiedad

Algunas versiones sugieren puntos de corte para interpretar la Escala de Ansiedad de Hamilton de 0-5 como ausencia de ansiedad, de 6-14 como ansiedad leve y ≥ 15 como ansiedad moderada/grave (Hamilton, 1959). Sin embargo, en otros artículos se sugiere que la ansiedad sea evaluada directamente, sin puntos de corte (Lobo et al., 2002). En el presente caso nos acogemos a la segunda sugerencia debido a que el valor mínimo reportado por las pacientes es de 15 puntos.

En la Tabla 3 se advierte que las puntuaciones directas del Test de Hamilton están entre 15 y 48 puntos. El promedio es de 33,03 puntos (D.E. 9,89). La mediana reportada es de 34 puntos. En cualquier caso, el nivel promedio y la mediana de ansiedad de las mujeres las ubica en un nivel alto para cualquiera de los puntos de corte establecidos en estudios de validación de la escala.

Tabla 5.

Nivel de ansiedad identificado

Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
33,03	34	9,89	15	48

Nota: Elaboración propia con base a datos obtenidos

Un estudio realizado en Paraguay con personas obesas demostró que contrario a lo que se podía esperar las mujeres que estaban recibiendo atención psicológica por su enfermedad presentaban medios o altos niveles de ansiedad (Reyes, Betancur y Samaniego, 2015). De igual forma, en esta investigación las mujeres pertenecen al Programa de Cirugía Bariátrica en el que reciben atención psicológica y a pesar de ello el grado de ansiedad en el que se encuentran según los resultados obtenidos es alto.



Relación entre los rasgos de personalidad y la ansiedad

En la Tabla 4 se exponen los valores de la correlación entre la ansiedad y la personalidad. De los 16 rasgos de personalidad, únicamente dos reportan correlación con la ansiedad. Estos rasgos son *aprensión* y *tensión*. Las mismas que tienen como características inseguridad, preocupación, tensión, impaciencia e intranquilidad y una baja autoestima. El primero de ellos tiene un nivel de correlación alto, muestra un 0,613 ($p=0,000$), mientras que el segundo rasgo tiene un nivel de correlación bajo 0,345 ($p=0,036$).

No existen muchos estudios que relacionen a las variables antes descritas en la población seleccionada, esto se debe a que es común considerar que la investigación sobre esta enfermedad debe estar enfocada en comparar a la población obesa con la población de peso normal, en lugar de profundizar en las características psicológicas presentes en quienes la padecen (Calderón, Forns y Varea, 2010).

Si se observan las correlaciones de las dimensiones globales de la personalidad, solamente la dimensión de *ansiedad* es una variable que presenta una correlación significativa con la evaluación de la Ansiedad de Hamilton; la misma es alta con un valor de 0,664 ($p=0,000$). El instrumento cuenta con esta dimensión la misma que se esperaba de este resultado, debido a que presenta características asociadas al padecimiento de ansiedad.

Tabla 6.

Correlaciones de Spearman entre la ansiedad y la personalidad

		Ansiedad
	Rasgos de personalidad	
	Afabilidad	-,201
	Razonamiento	-,129
	Estabilidad emocional	-,215
	Dominancia	,006
	Animación	,037
	Atención a las normas	,059
Personalidad	Atrevimiento	,085
	Sensibilidad	-,181
	Vigilancia	,215
	Abstracción	,209
	Privacidad	-,055
	Aprensión	,613**



Apertura al cambio	,101
Autosuficiencia	,084
Perfeccionismo	-,150
Tensión	,345*
Dimensiones	
Extraversión	-,050
Ansiedad	,664**
Dureza	,093
Independencia	,118
Autocontrol	-,135

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Nota. El modelo presentado a continuación, es decir bivariado, contribuye poco a resolver la pregunta de investigación relativa a establecer el vínculo que tiene la ansiedad con la personalidad y otras variables sociodemográficas, por lo que, conviene un modelo multivariado como la regresión lineal múltiple.

Nota: Elaboración propia con base a datos obtenidos

Relación entre los rasgos de personalidad y las variables sociodemográficas con la ansiedad

En la Tabla 5 se exponen dos modelos de regresión lineal. El primero tiene que ver con la pregunta original de la investigación y el segundo con un modelo ajustado a las propiedades predictivas de las variables estudiadas.

El modelo de regresión lineal múltiple que responde a la pregunta ¿qué relación existe entre los rasgos de personalidad, variables sociodemográficas (edad, nivel de escolaridad, ocupación, estado civil, número de hijos y edad desde la que presenta la obesidad) con el grado de ansiedad que presentan las mujeres que participan en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca? muestra un nivel de predicción de un R cuadrado ajustado de 0,536, mientras que la prueba ANOVA ($F=5,62$; 9 y 27gl) obtuvo un nivel significativo ($p=0,001$). Sin embargo, en este modelo (modelo 1) existe una limitante con el valor de la constante no significativo ($p=450$), los rasgos de personalidad que se destacan de este modelo son *afabilidad* y *sensibilidad*, mientras que de las dimensiones destaca la de *ansiedad*. Con respecto a las variables sociodemográficas en las que se expuso el nivel de escolaridad, la edad, el número de hijos, así como el estado civil divorciado (que presentó mayor ansiedad) y la ocupación de comerciantes (que presentó mayor ansiedad), únicamente se advierte capacidad predictiva en la variable edad de diagnóstico.



Para ajustar el modelo, de mejor manera, se propone un segundo modelo (modelo 2). En este se eliminaron las variables que no tenían relación significativa y únicamente se dejaron aquellas que contienen relación significativa. Depuradas las variables, se formula la siguiente pregunta ¿Qué relación tienen los rasgos de afabilidad y sensibilidad, así como la dimensión de ansiedad, la edad cronológica y edad de diagnóstico con el grado de ansiedad que presentan las mujeres que participan en el programa de Cirugía Bariátrica? Para responder con un modelo significativo, fue necesario añadir al modelo una interacción entre la edad cronológica y la edad de diagnóstico (Interacción edad*edad diagnóstica). Si bien es cierto esta interacción no genera un nivel de predicción por sí misma, eleva los coeficientes no estandarizados y genera una constante significativa, en consecuencia, es útil para el modelo. El nivel predictivo en este caso es de un R cuadrado ajustado de 0,684 que se considera significativo (F=10,82; 6 y 30 gl; P=0,000).

En tal sentido, el modelo dos, se puede leer de la siguiente manera: la ansiedad aumenta un punto cada vez que el rasgo de afabilidad disminuye 4,20 puntos, si el rasgo de sensibilidad aumenta 2,81 puntos el diagnóstico de ansiedad aumenta 9,53 puntos y la edad de diagnóstico expresada en años aumenta 0,861 puntos.

Tabla 7.

Coefficientes de la regresión lineal múltiple para predecir ansiedad en el modelo 1 y modelo 2

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error estándar	Beta	t	Sig.
(Constante)	-11,477	14,986		-,766	,450
R. Afabilidad	-4,796	1,445	-,494	-3,320	,003**
R. Sensibilidad	3,621	1,449	,377	2,500	,019*
D. Ansiedad	9,058	1,646	,795	5,505	,000**
1 Edad	-,295	,176	-,346	-1,673	,106
Edad diagnóstico	,261	,124	,373	2,108	,044*
Escolaridad	-,506	1,902	-,043	-,266	,792
Número de hijos	,035	1,189	,005	,030	,976
Estado civil divorciadas	,321	2,972	,014	,108	,915
Ocupación comerciantes	2,642	4,587	,100	,576	,569
(Constante)	-31,414	12,914		-2,433	,021*
2 R. Afabilidad	-4,202	1,226	-,433	-3,428	,002**
R. Sensibilidad	2,810	1,304	,292	2,155	,039*



D. Ansiedad	9,518	1,338	,836	7,114	,000*
Edad diagnóstico	,861	,328	1,229	2,628	,013*
Edad	,190	,242	,222	,784	,439
Interacción edad*edad diagnóstico	-,014	,007	-1,292	-2,012	,053

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05

Elaborado por: Crespo, Matamoros (2020)

Uno de los aportes más significativos del segundo modelo es aquel que se refiere a la edad de diagnóstico, de la misma se obtiene que si una mujer fue diagnosticada hace poco tiempo los niveles de su ansiedad tienden a ser más elevados, en contraste con aquellas que tienen un diagnóstico dado hace muchos años en quienes se evidencian puntuaciones más bajas de ansiedad.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Podemos concluir que de las 37 mujeres que formaron parte del estudio el 48,6 % de ellas están casadas, el promedio de hijos de las participantes es de 2 y el 48,6 % poseen tercer nivel de educación, lo que se relaciona con los estudios citados anteriormente en donde la población tenía en común un diagnóstico de obesidad. Los resultados obtenidos mediante el cuestionario 16PF5 demostraron que los rasgos de personalidad que predominaron en el grupo de participantes fueron razonamiento y la apertura al cambio en polo negativo, cuyas características corresponden a tener un pensamiento concreto, ser tradicionales, conservadoras, resistentes al cambio.

Un resultado distinto de otras investigaciones se relaciona con la escolaridad, la que en otros países y otros estudios ha demostrado que un nivel bajo de escolaridad vuelve propensas a las mujeres a padecer obesidad, sin embargo, en el presente estudio realizado con mujeres cuencanas se evidencia lo contrario, la mayoría de ellas han cursado una carrera universitaria y poseen niveles altos de escolaridad (tercer y cuarto nivel) y aun así padecen la enfermedad.

Por otra parte, encontramos rasgos como la afabilidad, estabilidad emocional y dominancia de igual forma en un polo negativo las cuales implican que estas mujeres se caracterizan por ser frías, impersonales, distantes, emocionalmente cambiantes pero que al a vez evitan conflictos y son cooperadoras. Aquello nos lleva a considerar a la dimensión global de la personalidad que destaca del grupo, la cual es la dureza en el polo positivo lo cual significaría en las mujeres una tendencia a ser firmes, inflexibles y objetivas; por otra parte, en el polo negativo destaca la dimensión independencia en polo negativo.

Con respecto a los niveles de ansiedad se ha encontrado que el total de las mujeres participantes presenta dicha condición, al relacionar los rasgos de personalidad con esta variable se encontró que los rasgos en los que destaca la ansiedad son los de aprensión y tensión, es decir, todas las mujeres participantes que presentan estos rasgos a su vez presentan puntuaciones más altas en ansiedad. Finalmente, encontramos importante el hecho de que las mujeres del estudio muestran una correlación significativa cuando hablamos de sus rasgos de personalidad y su edad de diagnóstico en relación al padecimiento de ansiedad, esto se debe a que el estudio realizado



muestra que mientras más reciente sea el diagnóstico, mayor es la ansiedad que presenta la participante.

Es pertinente informar las limitaciones de la investigación, en primer lugar, el acceso a la población fue compleja y la recolección de datos fue lenta debido a que se trataba de personas que asistían de manera irregular a su consulta psicológica ambulatoria, sumado a ello el estado de emergencia sanitaria por COVID-19 en el que nos encontrábamos en el tiempo del estudio no permitió que el proceso de recolección de información finalizara por lo que la muestra fue reducida, al trabajar con una población pequeña los resultados no pueden generalizarse y los procesos estadísticos tuvieron que adaptarse al reducido número de participantes lo que causó cambios en la idea original de investigación.

Recomendamos a futuros investigadores del tema considerar lo antes mencionado al plantearse trabajar con este grupo, sin embargo, es importante mencionar que al realizar el trabajo de investigación existió gran predisposición para la recolección de la información, sobre todo por parte de los psicólogos y psicólogas encargados del Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca.

Finalmente, el presente estudio abre paso a la realización de futuras investigaciones centradas en las características psicológicas presentes en personas que padecen obesidad y su influencia en la enfermedad, así también, investigaciones sobre la influencia que tiene la edad a la que es diagnosticada la enfermedad sobre los diferentes aspectos de vida de los pacientes, curso y tratamiento de la obesidad.



REFERENCIAS

- Albañil, M., Rogero, M., Sánchez, M., Olivas, A., Rabanal, A. y Sanz, M. (2011). Riesgo de mantener obesidad desde la infancia hasta el final de la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50), 199-211.
- Alfonso, J. (2013). Obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 424-425.
- Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Aluja, A. y Blanch, Á. (2003). Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema*, 15(2), 309-314.
- Asociación Americana de Psicología. (2017). Principios éticos de los psicólogos y código de conducta. American Psychological Association (APPA). . *Práctica de Investigación*, 2(1), 1-16.
- Bravo, A., Espinoza, T., Mancilla, L. y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 115-123.
- Caballo, V., Guillén, J. y Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40(3), 319-327.
- Calderón, C., Forns, M. y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647.
- Campoverde, M. E., Añez, R., Salazar, J., Rojas, J. y Bermúdez, V. (2014). Factores de riesgo para obesidad en adultos de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 9(3), 1-10.
- Castro, M. y Martini, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224.
- Cattell, H. (2008). Los dieciséis factores de la personalidad. En G. Boyle, G. Matthews, & D. Saklofske, *El manual Sage de la teoría y la evaluación de la personalidad* (págs. 135-159). Londres: SAGE.
- Cattell, R. (1950). *Personality: A systematic theoretical and factual study*. New York: MacGraw-Hill.
- Cattell, R. (1977). *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Pirámide.
- Cerda, E. (1969). *Una psicología de hoy*. Pensilvania: Editorial Herder.



- Chica, H. (2010). Relación entre los trastornos por ansiedad y alteraciones del oído interno. *Rev. Fac. Med.*, 58(1), 60-70.
- Cortés, C., Polanski, T., Enríquez, C. y Jácome, L. (2018). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 17(1), 115-123.
- Cruz, M., Tuñón, E., Villaseñor, M., Álvarez, G. y Nigh, R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y Sociedad*, 25(57), 165-202.
- Fernández, O. J., Alfonso, R., Sabina, D. y Cruz, J. (2012). Manual para el diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 10(5), 466-479.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag .
- García, A. y Creus, E. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3).
- García, 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(1), 53-72.
- Godoy, F. (2014). Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. *Revista Chilena de nutrición*, 41(3), 260-263.
- González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1).
- Guerra, J. (2012). *Obesidad*. Científico-Técnica.
- Guzmán, R., Del Castillo, A. y García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. Morales, *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (págs. 201-218). Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Hamilton, M. (1959). La evaluación de los estados de ansiedad por calificación. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 59-69. doi:doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGRAW-Hill/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. .
- Jung, C. (1985). *Tipos psicológicos*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499.



- López, X., Mancilla, J., Álvarez, G. y Vásquez, R. (2003). Determinación de algunas características psicológicas en comedoras compulsivas: un estudio exploratorio. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 34-40.
- Malo-Serrano, M., Castillo, N. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *An Fac med*, 78(2), 173-178. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>.
- Martínez, R., Castellanos, M. y Chacón, J. (2015). *Análisis de Datos en Psicología y Ciencias de la Salud*. Madrid: GIUNTIEOS Psychometrics SL.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Mönckeberg, F. Muzzo, S. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 42(1), 96-102. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100013>
- Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia*, 3(2), 81-107.
- Moral de la Rubia, J. y Meza, C. (2013). Atribución Causal de Sobrepeso/Obesidad y su Relación con el IMC y Alteración Alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 89-101.
- Oliden, P. y Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896-901.
- Organización Mundial de la Salud. (3 de Abril de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Pajuelo, J., Torres, L., Agüero, R. y Bernui, I. (2019). El sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal en la población adulta del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 21-27. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15863>
- Pizzi, R. y Fung, L. (2015). Obesidad y mujer. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 74(4), 221-224.
- Pompa, E. y Meza, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-11. doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom>
- Quezada, N. (2014). *Estadística con SPSS 22*. Lima: Macro E.I.R.L.
- Reyes, L., Betancur, J. y Samaniego, A. (2015). Ansiedad y Depresión en personas con obesidad de Paraguay. *Salud y Sociedad*, 6(1), 38-48. doi:10.22199/S07187475.2015.0001.00003



- Rodríguez, L. (2003). Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista Cubana de Endocrinología*, 14(2).
- Ruíz, I., Santiago, M., Bolaños, P. y Jauregui, I. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria. 1330-1348.
- Russell, M., & Karol, D. (2000). *16 PF-5 Manual*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Sagarra-Romero, L., Gómez-Cabello, A., Pedrero-Chamizo, R., Vila-Maldonado, S., Gusi-Fuertes, N., Villa-Vicente, J., . . . Ara-Royo, I. (2017). Relación entre el nivel educativo y la composición corporal en personas mayores no institucionalizadas: Proyecto Multi-céntrico EXERNET. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-15.
- Sanabria, P., Hernández, P. y Pino, S. (2016). Rasgos de personalidad de pacientes candidatos a cirugía bariátrica en el Hospital Militar Central. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 9(2), 29-41.
- Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.
- Seelbach, G. (2012). *Teorías de la personalidad*. México: Red Tercer Mienio S.C.
- Seisdedos, N. (2011). *16PF-5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal Estar e Subjetividad*, 3(1), 10-59.
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad.
- Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
- Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 352-357.
- Valdés, E. y Bencosme, N. (2015). Frecuencia de obesidad y su relación con algunas complicaciones maternas y perinatales en una comunidad indígena. *Revista Cubana de Endocrinología*, 26(3), 238-245.
- Wilma, F., María, R., Philippe, B., María, M., Katherine, S., Natalia, R., . . . Rafael, M. (2013). *Resumen ejecutivo: tomo I, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador*. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública/ Instituto Nacional de Estadística y Censos.



Anexo 2. Cuestionario factorial de personalidad adolescentes y adultos (16PF-5)

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará una serie de frases que permitirán conocer sus actitudes e intereses. En general, no existen respuestas correctas o incorrectas, porque las personas tienen distintos intereses y ven las cosas desde distintos puntos de vista. Conteste con sinceridad; de esta forma se podrá conocer mejor su forma de ser.

Anote sus respuestas en la Hoja de Respuestas que le han entregado. En primer lugar, escriba sus datos (nombre, edad, etc.) en la parte superior. Cada frase contiene tres posibles respuestas (A, B y C) y normalmente la alternativa B viene con un interrogante, para ser señalada cuando no es posible decidirse entre la A y la C. En la Hoja encontrará estas letras para dar sus respuestas. Las frases están ordenadas numéricamente; siga esta numeración al contestar. Lea atentamente cada frase y las posibles respuestas; así le será más fácil decidirse.

Ahora lea los ejemplos que vienen aquí abajo para hacer un poco de práctica, y piense cómo los contestaría. Si tiene dudas, pregunte al examinador.

Ejemplos:

1. Me gusta presenciar una competición deportiva:
A. Verdadero. B. No lo sé C. Falso.

2. Prefiero las personas:
A. Reservadas. B.? C. Que hacen amigos fácilmente.

3. El dinero no hace la felicidad:
A. Verdadero. B.? C. Falso. Al contestar tenga en cuenta lo siguiente:

No piense demasiado el contenido de las frases, ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Ud. quisiera; por ejemplo, se ha puesto “presenciar una competición deportiva”, y tal vez a Ud. le guste más el fútbol que el baloncesto; debe contestar pensando en lo que es habitual para Ud. Generalmente se contestan cinco o seis por minuto, y se tarda poco más de media hora para completar todo el Cuadernillo.

Evite señalar la respuesta B (?), excepto cuando le sea imposible decidirse por las otras dos; lo corriente es que esto le ocurra sólo en muy pocas frases.

Procure no dejar ninguna pregunta sin contestar. Es posible que alguna no tenga nada que ver con Ud. (porque no se aplica perfectamente a su caso); intente elegir la respuesta que vaya mejor con su modo de ser. Tal vez algunas frases le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que las hojas de respuesta se guardan como documentos confidenciales y no pueden ser valoradas sin una plantilla especial; por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.

Conteste sinceramente. No señale sus respuestas pensando en lo que “es bueno” o lo que “interesa” para impresionar al examinador. Además, el Cuadernillo se desarrolló para ser sensible a respuestas contradictorias.

ESPERE, NO PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE HASTA QUE SE LO INDIQUEN

1. En un negocio sería más interesante encargarse de:

- A. Las máquinas o llevar registros
- B. ?
- C. Entrevistar y hablar con personas

2. Normalmente me voy a dormir sintiéndome satisfecho de cómo ha ido el día.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

3. Si observo que la línea de razonamiento de otra persona es incorrecta, normalmente:

- A. Se lo señalo.
- B. ?
- C. Lo paso por alto.

4. Me gusta muchísimo tener invitados y hacer que se lo pasen bien.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

5. Cuando tomo una decisión siempre pienso cuidadosamente en lo que es correcto y justo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

6. Me atrae más pasar una tarde ocupado en una tarea tranquila a la que tenga afición que estar en una reunión animada.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

7. Admiro más a:

A. Una persona con capacidad de tipo medio, pero con una moral estricta.

B. ?

C. Una persona con talento, aunque a veces no sea responsable.

8. Sería más interesante ser:

- A. Ingeniero de la construcción.
- B. ?
- C. Escritor de teatro.

9. Normalmente soy el que da el primer paso al hacer amigos.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

10. Me encantan las buenas novelas u obras de teatro/cine.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

11. Cuando la gente autoritaria trata de dominarme, hago justamente lo contrario de lo que quiere.

- A. Sí.
- B. ?
- C. No.

12. Algunas veces no congenio muy bien con los demás porque mis ideas no son convencionales y corrientes.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

13. Muchas personas te “apuñalarían por la espalda” para salir ellas adelante.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

14. Me meto en problemas porque a veces sigo adelante con mis ideas sin comentarlas con las personas que puedan estar implicadas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.



15. Hablo de mis sentimientos:
A. Con facilidad cuando las personas parecen estar interesadas.
B. ?
C. Sólo si no tengo más remedio.
16. Me aprovecho de la gente:
A. Algunas veces.
B. ?
C. Nunca.
17. Mis pensamientos son demasiado complicados y profundos como para ser comprendidos por muchas personas.
A. Casi nunca.
B. ?
C. A menudo.
18. Prefiero:
A. Comentar mis problemas con los amigos.
B. ?
C. Guardarlos para mis adentros.
19. Pienso acerca de cosas que debería haber dicho pero que no las dije.
A. Casi nunca.
B. ?
C. A menudo.
20. Siempre estoy alerta ante los intentos de propaganda en las cosas que leo.
A. Si.
B. ?
C. No.
21. Si las personas actúan como si yo no les gustara:
A. No me perturba.
B. ?
C. Normalmente me hace daño.
22. Cuando observo que difiero de alguien en puestos de vista sociales, prefiero:
A. Discutir el significado de nuestras diferencias básicas.
B. ?
C. Cambiar de tema.
23. He dicho cosas que hirieron los sentimientos de otros:
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
24. Si tuviera que cocinar o construir algo seguiría las instrucciones exactamente.
A. Verdadero, para evitar sorpresas.
B. ?
C. Falso, porque podría hacer algo más interesante.
25. A la hora de construir o hacer algo preferiría trabajar:
A. Con otros.
B. ?
C. Yo solo.
26. Me gusta hacer planes con antelación para no perder tiempo entre las tareas.
A. Raras veces.
B. ?
C. A menudo.
27. Normalmente me gusta hacer mis planes yo solo, sin interrupciones y sugerencias de otros.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
28. Cuando me siento tenso incluso pequeñas cosas me sacan de quicio.
A. Verdadero.



- B. ?
- C. Falso.

29. Puedo encontrarme bastante a gusto en un ambiente desorganizado.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

30. Si mis planes, cuidadosamente elaborados, tuvieran que ser cambiados a causa de otras personas:

- A. Eso me molestaría e irritaría.
- B. ?
- C. Me parecería bien y estaría contento de cambiarlos.

31. Preferiría.

- A. Estar en una oficina, organizando y atendiendo a personas.
- B. ?
- C. Ser arquitecto y dibujar planos en un despacho tranquilo.

32. Cuando las pequeñas cosas comienzan a marchar mal unas detrás de otras:

- A. Me siento como si no pudiera dominarlas.
- B. ?
- C. Continúo de un modo normal.

33. Me satisface y entretiene cuidar de las necesidades de los demás.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

34. A veces hago observaciones tontas, a modo de broma, para sorprender a los demás.

- A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

35. Cuando llega el momento de hacer algo que he planeado y esperado, a veces no me apetece ya continuarlo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

36. En las situaciones que dependen de mí me siento bien dando instrucciones a los demás.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

37. Preferiría emplear una tarde:

- A. Haciendo con tranquilidad y sosiego algo por lo que tenga afición.
- B. ?
- C. En una fiesta animada.

38. Cuando yo sé muy bien lo que el grupo tiene que hacer, me gusta ser el único en dar las órdenes.

- A. Sí.
- B. ?
- C. No.

39. Me divierte mucho el rápido y vivaz humor de algunas series de televisión.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

40. Le doy más valor y respeto a las normas y buenas maneras que a una vida fácil.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.



41. Me encuentro tímido y retraído a la hora de hacer amigos entre personas desconocidas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

42. Si pudiera, preferiría hacer ejercicio con:

- A. La esgrima o la danza.
- B. ?
- C. El tenis o la lucha libre.

43. Normalmente hay una gran diferencia entre lo que la gente dice y lo que hace.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

44. Resultaría más interesante ser músico que mecánico.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

45. Las personas forman su opinión acerca de mí demasiado rápidamente.

- A. Casi nunca.
- B. ?
- C. A menudo.

46. Soy de esas personas que:

A. Siempre están haciendo cosas prácticas que necesitan ser hechas.

B. ?

C. Imaginan o piensan acerca de cosas sobre sí mismas.

47. Algunas personas creen que es difícil intimar conmigo.

- A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

48. Puedo engañar a las personas siendo amigable cuando en realidad me desagradan.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

49. Mis pensamientos tienden más a girar sobre cosas realistas y prácticas.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

50. Suelo ser reservado y guardar mis problemas para mis adentros.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

51. Después de tomar una decisión sobre algo sigo pensando si será acertada o errónea.

A. Normalmente verdadera.

B. ?

C. Normalmente falsa.

52. En el fondo no me gustan las personas que son “diferentes” u originales.

A. Verdadero, normalmente no me gustan.

B. ?

C. Falso, normalmente las encuentro interesantes.

53. Estoy más interesado en:

A. Buscar un significado personal a la vida.

B. ?

C. Asegurarme un trabajo con un buen sueldo.



54. Me perturbo más que otros cuando las personas se enfadan entre ellas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

55. Lo que este mundo necesita es:

- A. Más ciudadanos íntegros y constantes.
- B. ?
- C. Más reformadores con opiniones sobre cómo mejorar el mundo.

56. Prefiero los juegos en los que.

- A. Se forman equipos o se tiene un compañero.
- B. ?
- C. Cada uno hace su partida.

57. Normalmente dejo algunas cosas a la buena suerte en vez de hacer planes complejos y con todo detalle.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

58. Frecuentemente tengo periodos de tiempo en que me es difícil abandonar el sentimiento de compadecerme a mí mismo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

59. Mis mejores horas del día son aquellas en que estoy solo con mis pensamientos y proyectos.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

60. Si la gente me interrumpe cuando estoy intentando hacer algo, eso no me perturba.

- A. Verdadero, no me siento mal.
- B. ?
- C. Falso, me molesta.

61. Siempre conservo mis pertenencias en perfectas condiciones.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

62. A veces me siento frustrado por las personas demasiado rápidamente.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

63. No me siento a gusto cuando hablo o muestro mis sentimientos de afecto o cariño.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

64. En mi vida personal, casi siempre alcanzo las metas que me pongo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

65. Si el sueldo fuera el mismo preferiría ser un científico más que un directivo de ventas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

66. Si la gente hace algo incorrecto, normalmente le digo lo que pienso.

- A. Verdadero.
- B. ?



- C. Falso.
67. Pienso que mis necesidades emocionales:
- A. No están demasiado satisfechas.
 - B. ?
 - C. Están bien satisfechas.
68. Normalmente me gusta estar en medio de mucha actividad y excitación.
- A. Verdadero.
 - B. ?
 - C. Falso.
69. La gente debería insistir, más de lo que hace ahora, en que las normas morales sean seguidas estrictamente.
- A. Verdadero.
 - B. ?
 - C. Falso.
70. Preferiría vestir:
- A. De modo aseado y sencillo.
 - B. ?
 - C. A la moda y original.
71. Me suelo sentir desconcertado si de pronto paso a ser el centro de la atención en un grupo social.
- A. Verdadero.
 - B. ?
 - C. Falso.
72. Me pone irritado que la gente insista en que yo siga las mínimas reglas de seguridad.
- A. Verdadero, porque no siempre son necesarias.
 - B. ?
 - C. Falso, porque es importante hacer las cosas correctamente.
73. Comenzar a conversar con extraños:
- A. Nunca me ha dado problemas.
 - B. ?
 - C. Me cuesta bastante.
74. Si trabajara en un periódico preferiría los temas de:
- A. Literatura o cine.
 - B. ?
 - C. Deportes o política.
75. Dejo que pequeñas cosas me perturben más de lo que debieran.
- A. A veces.
 - B. ?
 - C. Raras veces.
76. Es acertado estar en guardia con los que hablan de modo amable, porque se pueden aprovechar de uno.
- A. Verdadero.
 - B. ?
 - C. Falso.
77. En la calle me detendría más a contemplar a un artista pintando que a ver la construcción de un edificio.
- A. Verdadero.
 - B. ?
 - C. Falso.
78. Las personas se hacen perezosas en su trabajo cuando consiguen hacerlo con facilidad.
- A. Casi nunca.
 - B. ?
 - C. A menudo.
79. Se me ocurren ideas nuevas sobre todo tipo de cosas, demasiadas para ponerlas en práctica.
- A. Verdadero.



B. ?

C. Falso.

80. Cuando hablo con alguien que no conozco todavía, no doy más información que la necesaria.

A. Normalmente verdadera.

B. ?

C. Normalmente falsa.

81. Pongo más atención en:

A. Las cosas prácticas que me rodean.

B. ?

C. Los pensamientos y la imaginación.

82. Cuando la gente me critica delante de otros me siento muy descorazonado y herido.

A. Casi nunca.

B. ?

C. A menudo.

83. Encuentro más interesante a la gente si sus puntos de vista son diferentes de los de la mayoría.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

84. Al tratar con gente es mejor:

A. "Poner todas las cartas sobre la mesa".

B. ?

C. "No descubrir tu propio juego".

85. A veces me gustaría más ponerme en mi sitio que perdonar y olvidar.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

86. Me gusta la gente que:

A. Es estable y tradicional en sus intereses.

B. ?

C. Reconsidera seriamente sus puntos de vista sobre la vida.

87. A veces me siento demasiado responsable sobre cosas que suceden a mi alrededor.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

88. El trabajo que me es familiar y habitual:

A. Me aburre y me da sueño.

B. ?

C. Me da seguridad y confianza.

89. Logro terminar las cosas mejor cuando trabajo solo que cuando lo hago en equipo.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

90. Normalmente no me importa si mi habitación está desordenada.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso.

91. Me resulta fácil ser paciente, aun cuando alguien es lento para comprender lo que estoy explicándole.

A. Verdadero.

B. ?

C. Falso, me cuesta ser paciente.

92. Me gusta unirme a otros que van a hacer algo juntos, como ir a un museo o de excursión.



- A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
93. Soy algo perfeccionista y me gusta que las cosas se hagan bien.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
94. Cuando tengo que hacer una larga cola por algún motivo, no me pongo tan intranquilo y nervioso como la mayoría.
A. Verdadero, no me pongo.
B. ?
C. Falso, me pongo intranquilo.
95. La gente me trata menos razonablemente de lo que merecen mis buenas intenciones.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
96. Me lo paso bien con gente que muestra abiertamente sus emociones.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
97. No dejo que me depriman pequeñas cosas.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
98. Si pudiera ayudar en el desarrollo de un invento útil preferiría encargarme de:
A. Investigarlo en el laboratorio.
B. ?
C. Mostrar a las personas su utilización.
99. Si ser cortés y amable no da resultado puedo ser rudo y astuto cuando sea necesario.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
100. Me gusta ir a menudo a espectáculos y diversiones.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
101. Me siento insatisfecho conmigo mismo.
A. A veces.
B. ?
C. Raras veces.
102. Si nos perdiéramos en una ciudad y los amigos no estuvieran de acuerdo conmigo en el camino a seguir:
A. No protestaría y les seguiría.
B. ?
C. Les haría saber que yo creía que mi camino era mejor.
103. La gente me considera una persona animada y sin preocupaciones.
A. Verdadero.
B. ?
C. Falso.
104. Si el banco se descuidara y no me cobrara algo que debiera, creo que:
A. Lo indicaría y lo pagaría.
B. ?
C. Yo no tengo por qué decírselo.
105. Siempre tengo que estar luchando contra mi timidez.
A. Verdadero.
B. ?



C. Falso.

106. Los profesores, sacerdotes y otras personas emplean mucho tiempo intentando impedirnos hacer lo que deseamos.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

107. Cuando estoy con un grupo, normalmente me siento, escucho y dejo que los demás lleven el peso de la conversación.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

108. Normalmente aprecio más la belleza de un poema que una excelente estrategia en un deporte.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

109. Si uno es franco y abierto los demás intentan aprovecharse de él.

- A. Casi nunca.
- B. ?
- C. A menudo.

110. Siempre me interesan las cosas mecánicas y soy bastante bueno para arreglarlas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

111. A veces estoy tan enfrascado en mis pensamientos que, a no ser que salga de ellos, pierdo la noción del tiempo y desorden o no encuentro mis cosas.

- A. Verdadero.
- B. ?

C. Falso.

112. Parece como si no pudiera confiar en más de la mitad de la gente que voy conociendo.

- A. Verdadero, no se puede confiar en ella.
- B. ?
- C. Falso, se puede confiar en ella.

113. Normalmente descubro que conozco a los demás mejor de lo que ellos me conocen a mí.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

114. A menudo los demás dicen que mis ideas son realistas y prácticas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

115. Si creo que lo merecen, hago agudas y sarcásticas observaciones a los demás.

- A. A veces.
- B. ?
- C. Nunca.

116. A veces me siento como si hubiera hecho algo malo, aunque realmente no lo haya hecho.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

117. Me resulta fácil hablar sobre mi vida, incluso sobre aspectos que otros considerarían muy personales.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.



118. Me gusta diseñar modos por los que el mundo pudiera cambiar y mejorar.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

119. Tiendo a ser muy sensible y preocuparme mucho acerca de algo que he hecho.

- A. Casi nunca.
- B. ?
- C. A menudo.

120. En el periódico que acostumbro a hojear me intereso más por:

- A. Los artículos sobre los problemas sociales.
- B. ?
- C. Todas las noticias locales.

121. Preferiría emplear una tarde libre en:

- A. leer o trabajar en solitario en un proyecto.
- B. ?
- C. hacer alguna tarea con los amigos.

122. Cuando hay algo molesto que hacer, prefiero:

- A. dejarlo a un lado hasta que no haya más remedio que hacerlo.
- B. ?
- C. comenzar a hacerlo de inmediato.

123. Prefiero tomar la comida de mediodía:

- A. con un grupo de gente.
- B. ?
- C. en solitario.

124. Soy paciente con las personas, incluso cuando no son corteses y considerados con mis sentimientos:

- A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

125. Cuando hay algo, normalmente me tomo tiempo para pensar antes en todo lo que necesito para la tarea.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

126. Me siento molesto cuando la gente emplea mucho tiempo para explicar algo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

127. Mis amigos probablemente me describen como una persona:

- A. cálida y amigable.
- B. ?
- C. formal y objetiva.

128. Cuando algo me perturba, normalmente me olvido pronto de ello.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

129. Como afición agradable prefiero:

- A. hacer o reparar algo.
- B. ?
- C. trabajar en grupo en una tarea comunitaria.

130. Creo que debo reclamar si en el restaurante recibo un mal servicio o alimentos deficientes.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.



131. Tengo más cambios de humor que la mayoría de las personas que conozco.

- A. Normalmente verdadero.
- B. ?
- C. Normalmente falso.

132. Cuando los demás no ven las cosas como las veo yo, normalmente logro convencerlos.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

133. Creo que ser libre para hacer lo que desee es más importante que tener buenos modales y respetar las normas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

134. Me encanta hacer reír a la gente con historias ingeniosas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

135. Me considero una persona socialmente muy atrevida y comunicativa.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

136. Si una persona es lo suficientemente lista para eludir las normas sin que parezca que las incumple:

- A. podría incumplirlas si tiene razones especiales para ello.
- B. ?
- C. debería seguirlas a pesar de todo.

137. Cuando me uno a un nuevo grupo normalmente encajo pronto.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

138. Prefiero leer historias rudas o de acción realista más que novelas sentimentales e imaginativas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

139. Sospecho que la persona que se muestra abiertamente amigable conmigo pueda ser desleal cuando yo no esté delante.

- A. Casi nunca.
- B. ?
- C. A menudo.

140. Cuando era niño empleaba la mayor parte de mi tiempo en:

- A. hacer o construir algo.
- B. ?
- C. leer o imaginar cosas ideales.

141. Muchas personas son demasiado quisquillosas y sensibles, y por su propio bien deberían “endurecerse”.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

142. Me muestro tan interesado en pensar en las ideas que a veces paso por alto los detalles prácticos.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

143. Si alguien me hace una pregunta demasiado personal, intento cuidadosamente evitar contestarla.

- A. Normalmente verdadero.



- B. ?
- C. Normalmente falso.

144. Cuando me piden hacer una tarea voluntaria digo que estoy demasiado ocupado.

- A. A veces.
- B. ?
- C. Raras veces.

145. Mis amigos me consideran una persona algo abstraída y no siempre práctica.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

146. Me siento muy abatido cuando la gente me critica en un grupo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

147. Les surgen más problemas a quienes:
A. se cuestionan o cambian métodos que son ya satisfactorios.

- B. ?
- C. descartan enfoques nuevos o prometedores.

148. Soy muy cuidadoso cuando se trata de elegir a alguien con quien “abrirme” francamente.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

149. Me gusta más intentar nuevos modos de hacer las cosas que seguir caminos ya conocidos.

- A. Verdadero.

- B. ?
- C. Falso.

150. Los demás dicen que suelo ser demasiado crítico conmigo mismo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

151. Generalmente me gusta más una comida si contiene alimentos familiares y cotidianos que si tiene alimentos poco corrientes.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

152. Puedo pasar fácilmente una mañana entera sin tener necesidad de hablar con alguien.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

153. Deseo ayudar a las personas.

- A. Siempre.
- B. ?
- C. A veces.

154. Yo creo que:

A. algunos trabajos no deberían ser hechos tan cuidadosamente como otros.

- B. ?
- C. cualquier trabajo habría que hacerlo bien si es que se va a hacer.

155. Me resulta difícil ser paciente cuando la gente a mi alrededor.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.



156. Prefiero los momentos en que hay gente a mi alrededor.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

157. Cuando realizo una tarea no me encuentro satisfecho a no ser que ponga especial atención incluso en los pequeños detalles.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

158. Algunas veces me “sacan de quicio” de un modo insoportable pequeñas cosas, aunque reconozca que son triviales.

- A. Sí.
- B. ?
- C. No.

159. Me gusta más escuchar a la gente hablar de sus sentimientos personales que de otros temas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

160. Hay ocasiones en que no me siento de humor para ver a nadie.

- A. Muy raras veces.
- B. ?
- C. Bastante a menudo.

161. Me gustaría más ser consejero orientador que arquitecto.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

160. Hay ocasiones en que no me siento de humor para ver a nadie.

- A. Muy raras veces.
- B. ?
- C. Bastante a menudo.

161. Me gustaría más ser consejero orientador que arquitecto.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

162. En mi vida cotidiana casi nunca me encuentro con problemas que no puedo afrontar.

- A. Verdadero, puedo afrontarlos fácilmente.
- B. ?
- C. Falso.

163. Cuando las personas hacen algo que me molesta, normalmente:

- A. No le doy importancia.
- B. ?
- C. Se lo digo

164. Yo creo más en:

- A. ser claramente serio en la vida cotidiana.
- B. ?
- C. seguir casi siempre el dicho “Diviértete y sé feliz”.

165. Me gusta que haya alguna competitividad en las cosas que hago.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

166. La mayoría de las normas se han hecho para no cumplirlas cuando haya buenas razones para ello.



- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

167. Me cuesta bastante hablar delante de un grupo numeroso de personas.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

168. Preferiría un hogar en el que:

- A. se sigan normas estrictas de conducta.
- B. ?
- C. no haya muchas normas.

169. En las reuniones sociales suelo sentirme tímido e inseguro de mí mismo.

- A. Verdadero.
- B. ?
- C. Falso.

170. En la televisión prefiero:

- A. un programa sobre nuevos inventos prácticos.
- B. ?
- C. un concierto de un artista famoso.

171. “Minuto” es a “hora” como “segundo” es a:

- A. minuto.
- B. milisegundo
- C. hora

172. “Renacuajo” es a “rana” como “larva” es a:

- A. araña.
- B. gusano.
- C. insecto.

173. “Jamón” es a “cerdo” como “chuleta” es a:

- A. cordero.

- B. pollo.
- C. merluza.

174. “Hielo” es a “agua” como “roca” es a:

- A. lava.
- B. arena.
- C. petróleo.

175. “Mejor” es a “pésimo” como “peor” es a:

- A. malo.
- B. santo.
- C. óptimo.

176. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?

- A. Terminal.
- B. Estacional.
- C. Cíclico.

177. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?

- A. Gato.
- B. Cerca.
- C. Planeta.

178. Lo opuesto de “correcto” es lo opuesto de:

- A. bueno.
- B. erróneo.
- C. adecuado.

179. ¿Cuál de las tres palabras indica algo diferente de las otras dos?

- A. Probable.
- B. Eventual.
- C. Inseguro.

180. Lo opuesto de lo opuesto de “inexacto” es:

- A. casual.



- B. puntual.
- C. incorrecto.

181. ¿Qué número debe seguir al final de estos?

1-4-9-16...

- A. 20
- B. 25
- C. 32

182. ¿Qué letra debe seguir al final de estas?

A-B-D-G...

- A. H
- B. K
- C. J

183. ¿Qué letra debe seguir al final de estas?

E-I-L...

- A. M
- B. N
- C. O

184. ¿Qué número debe seguir al final de estos?

$1/12-1/6-1/3-2/3...$

- A. $3/4$
- B. $4/3$
- C. $3/2$

181. ¿Qué número debe seguir al final de estos?

1 2 0 3 -1...

- A. 5
- B. 4
- C. -3

Fuente: Cattell, H. (2008)

Anexo 3. Escala de ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad de Hamilton			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____			
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	



	<p>2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.</p> <p>3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.</p> <p>4 La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente</p>	
3 Miedo	<p>Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.</p> <p>0 No se encuentran presentes</p> <p>1 Presencia dudosa</p> <p>2 El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.</p> <p>3 Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.</p> <p>4 La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano</p>	Puntaje



4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	



	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	



	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje



Síntomas cardiovasculares	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	



11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	



	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	



	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	
--	---	---	--

Fuente: Hamilton, M. (1959)



Anexo 4. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Rasgos de personalidad y ansiedad en mujeres con obesidad en el Programa de Cirugía Bariátrica del instituto ecuatoriano de seguridad social de cuenca en el período 2019-2020

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador 1	Crespo Chacha Melissa Estefanía	0105715650	Universidad de Cuenca
Investigador 2	Matamoros Ordoñez Andrea María	0705639904	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Universidad de Cuenca. En este consentimiento informado se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación, cuáles son sus posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

Introducción

En la actualidad, la obesidad representa una enfermedad de alta prevalencia y de gran riesgo para la salud, pues en base a ella, las personas podrían sufrir de alteraciones en distintos ámbitos de desarrollo ya sea emocional, social, laboral u otros. Motivo por el cual esta investigación radica en la necesidad de conocer la relación entre los rasgos de personalidad y el grado de ansiedad de mujeres con obesidad que participan en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, con la finalidad de conocer la influencia de estas variables en el desarrollo de la enfermedad.

Objetivo del estudio

Determinar la relación que existe entre los rasgos de personalidad y la ansiedad según variables socio-demográficas en mujeres con obesidad, que participan en el Programa de Cirugía Bariátrica del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Descripción de los procedimientos

Se aplicará una ficha socio-demográfica y las siguientes herramientas: Cuestionario Factorial de Personalidad adolescentes y adultos y la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los instrumentos se aplicarán en formato impreso en un tiempo estimado de dos horas y en formato digital en un tiempo estimado de dos horas; para el procesamiento de la información se empleará el software estadístico SPSS y se procederá al análisis estadístico.

Riesgos y beneficios

Con el objetivo de prevenir posibles riesgos emocionales o psicológicos a corto o largo plazo, la aplicación garantizará la voluntariedad y anonimato de los participantes. El beneficio de esta investigación se encamina al autoconocimiento y al desarrollo de la población de estudio. Es necesario precisar que durante este proceso, los investigadores estarán prestos a responder cualquier duda e inquietud. Por último, los resultados de esta investigación se socializarán a través de diferentes medios, dejando abierta la posibilidad de generar nuevas líneas de investigación respecto a este campo de este estudio.



Otras opciones si no participa en el estudio

Agradecemos su colaboración en esta investigación; sin embargo, si usted decide no ser partícipe de este proceso, no existirá represalia alguna a su persona, ni en futuros vínculos que usted establezca con la Universidad de Cuenca.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Manejo del material biológico recolectado

Este punto no procede, porque no se va a recolectar material biológico alguno.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos 0999759886/ 0983023001 que pertenece a Melissa Estefanía Crespo Chacha/ Andrea María Matamoros Ordoñez o envíe un correo electrónico a melissa.crespo@ucuenca.edu.ec.

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha



Nombres completos del testigo (<i>si aplica</i>)	Firma del testigo	Fecha
Melissa Estefanía Crespo Chacha Investigador 1	Firma del investigador 1	Fecha
Andrea María Matamoros Ordoñez Investigador 2	Firma del investigador 2	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec