



Facultad de Ciencias Sociales

## **TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

“Obesidad, valoración y afrontamiento”

Alumna: Natalia Tabak

Legajo: 39362

Tutora: Dra. María Laura Lupano Perugini

Fecha de entrega: 15 de Febrero de 2012

## INDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
1.1 Planteo del problema.....	4
1.2 Objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo general.....	5
1.2.2 Objetivos específicos.....	5
<b>2. Marco Teórico.....</b>	<b>5</b>
2.1 Descripción general de la Obesidad:.....	5
2.1.1 Diagnóstico.....	7
2.2 Epidemiología.....	7
2.2.1 El problema actual de la obesidad.....	7
2.3 Factores desencadenantes de la obesidad.....	9
2.3.1 Factores medico- clínico.....	10
2.3.2 Factores socioculturales.....	12
2.3.3 Desencadenantes ambientales.....	14
2.3.4 Aspecto psicológico.....	16
2.3.4.1 Personalidad adictiva.....	17
2.4 Tratamiento y psicoterapias.....	18
2.4.1 Prevención.....	19
2.4.2 Modalidades de abordaje.....	19
2.4.2.1 Otros abordajes.....	21
2.5 El Método del centro terapéutico.....	22
2.6 Estrés, valoración y afrontamiento.....	24
2.6.1 Valoración.....	25
2.6.2 Afrontamiento.....	26
2.7 Investigaciones sobre la relación entre obesidad y afrontamiento.....	29
<b>3. Metodología.....</b>	<b>31</b>
3.1 Tipo de Metodología.....	31
3.2 Hipótesis.....	31
3.2.1 Hipótesis para el objetivo general.....	31
3.2.2 Hipótesis para los objetivos específicos.....	32
3.3 Participantes.....	32
3.4 Instrumento.....	32
3.5 Procedimiento.....	33
<b>4. Resultados.....</b>	<b>35</b>
<b>5. Conclusión.....</b>	<b>38</b>
5.1 Análisis de resultados.....	38
5.2 Limitaciones y futuras investigaciones.....	43

**6. Bibliografía.....47**

## 1. Introducción

El presente trabajo surge de la Práctica y Habilitación Profesional en institución dedicada al tratamiento de obesidad y otros desordenes alimentarios.

Su objetivo principal es la modificación de conductas y hábitos nocivos relacionados con la comida mediante su método basado en el corte, medida y distancia con la ingesta. Se busca terminar con los excesos, la toma de conciencia del tamaño de las porciones y la distancia con y entre las comidas.

Con el cumplimiento del método, las personas descienden de peso, mejoran su calidad de vida y disminuyen el riesgo de contraer enfermedades y muerte temprana.

En función a la edad y al nivel de sobrepeso, la persona obtiene un plan nutricional personalizado, terapia individual y/o grupal, actividad física adaptada, junto al apoyo, seguimiento y contención de cada profesional que trabaja en la institución.

La práctica y habilitación profesional estuvo compuesta por el cumplimiento de 320hs en la clínica. A partir de las observaciones, escuchas y vivencias en los distintos encuentros grupales surgió el interés por desarrollar e investigar el tema que se postula en el siguiente trabajo.

### **1.1 Planteo del problema**

¿Existen diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento entre personas que se encuentran en un grupo de descenso de peso frente a personas que se encuentran en un grupo de mantenimiento tomando al sobrepeso como suceso estresante?

## **1.2 Objetivos**

### *1.2.1 Objetivo general*

Evaluar si existen diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento que desarrollan las personas que se encuentran en un grupo de descenso de peso frente a las personas que se encuentran en un grupo de mantenimiento tomando al sobrepeso como suceso estresante.

### *1.2.2 Objetivos específicos*

- Evaluar si existen diferencias en el tipo de valoración de la situación de sobrepeso entre personas que se encuentran en un grupo de descenso y personas que asisten a un grupo de mantenimiento.
- Evaluar si existen diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento entre asistentes al grupo de descenso y asistentes al grupo de mantenimiento.
- Establecer si existen diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento en cada grupo según género y grupo de edad.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Descripción general de la Obesidad:**

El informe de la Organización mundial de la salud (2006) define a la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Postula que la causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías.

Braguinsky (1997) define a la obesidad como una enfermedad multicausal y genética. Los genes se expresan por medio de hormonas y enzimas, en un medio obesogénico que se caracteriza por la alimentación hipercalórica e hipergrasa prolongada, con exceso de azúcares, falta de fibra dietaria y sedentarismo.

La obesidad se establece como una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea, estigmatizada y con frecuentes co-morbilidades, definida por el exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Las características señaladas permiten tener un encuadre adecuado de la concepción actual de la obesidad:

- Epidémica (primera enfermedad no transmisible calificada como epidémica).
- Metabólica (es decir, no psicogénica).
- Crónica (señalando lo irrisorio de los tratamientos agudos).
- Heterogénea (por ser poligénica y mostrando que diversas formas de obesidad suponen patogenias, clínica, pronóstico y tratamiento diferentes).
- Estigmatizada, y de ahí culpógena con disminución de la autoestima y desadaptación social.

Por su parte Zukerfeld (2011) plantea a la obesidad como una enfermedad de origen biológico, con fuerte carga genética y con gran prevalencia e incremento de su incidencia en la población occidental y recomienda retomar las definiciones dadas por Cormillot cuando jerarquizaba la noción de tendencia para definir la enfermedad (la condición genética-hormonal-metabólica) por sobre su cristalización que constituye la gordura.

Según Ravenna (2006) la obesidad es la consecuencia de la alteración del estilo de vida y de la alimentación. La cronicidad de la gordura repercute en todas las áreas de la vida. Plantea que la comida en si no es adictiva, sino su relación con ella. La obesidad es consecuencia de una tendencia adictiva en la que se interrelacionan el objeto, la persona, la familia y el entorno sociocultural.

Cormillot (1991) define a la obesidad como una enfermedad caracterizada por un exceso de tejido adiposo cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número, y que tiene como resultado una disminución en la calidad de vida y en la salud de quienes la padecen.

Las personas acumulan grasa por ingerir más calorías que las que gastan como energía; así, la entrada de energía excede a su salida. Si se quiere eliminar grasa del cuerpo, se deben ingerir menos calorías o gastar más (Kaplan & Sadock, 2009).

### *2.1.1 Diagnóstico*

Ravenna (2004) explica que a los efectos de diagnosticar y determinar el grado de obesidad, se utiliza un indicador universalizado, propuesto por el matemático belga Quételet, denominado Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se expresa:  $IMC = \text{Peso (en Kg.)} / \text{Altura (en m.)}^2$ .

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) el índice de masa corporal (IMC) — el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{Kg.} / \text{m}^2$ ), es un indicador fundamental de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional. El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta.

Un IMC menor a 18,5 es considerado bajo peso. De 18,5 a 24,9 es considerado peso normal. De 25 a 29,9 indica sobrepeso. De 30 en adelante se considera Obesidad.

La obesidad a su vez, puede dividirse en tres categorías, de acuerdo con los rangos del IMC: de 30 a 34,9 se habla de una Obesidad de tipo 1, de 35 a 39,9 se define a la Obesidad de tipo 2 y mayor o igual a 40 se trata de una obesidad tipo 3 o mórbida (Ravenna, 2004).

## **2.2 Epidemiología**

### *2.2.1 El problema actual de la obesidad*

Braginsky (1997) plantea que el fenómeno del aumento acelerado de la prevalencia de la obesidad en gran número de países, no solo desarrollados sino también aquellos en vías de desarrollo, ha sido denominado epidemia global de obesidad, configurando quizás la primera oportunidad en la que se caracteriza como epidemia una enfermedad no transmisible, en este caso la obesidad, una enfermedad metabólica crónica. En el momento actual muchos autores adjudican la categoría de epidemia también a la diabetes tipo 2 y a la hipertensión.

Precisamente la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) caracterizan a un grupo de enfermedades, diabetes tipo 2, hipertensión, obesidad,

dislipidemias, aterosclerosis, como ECNT, es decir, enfermedades crónicas no transmisibles, a las que hay que prestar especial atención dada su asociación con mortalidad precoz. La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso.

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2008 había en todo el mundo:

- Aproximadamente 1500 millones de adultos (mayores de 20 años) con sobrepeso.
- Más de 300 millones de mujeres y unos 200 millones de hombres obesos.

En 2010 había en todo el mundo unos 43 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Se calcula que para el 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

Fuchs (2005) sostiene que la prevalencia de la obesidad ha aumentado de manera alarmante en todo el mundo. Los niños y adolescentes comenzaron a seguir los mismos patrones de incremento de sobrepeso y obesidad aún en sociedades más pobres. Las razones para este incremento parecen ser reflejo de la compleja interacción de factores socioculturales, conductuales, fisiológicos y genéticos. El abordaje del problema debe ser comunitario y lo más precoz posible.

La OMS postula que el aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

La OMS plantea que para frenar la epidemia mundial de obesidad es necesaria una estrategia poblacional, multisectorial, multidisciplinaria y adaptada al entorno cultural.



Es un grave problema para la salud pública ya que la obesidad está relacionada con un aumento en la morbilidad y mortalidad de los individuos afectados, produciendo así, un gran impacto en el ámbito económico.

### **2.3 Factores desencadenantes de la obesidad**

Según Cormillot (1991) los factores desencadenantes de la obesidad son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que pueden provocar estados de estrés o generar tensiones que pongan en movimiento toda la carga genética que está latente. Esta carga genética (Cormillot, 2008) se manifiesta especialmente en el índice de masa corporal, en la forma del cuerpo, en la forma de metabolizar las grasas, la respuesta del cuerpo a la sobrealimentación, la respuesta del cuerpo a la actividad física, así como algunas preferencias por las comidas y las bebidas. Plantea además que la predisposición genética casi siempre se relaciona con como son los padres, aunque no es una condición suficiente, dado que se ha observado que hijos de personas con peso normal, criados entre obesos y transmisión de malos hábitos, pueden desarrollar obesidad; como por el contrario, hijos de padres obesos que crecen entre obesos recuperados, pueden atenuar su tendencia, dado que el aprendizaje y el ejemplo de sus actitudes y conductas podrían compensar la carga genética. Por ello, el autor habla de predisposición y no de enfermedad inevitable o incontrolable.

El ambiente familiar ejerce una gran influencia, modelando actitudes y conductas relacionadas con la comida y aprobando socialmente la cantidad de comida que el sujeto ingiere. Cuando ambos padres son obesos, el niño tiende a serlo con una probabilidad del 70% al 80% y cuando uno de los padres lo es, el niño tenderá a serlo con una probabilidad del 40% a un 50%. Es evidente que se mezclan factores genéticos y ambientales que se conjugan en el proceso de la crianza (Duperly, 2000).

Foz (2002) postula que el reconocimiento del amplio componente genético en el desarrollo de la obesidad debería ayudar a disminuir la culpabilización del paciente obeso.

Al paciente obeso hay que entenderlo como una unidad biopsicosocial, ya que ha quedado demostrado a través de la evolución que tuvo el abordaje de este trastorno, la falacia de querer atribuirlo a uno solo de los aspectos que intervienen en su constitución y la importancia de un trabajo interdisciplinario para abordarlo. Existe una conjunción de factores individuales, familiares y socioculturales que interactúan y ningún factor etiológico potencial en forma aislada es suficiente para desencadenar la obesidad (Facchini, 1999).

En las últimas décadas se han acumulado evidencias acerca de influencias genéticas, metabólicas, psicológicas, sociales e incluso ambientales en el desarrollo de esta enfermedad crónica. El rápido crecimiento de esta epidemia encuentra su explicación en que actualmente se vive en un entorno tóxico que predispone al desarrollo de la enfermedad (Cormillot, 2004).

### *2.3.1 Factores medico- clínico*

Desde el punto de vista de la Salud Mental, la obesidad no se encuentra clasificada como un trastorno psíquico en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM IV), a diferencia de lo que sucede en la décima edición de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS. En esta obra se halló en el capítulo que trata sobre “Trastornos Mentales y del Comportamiento” la descripción del cuadro de “Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” donde es incluida la ingesta excesiva como reacción a acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionales estresantes pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La OMS postula que el sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC.

Cormillot (1991) expresa que los factores fisiológicos pueden actuar directamente o combinados con mecanismos psicológicos. Por ejemplo:

- Menarca: muchas adolescentes comienzan a engordar después de la primera menstruación que suele ser un proceso traumático que se agrega a la natural

ansiedad de la crisis adolescente. Por otra parte, la eclosión hormonal puede estimular la aparición de desarreglos metabólicos.

- Menopausia: es válido también para la finalización del período fértil de la mujer. Contribuyen a su vez factores físicos y ambientales.
- El embarazo: es una situación típicamente desencadenante de la gordura. Se combinan elementos psicológicos, sociales y biológicos.
- Enfermedades: pueden ser de diverso tipo, incluyendo las que afectan a las glándulas de secreción interna. También cuadros crónicos que obliguen a estar mucho tiempo en cama.
- Intervenciones quirúrgicas: la extirpación de un órgano puede llegar a actuar como desencadenante de la obesidad. Un ejemplo es la extracción de amígdalas y apendicitis.
- Tratamientos inadecuados: muchas veces un sobrepeso apenas estético, si es tratado con pastillas, es decir, con anfetaminas o drogas similares, puede favorecer a la obesidad, ya que después provocan un aumento mayor de peso o rebote.

Ravenna (2004) describe una asociación directa entre la obesidad y las siguientes enfermedades:

- Diabetes Tipo II: el 70% de los obesos la padece.
- Hipertensión arterial, enfermedad cardio-vascular coronaria y cerebro-vascular.
- Reflujo gastro esofágico: es la subida anormal del ácido gástrico al esófago, debido a ingestas abundantes.
- Hígado graso: puede llevar a la cirrosis, pero es reversible con adelgazamiento y dieta sana.
- Disnea o fatiga respiratoria: es una disminución de la capacidad respiratoria, producida por la presión que ejerce la grasa sobre la caja torácica y el abdomen.
- Apnea de sueño: es un trastorno respiratorio caracterizado por la aparición de pausas e interrupciones en la respiración durante el sueño.
- Dislipidemia: es la alteración del metabolismo de las grasas. Se produce un aumento tanto del colesterol total, como del colesterol malo y a veces de los triglicéridos.

- Osteoartritis: Es una inflamación articular agravada, a veces producida por el peso excesivo.
- Colecistitis y cálculos vesiculares: su aparición es común tanto en la obesidad como en el adelgazamiento.
- Cáncer: Los cánceres de mama, de estómago, de esófago, de páncreas, de próstata y de colon tienen una incidencia 25% mayor en personas obesas.

### 2.3.2 Factores socioculturales

Obsesionados con la delgadez e influenciados hasta límites patológicos por los medios de comunicación audiovisuales que premian la misma, se ha transformado al obeso en perdedor. Los niños obesos sufren frecuentes discriminaciones escolares y suelen ser objeto de burlas de sus compañeros; cualquier adolescente, sobre todo niñas, presentan un comportamiento obsesivo por el control del peso que las mantiene angustiadas, los adultos sufren pavor ante la idea de tener que mostrar su cuerpo en público o discriminación a la hora de encontrar un trabajo, es decir, la obesidad se transforma en un daño psíquico y moral que no hemos cuantificado y que se traduce en un serio deterioro de la calidad de vida. La obesidad es un obstáculo importante para vivir una vida activa y plena y que no se debe solo a las condiciones médicas asociadas. Los obesos se exponen a las consecuencias de la desaprobación pública y afecta la educación, el empleo y la atención a la salud.

(Moreno Esteban, Alvarez Hernandez & Monereo Megias, 2000).

El exceso de peso se acompaña de la discriminación social, que se hace evidente a todo nivel. En cada aspecto de su vida se le recuerda al obeso que vive en una sociedad que odia la gordura. La sociedad en la mayoría de sus expresiones rechaza la imagen del obeso y lo desconoce como un integrante cuantitativamente importante, al punto que asientos, pasillos, mobiliario, indumentaria, etc., no contemplan en general a personas con esta característica (Stunkard & Wadden, 1992).

La sociedad en la que vivimos despliega una artillería feroz de adjetivaciones sobre quien esta *gordo*. Se lo cree irresponsable, abandonado, débil de carácter, carente de control, así como también se lo considera sucio, desalineado, vulgar, feo, haragán.

Parecería, en una simplificación, que el delgado es siempre el lindo y el gordo el feo, concepciones que provienen de una visión simplista y unilateral (Ravanna, 2006).

Rovira (2006) cita a Goldblatt y col. en donde señalan la presión que ejerce la clase socio – económica y destacan que la obesidad es seis veces más frecuente entre las mujeres de baja clase social, en donde el exceso de peso es bien tolerado, que entre las de la clase alta, la cual existe un fuerte rechazo de la gordura.

Foz (2002) describe que la estigmatización de la obesidad desde el punto de vista cultural, social y estético a lo largo de todo el siglo XX ha venido en buena parte ligada a la moda de la delgadez.

La religión no ha estado al margen del origen de estas actitudes discriminatorias. Para el budismo y el cristianismo la obesidad es estigmatizante, para el primero representa un castigo por los pecados morales cometidos en vidas anteriores y para el segundo, sería una consecuencia de transgresiones contra la voluntad Divina. El resultado de la estigmatización es la constante discriminación que soportan los obesos (Stunkard & Wadden, 1998).

La presión social para lograr la delgadez se incrementó en las últimas décadas, generando un defasaje entre la realidad corporal promedio y la figura idealizada ofrecida por los medios. Los valores adjudicados a la delgadez oscilan desde la simple pertenencia al grupo de moda hasta atribuciones de éxito erótico, intelectual y laboral (Zuckerfeld, 1996).

Katz (1999) explica que si la obesidad es considerada como una enfermedad curable, el obeso entonces no es visto como un enfermo sino como un ser inferior, goloso, incapaz, falta de voluntad y desprolijo que ni siquiera puede controlar su apetito. Desde esta perspectiva, el ser obeso deja de ser solo un problema estético, sino también, una suerte de amoralidad, un rasgo indeseable que intensifica aun más el culto a la delgadez.

Ravenna (2004) plantea que la actividad social de un *gordo* es infinitamente menor que la del *flaco*, porque la persona con sobrepeso u obesidad en general se esconde, prefiere evitar situaciones que lo enfrenten con su problema, trata de no exponerse mucho en público.

La obesidad supone un estigma social para aquel a quien se le atribuye y puede conllevar una autoimagen negativa y el deterioro de la autoestima. No obstante, no todos aquellos que intentan perder de peso lo hacen para mejorar su salud sino que la mayoría lo intenta por razones de estética cultural, ya que muchas de esas personas no necesitarían objetivamente perder peso (Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez & Pérez Álvarez, 1998).

Socialmente se puede observar la imagen del *obeso feliz*, rebotante de salud, sin alteraciones emocionales manifiestas y adaptado a su medio, pero existe también el significado vergonzante de la obesidad, que aparece como sinónimo de abandono, de dejarse llevar por placeres censurables, conductas que se atribuyen a una falta de voluntad que conduce a permanentes excesos, como si el obeso viviera en una orgía permanente, resultado de haber dado vía libre a sus impulsos transgrediendo la ideología del esfuerzo y perdiendo el dominio sobre sí mismo. A todos estos juicios descalificadores, desvalorizantes, en occidente se le agrega una considerable presión social, orientada a que todos hagan el esfuerzo necesario para mantener una figura magra, y en lo posible juvenil, no importando cuál sea el costo del sacrificio (Rovira, 2006).

La cronicidad de la gordura repercute en todas las áreas de la vida. Se consolida la reiteración del fracaso y solo al aceptar la incomodidad y el dolor de desprenderse de la comida por un tiempo, se puede acceder al placer desconocido del límite y el control, cuya consecuencia inmediata es el adelgazamiento (Ravenna, 2006).

### 2.3.3 *Desencadenantes ambientales*

Cormillot (2008) destaca características del medio ambiente que resultan tóxicas como ser la mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y de bajo contenido nutricional, el sedentarismo impulsado por trabajos que requieren poca

actividad física, los medios de transporte, el aumento del consumo de televisión, el uso de computadoras y otras tecnologías que ahorran esfuerzo, el tamaño de las porciones y la elevada publicidad de alimentos con alto contenido de calorías y pobre en nutrientes.

Ravenna (2004) explica que en la década del 90' se acentuó el predominio de la quietud por sobre la movilidad corporal, todo es más fácil, sedentario y automático. La modernidad introduce el confort, y este a su vez, viene acompañado por el auge del consumo. Existe una sobreoferta alimenticia y sedentarismo en las que muchas personas son incapaces de mantener un balance razonable entre la ingesta y el gasto de energía.

Las influencias del entorno que generaron mayores índices de obesidad fueron los siguientes:

- Comidas procesadas
- Cultura adictiva
- Globalización de costumbres
- Supermercado
- Marketing/ packaging
- Consumismo
- Acceso a comidas rápidas e hipercalóricas
- Ocio pasivo (tv, pc, etc.)
- Proliferación de comidas light y falsas dietas
- Sedentarismo

La marcada disminución de la actividad física parece ser el factor más importante en el aumento de la obesidad como un problema de salud pública. La inactividad física limita el gasto de energía y puede contribuir a una ingesta aumentada (Kaplan & Sadock, 2009).

La OMS describe que las elecciones de los niños, su dieta y el hábito de realizar actividad física dependen del entorno que les rodea.

El tipo de alimentación, la cantidad de calorías y el origen de las mismas, sin duda poseen una gran influencia. El hecho de comer fuera de casa, comida rápida, sin horario

predeterminado y en soledad, son hábitos que favorecen la pérdida del control de los impulsos y llevan, en consecuencia, a comer en exceso.

El estilo de vida actual favorece al desarrollo de la obesidad. El sedentarismo, propio de la época, la disminución de la actividad física espontánea, favorecida por los ascensores, las computadoras, las extensiones de teléfono, los aparatos de control remoto, los medios de transporte, hacen que el gasto energético sea menor y que, por lo tanto, se vea favorecido el aumento de peso.

#### *2.3.4 Aspecto psicológico*

Según Ravenna (2006) la obesidad no es un síntoma aislado o un desborde físico, sino que obedece a una conducta de base que la sostiene, ligada con el descontrol, con el autoengaño, con la falta de límites y la dependencia. Detalla la imagen personal deficiente, la ansiedad, la dificultad para el control de los impulsos y el ánimo deprimido como los síntomas que describen con mayor frecuencia a los pacientes obesos.

Moreno Esteban, Álvarez Hernández y Monereo Megias (2000) plantean que las consecuencias de la obesidad se relacionan con el rechazo social, pérdida de autoestima, depresión, ansiedad y un sinfín de problemas psicológicos que no están bien estudiados pero que son de dominio público.

La idea de la existencia de un patrón específico de personalidad para el obeso no ha podido ser demostrada, de dichas comunicaciones se desprende que existe una mayor frecuencia de alteraciones psicológicas en los obesos que en los no obesos. Explica que la obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y eso desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales o exagerar la valoración subjetiva de las dimensiones corporales (Rovira, 2006).

No se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso. Stunkard y Wadden (1992) no extraen en su estudio un tipo de personalidad peculiar que



caracterice a los obesos mórbidos, y en su estudio de 1987, no distinguen mayores niveles de enfermedad psiquiátrica general que en el resto de la población.

Por el contrario Ravenna (2004) describe algunos componentes básicos de la estructura psicológica de los obesos, tales como la negación, la imagen corporal distorsionada, la baja autoestima, el resentimiento, la resignación o falsa aceptación, la cronicidad, la reiteración del fracaso y la intolerancia a la frustración. La persona obesa vive fluctuando entre el control y la desmesura, entre la responsabilidad y la impunidad.

Amplia el autor que la obesidad no es una enfermedad adictiva, el comer si lo es y la obesidad es su consecuencia. Es una o varias enfermedades que se desencadenan a partir de un comer excesivo que produce grasa de mas. A pesar de que en sus comienzos fue producto de la genética, el medio familiar, la sociedad, la oferta, o simplemente una costumbre cotidiana, el comer de mas se transforma en algo imparable que el cuerpo exige. Siguiendo a Ravenna (2004) la obesidad es consecuencia de una tendencia adictiva en la que se interrelacionan el objeto, la persona, la familia y el entorno cultural. Aspectos psicológicos tales como depresión y ansiedad se expresan mediante conductas compulsivas voraces, automatizadas y dependientes.

#### *2.3.4.1 Personalidad adictiva*

Ravenna (2004) describe la personalidad adictiva como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular, y esto en última instancia, ocurre porque la persona se siente sola consigo misma y esta soledad también genera una química determinada. Los neurotransmisores y neuroreceptores están conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo. Muchas veces lo químico-emocional lleva a la conducta y la conducta a la repetición y a la cronicidad.

La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

- objeto droga: la comida al no ser una droga como la cocaína, el alcohol o el tabaco, no presenta las mismas cualidades tóxicas inmediatas, pero, si es tóxica ingerida en

exceso, porque abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica. Lo que es tóxico no es la comida en sí misma, sino, la cantidad, el exceso.

- la persona: el obeso es alguien que quiere y no puede. Es una persona frustrada porque desea adelgazar hace tiempo y no consigue resultados. Una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez dejándose invadir.
- la familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros y no se encuentra buen clima familiar.
- factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño. La sobre estimulación y la oferta alimentaria bombardean a la persona y la hace más vulnerable.

## **2.4 Tratamiento y psicoterapias**

Rovira (2006) explica que en la obesidad existe una combinación de factores interactuantes tanto en su génesis, como en su desarrollo y en su evolución. Así es que se pueden diferenciar elementos de distintas áreas: biológica, psicológica y social, en proporciones variadas de acuerdo a cada paciente en particular. El estudio de estos factores y su interrelación se impone al momento de evaluar el diagnóstico y planificar la estrategia terapéutica.

Facchini (1999) plantea que los recursos técnicos para abordar la problemática del paciente obeso, en el marco de la interdisciplina, son múltiples y variados y van desde lo más propio del médico o nutricionista hasta lo más específico del psicólogo o psiquiatra.

El fracaso terapéutico puede adjudicarse al desconocimiento de la naturaleza de la obesidad, una enfermedad metabólica crónica, con un fuerte componente genético y una inadecuada fijación de objetivos, centrándolos exclusivamente en la pérdida de peso. Si no

se produce un cambio personal, no hay posibilidades de éxito terapéutico (Braguinsky, 1997).

#### *2.4.1 Prevención*

Se denomina prevención a cualquier intento realizado para modificar las circunstancias que promueven, sostienen o intensifican una enfermedad. La función de la prevención es eliminar la morbilidad y la mortalidad relacionadas con una patología determinada, y se refiere a programas diseñados para prevenir la ocurrencia, promoviendo un desarrollo y una calidad de vida saludable. Existen distintos niveles de prevenciones. La prevención primaria esta orientada a disminuir la incidencia de dicha enfermedad, es decir, el número de nuevos casos. La prevención secundaria tiene como objetivo facilitar la identificación y corrección de un desorden en estadios más tempranos, promueve la detección temprana para lograr disminuir la prevalencia, es decir, el número total de casos establecidos. La prevención terciaria busca reducir las discapacidades derivadas de una patología (Katz, 1999).

Cormillot (1991) postula que el costo individual y social de la falta de prevención y tratamiento adecuado es enorme, especialmente cuando aparecen las diversas complicaciones de dicha enfermedad.

#### *2.4.2 Modalidades de abordaje*

Rovira (2006) plantea que los tratamientos de la obesidad en la esfera psicológica tiene dos vertientes: psicofarmacológica y psicoterapéutica.

Según Cormillot (2011) el tratamiento farmacológico contempla la administración de:

1. Orlistat: es un fármaco diseñado para el tratamiento de la obesidad que bloquea la absorción del 30% de la grasa alimentaria en el intestino sin entrar en el torrente sanguíneo ni actuar en el cerebro.
2. Poli vitamínicos: se prescriben dado que en la obesidad hay un deficit de micronutrientes (vitaminas y minerales) que favorece el engorde y la

inflamación crónica que produce la enfermedad. Plantea el autor que cuando se suplementa con polivitamínicos se observa un mejor descenso de peso.

También se contempla el uso de medicación con acción sobre los centros de apetito y saciedad:

3. Antidepresivos IRSS: actúan en especial sobre la serotonina, sustancia cerebral que interviene en la regulación del ánimo y el apetito. Entre ellos, sertralina y fluoxetina.
4. Topiramato: medicación anticonvulsionante que se encontró que tenía efectos adelgazantes. Ayuda a reducir la ingesta incontrolada. Puede ser utilizado en casos específicos como el del síndrome de descontrol alimentario.
5. Bupropion: antidepresivo, suele utilizarse para dejar de fumar, actúa como estimulante del estado de ánimo y favorece la saciedad.
6. Naltrexona: actúa sobre los centros de placer. Utilizado en el tratamiento del alcoholismo. Ha demostrado ser de ayuda también en el tratamiento de la obesidad.

En cuanto a la vertiente psicoterapéutica, Rovira (2006) expone distintos tipos de abordajes. Las terapias individuales, con un encuadre teórico psicodinámico, tienen el objetivo de conseguir que el paciente modifique determinadas fallas en la estructura de su personalidad, que son las que lo llevan a concurrir a la descarga oral para compensar su ansiedad. Propone también las terapias con un encuadre de tipo conductual, en donde se busca modificar los patrones de conducta relacionados con la ingesta, independientemente de las fallas de personalidad subyacentes. Habitualmente se realizan entrevistas con los familiares de los pacientes con el fin de evaluar la dinámica grupal y considerar si es necesario o no indicar tratamiento con el grupo familiar. Con frecuencia se observa que el paciente es un emergente de dificultades de la familia, ocupando el centro de las preocupaciones de todos los integrantes. La dinámica inconsciente de estos grupos lleva a que la enfermedad persista en el centro de la escena familiar y resulte necesario

implementar alguna técnica que posibilite, al menos, la descentralización de la sintomatología.

#### *2.4.2.1 Otros abordajes*

En relación a las intervenciones bariátricas, Cormillot (2011) considera que abrieron nuevos horizontes en el tratamiento de la obesidad severa y en pacientes que han fracasado al tratamiento médico. Las cirugías tendrán un mecanismo diferente para producir resultados según el procedimiento que se realice: restrictivo, malabsortivo, hormonal y dumping.

1. Bypass gástrico en Y de Roux: procedimiento quirúrgico mixto que combina cuatro mecanismos para lograr el descenso de peso: restrictivo, malabsortivo, hormonal y dumping. Esta operación se puede realizar por laparoscopia y tiene la ventaja de favorecer el descenso de peso entre un 70 y 90% del exceso. La desventaja es que puede tener complicaciones y que favorece la pérdida de nutrientes que deberán ser suplementados.
2. Manga gástrica: procedimiento restrictivo que consiste en reducir el estómago a 120/180 cm cúbicos de su capacidad. Se puede realizar por vía laparoscópica. Tiene la ventaja de que la digestión continúa siendo normal y no presenta pérdida de nutrientes.
3. Banda gástrica ajustable: procedimiento de menor complejidad que los anteriores. Su mecanismo de acción es la restricción. Tiene la ventaja de ser reversible, y la desventaja de que si el paciente no se acostumbra a la restricción aumenta el riesgo de dilatación de la banda provocando molestias y vómitos.
4. DB: derivación biliopancreática: combina el método restrictivo y el malabsortivo; esta indicada para personas de un IMC mayor a 40. La ventaja es que pueden ingerir más cantidad de alimentos.

Ravena (2008) considera que con la cirugía de bypass gástrico se mutila el único órgano sano que tiene un obeso: el estómago.

Ravenna (2004), sostiene que la medicación para adelgazar no es inocua ni efectiva y señala que no considera necesaria la cirugía en los casos de hiperobesidad.

## **2.5 El Método del centro terapéutico**

El Método de esta institución se basa en tres pilares fundamentales: el corte, la medida y la distancia respecto de la ingesta. En cuanto al corte, Ravenna (2004), afirma que se trata del límite conductual que el sujeto debe imponerse para dejar de comer en exceso, implica el cumplimiento estricto de la dieta. El corte es con el exceso, con la obsesión, con la voracidad. La medida, es en la porción permitida, en el talle, en la acción que lleva a aplacar el hambre; la persona debe saber que y cuanto comer. Y por último, la distancia, se refiere, entre las comidas y con la comida, plantea tomar distancia del exceso.

El paciente que inicia el tratamiento en el centro terapéutico debe realizar, como requisito previo, consultas médico clínica, psicológica y nutricional. En la entrevista médico clínica se evalúa el estado de salud general y actual del paciente, su grado de obesidad o sobrepeso y se determina el peso deseado. En la entrevista psicológica, se indaga la historia del mismo en relación con la comida, el tiempo que lleva con sobrepeso, hábitos y actividades diarias, conformación del grupo familiar, etc. Por último, en la consulta nutricional se define la dieta en forma personalizada.

Además de las tres consultas, el centro propone los grupos terapéuticos, actividad física adaptada, el libro del Dr. Ravenna y viandas supervisadas.

Se considera que el trabajo grupal es nodal a los efectos de generar cambios, por ello, se les propone a los pacientes un tratamiento terapéutico grupal. En el Centro funcionan distintos tipos de grupos:

- Grupos de descenso veloz (Control y Límites en Adelgazamiento Veloz), que consisten en 14 días intensivos y consecutivos coordinados por el Dr. Ravenna en persona y su equipo profesional terapéutico.
- Grupos de siete días que son para mantener la continuidad y adhesión al método. Luego de 14 días consecutivos del grupo de descenso de peso, los pacientes cierran el módulo de 21 días con este programa intensivo.

- Grupos que tienen lugar cada quince días. Se plantea como un tratamiento intensivo de fin de semana donde se realizan ambulatoriamente grupos, actividad física y planes alimentarios individualizados.
- Grupos de niños y de adolescentes.
- Grupos de mantenimiento: una vez que se llega al peso, se concurre a dichos grupos donde se trabajan desvíos o posibles atracones. También se busca consolidar la relación del paciente consigo mismo y con el medio, se trabaja el reconocimiento de la nueva imagen corporal.

Ravenna (2004) postula que la filosofía y dinámica de los grupos siguen diversas tendencias y líneas. Desde el conductismo cognitivo, toman las técnicas psicodramáticas, algunos aportes de la Psicoterapia del Yo de la Terapia Racional del doctor Ellis y aportes del conductismo dialéctico (TCD) de la doctora Martha Linehan. Esta última terapia es confrontadora, áspera, directa, busca asociaciones o sociedades más saludables que la depresión, la comida, la psicopatía, la manipulación y las adicciones. Se enfatiza la importancia de la confrontación directa, del carisma de los terapeutas, del alto grado de motivación del equipo de trabajo, y del compromiso día a día del profesional con sus pacientes.

La terapia grupal alivia, elimina el drama individual y le permite a la persona dejar de sentir que el problema pasa por ella exclusivamente. El motor del grupo logra levantar el anclaje individual y moviliza fuerzas inherentes de la técnica grupal (Ravenna, 2006).

Como se consigno en paginas precedentes, Ravenna plantea a la obesidad como una tendencia adictiva en la que se interrelacionan el objeto, la persona, la familia y el entorno cultural. Se destacó a la ansiedad, a la dificultad para controlar los impulsos y a la depresión como los síntomas que suelen acompañar dicha enfermedad.

Siguiendo al mismo autor, se expuso también que algunos componentes básicos de la estructura psicológica de los obesos son la negación, la baja autoestima, la resignación, la cronicidad, la reiteración del fracaso y la intolerancia a la frustración, trayendo como

resultado una imagen personal deficiente, una falta de confianza en las relaciones interpersonales y un fuerte sentimiento de rechazo social.

El inventario de valoración y afrontamiento (I.V.A) tiene por objetivo evaluar el tipo de valoración que un sujeto le da a determinada situación que puede ser definida como irrelevante, amenazante o desafiante. También se busca determinar el tipo de afrontamiento que dicha persona desarrolla frente a la situación problemática que puede tratarse de un afrontamiento cognitivo o conductual motor dirigido a cambiar la situación, un afrontamiento cognitivo o conductual motor dirigido a reducir la emoción, un afrontamiento pasivo o un afrontamiento evitativo.

A partir de los aspectos psicológicos descritos y tomando el sobrepeso como situación estresante, resulta relevante analizar y comparar en el siguiente estudio, el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento que desarrollan las personas que se encuentran en un grupo de descenso de peso frente a personas que se encuentran en un grupo de mantenimiento.

## **2.6 Estrés, valoración y afrontamiento**

Lazarus y Folkman (1984) definen al estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, en donde tiene mayor relevancia el cómo son percibidos o interpretados los acontecimientos que los acontecimientos mismos. El sujeto frente a una situación de estrés, valorará la cantidad de peligro potencial, así como los recursos que tiene disponible para hacerle frente. La persona experimentará estrés en la medida en que perciba que la amenaza excede sus recursos disponibles para afrontar la situación y ponga en peligro su bienestar personal. La evaluación inicial de la amenaza a través de la cual la persona valora la cantidad de peligro potencial se denomina valoración primaria, mientras que la evaluación de los recursos disponibles para hacer frente y controlar la situación se denomina valoración secundaria.



Las causas generadoras del estrés se pueden analizar desde dos procesos que tienen lugar en la relación entre el individuo y el entorno: la valoración y afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986).

### *2.6.1 Valoración*

La valoración de la situación, es un proceso evaluativo que realiza el individuo en donde establece hasta que punto una situación determinada es estresante. Las presiones y demandas ambientales producen estrés en las personas, pero diferirá en ellos su sensibilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacciones frente a las mismas. Para comprender las diferencias en las respuestas, ante situaciones similares, se deben tener en cuenta los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción.

Lazarus (1984) define la valoración de la situación como la evaluación primaria, que puede ser apreciada como un desafío, como una amenaza o como irrelevante.

Cuando el individuo considera que un acontecimiento no conlleva consecuencias para él, lo ha evaluado como irrelevante; significa que el encuentro con el entorno no genera implicaciones para el mismo, no siente interés por las posibles consecuencias.

El sujeto valorará el suceso como amenazante cuando aún no han ocurrido daños y pérdidas pero prevé que ocurrirán. Anticipa un daño, que aunque no haya ocurrido aún, su ocurrencia pareciera inminente. En la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo y suele estar acompañado de emociones negativas como la ansiedad, el miedo y el mal humor.

Se evaluará la situación como desafiante cuando el sujeto considere que cuenta con las fuerzas necesarias para confrontar el evento. Se siente seguro de superarlas, siempre que movilice y emplee adecuadamente sus recursos de afrontamiento. Suelen generarse emociones placenteras tales como la motivación, la excitación y el regocijo.

Lazarus y Folkman (1986) no consideran a la amenaza y al desafío como los dos sentidos opuestos de una misma dirección, sino que ambas evaluaciones pueden coexistir y deben considerarse por separado aunque estén relacionadas. Ambas implican la

movilización de estrategias de afrontamiento. Más aún, la relación entre las evaluaciones de amenaza y de desafío puede cambiar a lo largo de una misma situación.

### *2.6.2 Afrontamiento*

Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento o coping como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados. Para estos autores existen dos funciones principales de afrontamiento, una focalizada en el problema y la segunda centrada en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en el problema busca cambiar la relación ambiente-persona, actuando sobre el ambiente o sobre si mismo, se trata de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. Estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacerle frente al mismo.

Las técnicas para la resolución de problemas incluyen la habilidad para conseguir la información, analizar las situaciones, examinar posibilidades, alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado (Lazarus & Folkman, 1986).

Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema o situación estresante pueden ser: cognitivas, que significa hacer cognitivamente cosas para manipular la situación o conductual- motor, en donde se hacen conductualmente cosas para alterar o cambiar dicha situación. Es decir, todos los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos. Incluye iniciar acción directa incrementando los esfuerzos personales (Lazarus & Folkman, 1986).

El segundo grupo centrado en las emociones tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos

objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, reevaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno. A su vez las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción pueden ser: cognitivas, que significa que cognitivamente se pueden regular las respuestas emocionales o conductual-motor, en donde el sujeto hace activamente cosas para cambiar dicha emoción (Lazarus & Folkman, 1986).

La función del afrontamiento focalizado en la emoción busca cambiar el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés; se trata de regular la respuesta emocional (Sánchez Cánovas, 1991).

Las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997).

El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. Si la valoración dice que puede hacerse algo, es decir, que la condición estresante puede ser controlable por la acción, predomina el afrontamiento focalizado en el problema. Si la valoración dice que no puede hacerse nada, entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción (Sandin, 1995).

El afrontamiento focalizado en la emoción tiene más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno (Lazarus & Folkman, 1986).

Frydenberg y Lewis (1997) incorporan una tercera categoría a tales tipos denominada afrontamiento de evitación, que involucra evadir el problema, no prestando atención a el o distrayéndose con otras actividades o conductas.

Un cuarto afrontamiento sería el pasivo, donde el sujeto trata de no responder frente a la demanda del medio. No hace nada al respecto para cambiar la situación.

Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) son otros autores que han trabajado las estrategias de afrontamiento planteando posibles categorías en base a dos conceptos: el método usado y la focalización de las respuestas. Según el método empleado, las respuestas pueden ser activas o evitativas. En función de la focalización, pueden orientarse hacia el problema o bien hacia el control de las emociones. A su vez cada una de estas respuestas puede ser de carácter conductual o cognitivo.

Además se afirma que otra variable a tener en cuenta son las diferencias culturales, estas se consideran en gran medida como un factor determinante en el tipo de estrategia de afrontamiento que el individuo empleará.

Es necesario tener en cuenta que la aplicación de las dos funciones del afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en las emociones no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones. En general, todas las situaciones son potenciales disparadoras de las diferentes estrategias de afrontamiento, aunque parece haber características de la situación que influyen en la utilización de estrategias concretas. Por lo tanto, cabe destacar que los factores importantes para utilizar cualquier tipo de estrategia, dependerán del tipo de suceso, la posibilidad de su modificación, la ambigüedad e incertidumbre, así como la intensidad, la gravedad y la cronicidad de la situación (Lazarus & Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986) plantean que no son las situaciones en sí las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que realiza el sujeto de tales emociones. Explican que el afrontamiento no es un rasgo sino un proceso constantemente cambiante. Plantean que los sujetos afrontan de distinta manera las diversas situaciones e incluso modifican sus estrategias de afrontamiento para la misma situación en diferentes momentos. Una misma situación puede ser afrontada de distinta manera por cada uno de los sujetos intervinientes en ese contexto.

Las estrategias de afrontamiento son eficaces solo si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así

como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud (Snyder, 1999).

## 2.7 Investigaciones sobre la relación entre obesidad y afrontamiento

En la siguiente trabajo, Rousseau, Barbe, y Chabrol (2003) investigaron la relación existente entre mujeres que sufren el estigma de ser obesas y el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas frente a ello. Se estudió el impacto de dicha estigmatización relacionado con el bienestar psicológico y fisiológico, la tensión percibida, el amor propio, imagen corporal y depresión. La muestra estuvo compuesta por mujeres obesas que deseaban emprender un programa de pérdida de peso entre 18 y 60 años de edad. La metodología incluyó una entrevista dirigida, la escala del amor propio de Rosenberg, el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de la imagen corporal y la escala de estrés percibida (PSS14). Los resultados demostraron que la forma en que las personas estudiadas sentían la estigmatización fue a través de barreras físicas impuestas por un otro, actitudes negativas de otras personas basadas en miradas burlonas, susurros, carencia del tacto por parte de doctores y actitudes crueles de niños. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la evitación y la pasividad.

Los resultados demostraron una correlación directa entre las personas obesas que son objeto de estigmatización con la insatisfacción corporal y la depresión.

Puhl y Brownell (2006) realizaron un estudio en el que se examinaron experiencias de estigmatización del peso, fuentes de estigma, estrategias de afrontamiento, el funcionamiento psicológico, y costumbres alimenticias en una muestra de 2671 adultos obesos o con sobrepeso. La muestra total fue repartida en dos submuestras para llevar adelante la investigación. La muestra I incluyó a 2449 mujeres adultas, y la muestra II fue un grupo adulto, emparejado de hombres y de mujeres (N = 222) para investigar si existían diferencias de género. Ambas muestras realizaron cuestionarios on-line, midiendo la frecuencia de situaciones de estigmatización del peso, las estrategias de afrontamiento utilizadas, síntomas de depresión, autoestima, y hábitos alimenticios. Resultados: Se pudo observar que en ambas muestras, era común vivenciar situaciones de estigmatización de

peso, ocurriendo en múltiples ocasiones y de diversas maneras. Una variedad de estrategias de afrontamiento fueron utilizadas como respuesta.

No se observó ninguna diferencia de género en relación a tipos de afrontamiento o a la frecuencia de la estigmatización sufrida. La frecuencia de la estigmatización no fue relacionada con el funcionamiento psicológico actual de los estudiados, aunque respuestas de afrontamiento sí fueron asociadas con el bienestar emocional.

Hoffman (2010) planteó que la pérdida de peso y el mantenimiento requieren adherencia terminante a una dieta con pocas calorías. El objetivo primario de este estudio fue determinar que tipo de estrategia de afrontamiento sería la más efectiva para ayudar a mujeres que sufren sobrepeso u obesidad para afrontar sus antojos por las comidas dulces, y si la efectividad variaba en función a la debilidad de estar frente a la presencia de comida y la tendencia a comer según emociones. Setenta y tres mujeres obesas fueron reclutadas y divididas en tres grupos. El primero fue un grupo basado en estrategias de afrontamiento cognitivas, el segundo basado en la aceptación como estrategia de afrontamiento y el tercero sin ningún tipo de intervención ante el manejo de antojos por comidas dulces. Se realizaron comparaciones basándose en los dos primeros grupos, ya que el tercero no fue representativo con los requisitos del estudio.

Los patrones generales arrojaron que la estrategia de afrontamiento basada en la aceptación, podría llegar a ofrecer una ventaja en ayudar a mujeres obesas y con sobrepeso a resistir antojos por las comidas dulces.

En particular, este estudio sugiere que las estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación son especialmente beneficiosas para aquellas personas que demuestran mayor susceptibilidad a la presencia de comida y a la tendencia a comer por razones emocionales.

Stotts (2010) postuló que el sobrepeso es una crisis de salud importante en los Estados Unidos, con aproximadamente dos tercios de la población con sobrepeso, y de éstos, casi una mitad califica como obeso. Si bien la obesidad demuestra ser multicausal, se comprobó que muchos individuos, y particularmente las mujeres, comen en respuesta al estrés o en situaciones de tensión.

La ingesta emocional puede ser una variable determinante en la relación entre afrontamiento y obesidad. Tres estrategias de afrontamiento fueron exploradas en este

estudio: estrategias de afrontamiento basada en el problema, estrategias de afrontamiento basada en la emoción y estrategias de afrontamiento evitativas.

Fue presumido que las tres estrategias estarían asociadas a la obesidad y a la ingesta emocional.

La subescala de la versión de afrontamiento por Carver, Scheier y Weintraub (1989) fue utilizada para medir las estrategias de afrontamiento focalizadas en el problema y las estrategias de afrontamiento evitativas; dos subescalas diseñadas por Kirk, Cameron, y Danoff-Burg (2000) fueron incluidas para medir las emociones. La escala utilizada para medir la ingesta emocional (Emotional Eating Scale) fue la de Arnow, Kenardy y Agras (1995).

El grupo de estudio, se basó en mujeres adultas, sin desordenes alimenticios. Mujeres embarazadas, mujeres que se hayan hecho cirugía para adelgazar o que estaban por debajo de su peso fueron excluidas.

Se encontraron resultados determinantes de que la ingesta emocional influye en la relación entre las estrategias de afrontamiento y el índice de masa corporal. Los resultados sugieren que las estrategias de afrontamiento y la ingesta emocional son variables claves en la intervención clínica para la prevención y el tratamiento de la obesidad.

### **3. Metodología**

#### **3.1 Tipo de Metodología**

Correlacional de diferencia de grupos

#### **3.2 Hipótesis**

##### *3.2.1 Hipótesis para el objetivo general*

- Existen diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento que desarrollan las personas que se encuentran en un grupo de descenso de peso frente a las personas que se encuentran en un grupo de mantenimiento tomando al sobrepeso como suceso estresante.

### *3.2.2 Hipótesis para los objetivos específicos*

- Las personas que se encuentran en un grupo de descenso de peso valoran el sobrepeso como un desafío mientras que las personas que se encuentran en el grupo de mantenimiento valoran el sobrepeso como una amenaza.
- Las personas que se encuentran en el grupo de descenso de peso tienen estrategias de afrontamiento dirigido al problema mientras que las personas que se encuentran en el grupo de mantenimiento tienen estrategias de afrontamiento dirigido a la emoción.
- Existen diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento en cada grupo según género y edad.

### **3.3 Participantes**

La muestra estuvo compuesta por personas voluntarias concurrentes al grupo de descenso de peso intensivo y personas asistentes al grupo de mantenimiento que son grupos que trabajan desvíos y posibles atracones una vez llegado al peso ideal, dentro del centro terapéutico, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de nacionalidad Argentina.

La unidad de análisis fueron 64 personas, 32 sujetos por cada grupo, donde 16 eran hombres y 16 mujeres entre 20 y 60 años. A su vez, cada grupo de 16 estaba compuesto por 8 personas entre 20 a 40 años y 8 personas entre 41 a 60 años. Se estableció de esta forma para generar una muestra y comparación representativa. El promedio de edad fue de 40 años.

### **3.4 Instrumento**

Se utilizó la siguiente técnica de recolección de datos:

Inventario de valoración y afrontamiento (IVA): adaptación local de Leibovich de Figueroa (1999) de la prueba original española de Vindel & Miguel- Tobal (1992).

El inventario está compuesto por 9 escalas con 5 opciones de respuesta que va desde: casi nunca (0) a casi siempre (4).

Las primeras tres escalas evalúan el tipo de valoración de la situación como irrelevante, amenazante o como un desafío.



Las seis escalas restantes evalúan el tipo de afrontamiento que puede ser afrontamiento cognitivo o conductual motor dirigido a cambiar la situación, afrontamiento cognitivo o conductual motor dirigido a reducir la emoción, afrontamiento pasivo o afrontamiento evitativo.

### **Siglas y forma de corrección**

<b>SIGLA</b>	<b>NOMBRE DE ESCALA</b>	<b>ITEMS</b>
<b>VSA</b>	Valoración de la situación como amenazante	1 al 6
<b>VSD</b>	Valoración de la situación como desafío	7 al 12
<b>VSI</b>	Valoración de la situación como irrelevante	13 al 15
<b>ACS</b>	Afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación	16 al 21
<b>ACE</b>	Afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción	22 al 27
<b>ACMS</b>	Afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación	28 al 33
<b>ACME</b>	Afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción	34 al 39
<b>AP</b>	Afrontamiento pasivo	40 al 41
<b>AE</b>	Afrontamiento evitativo	42

Calculo de puntajes:

Se suman los puntajes obtenidos en cada una de las subescalas, se divide por la cantidad de ítems que conforma cada subescala. Al obtener así el promedio, se analiza cuales son las valoraciones y estrategias de afrontamiento más predominantes en el inventario.

### **3.5 Procedimiento**

Para reunir la muestra se solicitó la participación anónima y voluntaria de 32 hombres y 32 mujeres entre 20 y 60 años que formaran parte de un grupo de descenso de peso y de un grupo de mantenimiento.

Luego de los datos obtenidos, se analizó y comparó el tipo de valoración y el tipo de estrategias de afrontamiento que tuvieron los sujetos de ambos grupos.

#### 4. Resultados

##### Objetivo 1

*Evaluar si existen diferencias en el tipo de valoración de la situación de sobrepeso entre personas que se encuentran en un grupo de descenso y personas que asisten a un grupo de mantenimiento.*

Para analizar los datos obtenidos se utilizó la prueba t. Como se puede observar en la tabla 1, dichos datos no arrojan diferencias significativas en el tipo de valoración de la situación de sobrepeso entre personas que se encuentran en un grupo de descenso y personas que asisten a un grupo de mantenimiento.

*Tabla 1: resultados de la valoración de la situación del grupo mantenimiento y del grupo de descenso de peso.*

	Grupo mantenimiento	Grupo de descenso de peso	t
<b>VSA</b>	2,34	2,73	1,97ns
<b>VSD</b>	2,09	2,33	1,42ns
<b>VSI</b>	1,36	1,4	0,17ns

##### Objetivo 2

*Evaluar si existen diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento entre asistentes al grupo de descenso y asistentes al grupo de mantenimiento.*

Se utilizó la prueba t para comprender los resultados. Como se puede observar en la tabla 2, los datos obtenidos demuestran que si existen diferencias en algunos tipos de afrontamiento entre personas que asisten al grupo de descenso y personas que asisten al grupo de mantenimiento.

*Tabla 2: resultados de las estrategias de afrontamiento del grupo mantenimiento y del grupo de descenso de peso.*

	Grupo mantenimiento	Grupo de descenso de peso	t
<b>ACS</b>	2,22	1,95	1,40ns
<b>ACE</b>	2,68	2,15	2,44*
<b>ACMS</b>	2,67	2,27	2,11*
<b>ACME</b>	2,59	2,31	1,53ns
<b>AP</b>	1,35	2,11	2,87*
<b>AE</b>	0,90	1,50	2,13*

\*P<0,05

\*\*P<0,01

Los resultados indican que las personas que asisten al grupo de mantenimiento tienen un afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción y un afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación más pronunciado que las personas que asisten al grupo de descenso de peso. También se puede observar que estas últimas desarrollan estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas más significativas que las personas que se encuentran en mantenimiento.

### Objetivo 3

*Establecer si existen diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento en cada grupo según género y grupo de edad.*

Para analizar los datos obtenidos se utilizó la prueba t. Como se puede observar en la tabla 3 y 4, el grupo de mantenimiento, no demuestra diferencias significativas en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento tomando en cuenta el género y grupo de edad.

*Tabla 3: resultados de la valoración de la situación y de las estrategias de afrontamiento del grupo mantenimiento según género.*

	Masculino	Femenino	t
<b>VSA</b>	2,33	2,37	0,14ns
<b>VSD</b>	2,11	2,08	0,12ns

<b>VSI</b>	1,53	1,21	1,17ns
<b>ACS</b>	2,27	2,19	0,34ns
<b>ACE</b>	2,66	2,71	0,19ns
<b>ACMS</b>	2,51	2,84	1,33ns
<b>ACME</b>	2,63	2,56	0,27ns
<b>AP</b>	1,28	1,44	0,43ns
<b>AE</b>	0,94	0,88	0,18ns

*Tabla 4: resultados de la valoración de la situación y de las estrategias de afrontamiento del grupo mantenimiento según grupo de edad.*

	<b>Edad menor a 40</b>	<b>Edad mayor a 40</b>	<b>t</b>
<b>VSA</b>	2,42	2,27	0,67ns
<b>VSD</b>	2,03	2,18	0,63ns
<b>VSI</b>	1,48	1,24	0,85ns
<b>ACS</b>	2,22	2,24	0,11ns
<b>ACE</b>	2,51	2,88	1,40ns
<b>ACMS</b>	2,67	2,69	0,08ns
<b>ACME</b>	2,53	2,68	0,57ns
<b>AP</b>	1,09	1,67	1,69ns
<b>AE</b>	0,76	1,07	0,92ns

En la tabla 5 los resultados demuestran que en el grupo de descenso de peso no existen diferencias significativas en el tipo de valoración de la situación según género pero si se encuentran diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento.

Los datos señalan que los hombres que asisten al grupo de descenso de peso tienen un afrontamiento evitativo más pronunciado que las mujeres.

*Tabla 5: resultados de la valoración de la situación y de las estrategias de afrontamiento del grupo de descenso de peso según género.*

	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>t</b>
<b>VSA</b>	2,66	2,81	0,49ns
<b>VSD</b>	2,18	2,49	1,37ns
<b>VSI</b>	1,33	1,48	0,41ns
<b>ACS</b>	1,95	1,96	0,03ns
<b>ACE</b>	2,11	2,21	0,30ns
<b>ACMS</b>	2,21	2,33	0,43ns
<b>ACME</b>	2,43	2,21	0,83ns
<b>AP</b>	2,28	1,94	0,89ns

<b>AE</b>	1,94	1,06	2,05*
-----------	------	------	-------

\*P<0,05

\*\*P<0,01

En la tabla 6 los resultados demuestran que en el grupo de descenso de peso no existen diferencias en el tipo de valoración de la situación según grupo de edad. No obstante si se encuentran diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento.

Los resultados manifiestan que las personas menores de 40 años asistentes al grupo de descenso de peso tienen un afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación mas elevado que las personas mayores de 40 años.

*Tabla 6: resultados de la valoración de la situación y de las estrategias de afrontamiento del grupo de descenso de peso según grupo de edad.*

	<b>Edad menor a 40</b>	<b>Edad mayor a 40</b>	<b>t</b>
<b>VSA</b>	2,79	2,68	0,36ns
<b>VSD</b>	2,30	2,36	0,26ns
<b>VSI</b>	1,42	1,40	0,06ns
<b>ACS</b>	2,19	1,72	1,52ns
<b>ACE</b>	2,33	1,98	1,05ns
<b>ACMS</b>	2,58	1,96	2,32*
<b>ACME</b>	2,50	2,13	1,42ns
<b>AP</b>	1,82	2,41	1,56ns
<b>AE</b>	1,38	1,63	0,55ns

\*P<0,05

\*\*P<0,01

## **5. Conclusión**

### **5.1 Análisis de resultados**

El objetivo del presente estudio fue evaluar las diferencias existentes en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento entre personas pertenecientes al grupo de descenso de peso y personas asistentes al grupo de mantenimiento del centro terapéutico, tomando el sobrepeso como suceso estresante. Para ello se solicitó la colaboración anónima de 32 hombres y 32 mujeres entre 20 a 60 años que

concurrir a los grupos a ser evaluados. Se les solicitó la autoadministración del inventario de valoración y afrontamiento para su posterior análisis.

A partir de los resultados obtenidos, se concluyó que no existen diferencias significativas en el tipo de valoración de la situación de sobrepeso entre personas que se encuentran en un grupo de descenso de peso y personas que asisten a un grupo de mantenimiento, dejando en evidencia el no cumplimiento de la primer hipótesis específica en donde se planteaba que las personas que se encontraban en un grupo de descenso valoraban el sobrepeso como un desafío, mientras que los que asistían al grupo de mantenimiento lo valoraban como una amenaza.

A pesar de ello, cabe destacar que en los resultados obtenidos, la media más significativa fue la valoración de la situación como amenaza para ambos grupos.

Según Lazarus (1984) el sujeto evaluará el suceso como amenazante cuando aun no han ocurrido daños y pérdidas pero prevé que ocurrirán.

Las personas que ya han logrado el peso ideal perciben el sobrepeso como una amenaza contante. El hecho de haber adelgazado no quita el temor persistente de volver a recuperar el peso perdido. Por ello mismo es que concurren a los grupos de mantenimiento, porque necesitan recibir contención grupal y profesional para no volver a engordar.

Según Lazarus (1984) se evaluará la situación como desafiante cuando el sujeto considere que cuenta con las fuerzas necesarias para confrontar el evento. Se siente seguro de superarlas.

Tomando en cuenta la definición planteada, es que se postuló en la hipótesis la idea de que las personas que estaban en el grupo de descenso tomarían la problemática del sobrepeso como un desafío, ya que contarían con el entusiasmo y decisión de arrancar el proceso de bajar de peso, acompañado del apoyo profesional, la contención y fuerza grupal, sumado a todas las actividades propuestas por el centro. Aún así, los resultados mostraron

que la obesidad se vive como una amenaza continua, ya sea al comienzo del tratamiento como una vez finalizado.

Se encontraron diferencias significativas en algunos tipos de estrategias de afrontamiento entre el grupo de descenso de peso y el grupo de mantenimiento.

En la segunda hipótesis específica se postuló que las personas que se encontraban en el grupo de descenso de peso tenían estrategias de afrontamiento dirigido al problema mientras que las personas que se encontraban en el grupo de mantenimiento tenían estrategias de afrontamiento dirigido a la emoción. Los resultados indicaron que las personas pertenecientes al grupo de descenso de peso tienen estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas más significativas que las personas que están en mantenimiento, por lo que esta parte de la hipótesis no se cumplió.

Frydenberg y Lewis (1997) incorporan la estrategia de afrontamiento de evitación, que involucra evadir el problema, no prestando atención a él o distrayéndose con otras actividades o conductas. Respecto al afrontamiento pasivo, el sujeto trata de no responder a la demanda del medio. No hace nada al respecto para cambiar la situación.

Luego de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta lo vivenciado durante toda la práctica profesional, se pudo descifrar que las personas que se encuentran en el grupo de descenso de peso, suelen tener discursos y actitudes pasivas y evitativas frente a la situación problemática del sobrepeso. Algunos ejemplos son:

*“No hago nada en especial e intento pasar desapercibido”*

*“Trato de hablar poco y no ser el centro de atención de las conversaciones”*

*“Intento huir o evitar esta situación y cualquier otra relacionada con ella”*

Las investigaciones realizadas por Rousseau, Barbe, y Chabrol (2003) en mujeres obesas entre 18 y 60 años, que deseaban adelgazar, demostraron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la evitación y la pasividad frente a situaciones de estigmatización.



Los datos alcanzados demostraron que las personas que asisten al grupo de mantenimiento tuvieron estrategias de afrontamiento cognitiva dirigida a reducir la emoción y un afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación más pronunciado que las personas que asisten al grupo de descenso de peso. Esto evidencia que se cumplió el hecho de que tengan estrategias de afrontamiento dirigido a reducir la emoción. Lo que no se especificó en primera instancia, fue detallar si se trataba de un afrontamiento cognitivo o conductual motor dirigido a reducir la emoción.

El afrontamiento centrado en la emoción tiene como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante, revaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (Lazarus & Folkman, 1986). Ejemplos de estrategias de afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción son:

*“Intento que mi atención no se concentre en aquellos pensamientos y conductas que me preocupan”*

*“Me digo a mi mismo cosas positivas y me doy ánimos”*

*“Trato de concentrarme en las cosas que puedo hacer y no en mis miedos”*

*“Pienso que en otras situaciones hice lo que pude y esto me tranquiliza”*

*“Intento eliminar mis pensamientos negativos”*

*“Intento mejorar mi estado de ánimo”*

Por otra parte, los resultados arrojaron datos que no se habían contemplado en la hipótesis como ser el hecho de que las personas pertenecientes al grupo de mantenimiento muestren estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido al problema, escenario no planteado en la misma.

La función del afrontamiento focalizado en el problema busca manipular o alterar el problema que está causando malestar o incrementar los recursos para hacerle frente al

mismo (Lazarus & Folkman, 1984). Ejemplos de estrategias de afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación son:

*“Trato de actuar en lugar de quedarme sin hacer nada”*

*“Trato de llevar la situación a un terreno en el que me manejo bien”*

*“Intento crear una situación relajada”*

*“Trato de conocer y prepararme para esta situación”*

*“Busco el contacto con las personas mas próximas”*

Es necesario tener en cuenta que la aplicación de las dos funciones del afrontamiento, las centradas en el problema y las centradas en las emociones, no son excluyentes, ya que una misma conducta puede servir para varias funciones (Lazarus & Folkman, 1986).

Un ejemplo de ello, puede verse en las personas que están en su peso y concurren a los grupos de mantenimiento para no engordar, mostrando una actitud activa frente al problema. El hecho de asistir a los grupos refleja un afrontamiento conductual dirigido al problema, ya que concurren por la amenaza que los invade de volver a recuperar el peso perdido, por ello utilizan los recursos necesarios para combatir el suceso estresante. Este tipo de afrontamiento no quita también el estar acompañado de un afrontamiento cognitivo dirigido a reducir la emoción, ya que como se mencionó anteriormente, se busca la regulación emocional, es decir, modificar el malestar y manejar los estados emocionales causados por el suceso estresante. Al concurrir al grupo, las personas se encuentran en un entorno en el que exponen sus miedos para ayudarse a no desesperar en caso de tener desvíos, dándose apoyo y contención entre sí, resaltando los aspectos positivos de haber alcanzado el peso deseado.

El grupo de mantenimiento no demostró diferencias significativas en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento tomando en cuenta el género y grupo de edad.

El grupo de descenso de peso no manifestó diferencias en el tipo de valoración de la situación, tomando en cuenta el género y el grupo de edad, pero si se encontraron diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento.

Respecto al tipo de estrategias de afrontamiento según género, los datos señalaron que los hombres que asisten al grupo de descenso de peso tienen un afrontamiento evitativo mas pronunciado que las mujeres.

A diferencia de investigaciones pasadas, el estudio realizado por Puhl y Brownell (2006) no arrojó ninguna diferencia de género en relación a tipos de afrontamiento o a la frecuencia de la estigmatización sufrida.

Teniendo en cuenta el grupo de edad, los resultados manifestaron que las personas menores de 40 años asistentes al grupo de descenso de peso tienen un afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación más elevado que las personas mayores de 40 años.

En la tercera hipótesis específica se planteó la existencia de diferencias en el tipo de valoración de la situación y el tipo de estrategias de afrontamiento en cada grupo según género y edad. A partir de lo expuesto recientemente, se pudo evidenciar que no existen diferencias en el tipo de valoración de la situación en ningún grupo teniendo en cuenta el género y la edad, por lo cual esta parte de la hipótesis no se cumplió. Respecto a los tipos de estrategias de afrontamiento, se puede decir, que tampoco se encontraron diferencias en el grupo de mantenimiento, pero si en el grupo de descenso de peso.

## **5.2 Limitaciones y futuras investigaciones**

Se presentaron ciertas dificultades en el siguiente estudio. La muestra estuvo compuesta por personas que voluntariamente aceptaron participar. Al no haber sido una actividad planteada desde la institución, sino desde un pedido de colaboración en el marco de una pasantía, no se logró administrar el inventario a una mayor cantidad de personas, por

lo que el tamaño de la muestra puede no resultar lo suficientemente significativo para la veracidad de los resultados.

Otra dificultad encontrada fue el entendimiento de las consignas del inventario. En varias oportunidades los sujetos mostraron dudas respecto de lo que se les preguntaba.

Hubiera resultado sumamente enriquecedor para la práctica el haber tenido la oportunidad de concurrir a reuniones grupales de los profesionales del centro, para obtener una mirada interna y realista de cómo piensan y qué analizan, como también el haber podido presenciar debates, intervenciones de casos o planeamiento de futuras actividades. Tampoco se ha podido tener acceso a las historias clínicas ni se permitió durante la residencia tener un papel más activo, es decir, que el rol desempeñado fue únicamente el de oyente, resultando pasantes pasivos sin posibilidad de intervenir o participar.

A partir del presente trabajo, futuras líneas de investigaciones podrían llevarse cabo. Un estudio de tipo longitudinal en donde se les administre el inventario a personas con sobrepeso cuando ingresan a la clínica, cursando el tratamiento y una vez llegado al peso deseado.

Lazarus y Folkman (1986) explican que el afrontamiento no es un rasgo sino un proceso constantemente cambiante. Plantean que los sujetos modifican sus estrategias de afrontamiento para la misma situación en diferentes momentos.

El objetivo sería evaluar si existen diferencias en la valoración de la situación y en las estrategias de afrontamiento desarrolladas por el mismo sujeto desde el comienzo hasta la finalización del tratamiento. Conociendo las estrategias de afrontamiento que tiene la persona cuando ingresa, la institución podría establecer intervenciones particulares.

Otra línea de investigación posible podría ser un estudio correlacional de diferencia de grupos entre culturas, ya que se podría conocer si varían las estrategias de afrontamiento en función de las mismas. Las creencias y atribuciones que se le otorga al sobrepeso pueden variar entre una cultura y otra.

Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) plantean que las diferencias culturales se consideran en gran medida como un factor determinante en el tipo de estrategia de afrontamiento que el individuo empleará.

La percepción y la representación social que se posee del obeso, la discriminación, los parámetros de belleza que se tenga en una determinada cultura, pueden influir en el tipo de valoración y en el tipo de estrategia de afrontamiento que la persona desarrolle.

También resultaría relevante indagar y comparar las estrategias de afrontamiento que desarrollan los adolescentes, los adultos y las personas mayores. Si se lograra tener un conocimiento temprano de las estrategias de afrontamiento empleadas por los sujetos, se podrían trazar intervenciones adaptadas para el tratamiento, tanto para trabajarlo en forma particular como grupal, teniendo en cuenta las particularidades de cada ciclo vital.

Según Ravenna (2004) la obesidad no es una enfermedad adictiva, el comer si lo es y la obesidad es su consecuencia. El exceso genera dependencia, enfermedad física y psíquica.

A partir de lo expuesto, surge la idea de realizar una investigación correlacional de diferencia de grupos comparando diferentes adicciones, ya sea a la comida, al tabaco, al alcohol o a las drogas. Evaluar la valoración que se le da a la problemática, que puede ser la adicción a la bebida, a la nicotina, a la marihuana o al alimento y comprobar si manifiestan diferentes estrategias de afrontamiento.

Se denomina prevención a cualquier intento realizado para modificar las circunstancias que promueven, sostienen o intensifican una enfermedad. La función de la prevención es eliminar la morbilidad y la mortalidad relacionadas con una patología determinada, y se refiere a programas diseñados para prevenir la ocurrencia, promoviendo un desarrollo y una calidad de vida saludable (Katz, 1999).

Esto lleva a considerar que se deberían trazar programas de prevención y psicoeducación en escuelas donde se pueda enseñar a niños, adolescentes, directivos,

maestros, cocineros del colegio y padres, la importancia de la buena alimentación, de hacer ejercicio físico y las tendencias estadísticas de la enfermedad en toda la población.

También se debieran pensar programas preventivos abiertos a la comunidad, ya sea en clubes, gimnasios, espacios al aire libre, donde se pueda promover un enfoque salugénico, un estilo de vida menos sedentario y se brinde información necesaria para generar conciencia sobre esta problemática que cada año crece irrefrenablemente.

Cormillot (1991) postula que el costo individual y social de la falta de prevención y tratamiento adecuado es enorme, especialmente cuando aparecen las diversas complicaciones de dicha enfermedad.

El ser humano es un ser biopsicosocial, y como tal necesita que para abordar la problemática de la obesidad se contemplen aspectos médicos, culturales, ambientales y psicológicos, entendiendo que no hay solo un desencadenante. Debe generarse un trabajo interdisciplinario y específico para cada paciente, en el que se haga hincapié no solo en la reducción de peso, sino también en el apoyo, la contención, la información y la educación. Se debe tener un mayor conocimiento de la enfermedad y de las consecuencias físicas y psíquicas que acarrea. Es un proceso continuo en el que se debe trabajar no solo la disminución de peso, sino la concientización de los pacientes de la importancia de la calidad de vida, la elección de la buena alimentación, la incorporación de ejercicio, la aceptación de su imagen corporal, sabiendo que las recaídas son posibles y frecuentes pero que no significan *fracaso* sino un desafío constante que requiere de un trabajo permanente.

## 6. Bibliografía

- Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C. & Pérez Álvarez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- Braguinsky, J. (2007). *Obesidad: saberes y conflictos, un tratado de obesidad*. Buenos Aires: Editorial Medica A.W.W.E.
- Braguinsky, J. (1997). *Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento*. Buenos Aires: El Ateneo. Citado en: Bauzá, C.A., Celiz, O.R. (2005). *Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento*. Córdoba: El Emporio.
- Braguinsky, J. (1997). *La obesidad hoy. Develando ciertos enigmas, revelando otros*. Recuperado el 23 de Febrero de 2011, de <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c116/braguins.htm>
- Cormillot, A. (2011). *Adiós a los kilos de más: la dieta ideal para mujeres de hoy*. Buenos Aires: Paidós.
- Cormillot, A. (2008). *Como adelgazar y mantenerse*. Buenos Aires: Paidós.
- Cormillot, A. (1991). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.
- Duperly, J. (2000). *Obesidad: un enfoque integral*. Bogota: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Facchini, M. (1999). *Abordaje terapéutico general*. En Labanca, R., Ortensi, G & Facchini M. (Ed), *Trastornos alimentarios: Guía médica de diagnóstico y tratamiento*. (pp. 107-115). Buenos Aires: SAOTA.

- Fernández – Abascal, E. G. (1997). *Estilos y estrategias de afrontamiento*. En E.G. Fernández–Abascal, F. Palmero, M. Chóliz & F. Martínez (Eds.), Cuadernos de práctica de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.
- Feuerstein, M., Labbé, E. E. & Kuczmierczyk, A. R. (1986). *Health psychology: A psychobiological perspective*. Nueva York: Plenum Press.
- Frydenberg, E. & Lewis, R (1997). *Escala de afrontamiento para adolescentes*. Adaptación española de Jaime Perena y Nicolás Seisdedos. Madrid: Tea.
- Foz, M. (2002). *Historia de la Obesidad*. Recuperado el 24 de julio de 2011, de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/mono6/articulos/articulo1.pdf>
- Fuchs, A. (2005). *Epidemiología de la obesidad*. Buenos Aires: El Ateneo. Citado en: Bauzá, C.A., Céliz, O.R. (2005). *Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento*. Córdoba: El Emporio.
- Hoffman, K.L. (2010). Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women. *The Sciences and Engineering*, 71, 2686.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (2009). *Sinopsis de Psiquiatría*. Usa: Donnelley- Sons.
- Katz, M. (1999). *Prevención*. En Labanca, R., Ortensi, G. & Facchini M. (Ed), *Trastornos alimentarios: Guía médica de diagnóstico y tratamiento*. (pp. 165-168). Buenos Aires: SAOTA.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.



Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Estrés, valoración y afrontamiento*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leibovich de Figueroa (1999). *Inventario de valoración y afrontamiento*. Adaptación local de de la prueba original española de Vindel & Miguel- Tobal (1992). Buenos Aires: UBA.

Moreno Esteban, B., Álvarez Hernández, J. & Monereo Megias S. (2000). *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. Madrid: S.A ediciones Díaz de Santos.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 06 de Junio de 2010, [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/inde.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/inde.html).

Puhl, R. & Brownell, K. (2006). Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Peer Reviewed Journal*, 14, 1802-1815.

Ravenna, M. (2008). *De la A a la Z: el ABC del sobrepeso*. Buenos Aires: Editorial B.

Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea, entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.

Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva*. Buenos Aires: Editorial B.

Rovira, B. (2006). *Obesidad y Psicopatología*. Recuperado el 24 de Julio de 2011, de [www.ama-med.org.ar](http://www.ama-med.org.ar)

Rousseau, A., Barbe, P. & Chabrol, H. (2003). Obesity stigmatisation and coping: Relation to self-esteem, depression, body image and perceived stress. *Source Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 13, 66-70.

Sánchez Canovas, J. (1991). *La medida del afrontamiento. Prácticas para el estudio de las diferencias individuales y situacionales*. Valencia: Universidad de Valencia.

Sandín, B. (1995). *Afrontamiento del estrés*. En Belloch, A., Sandin, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*, vol. 2 (pp. 20-28). Madrid: McGraw-Hill.

Snyder, C. R. (1999). *Coping. The psychology of what works*. New York: Oxford University Press.

Stunkard, A. & Wadden, T. (1992). Psychological aspects of severe obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.

Stunkard, A. & Wadden, T. (1998). Stigmatization of obesity in medieval times. *Int J of Obesity* 22, 1141-1144.

Stotts, V. (2010). Title Pathways to obesity in women: The role of coping and emotional eating. *The Sciences and Engineering*, 70, 7865.

Zukerfeld, R. (1996). *Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica*. Buenos Aires: Paidós.

Zukerfeld, R. (2011). *Psicoterapia en la Obesidad*. Buenos Aires: Letra Viva.