

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

“Motivación, emoción y atribución causal inicial en el tratamiento de obesidad”

Alumno: Toro Liliana Beatriz

Tutora: Dra. Góngora Vanesa

Buenos Aires, 22 de junio del 2018

1.	Introducción	3
2.	Objetivos	4
2.1.	General	4
2.2.	Específicos	4
3.	Marco Teórico	5
3.1.	Obesidad.....	5
3.1.1.	Etiopatogenia	6
3.1.2.	Criterios Diagnóstico de Obesidad	7
3.1.3.	Tratamiento para la obesidad.....	9
3.1.4.	Atribución causal en obesidad	12
3.1.5.	Relación entre atribución causal y obesidad	15
3.2.	La motivación en la obesidad.....	16
3.2.1.	Tipos de motivación.....	17
3.2.2.	Tratamiento y motivación	19
3.2.3.	Relación entre motivación y obesidad	20
3.3.	Las emociones en la obesidad	22
3.3.1.	Clasificación de las emociones	23
3.3.2.	Funciones de las emociones.....	23
3.3.3.	Relación entre emoción y obesidad	24
4.	Método	27
4.1.	Tipo de estudio.....	27
4.2.	Participantes	27
4.3.	Instrumento	27
4.4.	Procedimiento	27
5.	Integración teórico-práctica.....	29
5.1.	Describir las emociones positivas y negativas que llevan a los pacientes a salirse de la dieta durante el desarrollo del tratamiento para el descenso de peso.....	29
5.2.	Caracterizar el tipo de motivación que prevalece en las personas que realizan el tratamiento para el descenso de peso.....	31
5.3.	Describir la atribución causal en relación a la dificultad para hacer la dieta que traen los pacientes al inicio del tratamiento para el descenso de peso.	34
6.	Conclusiones	38
6.1.	Síntesis de los objetivos	38
6.2.	Limitaciones.....	39
6.3.	Perspectiva crítica	40
6.4.	Aporte personal	40
7.	Referencia Bibliográfica.....	43

1. Introducción

La Práctica de Habilitación Profesional V se desarrolló en un Centro Terapéutico, que se encuentra abocado al tratamiento para el descenso de peso, para pacientes con distintos grados de obesidad, y tienen como objetivo central la modificación de hábitos y conductas perjudiciales relacionadas con los desbordes alimenticios a partir de la psicoeducación y toma de conciencia respecto a los mismos.

La Práctica de Habilitación Profesional V constó de 280 horas presenciales asistiendo a los grupos y talleres que allí se desarrollan. En el encuadre del tratamiento es de suma relevancia la asistencia, la permanencia y el trabajo dentro de los grupos, donde los pacientes cuentan con el apoyo de un staff interdisciplinario de profesionales integrado por médicos, nutricionistas, psicólogos, profesores de educación física, etc., que contienen y evalúan a los pacientes a lo largo del proceso terapéutico. Al mismo tiempo, se logra conservar el compromiso y la motivación con la tarea encomendada. Asimismo, para optimizar el vínculo entre los pacientes que concurren al centro se ofrece un gran número de actividades orientadas a la promoción de la actividad física, como ser: ejercicios aeróbicos, clases de yoga, clases de danza, entre otras. Por otra parte, existe un amplio rango de días y horarios durante los cuales los pacientes pueden concurrir a la institución.

Es menester señalar que en la institución no se contó con el acceso a historias clínicas, y la práctica dentro de los grupos era limitada a la observación de los distintos grupos de descenso de peso y mantenimiento.

El haber elegido esta institución para llevar a cabo la práctica profesional ha sido fruto de la preferencia por la temática que lleva adelante la institución, como así también, conocer un poco más sobre los procesos psicológicos básicos y hacer aprehensión sobre el modelo psicológico desde el cual se aborda la problemática que es el cognitivo-conductual, y el deseo de querer conocer cómo se trabaja desde una perspectiva interdisciplinaria.

2. Objetivos

2.1. General

*Describir el tipo de motivación, las emociones positivas y negativas y la atribución causal inicial que tienen los pacientes en el tratamiento para el descenso de peso.

2.2. Específicos

*Describir las emociones positivas y negativas que llevan a los pacientes a discontinuar la dieta durante el desarrollo del tratamiento para el descenso de peso.

*Caracterizar el tipo de motivación que prevalece en las personas que realizan el tratamiento para el descenso de peso.

*Describir la atribución causal inicial en relación a la dificultad que tienen los pacientes para realizar el tratamiento para el descenso de peso.

3. Marco Teórico

3.1. Obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define al sobrepeso y la obesidad como una enfermedad crónica no transmisible que implica una acumulación anormal o excesiva de grasa. La misma resulta perjudicial para la salud. Según la OMS el origen esencial del sobrepeso y la obesidad es el resultado de un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En efecto, en todo el mundo se ha ido incrementando el consumo de alimentos con alto contenido calórico y rico en grasas, disminuyendo considerablemente la actividad física debido a una vida laboral más sedentaria, consecuencia de una creciente urbanización y nuevos medios de transportes. Todo esto agravado por la falta de políticas de apoyo en el sector salud.

Cormillot (1991) coincide con esto último, mencionando que la obesidad tiene como resultado un detrimento en la salud y la calidad de vida, implicando múltiples patologías caracterizadas por un aumento de tejido adiposo cuyas células pueden incrementarse en tamaño y o número.

En concomitancia, Ravenna (2007) concuerda con todo lo anteriormente expresado, manifestando que la obesidad es una enfermedad crónica o que tiende a reaparecer después de un período de mejoría, relacionándose con grandes complicaciones para la salud física y psicológica de la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) luego de realizar una serie de estudios epidemiológicos a nivel mundial estableció las siguientes conclusiones: en el año 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años presentaban sobrepeso, entre los cuales, más de 600 millones padecían obesidad. Es decir, un 13% de la población adulta mundial era obesa: un 11% eran hombres y un 15% mujeres. A su vez, en el transcurso del mismo año, el 39% de los adultos mayores de 18 años presentaban sobrepeso y un 38% correspondían a hombres y un 40% a mujeres.

La prevalencia mundial de la obesidad y del sobrepeso ha aumentado a más del doble entre 1980 y 2014. Por lo que de ello se desprende que hay una mayor tasa de mortalidad relacionada al sobrepeso y a la obesidad que a la insuficiencia ponderal.

Por otro lado, Cardone, Borracc y Milin (2010) estiman que la proyección a largo plazo de la prevalencia de obesidad en adultos en Argentina será del $25,9\% \pm 2,75\%$ (mediana: 26%, rango: 18,0% a 32,0%) para 2027, lo que representa para ese entonces

5.431.000 \pm 554.000 obesos (mediana: 5.421.000 personas, rango: 3.605.000 a 6.631.000 personas).

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2017) el sobrepeso y la obesidad, como las enfermedades derivadas de estas por ej.: las enfermedades cardiovasculares, principalmente cardiopatías y accidentes cerebrovasculares; la diabetes mellitus tipo 2; los trastornos del aparato locomotor, en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones sumamente discapacitante; algunos cánceres de endometrio, de mama y de colon, son en su mayoría prevenibles. Por lo tanto, es fundamental el contar con contextos favorables y una comunidad involucrada para apoyar a las personas en el proceso de toma de decisiones. Desde cada uno de los hogares, sería beneficioso intentar implementar hábitos saludables por medio del control de la ingesta energética diaria, incrementando el consumo de hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; como así también, reducir la ingesta de azúcares; y realizar una actividad física frecuente.

3.1.1. Etiopatogenia

Según Cormillot (1993) los agentes que desencadenan la enfermedad son todos aquellos eventos fisiológicos, psicológicos y sociales que acontecen en la vida del individuo, pudiendo poner en marcha estados de estrés:

Los factores Fisiológicos: abarcan la menarca, menopausia, embarazo, distintos tipos de enfermedades, tratamiento inadecuados, en el caso del uso de anfetaminas u otras drogas similares, pueden provocar un incremento del peso, o efecto rebote. Debido a la posible alteración del Set Point.

Los factores Psicológicos: se desarrollan al inicio de la escolaridad, nacimiento de un hermano, nupcias, entre otros. Cuando ya está declarada la enfermedad, el obeso recurre a la comida continuamente para huir de los estados displacenteros que se le presentan a diario. Es decir, necesita calmar su ansiedad devorando cualquier tipo de alimento.

Los factores sociales: que se observan en la movilidad social incorporan cambios en la alimentación y afectan psicológicamente, el marketing de los medios de comunicación que incita a consumir comida chatarra, el incremento de elementos de confort como medios de transporte, trabajo más sedentario, maquinaria más sofisticada, entre otros.

Consecuentemente y siguiendo con Cormillot (2007) plantea que la obesidad trae aparejada complicaciones sociales, económicas, psicológicas y físicas:

Complicaciones sociales: abarcando problemas interpersonales, reclusión, dificultad para acceder a ciertos trabajos, vestimenta limitada, dificultad para moverse en transportes públicos, discriminación, fracaso escolar, entre otros.

Complicaciones económicas: correspondientes a gasto excesivo de dinero en diversos tratamientos infructuosos y en vestimenta adaptada a su morfología.

Complicaciones Psicológicas: por lo general están en estrecha relación con las complicaciones físicas y suelen ser tan alarmantes como estas últimas. Abarcando la depresión relacionada a la pérdida de peso y su mantenimiento, problemas anímicos como disminución del autoestima y ansiedad, complicaciones en la práctica de la sexualidad, trastorno de la alimentación, trastornos de personalidad, entre otros.

Complicaciones físicas: entre las más relevantes se hayan las respiratorias, cardiovasculares y metabólicas.

3.1.2. Criterios Diagnóstico de Obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial que en su origen contempla factores metabólicos, endócrinos, genéticos y ambientales. Un bajo índice de individuos entre un 2 a 3 % que padecen obesidad presentarían alguna patología endocrinológica, siendo los más relevantes el hipotiroidismo, hipogonadismo, síndrome de Cushing, y lesiones hipotalámicas relacionadas a la hiperfagia. Empero, se ha puntualizado que el cúmulo excesivo de grasa podría llevar secundariamente a alteraciones de la metabolización, regulación y secreción de diferentes hormonas (Moreno, 2012).

Siguiendo con Moreno (2012) el Síndrome del Yo-Yo (de rebote) se encuentra presente en varios pacientes consecuencia de los diversos tratamientos para perder peso que producen una reducción e incremento frecuente del mismo. A través de diversos mecanismos tanto biológicos como psicológicos, se ha podido observar que cuando el paciente aumenta de peso existe una tendencia a mantener y defender el peso adquirido. Al inicio, se propone que, en aquellos sujetos con propensión genética, se efectúan cambios en el metabolismo del tejido adiposo, que tiende a perpetuar la condición de obesidad, y a promover el avance de las comorbilidades relacionadas a la enfermedad, producto de una sucesión de factores ambientales y conductuales que serían los responsables de la misma. Simultáneamente, la existencia de mínimos desequilibrios energéticos, en las etapas iniciales de la obesidad podrían generar en la composición

corporal un acumulación persistente y gradual de grasa. Esto es perceptible por medio de la merma de la actividad física o por el inicio de una vida más sedentaria.

La OMS (2017) plantea que para determinar el sobrepeso y la obesidad en adultos se utiliza un indicador simple que arroja valores aproximados, ya que no discrimina entre sexo y edad, sino que sólo relaciona el peso y la talla, es decir, el índice de masa corporal (IMC), el cual, se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Dicho índice establece que el sobrepeso se determina con un IMC igual o superior a 25, la obesidad con un IMC igual o superior a 30 (Tabla 1).

Tabla 1. (Clasificación de la obesidad según la OMS 2017)

Clasificación	IMC (kg/m^2)	Riesgo asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	PROMEDIO
Exceso de Peso	>25	
Sobrepeso o Pre-Obeso	25 - 29.9	AUMENTADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado II o Severa	35 - 39.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	>40	AUMENTO MUY SEVERO

Ravenna (2007) ha planteado que es indispensable diferenciar los grados de obesidad ya que es distinto un IMC de 40 de uno de 50 ó de 60. Debido a que la salud se deteriora a medida que incrementa el peso, y las consecuencias y el bienestar de uno cambian de acuerdo con el rango considerado. Por lo tanto, nuevas comorbilidades y dificultades como la capacidad para higienizarse, desempeñarse en forma autónoma, entre otras, irán apareciendo a medida que se avance en los grados de obesidad. Por lo cual, la clasificación propuesta por la OMS resulta de suma relevancia para determinar el grado de complicaciones relacionadas con el peso.

En suma, Cormillot (1991) planteó que el Índice de Masa Corporal (IMC) tuvo su aceptación masiva en el último tiempo, fue ideado por Quetelet en 1835. Y en la actualidad es la mejor herramienta que existe para evaluar el exceso de peso en mayores de 18 años.

Otras formas de clasificar la obesidad siguiendo a Cormillot (2007) serían:
Circunferencia de la cintura: el tipo de obesidad “pera o manzana” es otro indicador de riesgo que el exceso de peso tiene sobre la salud, además del grado de obesidad según la clasificación del IMC. La forma de obesidad tipo manzana es la que presenta un

incremento más elevado en el riesgo de desencadenar enfermedades de mayor complejidad, ya que la grasa se concentra mayormente en el abdomen, entendida esta como obesidad abdominal. Al presentarse este tipo de obesidad habrá que sumar un grado más al que le correspondería por su IMC. Esencialmente esto es importante para aquellas personas que poseen un IMC normal y obesidad grado I. Por otra parte, los pacientes que presentan obesidad mórbida (índice mayor a 35), la obesidad abdominal no produce un mayor incremento en el riesgo que ya padece.

Índice Cintura Cadera (ICC): es otra manera de medir la localización de la grasa. Para obtener el ICC se debe dividir la circunferencia de la cintura por la circunferencia de la cadera.

Peso ideal y Peso Posible: toda persona posee un rango de peso ideal que es el peso indicado por las tablas o el que se tuvo en la juventud, que equivale al peso en el que la persona disfruta de buena salud sin haber estado excedido de peso. Todos los kilogramos por encima de este son considerados exceso de peso. En cambio, en algunas personas obesas el cuerpo no puede llegar al peso ideal entonces la meta es lograr un peso posible que es el peso razonable que puede lograr una persona que necesita descender de peso, un peso que puede ser sostenido en el tiempo sin demasiado esfuerzo.

3.1.3. Tratamiento para la obesidad

Como ya hemos mencionado en páginas anteriores las causas de la enfermedad son multifactoriales, por lo que existe una gran diversidad de tratamientos para mejorar la calidad de vida de las personas, como por ej.: nutricionales, medico-farmacológicos, homeopáticos, cirugía bariátrica, no quirúrgicos (balón intragástrico), quirúrgicos (gastroplastía vertical con banda, banda gástrica ajustable y no ajustable), bypass gástrico, psicológicos, etcétera. Asimismo, es fundamental que la problemática sea abordada desde distintas ópticas y de manera integral para lograr cambios que puedan ser sostenidos en el tiempo por el paciente. En este trabajo se propone abordar la problemática desde el modelo cognitivo-conductual, que es el paradigma a partir del cual la institución desarrolla el tratamiento para el descenso de peso.

Tal como lo ha expresado Beck (2000) el modelo cognitivo plantea que todas las alteraciones psicológicas influyen en el estado anímico, y en la conducta de las personas teniendo en común una distorsión del pensamiento. La reevaluación y transformación de

las creencias disfuncionales subyacentes resultarían en una mejoría permanente de esos estados anímicos y comportamientos.

Por su parte, y en correspondencia con lo anterior Beck, Rush, Shaw y Emery (1996) plantearon que la terapia cognitiva se basa en el supuesto teórico subyacente de que el comportamiento y los resultados del mismo están definidos en su mayoría por la forma en la que la persona estructura el mundo. Se trata de un recurso organizado, guiado, dinámico y de corta duración que se emplea para abordar diversas psicopatologías como la depresión, las fobias, la ansiedad, entre otras. A su vez, estos mismos autores expresan, que las técnicas terapéuticas están dirigidas a reconocer y transformar las creencias disfuncionales de los esquemas y las ideas distorsionadas de las personas, que subyacen a sus representaciones desarrolladas sobre experiencias previas conscientes tanto verbales como gráficas.

En relación al tratamiento para abordar la obesidad Cormillot (1991) ha expuesto que son las interpretaciones que las personas hacen sobre sus experiencias las que generan la ansiedad, la ira y la depresión; y como consecuencia las induce a comer desmesuradamente y a engordar. Por lo tanto, para conseguir el control sobre los pensamientos disfuncionales es necesario reconocer y evaluar los pensamientos automáticos negativos.

Por su parte, Ravenna (2006) manifiesta que la institución implementa los conceptos esenciales de la TCC al tratamiento, relacionándolos con las nociones de *Corte, Medida, Distancia* constituyendo las bases conductuales para modificar patrones de comportamientos habituales inherentes a la comida, comprendiendo las porciones y los tipos de alimentos ingeridos, la duración y la cantidad de la ingesta a lo largo del día el estado emocional.

La propuesta de Ravenna (2004) ha sido descender de peso para modificar las costumbres y no modificar las costumbres para descender de peso. Por lo cual, se estima que el momento central del tratamiento, es la modificación de costumbres, donde la persona debe hacer uso de los recursos adquiridos durante el tratamiento, para paliar el problemático vínculo con la comida. A medida que la terapia avanza, las costumbres paulatinamente se van modificando, esto gracias al estímulo que representa el descender de peso y percibirse a sí mismo mejor. Por lo tanto, se ha sostenido que dicho estímulo en la primera etapa del tratamiento es esencial para lograr la meta deseada.

Lo expresado en el párrafo anterior, según Ravenna (2007) se logra a través de dietas efectivas y muy bajas en calorías llamadas: *Very Low Calory Diet (VLCD)* y las

Low Calory Diet (LCD), que cuentan con el control presencial y continuo de los profesionales a cargo.

Por otra parte, cuando se logra alcanzar el peso requerido y se empieza la etapa de mantenimiento, la cual, es indispensable para conservar los logros obtenidos es fundamental abordar el trabajo sobre la identificación de la nueva imagen corporal obtenida (Ravenna, 2004). Y en este punto hay coincidencia con Lafuente (2012) que expone que es necesario implementar un programa de seguimiento y mantenimiento, que posibilite asegurar el descenso de peso obtenido. Esto debido, a lo difícil que resulta mantener por si solo los esfuerzos logrados a lo largo del tiempo.

Uno de los recursos conductuales que ha propuesto Ravenna (2006) es el *Corte* que permite el cese con la conducta adictiva y con el exceso. Por medio de éste se consigue aprender a tolerar el fracaso y el antojo. A partir de un NO inaugural con la dependencia, el confort, la repetición automática, las obsesiones, los arrebatos, la holgazanería, la pasividad, y todo aquello que conduce a comer desmedidamente y sin pausa (Ravenna, 2016). En esta primera instancia, el paso a seguir será la implementación de un régimen para la desintoxicación del organismo, y posteriormente se han de abordar las costumbres perjudiciales y la relación patológica que tiene el paciente con los alimentos. Asimismo, en la terapia de grupo que se desarrolla en la institución el paciente expresa los temores, la falta de seguridad y el malestar en relación con la problemática en cuestión.

Otro de los factores conductuales desarrollados por Ravenna (2004) es la *Medida* que pone un límite a los desbordes alimenticios, emocionales, conductuales y de pensamientos disfuncionales. Lo cual, ha de contribuir a que el paciente pueda avanzar exitosamente con el tratamiento.

El último factor conductual es la *Distancia* que se instaura mediante las dietas que propone la institución y aleja a los pacientes de los comportamientos excesivos vinculados a la comida. Como resultado, el paciente adquiere mayor objetividad y lucidez sobre su condición logrando un mayor control en la ingesta de alimentos.

Por último, Lafuente (2012) sugiere que la TCC es una técnica valiosa para la obesidad que debe contemplar de manera singular la motivación.

3.1.4. Atribución causal en obesidad

Una variable a tener en cuenta en el tratamiento para el descenso de pesos la atribución causal. Según López (2006) la teoría de la atribución causal provee un marco cognitivo para el estudio teórico de la conducta de logro. En estas instancias las atribuciones en ambientes relacionadas con el logro refieren a las causas percibidas del fracaso y del éxito.

En su teoría de la atribución Weiner (1974) planteó que las personas van buscando activamente comprender su entorno y hallar respuestas sobre los hechos que les sobrevienen.

Por su parte, Hewstone (1992) ha mencionado que en el curso más interno de la actividad mental humana se desarrolla la atribución de causa. Es la construcción mental de realidad la que posibilita adicionar información coherente a un hecho específico. Independientemente de la situación, la construcción mental que se hace de la realidad ejerce un rol indispensable en la explicación de incorrecciones, sesgos o demás particularidades del proceder atribucional.

Por otra parte, Manassero Mas y Vázquez Alonso (1995) han expuesto que la teoría atribucional de Weiner ha fundamentado la motivación de logro en las consecuencias cognitivas y emocionales de la atribución causal, realizada sobre los resultados previos obtenidos. Siguiendo la línea de Weiner, López (2006) expresa que se ha descubierto así otra correlación importante de las personalidades de los individuos con niveles altos y bajos en las necesidades de logro.

Esta teoría ha relacionado las expectativas para el futuro con la estabilidad de las atribuciones realizadas, de modo que, atribuciones más estables sostienen las expectativas de obtener el mismo resultado en el futuro, mientras que las atribuciones más inestables han de producir variabilidad de las expectativas sobre el resultado futuro (Manassero Mas & Vázquez Alonso, 1995).

Conforme a Weiner, López (2006) plantea que en su teoría de la atribución ha vinculado los factores de influencia internos y externos de la teoría ingenua de la conducta de Heider con el concepto de locus de control de Rotter.

Por su parte, Hewstone (1992) ha esbozado la clasificación de causas detallando las características de la atribución causal formulada por Weiner en pos de tres magnitudes: 1) *lugar o locus* entendida esta como la localización de un hecho interno o externo a la persona, el supuesto es que el éxito atribuido internamente (ej.: a la aptitud o al

repertorio de actitudes) influye en el aumento de la autoestima (orgullo) y aumenta la expectativa de éxito futuro, a diferencia del éxito que es atribuido a causas externas (a la fortuna, labor sencilla) que no aumenta la expectativa de éxito. Asimismo, lo anterior ha permitido prever que el fracaso que se atribuye a causas internas influye en la disminución de la autoestima y tiende a disminuir la expectativa de éxito en el futuro aumentando la expectativa de fracaso en el futuro, distinto del fracaso que es atribuido a causas externas. Esta correlación entre localización y autoestima ha sido de gran importancia para el sesgo de autocomplacencia; 2) *estabilidad*, cambia de (estable) a (inestable) asociada al carácter temporal de un suceso, teniendo particular relevancia en los cambios futuros inherentes a las expectativas de éxito y de fracaso. No obstante, cuando el fracaso se atribuye a sucesos internos y estables Weiner ha indicado que puede estar asociada a reacciones sentimentales tales como la desesperanza; 3) *controlabilidad* referida a los sentimientos y valoración de terceros. Y al nivel de incidencia que ejerce la voluntad sobre un hecho. La conjetura científica más apreciada radica en aserir que si el fracaso se debe a sucesos que se divisan controlables por terceros, genera ira y si los resultados de terceros se corresponden como incontrolables, generan lástima. De este modo, por ej.: la aptitud (que generalmente se tiene por interna/estable/incontrolable) puede ser percibida como un suceso inestable de logro; de manera análoga, la dicha (que generalmente se tiene por externa/inestable/incontrolable) podría ser apreciada como un atributo propio perdurable de algunos sujetos. Lo sustancial, de las magnitudes *lugar*, *estabilidad*, *controlabilidad* es que son continuas, si bien, puede variar el entendimiento de diferencias causales debido a que dependen de la interpretación que cada uno haga (Tabla 2).

Tabla 2. (Atribuciones en logro éxitos-fracasos)

CONTROLABLE					
		CONTROLABLE		INCONTROLABLE	
ESTABILIDAD		ESTABLE	INESTABLE	ESTABLE	INESTABLE
LOCUS DE CONTROL	INTERNO	Esfuerzo habitual del sujeto	Esfuerzo extra del sujeto	Habilidad del sujeto	Fatiga, Suerte del sujeto
	EXTERNO	Esfuerzo habitual de los otros	Esfuerzo extra de los otros	Habilidad de los otros	Fatiga, Suerte de los otros

Continuando con Hewstone (1992) ha expuesto que se podría contemplar el esfuerzo y la aptitud como causas internas del éxito, empero, es que el esfuerzo ha sido clasificado como inestable/controlable y la aptitud como estable/incontrolable. El resultado de esto es que las atribuciones difieren en implicancias, es decir, la inestable atribución de un fracaso a la carencia de esfuerzo puede resguardar la autoestima si se entiende que la puesta en práctica de un esfuerzo superior podría resultar en éxito, pero la atribución a la carencia de aptitud, que es estable, redundaría en mínimas expectativas de éxito venidero.

Retomando a Weiner (1974) en su teoría de la atribución propuso cuatro atribuciones causales de los éxitos o de los fracasos ante el rendimiento. Ello depende de estímulos claves percibidos en la situación; por lo que respecta a las situaciones de rendimiento ha mencionado los siguientes: capacidad (porcentaje de éxitos, número de éxitos, otros), dificultad de la tarea (normas sociales, características objetivas de la tarea, otras), suerte (atributos objetivos de la tarea, causalidad o unicidad del resultado) y esfuerzo (resultado, tensión muscular, sudor, otros).

Weiner (1974) ha expresado que las atribuciones causales son los principales hechos mentales que afectan a las conductas relacionadas con el logro y que los procesos inferenciales o cognitivos influyen en las manifestaciones de la motivación de logro para el rendimiento.

En relación con esto último, López (2006) asume que son muchísimas las investigaciones que respaldan la teoría de que las atribuciones causales influyen en el valor del incentivo, y en la expectativa de éxito y de fracaso.

3.1.5. Relación entre atribución causal y obesidad

En relación a la atribución respecto de la problemática que se ha venido desarrollando, Moral de la Rubia y Meza Peña (2013) han manifestado que el carácter de sobrepeso/obesidad ha sido atribuido máxime a los aspectos adjudicables a la persona: malos hábitos (picar entre horas o al hacer la comida y antes de sentarse a la mesa, irse a dormir inmediatamente después de cenar, consumir productos de bollería), falta de ejercicio (por falta de tiempo, incomodidad con el sudor o molestias físicas), ingesta de comida chatarra, y falta de voluntad (para resistirse al deseo de picotear, para adherir a un plan dietético, y poder comer con moderación en las reuniones sociales). Asimismo, las atribuciones causales más destacadas son falta de voluntad y falta de ejercicio.

Por otro lado, León Sánchez, Jiménez Cruz, López Manjón y Barrera García (2014) en su trabajo han examinado las creencias negativas atribuibles a las causas sobre la obesidad, determinando que las personas reconocen que el origen es multifactorial, es decir, consecuencia de un vasto rango de conductas, factores sociales y medioambientales. Entre las que se pueden mencionar el incremento de la vida sedentaria, un mayor consumo de comidas rápidas, un aumento en la ingesta de alimentos con alto contenido calórico, y una disminución en la actividad física dentro de las instituciones escolares y entidades laborales. De igual manera, la estigmatización asociada a la obesidad y la idea de que la enfermedad es principalmente responsabilidad de la persona está tan generalizada en la sociedad que no sólo aparecen desde la niñez, sino que se ha extendido independientemente del grado de formación profesional, es decir, se ha hallado que personas que están involucradas en la atención de los pacientes con obesidad, como nutricionistas, farmacéuticos, epidemiólogos, psicólogos, enfermeros, denotan prejuicios que tienden a responsabilizar a la persona obesa de su estado. Esto puede ser explicado mediante la teoría de la atribución de Weiner de acuerdo con la cual la persona será más estigmatizada mientras más controlable se perciba el atributo evaluado.

En sus trabajos Jáuregui Lobera, Rivas Fernández, Montaña González y Morales Millán (2008) han manifestado que los prejuicios, es decir, las actitudes negativas por parte de niños, adultos y profesionales de la salud hacia las personas con un elevado

peso corporal son evidentes. Inherente a esto en el área del sobrepeso y la obesidad existe discordancia con respecto a si estos traen aparejadas conductas de discriminación.

Muy a menudo, se responsabiliza a las personas obesas de su condición sobre la base de su forma de ser; perezosos, glotones o faltos de autocontrol, de esta manera podría aseverarse que sí, se discrimina socialmente a quien posee dichos atributos, etiquetándolos como desviados.

Inherentemente a la problemática de la obesidad, el prejuicio, sesga los procesos de categorización generando muchas veces repercusiones en las relaciones interpersonales. Las conductas negativas que se les asignan a las personas con exceso de peso, como ya hemos mencionado anteriormente, tienden a explicarse de forma abstracta, por causas internas y estables por ej.: “los obesos no se cuidan, no hacen nada, son así”, en tanto que los aspectos positivos se tenderían a concretar, suponiendo que la persona con exceso de peso logra sostener en el tiempo, una actividad física moderada suele ser atribuido a causas externas e inestables, en este caso valdría decir que la persona obesa por ejemplo: "ha encontrado una pareja que le obliga a ir al gimnasio". Este hecho no es de menor importancia dado que los comportamientos codificados de manera abstracta tienden a percibirse como estables y son mucho más resistentes al cambio.

En la actualidad, se impone de como un acuerdo no manifestar los prejuicios, aunque, no se ha observado, en absoluto, una verdadera disminución de los mismos. Quizás, en la obesidad sea donde mejor se observa la estigmatización del prejuicio sutil, automático, no expresado.

En todos los trabajos de investigación mencionados, entre los autores se destaca un núcleo en común, este sería, el hecho de que las personas con normo peso responsabilizan a los obesos de su condición.

3.2. La motivación en la obesidad

En la actualidad existen más de veinte paradigmas en el estudio de la motivación. Entre ellos encontramos a los basados en la disonancia cognitiva, en el arousal, la distorsión cognitiva, las pulsiones, la motivación de efectancia, la reactividad, la autoeficacia, entre otras. En este trabajo, de todas las teorías existentes, se describirá la teoría de la autodeterminación (TAD) basada en la motivación, de (Ryan & Decy, 2000).

Para Bisquerra (2000) la motivación es un constructo que designa un proceso complejo que determina la conducta. Son múltiples las variables, tanto biológicas como adquiridas las que intervienen en el inicio, en la dimensión, el rumbo y la coordinación de la conducta dirigida a alcanzar una meta.

Más allá de que a menudo la motivación sea abordada como un constructo singular, la reflexión somera, señala que las personas pasan a la acción como consecuencia de distintos componentes, con desemejantes vivencias y diversos resultados consecuentes (Ryan & Decy, 2000).

La TAD es una macro teoría de la motivación que según Moreno y Martínez (2006) es inherente al proceso de cambio y el crecimiento relacionado con una situación, individuo u objeto determinado, y con el funcionamiento del conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona dentro de los distintos encuadres sociales. Ryan y Decy (2000) plantean que el estudio de la motivación se posiciona en el corazón de la regulación biológica, cognitiva y social, siendo muy valorada dentro del campo de la psicología por los resultados que produce.

La teoría estudia el grado en que las conductas de las personas son ejecutadas de manera autonómicas, de acuerdo a sus predilecciones, intereses y capacidades, y por propia elección, mediante conductas autorreguladas, generando y respondiendo a los acontecimientos con sentido de creencia de control y eficacia.

Uno de los conceptos primordiales de la TAD según lo expresado por Ryan y Decy (2000) es el de necesidades innatas que impactan directamente en el crecimiento personal y favorecen el desarrollo de la motivación intrínseca. Siendo estas: la autonomía, la competencia y la relación. Estas necesidades son los intermediarios psicológicos que incidirán en los tres primordiales tipos de motivación, que a su vez influirán sobre la personalidad, los aspectos afectivos, entre otros.

3.2.1. Tipos de motivación

Ryan y Decy (2000) incorporaron una subteoría dentro de la TAD, llamada teoría de la organización orgánica (TIO), para especificar las distintas formas de la motivación interna, y los componentes sociales - contextuales como por ejemplo las recompensas, el feedback y las comunicaciones que impulsan o imposibilitan la interiorización e integración de la regulación de esos comportamientos. Estos autores han creado una clasificación donde los disímiles grados de autodeterminación del

Dentro de la TIO, las investigaciones han determinado cuatro tipos de motivación extrínseca:

Motivación Extrínseca: refiere al comportamiento que se lleva a cabo por la consecución de incentivos regulados externamente. Las personas carecen de capacidad para decidir por sí mismas sobre el rumbo que tomará el desarrollo de la actividad. Por lo cual, realizan la conducta con el sentimiento de estar siendo controlados.

En este tipo de motivación las personas han de dar respuesta antes de la aparición del estímulo aversivo o de recompensa, asimismo, se caracteriza por poseer un locus de causalidad externa.

1. **Motivación Regulación Introyectada:** la conducta está regulada por presiones internas tales como la autoestima, el orgullo, ligadas a las expectativas de eludir la ansiedad, a la consecución de perfeccionamiento en el ego y a la autoaprobación. Esta conducta continúa teniendo un locus de causalidad externa por la causa que la origina. Principalmente los motivos de involucramiento en la actividad son el deseo de aprobación por parte de los otros, las presiones internas o la sensación de culpa. Esta es regulada mediante la presión que la persona se autoimpone.

2. **Motivación Regulada Identificada:** la conducta es sumamente apreciada por la persona conceptualizándola como primordial, por lo que las realiza voluntariamente, más allá de que la misma le resulte desagradable. Cuando la persona, de manera consciente, percibe con claridad el valor de la tarea o se asumen como parte de la ella, se observa en esta una mayor sensación de autonomía.

3. **Motivación Regulada Integrada:** en este caso la acción se realiza autónomamente. La integración se da cuando la persona evalúa, acepta y asimila las demandas de la acción como propias y acciona en coherencia con sus principios y requerimientos.

Para finalizar, cabe aclarar que cada uno de estos tipos de motivación se encuentran regulados por la persona mediante una serie de procesos internos y externos como pueden ser intereses, recompensas, autocontrol, gratificación, etc.

3.2.2. Tratamiento y motivación

Braguinsky (2001) ha puesto énfasis en que para que las personas logren el descenso de peso es condición poseer motivación. Y propone algunas técnicas de conducta alimentaria que ayudarían a la realización del tratamiento:

Ingerir los alimentos en ambientes propicios, por ej.: mesa organizada para el momento, o lugares habituales evitando los lugares de riesgo.

Aprender a comer alimentos calóricos, la regla imprescindible para ingerir éstos es hacerlo de modo reducido, pausado, y debe hacerse después de haber ingerido otra comida baja en calorías, por ej.: ensalada.

Aprender a planificar las colaciones que le permitan tener mayor sensación de saciedad logrando así un mayor control al momento de la ingesta.

Aprender a comer despacio.

En la medida de lo posible se programarán las próximas comidas y compras. Sin que esto signifique prohibiciones absolutas o comer siempre lo mismo.

Asimismo, ha expresado que la motivación a lo largo del tratamiento suele disminuir, lo cual, se debe evitar visando los objetivos propuestos nuevamente. Por otra parte, plantea que se debiera tratar la enfermedad con programas de alimentación flexibles dado que permitirían que la persona continúe en el tratamiento por más tiempo y sin comportamientos de desborde. En este punto hay discrepancia con la propuesta del plan alimenticio que propone Ravenna (2006), en el cual, se imparten a las personas regímenes alimentarios medidos y estrictos al inicio del tratamiento, los cuales, deben cumplirse sin excepción para no fracasar con el tratamiento.

Otro grupo de estrategias para aumentar la motivación del paciente en el transcurso del tratamiento serían las brindadas por Cormillot (2011) encontrándose en concordancia con lo propuesto por Braguinsky (2001):

Compartir el momento de actividad física con un compañero para que el esfuerzo pueda mantenerse en el tiempo.

Acompañar las actividades de resistencia con estímulos musicales.

Anticipar actividades físicas para los días y semanas subsiguientes como por ej.: realizar labores cotidianas.

No postergar los momentos de actividad física dándole suma importancia como si tuviera que concurrir a su puesto de trabajo.

Procurar llevar una ficha de lo realizado y de los avances.

Organizar anticipadamente el tiempo libre o las vacaciones, como así también, actividades cuando el clima sea desfavorable, o se reciban visitas en el hogar.

3.2.3. Relación entre motivación y obesidad

Desde la perspectiva de Cormillot (1991) ha expuesto que la motivación es parte esencial de la terapia, tanto para descender de peso como para conservarlo. De igual modo para este autor la motivación se genera en la necesidad de la persona de querer bajar peso y hacer lo indispensable para lograr avanzar en el tratamiento, y es ésta la que ha de impulsar y direccionar el comportamiento.

Según la investigación realizada por Lerma, Álvarez Gordillo, Nazar Beutelspacher y Mondragón Ríos (2016) expresan que la voluntad de cambio les permite a las personas ponerse en movimiento, y ésta existe si hay motivación. Estos autores concluyeron que la desmotivación en la autorregulación del peso es muy frecuente, por lo cual, el personal de la salud debe interiorizarse en qué fue lo que los movilizó para acercarse a la consulta, y de este modo poder hallar soluciones que impliquen la participación activa de las personas en la planificación del tratamiento. Coincidentemente con esto, Cormillot (1991) expone que los pacientes que desean bajar de peso deben fortalecerse y confrontarse inicialmente al decaimiento, siendo éste el estado de ánimo predominante en ellos.

Para que los pacientes se atrevan al cambio, García-Llana, Rodríguez Doñate y Cos Blanco (2010) plantean que es fundamental que desde los grupos interdisciplinarios que se encuentran a cargo del tratamiento se fomente la motivación. Por lo general, los pacientes con obesidad y sobrepeso buscan ayuda más allá del desequilibrio endocrino-metabólico que padecen, debido a que se ve afectada la totalidad de su persona. Desde este abordaje y teniendo en cuenta que las personas son seres biopsicosociales se debiera encarar la enfermedad de forma integral desarrollando recursos nutricionales, motivacionales y de actividad física, ajustados, a las necesidades individuales de cada paciente mediante objetivos complementarios e intervenciones diferenciales.

Por último, en su estudio sobre motivación Jiménez, Maldonado, Pasten y Déciga (2012) han expresado que determinadas motivaciones como por ej.: el aspecto físico puede influir positivamente en el éxito de los programas contra el descenso de peso, y que al mismo tiempo las falsas expectativas de creer que podrán conseguir la voluntad necesaria contribuyan con el fracaso. Por lo cual, se hace imprescindible el apoyo grupal continuado, para el mantenimiento y persistencia del éxito en las modificaciones alimentarias y el control de peso. Simultáneamente, es de suma importancia reforzar la motivación individual mediante el apoyo grupal, que generen expectativas más razonables entre las personas.

3.3. Las emociones en la obesidad

Dentro del campo de la psicología una de las áreas que posee un gran número de modelos teóricos y que genera sumo interés es la psicología de las emociones (LeDoux, 1996).

Según Fernández Abascal (2008) la emoción desde el punto de vista de la Psicología es un constructo que se utiliza para detallar o explicar las reacciones del organismo caracterizadas por: modificaciones en la actividad fisiológica, elucidación subjetiva de tales modificaciones fisiológicas, preparación para la acción o movilización de comportamiento, expresión emocional o exteriorización de todo este complejo. El proceso psicológico adaptativo de la emoción tiene como propósito reclutar y coordinar al resto de los procesos psicológicos, ante determinadas situaciones que exigen una respuesta expedita y efectiva. Así pues, las emociones que afectan los restantes procesos psicológicos cargan de afecto la percepción, dirigen la atención, activan la memoria, movilizan cambios fisiológicos, etcétera.

Se ha conceptualizado a las emociones desde diversos paradigmas Kleinginna y Kleinginna (1981) han investigado sobre este tema, llegando a definir las como pluridimensionales, las mismas implican un conglomerado de procesos que producen experiencias afectivas, al mismo tiempo que originan una activación fisiológica y procesos cognitivos, así como apreciaciones, etiquetado y efectos perceptuales.

Los cimientos de la teoría evolucionista de la emoción fueron fundados por Charles Darwin en 1872 con su obra *la expresión de las emociones en el hombre y los animales*. En dicho trabajo de investigación se observó una equivalencia funcional entre las expresiones faciales y corporales de distintos animales y personas de diferentes regiones del mundo y de distintas culturas. Esta podría correlacionarse con un acto funcional primitivo ligado a las funciones adaptativas y comunicacionales de la emoción. Todos los seres humanos expresarían emociones básicas por medio de expresiones análogas, en continuidad filogenética con otras especies, y la capacidad de reconocerlas sería congénita, debido a que las expresiones emocionales serían universales.

Continuando con la corriente darwiniana, Ekman (1971) promulgó seis emociones básicas las mismas son biológicamente universales, primitivas y autónomas de la conducta, estas son: felicidad, tristeza, sorpresa, enojo, asco y miedo. Posteriormente, Ekman y Friesen (1986) agregaron el desprecio pasando a ser siete las emociones básicas.

3.3.1. Clasificación de las emociones

Conforme a Fernández Abascal (2008) el aprendizaje y la experiencia dan forma a las emociones primarias y éstas se encuentran presentes en todas las culturas. Presentan respuestas preorganizadas debido a su alto componente genético. Es decir, las reacciones psicofisiológicas primarias presentan constancia en el afrontamiento; en tanto las reacciones psicofisiológicas secundarias, aunque se desprenden de las primarias, se deben en mayor grado al desarrollo individual y sus respuestas difieren considerablemente unas de otras. En las emociones secundarias (la ansiedad, la hostilidad, el amor y el cariño y el humor) no se manifiesta una forma característica de afrontamiento. Otra forma de diferenciar las emociones primarias de las secundarias es que las primeras tienen una forma de expresión innata, específica y universal.

Otro modo de clasificar las emociones es en negativas y positivas según el tono hedónico que las produce. Las que implican sentimientos desagradables son las emociones primarias negativas (miedo, ira, tristeza y asco), por lo que se ponen en movimiento una gran cantidad recursos para su afrontamiento dado que se valora el evento como perjudicial. Y las que implican, sentimientos placenteros, son las emociones positivas (felicidad) que se prolongan por un corto período de tiempo y promueven escasos recursos para su afrontamiento dado que se evalúa el acontecimiento como provechoso (Fernández Abascal, 2008).

3.3.2. Funciones de las emociones

Como ha expuesto Fernández Abascal (2008), lo que hace que las emociones sean útiles y adaptativas son sus funciones, las tres principales son:

La función adaptativa prepara al organismo para que ejecute eficazmente una conducta exigida por las condiciones del entorno, para que movilice la energía necesaria para ello y guíe la conducta a un objetivo específico, es por tanto, la función más importante de la emoción.

La función social se basa en la expresión tanto no verbal como verbal, lo que permite que en las interrelaciones las personas puedan predecir los comportamientos que vamos a desarrollar.

La función motivacional de las emociones determina la aparición de la propia conducta motivada. Esta produce una respuesta emocional y, a su vez, la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas de agrado y desagrado, en la primera hay un aumento de carga energética, en tanto, las segundas provocan reacciones defensivas. La conducta motivada es energizada por la emoción (Fernández Abascal, 2008).

El proceso emocional se inicia por la percepción de que se han originado cambios en las condiciones internas o externas de la persona y que son objeto de una primera valoración cognitiva, la cual, actúa como tamiz dejando de lado las cosas que no son afectivamente significativas y examinando las que tiene relevancia emocional. Como consecuencia de esa primera valoración tiene lugar la activación emocional, que se compone de una experiencia subjetiva, una expresión corporal o comunicación no verbal del estado emocional, una tendencia a la acción o afrontamientos y cambios en la actividad fisiológica del organismo.

No obstante, los efectos observables de la misma y las expresiones externas de las emociones son el resultado de una segunda valoración cognitiva que las filtra. A través, del aprendizaje y la cultura se puede observar el aumento, la disminución o incluso una negación de las mismas.

A medida que vamos avanzando en la socialización la conducta motora o manifiesta va dirigida a que el resto de las personas no puedan determinar nuestro estado emocional. Por lo tanto, este segundo tamiz va a modificar las respuestas emocionales de acuerdo a las normas sociales y a nuestra experiencia previa (Fernández Abascal, 2008).

3.3.3. Relación entre emoción y obesidad

En su estudio longitudinal Sánchez y Pontes Torrado (2012) han desarrollado como intervienen las emociones en la ingesta y el control de peso. Para éstos, las emociones tienen un efecto sumamente relevante sobre los hábitos alimenticios. De hecho, se ha encontrado evidencia empírica de que la influencia de las emociones sobre las conductas alimenticias es más importante en las personas obesas que en las que no y en personas que hacen dieta en comparación con las personas que no hacen dieta. Por otro lado, las emociones en sí mismas no pueden ser responsables de la excesiva ingesta alimenticia, sino que la verdadera causante del sobrepeso es la manera en que la persona afronta sus diversas emociones. Por lo tanto, únicamente teniendo plena conciencia de

los factores emocionales que los atraviesan es que podrán trabajar y reforzar los hábitos saludables que les permitirán controlar el peso. Asimismo, los factores emocionales desinhibitorios como por ejemplo estar cansados, ansiosos, enojados, entre otros, son los que provocan una mayor ingesta alimenticia. Por otro lado, contrariamente a lo anterior, el sentimiento de culpa por ejemplo al pesarse y ver que se ha ganado peso tiende a frenar la sobrealimentación.

Otros autores como Mestas Hernández, Gordillo León, Arana Martínez y Salvador Cruz (2012) en sus estudios pormenorizados sobre algunas investigaciones recientes han inferido, que debido a que ingerir alimentos produce un efecto placentero y a su vez un premio que causa bienestar y emociones positivas, la regulación emocional es una variable relevante en la ganancia de kilos de más, tanto en la obesidad infantil como en adulta. De acuerdo con esto, en las personas con sobrepeso, el resultado de las reacciones psicofisiológicas de los alimentos sobre la conducta del comer podría ser mayor que en personas con un IMC saludable.

Una característica de las reacciones psicofisiológicas sobre la acción de ingerir mayor cantidad de alimentos se ha vinculado con la activación del sistema neuronal de respuesta al estrés, que aumenta la actividad emocional y menoscaba el funcionamiento cognitivo. El estrés produce un incremento de la secreción de glucocorticoides, como así también, de insulina, fomentando la ingesta desmedida de alimentos y de la enfermedad. Por lo tanto, el estrés, presupone en las personas con problemas de sobrepeso un punto de suma importancia y a ser considerado tanto en tratamientos preventivos como de descenso de peso, dado que éstas no cuentan con las herramientas necesarias para dar una resolución apropiada a la problemática en cuestión; no obstante, la correlación entre el estrés, la conducta de ingesta alimentaria y la obesidad es aún compleja, debiendo ser esclarecida para obtener técnicas de manejo que puedan ser empleadas por los profesionales de la salud implicados en el abordaje de la enfermedad. De igual modo, se ha reportado que tanto los niños como los adolescentes con sobrepeso tienen menos autoestima y mayor predisposición a la depresión, siendo esta última de gran relevancia en el incremento de la masa corporal en la edad adulta (Mestas Hernández, Gordillo León, Arana Martínez & Salvador Cruz, 2012).

De todo lo anteriormente expresado, se determina que las reacciones psicofisiológicas se encuentran implicadas de manera directa en la etiopatogenia de la obesidad, ya sea por el carácter emocional implícito de la comida o mediando a través del estrés emocional en la motivación para ingerir alimentos, la autoestima y la

depresión. Lo fundamental es describir la respuesta emocional al estrés, caracterizada por síntomas de ansiedad, ira, irritación y exasperación, tristeza, desasosiego, pánico y estados de desesperanza, de carácter transitorio. Cada uno de estos aspectos deben de ser tratados de forma conjunta ya que podrían estar favoreciendo a la evolución de la enfermedad.

4. Método

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo- De caso –Transversal

4.2. Participantes

La muestra está conformada aproximadamente de 50 personas que constituyen los “Grupos de Descenso”, cuya duración es de 90 minutos. Los grupos se encuentran conformados en su gran mayoría por participantes mujeres, las edades de los pacientes varían entre los 19 y 60 años.

A su vez, los grupos son coordinados por uno o dos psicólogos, una nutricionista o un médico, con años de experiencia en el tema. Éstos acompañan y evalúan a los pacientes en el proceso de descenso de peso y de mantenimiento. Asimismo, al inicio de la terapia grupal suele haber un profesor de educación física que los incentiva y los asesora para que incorporen el hábito del ejercicio continuo en sus vidas.

4.3. Instrumento

El instrumento es el registro escrito de lo observado a partir del método de observación no participativa en la asistencia a los “Grupos de Descenso y de mantenimiento” en una clínica abocada al tratamiento para la obesidad.

Simultáneamente, se realizaron algunas entrevistas semi-dirigidas a pacientes que concurren a los grupos de descenso en la institución. Se llevaron a cabo preguntas para recopilar información acerca sobre qué tipo de motivaciones tienen los pacientes para el tratamiento, los motivos por los cuales decidieron ingresar a la institución, cómo se van modificando sus estados emocionales con la asistencia permanente a los grupos, a qué causas le atribuyen ellos el origen de su problema, entre otras.

4.4. Procedimiento

El presente trabajo fue realizado a través de la observación no participante, llevada a cabo durante 280 horas de reuniones desarrolladas en los grupos de descenso y de

mantenimiento, contando las mismas con una duración aproximada de una hora y media cada sesión. Inclusive los fines de semana se llevan a cabo reuniones grupales que permiten mantener el compromiso y la motivación dentro del grupo.

Se realizó una serie de entrevistas a pacientes que concurrieron a los grupos de descenso de aproximadamente 15 minutos, con consentimiento informado, las que constaron de siete preguntas cada una escritas y abiertas. Por medio de las mismas se recolectaron datos sobre la motivación, las emociones y atribuciones causales en relación a sus conductas. Asimismo, se les informó a cada uno de los pacientes que no habrá devolución de los resultados.

5. Integración teórico-práctica

5.1. Describir las emociones positivas y negativas que llevan a los pacientes a salirse de la dieta durante el desarrollo del tratamiento para el descenso de peso.

En el presente objetivo se desarrollarán las emociones tanto positivas como negativas que se ponen de manifiesto en el despliegue del proceso terapéutico y en el desarrollo del tratamiento para descender de peso.

Sánchez y Pontes (2012) plantean que las emociones tienen un efecto sumamente relevante sobre los hábitos alimenticios. Cormillot (1993) plantea que cuando ya está declarada la enfermedad, el obeso recurre a la comida continuamente para huir de los estados displacenteros que se le presentan a diario. Esto pudo observarse cuando en una entrevista a S, que se encuentra en tratamiento desde hace tres meses, llegó con un exceso de peso de 45 kg., y comentó: “para mí la parte emocional tiene mucho peso en la forma en que me relaciono con la comida, yo venía perfecta con la dieta, venía haciéndola perfecta, y ayer tuve una discusión con mi hijo, por pavadas, y se me mezcló la bronca, el enojo, la impotencia de no haber podido manejar la situación y volví a comer sin pensar, después me frené. Y me di cuenta de que comí no por tener hambre sino por estar molesta, por no sentirme bien, y entendí que mezclar comida con emociones no me permite tener control”. En otra oportunidad mediante la observación en el desarrollo de la terapia grupal, el psicólogo que coordinaba el grupo les preguntó a los pacientes: “¿qué creen que los lleva a perder la continuidad con la dieta?”, uno de los participantes pidió la palabra y respondió: “venía bien con la dieta, hasta hace dos días que perdí la cabeza, estaba tan enojado, tan molesto que no pude ver que se venía el desborde y terminé comiendo. Después me arrepentí, aunque en el momento no lo pensé”. En otra entrevista a V, que inició el tratamiento hace un mes, manifestó: “me di cuenta de que como demás cuando estoy aburrida, el aburrimiento me hace discontinuar el régimen, en cambio cuando estoy angustiada no puedo comer nada”. Mestas Hernández et al. (2012) coinciden con todo lo anterior y expresan que debido a que, ingerir alimentos produce un efecto placentero y a su vez un premio que causa bienestar y emociones positivas, la regulación emocional es una variable relevante en el aumento de peso, tanto en la obesidad infantil como en la adulta.

Por otra parte, Sánchez y Pontes Torrado (2012) exteriorizan que los factores

emocionales desinhibitorios como por ejemplo estar cansados, ansiosos, enojados, entre otros, son los que provocan una mayor ingesta alimenticia, en concomitancia con lo planteado por Cormillot (1993). Esto se pudo observar en el medio del desarrollo de la terapia en uno de los grupos de descenso de las 18:45 p.m. donde la coordinadora a cargo pidió a una de las pacientes que comentó: “¿cómo iba llevando la dieta? Y ¿cómo se estaba sintiendo?”, la paciente se encontraba desde hace una semana en la etapa de descenso, y estaba mostrando síntomas de ansiedad voz quebrantada, cansancio, temblor, temor a no poder controlarse, ella expresó: “me está costando mucho, disculpen que no pueda contener mis lágrimas, no puedo lograr concentrarme en hacer las cosas bien, la verdad, es que la gorda está muy presente, me siento más tentada que nunca, de hecho vengo no pudiendo cumplir con la dieta eso me llena de miedo, de vergüenza, frustración, enojo e impotencia, siento que estoy todo el tiempo al borde de reincidir en conductas que lo único que han hecho es postergarme y mantenerme gorda”.

Por otra parte, Fernández Abascal (2012) suscita que todas las emociones tanto las negativas como las positivas poseen alguna función que las hace útiles y permite que las personas realicen con eficacia todos aquellos tipos de actividades relacionadas con la conducta, independientemente del tono hedónico que pueda generarlas, ya que también las emociones más desagradables poseen funciones de suma relevancia en el ajuste personal y en la adaptación social. Esto pudo observarse cuando al entrevistar a V, que está en tratamiento hace dos meses, replicó: “lo cierto es que al inicio del tratamiento no consideraba tener la suficiente voluntad para lograr mantenerme enfocada en la tarea y de no salirme en lo posible, en ningún momento del régimen propuesto, dado que intenté mil y un tratamientos antes de llegar acá sin lograr resultado alguno, lo cual, me hacía sentir desesperanzada sin ganas de volver a intentarlo. Y mírame ahora hace dos meses que estoy impecable con la dieta, ya he bajado 10kg. me siento de mejor humor, veo las cosas de otra manera, siento que de a poco, voy tomando nuevamente las riendas de mi vida, que de apoco vuelvo a recuperar la alegría y las ganas de vivir”. En otra ocasión entrevistando a Jo, él explicaba: “yo estoy en tratamiento hace siete meses, cuando empecé el tratamiento me costó lograr la continuidad con la dieta, me sentía inseguro de mí, no me quería a mí mismo, me sentía muy depresivo y comer me hacía sentir mejor, al menos eso creía”. El Dr. Ravenna en el desarrollo de la terapia con respecto a esto explicaba: “cuando cambia el humor, cuando logran cambiar las emociones, cambia el pensamiento, cambia la acción, y si cambia la acción, ésta va a ser

conducente a bajar de peso” (Ravenna, comunicación personal, 08 de agosto 2017).

Mestas Hernández et al. (2012) manifiestan que una característica de las reacciones psicofisiológicas sobre la acción de ingerir mayor cantidad de alimentos se ha vinculado con la activación del sistema neuronal de respuesta al estrés, que aumenta la actividad emocional y menoscaba el funcionamiento cognitivo. Esto pudo observarse al momento de entrevistar a P, quien está en tratamiento hace tres semanas, el cual manifestó: “realmente son demasiadas las presiones del día a día que me agobian, por momentos me siento agotado, incapaz de pensar y es ahí donde vuelvo a desbordarme, me salgo de la dieta, y mi conducta adictiva hacia la comida vuelve a reaparecer. Y una vez comido, me sobreviene un gran estado de irritabilidad, porque de alguna manera me doy cuenta de que estoy haciendo las cosas mal e intento volver a recuperar el límite poniendo en práctica los recursos que voy adquiriendo en la terapia y con los que antes no contaba”. En concordancia con esto según Cormillot (1993) expone que los agentes que desencadenan la enfermedad son todos aquellos eventos fisiológicos, psicológicos y sociales que acontecen en la vida del individuo, pudiendo poner en marcha estados de estrés. Esto pudo observarse en otra ocasión en uno de los grupos de descenso de las 7:00 a.m. cuando una paciente en relación a este tema comentaba: “estoy en tratamiento hace 4 meses, se supone que ya debiera poder darme cuenta cuando la gorda va a volver a la acción, cuando va a volver a comer, aunque no pude hacerlo. Esta semana, no pude concurrir al grupo, me ascendieron en el trabajo, lo cual implica mayor responsabilidad, cambios de horarios, mayor esfuerzo y demás. Asimismo, creo que, de tanta felicidad que sentí, olvidé por completo la importancia de mantener la continuidad con el régimen, creo que pensé que un poquito de comida para festejar el ascenso, probar esto o lo otro no me haría muy mal”. Uno de los coordinadores a cargo de la terapia respecto a esto respondió: “hay que estar alerta a nuestros estados de ánimos, no dejar que nos dominen, para no abortar la misión de intentar luchar contra la enfermedad, volver a reencontrarnos con nuestra verdadera esencia y lograr una mejor calidad de vida. Además, no podemos creer que nos premiamos con la comida cuando es el objeto de nuestro padecer”.

5.2. Caracterizar el tipo de motivación que prevalece en las personas que realizan el tratamiento para el descenso de peso.

En el presente objetivo se caracterizará el tipo de motivación que predomina en los pacientes mientras se encuentran realizando el tratamiento para descender peso.

Ryan y Decy (2000) plantean que el estudio de la motivación se posiciona en el corazón de la regulación biológica, cognitiva y social, siendo muy valorada dentro del campo de la psicología por los resultados que produce. Esto ha podido visualizarse cuando al observar el curso de la terapia de descenso de las 18:30 p.m. uno de los pacientes da inicio al diálogo esbozando: “quisiera compartir mi experiencia hace ocho meses que estoy en tratamiento, ingresé con 120 kg. de los cuales ya bajé 30 kg., me faltan 15kg., sufro como muchos de los que están acá adentro, de problemas hormonales, inestabilidad emocional, y creo que por primera vez en la vida me siento con las fuerzas y la motivación necesaria para lograrlo, venir acá fue la mejor decisión que pude haber tomado en mí vida, realizar la dieta me hace estar con mayor serenidad emocional. Además, poder compartir mis logros, contar con el apoyo de los compañeros, de los psicólogos, me ayuda psicológicamente, es más siento que en esta lucha, esta vez no estoy solo, y eso me da más ganas de continuar trabajando para lograr mi objetivo”. Con respecto a esto el Dr. Ravenna expuso: “todo un ejemplo, hay que lograr seguir con esa conducta, es un arduo trabajo, no olvidemos que ese número al cual uno llegó no es pasado olvidado, sino que es pasado posible no pisado, que se haga presente o se haga futuro quiere decir que el cuerpo supo llegar hasta ahí, el set point te tiro hasta ahí, por lo tanto, lo emocional se compensa en ese peso, por lo cual, hay que continuar con la permanencia acá adentro y la continuidad de los límites en la conducta para mantener lo logrado, aunque se llegué al objetivo propuesto”(Ravenna, comunicación personal, 14 de julio 2017).

Desde la perspectiva de Cormillot (1991) ha expuesto que la motivación es parte esencial de la terapia, tanto para descender de peso como para conservarlo. De igual modo para este autor la motivación se genera en la necesidad de la persona de querer bajar peso y hacer lo indispensable para lograr avanzar en el tratamiento, y es ésta la que ha de impulsar y direccionar el comportamiento. Esto pudo corroborarse cuando al entrevistar a A, ella planteaba: “hace tres años inicié el tratamiento, pesaba 130kg. tenía un sobrepeso de 56kg., todavía me faltan bajar 15kg., estuve dos años y medio sin salir de casa con depresión, ataques de pánico y todo lo que trae aparejado la enfermedad, hubo mucho abandono de mi parte, de hecho, llegué porque me trajeron mis hijos, yo creo que terminé aceptando porque reaccioné cuando tuve que requerir de mi marido para higienizar mis partes íntimas, creo que ahí fue que me di cuenta de que necesitaba

pedir ayuda, dejarme ayudar, aunque no creí que iba a poder lograrlo. El estar acá adentro me cambio la vida, recuperé mi salud, mi movilidad, mi autoestima, y más que nada el deseo y las ganas de querer seguir con esta conducta. Me hace muy bien sentirme contenida por los profesionales, me entusiasma venir escuchar las experiencias de mis compañeros, sentir que tenemos una batalla en común. Además, es realmente estimulante para mí poder entusiasmar a otros con la idea de que sí se puede”. Lo esbozado por la entrevistada es inherente a lo que Ravenna explicitó en el desarrollo de una terapia: “esto tienen que ver con que un entorno motivacional, estimulante genera que el Yo frágil se fortalezca y que busque el bienestar que necesita” (Ravenna, comunicación personal, 15 de julio 2017). Lo expresado por la paciente tiene relación con lo expuesto por Ravenna (2007) quien manifestó que nuevas comorbilidades y dificultades como la capacidad para higienizarse, desempeñarse en forma autónoma, entre otras, irán apareciendo a medida que se avance en los grados de obesidad.

Para que los pacientes se atrevan al cambio García-Llana et al. (2010) plantean que es fundamental que desde los grupos interdisciplinarios que se encuentran a cargo del tratamiento se fomente la motivación. Esto pudo ser observado cuando uno de los pacientes que se encontraba en la etapa de mantenimiento en uno de los vale clave, grupo intensivo que reúne cada 21 días a los pacientes tanto de la CABA como del interior replicó: “cada viaje que hago me permite renovar mi compromiso conmigo, con los coordinadores y con mis compañeros, llegué con la necesidad de mejorar mi salud, no la estaba pasando muy bien con 125,6kg. de los cuales pude con mucho esfuerzo bajar 55,6kg. y hoy poder mantenerme en mis 70kg. es increíble, desde ese entonces estoy sumamente agradecido con la institución, porque me siento acompañado y contenido, lo cual, me permite poder seguir haciendo el tratamiento aun estando lejos. Con todo lo que implica viajar, vengo religiosamente cada vale clave, me tomo esos tres días para mí, me beneficio de poder estar de modo presencial, me lleno de energía positiva participando de los grupos y luego durante el resto del mes trato de mantenerme en contacto con el tratamiento, vía redes sociales, llamadas telefónicas, WhatsApp, y demás, eso me asegura que no voy a tener recaídas, que no voy a volver a mis hábitos perjudiciales y mortales, ya que gracias a estar acá y con la ayuda de todos ustedes, constantemente redefino los motivos por los cuales elijo continuar con mi conducta alimentaria equilibrada y guiada hacia el bienestar”. El Dr. Ravenna en relación a lo planteado en ese mismo vale clave explicaba: “este proyecto, asegura como ya hemos dicho en otras ocasiones el no entrar en un período de amnesia riesgosa,

permite renovar el compromiso de mantenerse sin excesos con la alimentación, genera una dinámica donde uno no se aburre, no se cansa y de ese modo evita entrar en una rutina negativa” (Ravenna, comunicación personal, 19 de mayo 2017). Luego en el desarrollo de la terapia de otro vale clave uno de los psicólogos a cargo preguntó a los pacientes residentes de CABA que se encontraban presentes: ¿qué sensación les da cuando escuchan a la gente del interior, que bajan 60kg., que hacen el esfuerzo de venir? ¿Les hace bien? Uno de los pacientes pidió la palabra y arguyó: “estoy en tratamiento hace cinco meses, trato de venir siempre a los vale clave, dado que el esfuerzo de ellos me resulta inspirador, estimulante, para continuar manteniendo mi compromiso con el proceso del tratamiento y para continuar descendiendo de peso hasta lograr mi meta, para mí son mis referentes a seguir”. En estos casos que se acaban de mencionar se puede observar también lo que plantea Braguinsky (2001) que para que las personas logren el descenso de peso es condición poseer motivación.

Desde otro punto de vista, Jiménez et al. (2012) han expresado que determinadas motivaciones como por ej.: el aspecto físico puede influir positivamente en el éxito de los programas contra el descenso de peso. Esto pudo observarse cuando en una entrevista a C, ella exteriorizó: “cuando inicié el tratamiento hace ya unos ocho meses no sólo deseaba mejorar mi salud bajando mis 40kg. de más, sino que también quería volver a sentirme bien con mis dimensiones corporales, volver a sentirme linda, atractiva al mirarme al espejo y por sobre todas las cosas poder comprarme la ropa en locales a los que antes no podía entrar porque no vendían mi talla. Cuando vi en la balanza mis primeros 15kg. bajados y pude volver a usar ropa que no me quedaba y estaba guardada esperándome, me entusiasmé, me hizo sentir que sí puedo lograr alcanzar mi meta propuesta, esta vez me siento fortalecida para lograrlo”.

5.3. Describir la atribución causal en relación a la dificultad para hacer la dieta que traen los pacientes al inicio del tratamiento para el descenso de peso.

El presente objetivo describirá la atribución causal en relación a la dificultad que traen los pacientes al inicio del tratamiento para descender de peso.

En su teoría de la atribución Weiner (1974) planteó que las personas van buscando activamente comprender su entorno y hallar respuestas sobre los hechos que les sobrevienen. Esto se pudo observar cuando uno de los psicólogos a cargo de la terapia en un grupo de las 18:45 p.m. a cargo le preguntó a los participantes que después de un

tiempo de no haber estado en tratamiento volvieron a la clínica: “¿a qué le atribuyen su repitencia? ¿Su falta de compromiso con el tratamiento?”, uno de los pacientes pidió la palabra y replicó: “estoy nuevamente en tratamiento desde hace solo dos semanas, fui, volví, fui y volví, no me resulta fácil enfrentarme con el problema, no me sale eso de ser flaco, más de una vez cruzo el límite y es ahí donde me pierdo, vuelvo a comer, quizás porque tengo miedo, tengo miedo de enfrentarme conmigo mismo, de descubrirme en una nueva versión de mí”. Con respecto a esto la psicóloga a cargo expresó que al ir y venir con el tratamiento se produce una sobreadaptación lo que generalmente dificulta aún más el tratamiento. Otra paciente expresó: “volví después de ocho años, con 45kg. demás, creo que en algún momento perdí conciencia de cuidado, y me ocupé de otras cosas más urgentes. Lo cierto es que me he salido varias veces del tratamiento, no soy buena haciendo dieta”. Estas declaraciones tienen relación con lo expuesto por Cormillot (1991) donde planteó que para conseguir el control sobre los pensamientos disfuncionales es necesario reconocer y evaluar los pensamientos automáticos negativos.

Por su parte Hewstone (1992) ha mencionado que en el curso más interno de la actividad mental humana se desarrolla la atribución de causa. Es la construcción mental de realidad la que posibilita adicionar información coherente a un hecho específico. Independientemente de la situación, la construcción mental que se hace de la realidad ejerce un rol indispensable en la explicación de incorrecciones, sesgos o demás particularidades del proceder atribucional. Esto pudo observarse en el desarrollo de la terapia de las 18:45 p.m. cuando un paciente exclamó: “ cuando más importancia le doy al pensamiento de querer comer más me cuesta controlar mi conducta, a veces paso todo el día pensando en comer, aunque intento apagar el pensamiento, que con o sin hambre me lleva a comer es parte de la historia de toda mi vida, aunque, ahora cuando me asalta este pensamiento me tomo un café, me compro un agua para combatirlo, para medirme. Había veces que pasaba por un lugar y ciertos aromas, aromas placenteros me llevaban a pensar ¡qué rico!, la idea de comer siempre me preparaba. Con respecto a esto el Dr., Ravenna replicó: “a él lo acompañaba la idea de toda la vida cómo me iba a llenar, cómo iba a comer... Hoy tiene que apagar lo que es común en él, lo que le es habitual desde hace muchos años y tiene que lograr poner un pensamiento adquirido al servicio de un cambio morfológico” (Ravenna, comunicación personal, 06 de julio 2017). En otra ocasión otra paciente manifestó: “hace mucho me molesta estar así y hace muchos años que elijo seguir gorda y no cambiarlo, he pasado por muchas oscilaciones con mi

peso y en los engordé no me siento cómoda, aunque continúo comiendo igual. Creo que si vuelvo a la clínica es porque me permite volver a venir a recapacitar y otra vez volver a ponerme en tratamiento”. Con respecto a esto, Weiner (1974) ha expresado que las atribuciones causales son los principales hechos mentales que afectan a las conductas relacionadas con el logro y que los procesos inferenciales o cognitivos influyen en las manifestaciones de la motivación de logro para el rendimiento.

Por otro parte, Manassero Mas y Vázquez Alonso (1995) han expuesto que la teoría atribucional de Weiner ha fundamentado la motivación de logro en las consecuencias cognitivas y emocionales de la atribución causal realizada sobre los resultados previos obtenidos. Esto se pudo observar cuando en el desarrollo de la terapia de las 18:45 p.m. una de las pacientes planteó: “volví a estar en tratamiento hace unas cuatro semanas, las dos primeras fueron bastantes difíciles no podía estar impecable con la dieta, aunque después de a poco pude ir controlando mi cabeza. Y cada vez que me salgo de ella sin querer, me freno diciéndome a mí misma una vez ya lo logré, logré bajar mis 35kg., logré controlar mi voracidad esta vez también voy a poder”.

En tanto, Hewstone (1992) ha expresado que las atribuciones difieren en implicancias, es decir, la inestable atribución de un fracaso a la carencia de esfuerzo puede resguardar la autoestima si se entiende que la puesta en práctica de un esfuerzo superior podría resultar en éxito, pero la atribución a la carencia de aptitud, que es estable, redundante en mínimas expectativas de éxito venidero. Esto pudo observarse cuando en el desarrollo de la terapia de las 8:00 a.m., un paciente manifestó: “intento pese a todo poner bastante de mí en la realización del tratamiento, aunque frecuentemente las presiones de la vida diaria el trabajo, los hijos, la familia, otros, se llevan todo mi tiempo, termino agotada, sin ganas para ocuparme de mí y mi concentración para mantenerme enfocada con el tratamiento tambalea. Además, el haberme divorciado, hizo que perdiera el amor por mí, me puse muchísimos kilogramos encima. Por otra parte, sé que son excusas, ya que si quisiera podría organizarme, podría esforzarme un poco más y focalizar con el tratamiento, dado que cuento con el apoyo de mi familia y amigos”. Uno de los coordinadores respecto a esto planteó: “hay que intentar romper las estructuras mentales que nos limitan, redefinir las atribuciones erróneas que no nos permiten avanzar”.

Moral de la Rubia y Meza Peña (2013) expresan que las atribuciones causales más destacadas son falta de voluntad y falta de ejercicio. Esto pudo observarse en el desarrollo de la terapia de las 18:45 p.m., cuando un paciente comentaba: “reconozco

que jamás me gusto hacer deporte, nunca fui bueno con eso, sé que debiera empezar algo, aunque lo cierto es que me intimida la mirada del otro, no me imagino haciendo ningún tipo de actividad y menos con este tamaño corporal, que básicamente me obliga a estar quieto, me da miedo lesionarme y generarme un malestar mayor. Sé que debo cambiar eso dado que si comenzará alguna actividad mi tratamiento se vería favorecido y quizás vería resultados mucho más rápidos”. Otro paciente pidió la palabra y comentó: “hace poco que comencé el tratamiento me siento un poco falto de ánimo como para iniciar actividad física, casi nunca hago nada, me siento pesado no tengo mucha movilidad”.

Por otra parte, León Sánchez et al. (2014), expresan que la estigmatización asociada a la obesidad y la idea de que la enfermedad es principalmente responsabilidad de la persona está tan generalizada en la sociedad que no sólo aparecen desde la niñez, sino que se ha extendido independientemente del grado de formación profesional. Esto pudo observarse cuando en una entrevista realizada a R, ella comentaba: “siempre fui gorda, desde chica sufro agresiones y burlas por el tema de mis dimensiones corporales, hasta cuando intenté buscar ayuda me encontré con médicos que me hacían sentir que era mi culpa que la aguja de la balanza se mantuviera estática, y lo cierto es que me esforzaba por seguir el régimen y de nada valía, llegado el día del control solo escuchaba, seguro comiste demás, estás haciendo lo que te dije, cuánta agua estas tomando, entre otras tantas preguntas que no conducían a nada. Creo que todo lo que he venido vivenciando en relación a mi peso hace que hoy me cueste confiar plenamente en algún tipo de tratamiento, es decir, me cuesta creer en que pueda llegar a lograrlo”. Esto se encuentra en concordancia con lo planteado por Jáuregui Lobera, Rivas Fernández, Montaña González y Morales Millán (2008) quienes han manifestado que los prejuicios, es decir, las actitudes negativas por parte de niños, adultos y profesionales de la salud hacia las personas con un elevado peso corporal son evidentes.

6. Conclusiones

6.1. Síntesis de los objetivos

En el desarrollo de los objetivos propuestos se planteó describir las emociones, caracterizarle tipo de motivación y describir la atribución causal en relación al tratamiento para descender de peso, para esto se llevó a cabo una observación y escucha atenta durante los desarrollos de la terapia, como así también se inquirió por medio de entrevistas semiestructuradas a algunos pacientes sobre las emociones que los llevan a no cumplir con la continuidad del tratamiento, sobre los motivos por los cuales asistieron a la consulta para iniciar el tratamiento, y sobre las atribuciones que ellos poseen sobre el origen de su enfermedad.

Respecto al primer objetivo se pudo inferir en base a todo lo analizado, que, si bien durante la terapia emergen tanto emociones positivas como negativas, los coordinadores intentan mantener dentro del grupo un ambiente con predominio de reacciones psicofisiológicas positivas, lo que permite que los pacientes que están sintiendo emociones displacenteras como desgano, tristeza, cansancio, angustia, enojo, entre otras, puedan modificarlas a partir del relato entusiasta de sus pares, logrando continuar con el desarrollo del tratamiento de manera favorable. En relación a esto el Dr. Ravenna explicaba: “cuando cambia el humor, cuando logran cambiar las emociones, cambia el pensamiento, cambia la acción, y si cambia la acción, ésta va a ser conducente a bajar de peso” (Ravenna, comunicación personal, 08 de agosto 2017).

Para el segundo objetivo se observó que el tipo de motivación predominante inicial en los pacientes es la motivación intrínseca, la cual es esencial para que las personas puedan mantener la continuidad con el tratamiento propuesto. Según Cormillot (1991) la motivación es fundamental en el curso de la terapia, tanto en la etapa de descenso como en la de mantenimiento, ya que impulsa y direcciona la conducta. De igual modo, a medida que se avanza en el desarrollo del tratamiento se pudo observar que en algunos casos se produce una disminución de la misma, por lo tanto, se precisa volver a rever los motivos, por los cuales, los pacientes acuden a la consulta y de ser necesario reformularlos para que las personas continúen el tratamiento y lleguen a alcanzar los objetivos establecidos. Con respecto a esto, Braguinsky (2001) ha expresado que la motivación a lo largo del tratamiento suele disminuir, lo cual, se debe evitar visando los objetivos propuestos nuevamente.

Inherente al tercer objetivo se pudo extraer de todo lo analizado que la mayoría de los pacientes atribuyen el origen de su problema a estados emocionales, en su gran mayoría displacenteros, a la falta de cuidado por estar pendientes de cosas que les parecen más importantes, a las presiones de la vida diaria, al estrés, al temor y la poca iniciativa de realizar actividad física, y a las malas experiencias que han tenido en el intento de solicitar ayuda. Con respecto a esto, Weiner (1974) ha expresado que las atribuciones causales son los principales hechos mentales que afectan a las conductas relacionadas con el logro y que los procesos inferenciales o cognitivos influyen en las manifestaciones de la motivación de logro para el rendimiento.

6.2. Limitaciones

El presente trabajo manifiesta limitaciones a ser consideradas para próximos trabajos de investigación concernientes a la obesidad y a los procesos psicológicos básicos, siendo una de las principales el tiempo de duración para la recopilación de datos que constó de tan solo 280hs., aunque, hubiese sido conveniente un estudio con mayor proyección en el tiempo que permitiese detectar con más exactitud las contribuciones, modificaciones y beneficios que brinda el tratamiento a los pacientes.

Otra limitación, fue no tener acceso a los datos de las historias clínicas, lo cual, obstaculizó la posibilidad de obtener información más certera sobre las atribuciones, los estados anímicos y motivacionales con los cuales los pacientes ingresan a la institución.

Otra limitante, fue que el tipo de estudio al ser descriptivo no presenta de modo estadístico las disimilitudes que existen en la elección de motivos según sexo, edad y grado de obesidad, no permite discernir de manera más precisa las emociones personales y la atmósfera emocional prevaleciente durante el desarrollo del tratamiento. En trabajos futuros sería pertinente desarrollar estudios correlacionales de diferencia de grupo y realizar una prueba de hipótesis y de este modo adquirir resultados de mayor exactitud, detectando posibles diferencias en las variables analizadas según la edad, el sexo y el grado de obesidad de los pacientes.

La última limitante por considerar es que los instrumentos manipulados para describir la motivación, las emociones la atribución causal de los pacientes, en el tratamiento para el descenso de peso, fueron el registro escrito de lo observado y entrevistas semiestructuradas, las cuales, no cuentan como instrumento estandarizado, por lo que, carece de validez y confiabilidad establecida.

6.3. Perspectiva crítica

En el desarrollo de la terapia se observó como positivo que el grupo interdisciplinario conformado por médicos, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras indagan e informan a los pacientes sobre la importancia de tener en cuenta las comorbilidades que se asocian a la enfermedad, lo que les, permite realizar un tratamiento más acertado teniendo en cuenta la necesidad de cada paciente.

Otro punto que se observó como positivo, es que la angustia, la tristeza, el enojo, los miedos, el estrés y las problemáticas individuales que se manifiestan en el despliegue del dispositivo grupal, si bien no son tratadas en el momento en que se expresan, para no entorpecer la dinámica grupal, son abordadas por fuera de los mismos mediante talleres de mindfulness, yoga y otros.

Sería pertinente no perder contacto con la variabilidad de los motivos individuales de cada paciente a lo largo de todo el desarrollo del tratamiento para descender de peso, lo cual, permitiría que el staff interdisciplinario de profesionales que acompañan y guían a las personas, modifiquen si es necesario y desarrollen de forma más precisa, todas aquellas intervenciones requeridas, para que los mismos no abandonen el tratamiento y de este modo logren alcanzar las metas establecidas. Es decir, si el equipo interdisciplinario reconoce lo que el paciente anhela y precisa, el tratamiento puesto en marcha resultaría ser más eficaz.

Si bien la institución adhiere al modelo cognitivo-conductual a la hora de abordar la problemática, después de haber concurrido y participado de los grupos que allí se desenvuelven se observó, que los terapeutas reconocen y utilizan los conceptos postulados por las distintas corrientes, lo cual, les permite abordar la enfermedad con mayor claridad por ej.: si bien el Psicoanálisis no es el más acorde para el abordaje de la obesidad, en la terapia los coordinadores toman de él caracterizaciones sumamente útiles a la hora de analizar la personalidad del obeso, los mecanismos de defensa que se ponen en juego y sus inclinaciones adictivas.

6.4. Aporte personal

Del trabajo desarrollado y de la observación realizada dentro de la institución se infiere que la patogenia de la obesidad es multifactorial, crónica y o recidivante, que

entorpece y pone en juego la integridad del padeciente. Es esencial que la patología sea tratada desde una óptica multidisciplinaria que contemple diversas áreas relacionadas a la salud para poder tener un mayor control en la intervención.

Vale la pena hacer mención, que en algunas ocasiones las personas que sufren esta enfermedad no pueden por sí solas o solos mejorar, requiriendo de asistencia terapéutica si realmente desean ver cambios en sus conductas y en consecuencia en la calidad de sus vidas. El paciente debe desde un principio tomar conciencia de que aún después de haber logrado su normo peso, deberá seguir trabajando en el desarrollo y mantenimiento de hábitos saludables, como así también, continuar trabajando sobre los pensamientos disfuncionales que puedan atentar contra el desarrollo de una vida equilibrada. Los cambios logrados podrán así perdurar en el tiempo, por lo tanto, hay que continuar desasnando las estructuras mentales hasta que no queden dudas sobre lo beneficioso que es poder cortar con el desborde.

Por otra parte, habría que remarcar que el acompañamiento continuo de los terapeutas, el tipo de tratamiento y la terapia propuesta, que lleva adelante la institución suele generar, en algunos casos, resultados satisfactorios a corto, mediano y largo plazo, en comparación con los tratamientos que no abordan de manera integral la enfermedad y que solo quedan supeditados a la realización de un régimen bajo en calorías. Sin embargo, cabe aclarar que existen casos en los que en el mediano y largo plazo se producen recaídas, con una recuperación del peso perdido durante el tratamiento.

Es pertinente destacar, que las personas al contar durante toda la semana con un dispositivo grupal se sienten resguardados tanto por los que coordinan los grupos como por sus pares, generando mayor motivación y compromiso en la asistencia y permanencia en los grupos de manera consistente, dado que es el espejo del otro el que les permite tomar conciencia de su enfermedad. Asimismo, es en el desarrollo de la terapia de grupo donde se ponen de manifiesto las vicisitudes cotidianas y personales de los pacientes emergiendo e identificándose, permanentemente, nuevos estados de ánimo que permiten a los terapeutas intervenir con mayor eficiencia y eficacia.

Por otro lado, sería conveniente la realización de estudios longitudinales que permitan observar la evolución del tratamiento y el grado en el que se mantienen los resultados después de seis meses y un año de finalizado el mismo. Esto posibilitaría la realización de intervenciones preventivas y paliativas más acertadas.

Del siguiente trabajo se desprende que es clave la continuidad con el tratamiento ya que les permite a los pacientes hacer aprehensión de diversas capacidades que les

brindan un mayor control sobre su padecimiento. Es en la continuidad del tratamiento donde ellos adquieren las herramientas para controlar sus estados emocionales, mantener o aumentar la motivación y modificar las atribuciones causales erróneas en relación a la problemática. Mejorando así la calidad de vida de los mismos.

7. Referencia Bibliográfica.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, J., S. (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa
- Braguinsky, J. (2001) *Calidad de vida*. Buenos Aires: Página/12
- Cardone, A., Borracci, R. A., & Milin, E. (2010). Estimación a largo plazo de la prevalencia de obesidad en la Argentina. *Revista argentina de cardiología*, 78(1), 23-29.
- Cormillot, A. (1991). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.
- Cormillot, A. (2007). *Cirugía de la Obesidad*. Buenos Aires: Publiexpres S.A.
- Cormillot, A. (2011). *Cómo adelgazar y mantenerse*. Buenos Aires: Paidós
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. Oxford University. London.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1986). A New Pan-Cultural Facial Expression of Emotion. *Motivation and Emotion*, 10(2), 159-168.
- Fernández Abascal, E., Martín Díaz, M.D., & Domínguez Sánchez, J. (2008) *Procesos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Hewstone, M.(1992). *La atribución causal: del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Barcelona: Paidós.
- Jiménez-López, J. L., Maldonado-Guzmán, M. E., Pastén, L. F. P., & Déciga-García, E. (2012). Motivos para bajar de peso ¿Por qué asistir a un programa de apoyo? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 407-412.
- Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and emotion*, 5(4), 345-379.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires Argentina
<http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/90-obesidad-y-sobrepeso>
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.

- Manassero- Mas, M.A., & Vázquez, A. (1995). La atribución causal como determinante de las expectativas. *Psicothema*, 7(2), 361-376.
- Moral de la Rubia, J., & Meza Peña, 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.
- Moreno, J. A., & Martínez, A. (2006). Importancia de la Teoría de la Autodeterminación en la práctica físico-deportiva: Fundamentos e implicaciones prácticas. *Cuadernos de psicología del deporte*, 6(2).
- Mestas Hernández, L., Gordillo León, F., Arana Martínez, J. M., & Salvador Cruz, J. (2012). Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 3(2), 99-105.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2).
- Lafuente, M. D. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (14), 1490-1504.
- León Sánchez, R., Jiménez Cruz, B. E., López Manjón, A., & Barrera García, K. (2014). Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1).
- López, J. G. (2006). Aportaciones de la teoría de las atribuciones causales a la comprensión de la motivación para el rendimiento escolar. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, (21), 217-232.
- LeDoux, J. (1996) *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel Planeta, (The emotional brain. Nueva York: Simon & Schuster, 1996)
- Jáuregui Lobera, I., Rivas Fernández, M., Montaña González, M., & Morales Millán, M. (2008). Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 319-325.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N.º 311. 16 de octubre del 2017
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Ortega Navas, M. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *Revista española de orientación y psicopedagogía*, 21(2).
- Ravena, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Vergara.
- Ravena, M. (2006). *La telaraña adictiva. Quién come a quién*. Buenos Aires: Ravena
- Ravena, M. (2004). *Una delgada línea. Entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Ravena, M. (2016). *Más vida menos kilos. Los juegos del hambre y las trampas del comer*. Buenos Aires: Grijalbo.

- Ryan, R., & Deci, E., L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Lugli Rivero, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 43-56.
- Lerma, M., Sofía, N. P., Álvarez Gordillo, G. D. C., D. A., & Mondragón Ríos, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 24(47), 380-409.
- Sánchez Benito, J. L., & Pontes Torrado, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.