

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

Título: Fortalezas y Virtudes del Carácter en pacientes en tratamiento de descenso y mantenimiento de peso.

Autor: Federico Delgado

Tutor: Dr. Alejandro Castro Solano

Buenos Aires, 7 de agosto de 2020

| | |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| ÍNDICE | |
| 1. | INTRODUCCIÓN2 |
| 2. | OBJETIVOS3 |
| 2.1 | Objetivo general3 |
| 2.2 | Objetivos específicos.....3 |
| 3. | HIPÓTESIS.....3 |
| 4. | MARCO TEÓRICO4 |
| 4.1 | Obesidad.....4 |
| 4.1.1 | Definición.....4 |
| 4.1.2 | Factores causales.5 |
| 4.1.3 | Complicaciones asociadas a la obesidad.....7 |
| 4.1.4 | Datos epidemiológicos8 |
| 4.2 | Tratamiento9 |
| 4.2.1 | Tratamiento de la obesidad9 |
| 4.2.2 | Terapia de grupo en la obesidad12 |
| 4.2.3 | Grupos de mantenimiento de peso y grupos de descenso de peso.....14 |
| 4.3 | Enfoque salugénico15 |
| 4.3.1 | Breve reseña histórica.....15 |
| 4.3.2 | Psicología Positiva.....16 |
| 4.3.3 | Virtudes y fortalezas del carácter.....18 |
| 4.3.4 | Investigaciones recientes en virtudes y fortalezas del carácter.....22 |
| 5. | METODOLOGÍA24 |
| 5.1 | Participantes24 |
| 5.2 | Instrumentos24 |
| 5.3 | Procedimiento.....25 |
| 5.4 | Tipo de estudio26 |
| 6. | RESULTADOS26 |
| 6.1 | Diferencias en las fortalezas de carácter en grupos de descenso y mantenimiento26 |
| 6.2 | Análisis de diferencia de medias según variables sociodemográficas.....27 |
| 7. | DISCUSIÓN31 |
| 8. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS34 |
| 9. | ANEXOS45 |

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, el lugar de elección de la misma fue un centro terapéutico para el tratamiento de descenso y mantenimiento de peso. El enfoque de la institución es multidisciplinario e involucra planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales y grupales y un plan de actividad física adaptado a cada persona, el propósito es claro, cambiar las conductas disfuncionales y reducir el vínculo con la comida.

Los grupos terapéuticos observados estaban diseñados para que los pacientes puedan contar las experiencias que surgían del tratamiento, tanto emocionales como fisiológicas y así tener un apoyo psicológico dentro de una dinámica grupal. Estos grupos se dictan todos los días en distintos horarios y cuentan cada uno de ellos con dos psicólogos especializados en la temática.

Tras presenciar por varios meses los grupos terapéuticos, tanto pacientes como profesionales se enfocan en las conductas desadaptadas y los pensamientos negativos que afloran en el transcurso de su tratamiento, en ningún momento aparecen en escena las virtudes y fortalezas que presentan sus integrantes. Este trabajo pretende, desde un enfoque basado en la Psicología Positiva, aportar información que complemente el apoyo terapéutico que allí se brinda, poniendo luz a las fortalezas que poseen los integrantes de los grupos para sobre llevar su enfermedad.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Evaluar las virtudes y fortalezas del carácter en un grupo de personas en tratamiento de reducción y mantenimiento de peso.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir cuales son las fortalezas y virtudes del carácter en un grupo de personas en tratamiento de descenso y un grupo de personas en mantenimiento de peso.
2. Analizar si existe diferencia entre las fortalezas y virtudes del carácter según el tipo de grupo a evaluar (grupo descenso de peso y grupo mantenimiento).
3. Analizar si existe diferencia entre las fortalezas y virtudes del carácter según variables sociodemográficas (sexo, edad, situación laboral).

3. HIPÓTESIS

1. El grupo de mantenimiento presenta más autorregulación que el grupo en descenso de peso
2. Las mujeres presentan más elevadas fortalezas que los hombres.
3. Las fortalezas se asocian positivamente con la edad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Obesidad

4.1.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define al sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para identificar el grado de sobrepeso y obesidad en la población adulta, se utiliza el índice de masa corporal (IMC), el mismo es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla (altura). Para calcular el IMC se debe dividir el peso de una persona en kilos por su talla al cuadrado en metros (kg/m^2).

Este índice es un indicador práctico y universal para calcular el riesgo de sobrepeso y obesidad en la población, ya que puede ser utilizado tanto para mujeres y varones, adultos de todas las edades y no representa un método invasivo para las personas. Además de ser un método económico y fácil de realizar, el IMC es útil para detectar a personas que, por su peso, puedan tener otro tipo de problemas de salud en el futuro. Sin embargo, sigue siendo una técnica de screening, por lo que hay que considerarla una cifra indicativa y no un método diagnóstico en sí, ya que es posible que no se corresponda con el nivel de masa grasa en diferentes personas, porque además del peso, es importante el lugar donde se acumula la grasa, por ejemplo, en el hombre es más frecuente su distribución abdominal y en la mujer a nivel de la cadera. Esta distribución abdominal de la grasa se asocia a un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión y se evalúa a través de la medición del perímetro de cintura. Un IMC igual o superior a 25 determina riesgo de sobrepeso y un IMC igual o superior a 30 determina riesgo de obesidad, tal como se muestra en la Tabla 1 (Moreno, 2012).

Tabla 1.

Clasificación del peso según IMC

| Clasificación | IMC (kg/m^2) |
|-----------------------|--------------------------------|
| Normo Peso | 18.5 – 24.9 |
| Exceso de Peso | ≥ 25 |
| Sobrepeso o Pre Obeso | 25 - 29.9 |

| | |
|------------------------------|-----------|
| Obesidad Grado I o moderada | 30 – 34.9 |
| Obesidad Grado II o severa | 35 - 39.9 |
| Obesidad Grado III o mórbida | ≥ 40 |

Existente evidencia científica que respalda la asociación entre el aumento de peso corporal y tres hábitos principales, como el consumo de productos ultraprocesados, la ingesta de bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente (Mozaffarian, Hao, Rimm, Willett & Hu, 2011). Si bien cualquier tipo de actividad física supone un beneficio indudable a la salud, los dos primeros hábitos se han descrito como los determinantes clave de la obesidad.

Moreno (2012) define a la obesidad como una enfermedad no transmisible de alta prevalencia en Argentina y la mayoría de los países del mundo. Esta enfermedad se caracteriza por tener un mayor contenido de grasa corporal, aumentar los riesgos de padecer otra enfermedad, limitar las expectativas y la calidad de vida de los individuos. Por otro lado, el sobrepeso no se encuentra estrictamente catalogado como enfermedad, pero, lógicamente, es un paso anterior a la obesidad. De esta manera, la población con sobrepeso es catalogada como población con riesgo de padecer obesidad en un futuro. Dicho riesgo va a estar determinado por el nivel de sobrepeso que la persona posea. En resumen, la obesidad es considerada un problema de salud crónico, complejo, heterogéneo, acorta la esperanza de vida y supone un gran deterioro de la calidad de vida del individuo que la padece.

4.1.2 Factores causales.

La obesidad, en su etiopatogenia, se considera una enfermedad multifactorial, en la cual interactúan factores genéticos, ambientales, fisiológicos y psicológicos. La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre la energía consumida y la gastada (Hall, Guo, Dore & Chow, 2009). Sin embargo, según la OMS (2014), en el mundo se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y a su vez, un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de la creciente urbanización. Cabe destacar que la

responsabilidad individual de la obesidad solo puede tener efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano (Arcineaga, 2002).

En las últimas décadas se han presenciado grandes cambios económicos y laborales, sociales o demográficos, los cuales han provocado grandes modificaciones en el estilo de vida y en la forma de alimentarse, a nivel mundial (Culyer, Newhouse, Pauly, McGuire & Barros, 2000). Está demostrado que el nivel socioeconómico y educacional influye significativamente a la hora de generar un plan alimenticio, muchas personas con bajo nivel económico, y un bajo nivel de escolaridad, no tienen el conocimiento ni el poder adquisitivo necesario para llevar una dieta balanceada (Medina, et al. 2014). Asimismo, los individuos están sujetos a la influencia de poderosos factores ambientales ajenos a su control, como la distribución en masa, la disponibilidad, los precios baratos y la publicidad intensiva (Royo, 2017). Este fenómeno se agrava en los países donde las personas priorizan el consumo de productos ricos en grasas y azúcar, por encima de las frutas y los vegetales (Porrata Maury, 2009).

Existen factores genéticos relacionados con la obesidad, estos se clasifican en tres subdivisiones según el número de genes involucrados: monogénica, sindrómica y poligénica. La obesidad monogénica es en la cual la alteración es en un único gen, la forma sindrómica, en la cual la obesidad forma parte de un conjunto de características fenotípicas propias dentro un cuadro clínico en particular y por último la del tipo poligénica, en ésta última se encuentra la obesidad más común, en la se han descrito más de 120 genes que estarían alterados durante la obesidad alterando variables como la composición corporal, el gasto energético y la distribución de grasa corporal (Tejero, 2007). Según los factores genéticos, las variables heredables pueden contribuir en un 45 a 75% en la variación de adiposidad entre los individuos (Farooqi & Rahilly, 2007). A su vez, estudios demuestran que tanto la obesidad materna como paterna generan consecuencias negativas que pueden derivar en cambios en el epigenoma de la descendencia y contribuir en el desarrollo de patologías de carácter crónico (Soubry et al, 2015).

Varios estudios han indicado que los factores genéticos explican una parte sustancial en la variación de la adiposidad humana (Loos & Bouchard, 2003), sin embargo, las estimaciones de heredabilidad informadas varían desde un 5% hasta un 90%, en algunos casos relativamente raros, la obesidad es un trastorno de origen

genético, cuando la obesidad es causada por un gen invalidado que resulta en la falta de una proteína competente que afecta la vía que regula el equilibrio energético. En una investigación realizada por Moreno, Morelo y Álvarez en 2005 en torno a los factores genéticos, no se ha encontrado suficiente evidencia científica que asocien la herencia genética y en el desarrollo de la obesidad. En consecuencia, Barquera (2013) destaca la importancia de la influencia de los padres en el aprendizaje de hábitos saludables. De este modo, la obesidad se relaciona a una excesiva ingesta de alimentos los cuales tienen relación con los hábitos alimenticios adquiridos en la infancia debido a que solo un porcentaje reducido se les atribuye a factores endócrino-metabólico (Barceló & Borroto, 2001).

Si bien la obesidad y el sobrepeso no son considerados un trastorno mental, existen factores psicológicos y contextuales que influyen en el inicio y el mantenimiento de la misma (López-Pantoja et al., 2012; Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez, 2009; Shaker, Elshahawi, 2014). En un estudio realizado por Silvetri y Stavile (2005) afirman que existen factores psicológicos como la ansiedad y la depresión que contribuyen al desarrollo de la obesidad. Los autores explican que cuando no se identifica la causa que provoca ansiedad, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente se alivia comiendo. Por otro lado, Vázquez (2004) refiere que, aunque la población con obesidad posea problemas de trastorno de la conducta alimentaria, existen también factores psicológicos, físicos y sociales a considerar. Muchos obesos no saben identificar las propias emociones y por eso recurren al exceso de comida para enmascarar esa falta de identificación (Bersh, 2016). En un estudio realizado por Foss y Dyrstad (2011), sugieren que el estrés puede ser una de las causas fundamentales de la obesidad, dada la evidencia de la relación entre la respuesta fisiológica al estrés (el aumento del cortisol) y el aumento en la ingesta de comida.

4.1.3 Complicaciones asociadas a la obesidad

Las personas que padecen sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de presentar comorbilidades, por ende, son población de riesgo para las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Las ECNT son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. En su conjunto, son responsables de más del 60% de las muertes, 80% de las cuales ocurren en países de bajos y medianos

ingresos. Las principales ECNT son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la enfermedad renal y la obesidad. Todas se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: Tabaquismo, inadecuada alimentación y falta de actividad física. El sobrepeso y la obesidad explican el 44% de la carga de diabetes, el 23% cardiopatía isquémica, el 7-14% de ciertos cánceres (OMS, 2014).

Además, entre las enfermedades relacionadas con la obesidad se incluyen hipertensión arterial, apnea obstructiva del sueño, reflujo gastroesofágico y enfermedades biliares. La obesidad también contribuye a la morbilidad psicológica y psiquiátrica según la Sociedad Argentina de Nutrición (SAN, 2015). La obesidad también contribuye a la morbilidad psicológica y psiquiátrica (SAN, 2015), se ha estimado que las consecuencias -tanto psicológicas como sociales- deterioran enormemente la calidad de vida de los pacientes obesos. Según otros autores, desde un enfoque psicoanalítico, refieren que la comida ha sido utilizada como un objeto transicional, el cual ubica desde el inicio del desarrollo del individuo, sobre todo en el mundo occidental, donde se utiliza la comida para atenuar el malestar emocional de cualquier origen. La obesidad también favorece la evitación de la sexualidad y en ocasiones trastornos de apego (Bersh, 2006).

Dentro del aspecto emocional, se ha mencionado que las personas con obesidad adquieren una deficiente calidad de vida y pueden padecer baja autoestima, ansiedad, depresión, hostilidad y culpa (Forga, Petrina & Barbería, 2002). En un estudio realizado por Olgún, Caravajal y Fuentes en 2015 se observó que las personas obesas que buscan tratamiento presentan tasas significativamente elevadas de psicopatología en comparación con las personas obesas que no buscan tratamiento. Dicha enfermedad también está asociada con el aumento de afectos negativos, lo cual favorece la aparición de emociones como angustia, ira, disgusto, miedo y vergüenza, (Quirk, et al, 2013). También existen hallazgos que sugieren que la obesidad se asocia con la depresión, principalmente entre las personas con obesidad severa. (Onyike, Crum, Lee, Lyketsos, & Eaton, 2003), presentando mayores tasas de suicidio los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, que la población general (Peterhänsel, et al., 2013).

4.1.4 Datos epidemiológicos

La OMS (2014) estimó que, en el año 2013, aproximadamente 1.600 millones de personas en el mundo tenían exceso de peso y, por lo menos, 400 millones de ellas eran obesas. En 2015, hubo 2300 millones adultos mayores con sobrepeso y 700 millones de obesos. La prevalencia mundial de la obesidad se ha multiplicado por más de dos entre 1980 y 2014.

En Argentina, el primer relevamiento a nivel nacional fue la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN, 2005). Dicho estudio arrojó que un 34,5% de la población adulta tenía sobrepeso, y un 14,6% obesidad. Es decir que el 49,1% de la población argentina presentaba exceso de peso. En la segunda ENFR realizada en el año 2009, la prevalencia aumentó siendo del 35,5% para sobrepeso y del 18 % para obesidad. Por lo tanto, más de la mitad de la población argentina (53,4%) tiene exceso de peso en algún grado. Por último, en la tercera ENFR, la prevalencia de sobrepeso fue de 37,1% y la de obesidad fue del 20,8%; es decir, 4 de cada 10 personas mayores de 18 años tenían sobrepeso, y 2 de cada 10 presentaron obesidad. En conclusión, se produjo un aumento con respecto a las dos encuestas anteriores, presentando exceso de peso el 57,9% de la población (MSN, 2015). Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2007), dentro de la problemática del sobrepeso y obesidad se encontraron datos relevantes como que las mujeres de 10 a 49 años presentaron un 37,6% de sobrepeso y un 15,3% de obesidad, siendo mujeres embarazadas el 19,7% y 24,4% respectivamente.

Según la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas, en el 2014 había 139 millones de personas con sobrepeso u obesidad (25% de la población del continente). En función del crecimiento epidémico que está teniendo, en el 2015 habría alcanzado esta problemática a 289 millones de personas (39% de la población de la Región) (MSN, 2013).

4.2 Tratamiento

4.2.1 Tratamiento de la obesidad

El tratamiento para la obesidad y el sobrepeso se puede abordar desde distintas disciplinas en el ámbito de la salud, por lo tanto, diferentes profesionales pueden

incurrir en el tratamiento, ya sea un tratamiento nutricional, un tratamiento médico que involucre farmacoterapia y/o intervenciones quirúrgicas, o un tratamiento psicológico. Pese a todos los tratamientos existentes para la obesidad, según algunos estudios, los mejores resultados se obtuvieron con intervenciones que promueven cambios en el estilo de vida (Hernández-Fernández, 2011; Laddu, Down, Hingle, Thompson y Going, 2011). Incluso en algunos casos, se demostró que, con solo una entrevista motivacional, se lograron buenos resultados en cuanto al descenso de peso en pacientes obesos (Armstrong et al., 2011).

El plan de tratamiento nutricional del paciente con sobrepeso u obesidad, consta de un plan alimentario, una orientación alimentaria y recomendaciones físicas al igual que los hábitos alimenticios saludables a seguir, según Cormillot (2008), el nutricionista debe realizar una dieta específica para cada paciente teniendo en cuenta: las calorías, los hidratos de carbono, el índice glucémico, fibras, grasas, proteínas y calcio. El tratamiento es individual y depende de las características que posea la persona en el momento de la evaluación nutricional, luego de ésta, el profesional va a trabajar en la reducción del paciente en cuanto a qué comer, cuánto comer y cuándo comer. La restricción calórica como parte del tratamiento para la obesidad y un seguimiento prolongado amplía la esperanza de vida y retrasa el desarrollo de enfermedades crónicas. No obstante, se debe considerar que una disminución drástica de calorías que origine una rápida reducción de peso puede incluir una respuesta similar a la inanición (Mahan, Escott-Stump & Raymond, 2013).

Como ha sido mencionado anteriormente, la obesidad trae consigo un amplio abanico de comorbilidades psicológicas tanto conductuales como emocionales, es por ello que el dilema muchas veces está entre si el paciente padece un trastorno por su obesidad, o su obesidad se debe a su trastorno psicológico, ya sea ansiedad, depresión, o su historia de vinculación con la comida, el tratamiento psicológico ha demostrado ser de gran ayuda para los pacientes con obesidad (Marcos et al., 2014). Los enfoques terapéuticos se realizan en forma individual o grupal, pero numerosos trabajos evidencian que la conformación de grupos donde prima la comunicación de experiencias personales, da mejores resultados, así como también, el seguimiento periódico y las intervenciones dentro de los grupos refuerzan la adherencia al tratamiento y la consecución de los objetivos. Para ello, es conveniente separar los grupos y hacerlos homogéneos, para seguir determinadas conductas, como la

alimentación y rutinas de ejercicios, al tener objetivos, pautas y procedimientos muy semejantes, se consiguen mejores resultados (Lafuente, 2012). Desde el enfoque cognitivo-conductual, se han evidenciado las intervenciones más efectivas para el tratamiento de la obesidad (Laddu et al., 2011). Sin embargo, otros autores como Hoffman y Van Dillen (2012) hacen hincapié en que los factores relacionados con la génesis del deseo, la identificación del conflicto y los recursos que se requieren para ejercer el autocontrol en cuanto a la comida como objeto de deseo, necesitan ser mejor comprendidos, señalando que las investigaciones han prestado más atención a las fuerzas que intentan restringir el impulso, que a aquellas que lo generan. De acuerdo a esto, algunos autores señalan que para auto-controlarse, los individuos intentan inhibir el impulso, en lugar de detener la elaboración de la intrusión inicial (May, Andrade, Batey, Berry y Kavanagh, 2010). De acuerdo con Fujita (2011), el autocontrol sugiere que el individuo debe conciliar el conflicto que se establece entre sus motivaciones a corto y largo plazos, y esta conciliación debe resolverse a favor de las motivaciones a largo plazo.

El tratamiento médico (o exclusivamente médico) de la obesidad versa de dos vertientes, la farmacológica y la quirúrgica. Si bien el médico es el único autorizado a recetar medicamentos, no existe una reglamentación en nuestro país que regule el uso (y mal uso) de estas drogas, por otro lado, la farmacoterapia ha demostrado en numerosos ensayos clínicos aleatorizados una gran eficacia en los tratamientos a lo largo del tiempo (Murray, et al, 2019). Según Bersh (2006) el uso de fármacos antiobesidad suele ser restringidos ya que los mismos deben cumplir con exigentes requisitos para su uso, los cuales son: generar la disminución de peso (correspondiente a grasa); que posean una seguridad apropiada; que no posean efectos secundarios relevantes; que los efectos sean permanentes en el tiempo; que su administración sea por vía oral; que no provoque dependencia o toxicidad; que disminuyan la grasa visceral; que sean económicos. En cuanto al aspecto quirúrgico, Bearsh (2006) afirma que la cirugía bariátrica tiene resultados benéficos en un tiempo más prolongado, además está indicado para personas que cuentan con un IMC >40 con comorbilidad asociada a la obesidad mórbida. Siguiendo con esta misma línea, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) refirió en el año 2000 que la cirugía bariátrica puede resultar beneficiosa en personas con un grado de obesidad mayor y resistente como la obesidad mórbida; siempre y cuando se hayan intentado con anterioridad otros métodos de tratamiento.

Lamentablemente, si bien en muchos de los enfoques para el tratamiento de la obesidad, los resultados son positivos en la etapa de descenso de peso, mantener estos resultados sigue siendo un reto (Marcos-Plasencia, Rodríguez-Marcos, Pérez-Santana y Caballero-Riverí, 2009). Un meta-análisis de 117 estudios, reveló que durante el primer mes los pacientes descendieron de 4-7 kg, pero en la mayoría de los casos, estos resultados no pudieron sostenerse durante un año completo (Blaine, Rodman y Newman, 2007).

4.2.2 Terapia de grupo en la obesidad

Según Katz y Bender (1976) un grupo terapéutico está formado por una pequeña cantidad de sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua y los cuales persiguen un fin determinado. Estos grupos suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema que altera en algún aspecto su funcionamiento normal, por lo que suelen ser grupos centrados en un problema, en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. También aportan nuevos lazos sociales que compensan sus deficiencias psicosociales con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas. Los grupos se reúnen periódicamente bajo la supervisión de un profesional para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua, feedback e identificar recursos comunitarios, entre otros. La terapia de grupo comienza a aplicarse en el ámbito de la salud mental en el año 1920 con los aportes de Moreno y el estudio del Psicodrama (Espina, 1995). A partir de allí la psicoterapia de grupo ha sabido mutar e introducirse en las distintas problemáticas tanto en el ámbito de la salud, mostrando eficacia en cuanto al costo y beneficio en un gran número de patologías (Burlingame, et al. 2016).

Existen trabajos en los cuales se evidencian que los grupos terapéuticos donde se produce el intercambio de experiencias personales, el seguimiento periódico y las intervenciones en grupo, refuerzan la adherencia al tratamiento y la consecución de los objetivos, dando mejores resultados que otras terapias alternativas (Lafuente, 2011; Gómez, Fuster & Viñuela, 2002). El abordaje grupal en el tratamiento de la obesidad ofrece la oportunidad de perseguir un doble objetivo terapéutico: por un lado, se busca modificar la conducta alimentaria del sujeto, y que a través de la psicoeducación

adquiera nuevos hábitos de alimentación que sean saludables y acorde a sus necesidades, por otro lado, buscan mejorar la regulación emocional del sujeto y su autoestima (Volery, Bonnemain, Latino, Ourrad&Perroud, 2015).

Según Yalom (2008) en los grupos terapéuticos suelen aparecer en escena lo que él llama “factores curativos”, refiriéndose a mecanismos reales de cambio y/o comogenerador de condiciones para el cambio, como pueden ser la catarsis, las conductas de imitación, etc. La conducta que el grupo terapéutico exige a los miembros para formar parte del mismo, también resultará adaptativa para el individuo en la vida social que mantiene fuera del grupo (Hales, 2008).

En un estudio realizado en 2016 se revisaron más de 250 estudios donde se medían la eficacia y/o efectividad de la terapia grupal para 12 poblaciones de pacientes diferentes durante los últimos 10 años (Burlingame, et al. 2016). Este estudio develó que el tratamiento grupal cuenta con amplia evidencia para la mayoría de los trastornos revisados, como el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, distintos trastornos de la alimentación, el abuso de sustancias, y algunos trastornos de personalidad.

Existen muchos estudios sobre los trastornos de alimentación donde sugieren que los problemas interpersonales y de regulación afectiva juegan un importante papel en el mantenimiento de los síntomas (Fairburn, 2008; Wilfley, Frank, Welch, Spurrell&Rounsaville, 1998). Dentro de los grupos terapéuticos afloran factores presentes en el grupo familiar primario donde el individuo desarrolló su forma de pensar, sentir y actuar en su relación con la comida. Por tanto, la psicoterapia grupal se puede perfilar como una modalidad de tratamiento eficaz en contraposición a la terapia individual. Por ejemplo, algunos estudios señalan una mayor pérdida de peso en formato grupal frente al formato de terapia individual (Befort, Donnelly, Sullivan, Ellerbeck& Perri, 2010; Mantzios&Giannou, 2014). Otros autores se vieron en la búsqueda de comparar abordajes grupales diferentes, y obtuvieron resultados superiores para la intervención conductual frente al enfoque cognitivo (Nauta, Hospers, Kok& Jansen, 2000). Pero para que la terapia de grupo sea eficaz es necesario que exista la cohesión en el grupo, un sentido de pertenencia, éste es un factor fundamental para que el grupo se sostenga y tenga éxito (Minniti, et al., 2007).

En los grupos terapéuticos de obesidad, los integrantes se cohesionan por compartir la misma problemática, esto les permite identificarse con sentimiento de compromiso y responsabilidad compartida, favoreciendo la adherencia, mientras sigan sintiéndose parte del grupo (Ravenna, 2005). Lamentablemente existe hoy en día una necesidad de realizar tratamientos eficaces, rentables y adaptados a los requerimientos de los pacientes en el abordaje del sobrepeso y la obesidad, lo que genera que cuando los resultados no son los esperados, se produzcan otras dificultades que retrasen o interrumpan el tratamiento, según Rubio y colaboradores (2007) los pacientes que se ven involucrados en cambios drásticos de su dieta, pueden desarrollar problemas de ansiedad, ira, irritabilidad o depresión cuando no se cumplen los objetivos propuestos.

4.2.3 Grupos de mantenimiento de peso y grupos de descenso de peso

Existen distintos grupos terapéuticos destinados al tratamiento de la obesidad, por un lado, aquellos que inician el tratamiento y se proponen una meta específica de acuerdo a sus necesidades, con un seguimiento médico que garantice su seguridad, a estos grupos se los denomina grupo de descenso de peso. Según Ravenna (2005), el grupo es un espacio donde los pacientes comparten sus éxitos y fracasos, comprendiendo un grupo homogéneo que tiene un fin en común, esto sostiene su decisión de bajar de peso. En este espacio, los pacientes exponen su patrón de relación con la comida y pasan a redefinir ese valor exacerbado o exagerado dado a los alimentos, las charlas grupales tienen un efecto de “espejo” entre los consultantes, que genera un factor de motivación y compromiso con el tratamiento.

Desafortunadamente, existe evidencia científica que remarca un alto nivel de abandono del tratamiento, dado que muchos pacientes tienden a dejar de lado el seguimiento médico una vez que han conseguido cierto descenso de peso (Bautista-Castaño, Molina-Cabrillana, Montoya-Alonso & Serra-Majem, 2004). Dadas las características de una enfermedad crónica como la obesidad, el seguimiento continuo, es vital para el éxito del tratamiento, no solo durante la etapa inicial sino también durante la etapa posterior al mismo, de este modo se forman los grupos de mantenimiento, éstos garantizan un margen más amplio de éxito, según Ravenna (2005) el reto en esta etapa, es que cada paciente pueda definir cuáles son las medidas permitidas para llevar una

vida normal sin aumento de peso, un patrón alimentario que será de referencia para el resto de sus vidas. Para ello, todos los pacientes deben adoptar un cambio de hábitos, en el cual se pesan todos los días, tienen la actividad física incorporada en su día a día y optan por una alimentación de mejor calidad.

El cambio de hábitos es la clave para el éxito del tratamiento, ya que la adherencia al tratamiento se ve afectada por los malos hábitos adquiridos por el paciente a lo largo del tiempo, por lo tanto, si el paciente no interioriza estos nuevos hábitos y esta nueva forma de alimentarse (completamente diferente a la que aplicó durante toda su vida), el tratamiento fracasará a corto o largo plazo (Martínez, García Cedillo y Estrada Aranda, 2016).

4.3 Enfoque salugénico

4.3.1 Breve reseña histórica

El enfoque salugénico surge en contraposición al modelo médico, ambos pueden verse como dos caras de la misma moneda. El estudio de la salud, desde sus inicios, estuvo abocado únicamente desde el punto de vista médico, constituyéndose desde y hacia la enfermedad, asimismo, la salud era considerada en su definición como la ausencia de enfermedad (Gancedo, 2008). No fue sino hasta la segunda mitad del siglo XX donde este paradigma comenzó a considerarse insuficiente para tal definición. Es por eso que en 1947 la OMS describe a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad. A partir de esta nueva definición de salud, se pueden considerar distintos enfoques para contemplar la salud del individuo, no solo como un restablecimiento de lo que estaba mal, sino también, como la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, ejes de los cuales nació el concepto de orientación salugénica de la mano de Antonovsky (1987). Este último autor propuso ver la salud y enfermedad como un continuo donde en ambos polos se encuentran la salud y la enfermedad, esto permitió contrarrestar la posición dicotómica de la salud-enfermedad.

En el ámbito psicológico también surgieron nuevas aproximaciones, dado que, durante el período de postguerra, en el marco de la segunda guerra mundial, la psicología se vio volcada al estudio y tratamiento de los trastornos psicológicos que

emergieron en gran masa a razón de la misma (Peterson & Seligman, 2004). Sin embargo, el estudio de la mentalidad saludable, el funcionamiento humano óptimo y su relación con la experiencia ya había sido estudiado por William James a inicios del siglo XX. Por otra parte, la psicología humanística nunca dejó de marcar la importancia de estudiar las capacidades y no solo las falencias de los individuos, autores como Maslow (1954) el cual introdujo la teoría de la motivación humana e ideas tales como las de necesidades de desarrollo y autoactualización, o Rogers (1951) el cual desarrolló la terapia centrada en el cliente desde donde estudió el funcionamiento integral de la persona y la vida plena, entendiendo a ésta como un proceso, una tendencia al vivir existencial. Roger propone que el individuo tiene el poder de moverse hacia un mejor funcionamiento expresando su auténtico ser. Otro psicólogo humanista fue Frankl (1946), creador de la corriente terapéutica llamada logoterapia, en la cual el hombre se encuentra en la búsqueda de un sentido de la propia vida, asignando distintos significados a la misma. Conceptos como la autoeficacia, propuesto por Albert Bandura (1999), entendida como un sentimiento de confianza en las propias capacidades para poder manejar de forma adecuada los distintos estresores vitales, hablan de la importancia de los aportes de autores anteriores a la psicología positiva, quienes ya estudiaban los factores protectores de los sujetos frente a las adversidades.

Dentro de esta misma línea, los estudios relacionados con el enfoque salugénico siguen aún perteneciendo a la psicología humanista, tal y como lo abordan Warmoth, Resnick y Serlin (2001), donde estudian el crecimiento, la creatividad, los sueños, la ética y los valores, ellos también hacen mención de la responsabilidad, la esperanza y la emoción positiva. Pero lejos de querer eclipsar el enfoque médico, que tanta utilidad tiene para el tratamiento y diagnóstico de enfermedades, el enfoque salugénico comprende la experiencia del hombre, la cual está formada por experiencias positivas y experiencias negativas, por lo tanto Joseph y Linley en 2006 dicen que aquellas intervenciones que funcionen para disminuir las experiencias negativas, también deberían servir para aumentar las experiencias positivas, haciendo alusión al concepto de continuo entre salud-enfermedad.

4.3.2 Psicología Positiva

La Psicología Positiva tiene su comienzo a partir del discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la American Psychological Association en 1998

(Linley et al., 2006). La misma se define como la ciencia de la experiencia subjetiva positiva, los rasgos individuales positivos, las instituciones y comunidades positivas (Gable&Haid, 2005). Según estos autores la Psicología Positiva está construida bajo tres pilares fundamentales: el subjetivo, el individual y el institucional. El pilar subjetivo se centra en las experiencias subjetivas (emociones positivas, satisfacción con la vida y el bienestar psicológico), el pilar individual explora los rasgos individuales positivos, las virtudes y fortalezas de carácter y, por último, el pilar institucional estudia los grupos y organizaciones positivas, focalizándose en los individuos que forman esos grupos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Estos pilares fueron anteriormente objeto de estudio de otros modelos y teorías psicológicas (Gancedo, 2006; Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006), sin embargo, el mérito principal de la Psicología Positiva, fue haber integrado esos aspectos teóricos con una amplia validez empírica (Perugini & Castro Solano, 2015). Seligman y su equipo sostienen que el propósito general de la Psicología Positiva es el estudio de la felicidad. Sin embargo, consideran necesario distinguir al menos tres rutas o vías de acceso a la felicidad: las emociones positivas y el placer (vida placentera), el compromiso (vida comprometida), y el significado (vida con significado) (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). En Argentina, una de las referentes de la Psicología Positiva fue María Martina Casullo, quien ya en 1998 comenzó a investigar los factores protectores que impedían que las personas enfermasen, aún frente a situaciones adversas y de riesgo ambiental. Casullo logró articular posiciones provenientes de la epidemiología, la estadística y la evaluación psicológica, haciendo posible el desarrollo de investigaciones en nuestro país (Mariñelarena-Dondena, 2014).

Las intervenciones en la Psicología Positiva también dieron resultados positivos en distintos estudios (Hernández y García, 2007; Park, Peterson & Sun, 2013; Smith et al., 2008). Se entiende por intervenciones positivas a aquellas estrategias dirigidas a mejorar el desarrollo y la satisfacción de las personas, siendo su último fin, el promover la salud, la calidad de vida y la excelencia (Snyder, Feldman, Taylor, Schroeder y Adams, 2000). Remor y Amorós-Gómez (2012) comprobaron que entrenar las fortalezas en las personas produce un incremento significativo en el estado de ánimo positivo, así como un incremento en la satisfacción con la vida y una reducción de los síntomas en enfermedades y en quejas de salud subjetivas. Asimismo, un meta-análisis realizado por Bolier et al. (2013), concluye que las intervenciones basadas en psicología positiva

mejoran significativamente el bienestar subjetivo y psicológico, al igual que reducen síntomas depresivos.

Para el trabajo en cuestión, se pondrá el foco en el segundo pilar de la Psicología Positiva, más específicamente en el estudio las fortalezas del carácter. Estas fortalezas surgen del análisis de distintas corrientes filosóficas y religiosas de Oriente (Confucionismo, Taoísmo, Budismo e Hinduismo) y de Occidente (la filosofía Ateniense, el Judaísmo, el Cristianismo y el Islamismo) en donde los estudios lograron demostrar una convergencia entre seis virtudes universalmente destacadas (Dahlsgaard et al., 2005). Para ello, Peterson y Seligman (2004) publican un Manual de Sanidades en contraposición al DSM y el ICD, esto permitiría establecer un vocabulario común sobre rasgos positivos evaluables, el manual dedica un capítulo a cada virtud, describiendo el estado del arte con respecto a cada una de ellas. Estas fortalezas, según sus autores, podrían ser cultivadas para mejorar la calidad de vida de las personas, las mismas servirían para optimizar una serie de recursos que permitan resistir la adversidad y proteger la salud Seligman y Peterson (2007). Sin embargo, Christopher, Richardson y Slife (2008) difieren de ello, afirmando que, en su trabajo Seligman y Peterson, tienden a universalizar ideales y preferencias de su propio contexto sociohistórico-cultural como buenos o aplicables a todas las comunidades humanas, y éstas no son aplicables a todos.

4.3.3 Virtudes y fortalezas del carácter

Los puntos de vista tradicionales sobre el carácter generalmente identifican algunos rasgos de carácter y propugnan que cada persona debe esforzarse por desarrollar este conjunto básico de características tanto como sea posible. Para Peterson y Seligman (2006) el carácter es plural, los individuos no son simplemente honestos o amables, valientes o sabios, humildes o justos; más bien el carácter se entiende mejor como un perfil de las fortalezas de los individuos. Las fortalezas del carácter tienen estructura, profundidad y dimensionalidad. Las personas puntúan alto o bajo en diferentes fortalezas de carácter, y ciertos perfiles son más típicos que otros, pero son únicos. A partir de los estudios realizados por Peterson y Seligman (2004), se establece la clasificación de virtudes y fortalezas, conocidas como el modelo VIA (Clasificación de Fortalezas y Virtudes de Valores en Acción), allí se establecen seis virtudes y un total de veinticuatro fortalezas. (Peterson & Seligman. 2004)

Las fortalezas del coraje están relacionadas con actos conscientes dirigidos a objetivos de carácter admirable, llevados a cabo ante fuertes adversidades y que no es posible determinar su éxito, las cuales son: la valentía, persistencia, integridad y vitalidad. La valentía es la disposición a actuar de forma voluntaria en situaciones que sean consideradas peligrosas con la finalidad de alcanzar un objetivo; la persistencia es la continuación voluntaria de un comportamiento dirigido hacia una meta a pesar de los obstáculos; la integridad refiere a ser coherente con uno mismo, es decir, ser coherente con los valores que uno predica, por último, la vitalidad, es un aspecto dinámico del bienestar ligado a la experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía, se relaciona de forma directa e indirecta con los factores somáticos y psicológicos (Park, Peterson & Seligman, 2004)

Las fortalezas de la justicia pueden considerarse como los criterios éticos que definen la relación con los demás, estas son: la ciudadanía, la imparcialidad y el liderazgo. La ciudadanía, hace referencia a la implicación social, a la participación en actividades con otros y al trabajo en equipo, en ella se incluye la responsabilidad social y la lealtad; la imparcialidad, es el producto de un juicio moral, del proceso que permite al individuo distinguir entre lo que es moralmente adecuado y lo que no lo es, estos son ciudadanos responsables y confiables, con sentido de lo moral; por último, el liderazgo, entendida como una cualidad personal que se refiere a una constelación integrada de atributos temperamentales y cognitivos orientados a influenciar y ayudar a los miembros del grupo al que pertenece. (Peterson & Seligman, 2004).

Las fortalezas de la humanidad implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás, las cuales fueron descritas mediante: el amor, la bondad y la inteligencia social. La fortaleza amor, representa lo emocional, comportamental y cognitivo hacia los demás como puede ser: el amor de los hijos a los padres, el amor de los padres a los hijos y el amor romántico; la bondad sostiene la orientación de uno mismo hacia los demás simplemente porque los otros son merecedores de atención y sin que medie ningún tipo de beneficio (Post & McCullough, 2004); por último, la fortaleza inteligencia social, es definida como la capacidad para decodificar de manera precisa la información social (Sternberg y Barnes, 1988 tomado de López, 2007).

Las fortalezas de la sabiduría y el conocimiento son la creatividad, la curiosidad, la apertura mental, el amor por el saber y la perspectiva, en todas ellas subyace la importancia del conocimiento, la búsqueda de lo nuevo y la necesidad de asimilar y acomodar lo aprendido. La primera de ellas es la creatividad, implica la producción de ideas o comportamientos novedosos, sorprendentes o inusuales y adaptativos incluyendo los aspectos artísticos sin limitarse a ellos, una persona creativa es aquella que produce ideas y conductas que son reconocidas como nuevas y originales y que tienen un valor adaptativo, es decir, que tiene repercusiones positivas para la propia persona o para los demás (Peterson y Seligman, 2004); la curiosidad el interés, la búsqueda de lo nuevo y la apertura a la experiencia hacen referencia al propio deseo de experimentar y conocer; la apertura mental se define como la constante búsqueda de evidencia en contra de las propias creencias, objetivos y planes (Peterson y Seligman, 2004); el amor por el saber, describe a aquella persona que tiene interés por lo que le rodea y disfruta adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades, busca satisfacer su curiosidad e incrementar el conocimiento que posee; la última fortaleza es la perspectiva, representa un nivel superior de conocimiento, juicio y capacidad para aconsejar que permite a las personas responder a las importantes preguntas que se plantea sobre el cómo conducir y el significado de sus vidas y que es utilizada para el buen funcionamiento propio o de los demás (Park, et al., 2004).

Las fortalezas de la templanza protegen a las personas de las distintas formas de exceso: el odio, la arrogancia, el placer inmediato y la desestabilización emocional (Peterson y Seligman, 2004), se encuentran conformadas por la clemencia y misericordia, humildad/modestia, prudencia y autorregulación. La clemencia entendida como la capacidad de perdonar, el perdón supone una voluntad subjetiva de abandonar el resentimiento, los juicios negativos y la indiferencia hacia la persona que ha agredido, al tiempo que se desarrollan sentimientos de compasión y generosidad; la humildad y la modestia, refieren a la virtud de estimar de forma moderada los propios méritos, éxitos o cualidades; la prudencia es una orientación cognitiva hacia el futuro personal, una manera de razonamiento práctico y autorregulación que permite a la persona conseguir sus objetivos a largo plazo de forma efectiva; finalmente, la autorregulación, hace referencia a la capacidad de regular, controlar o inclusive gobernar las respuestas de uno mismo a fin de adaptarse a un cierto patrón o cumplir con objetivos preestablecidos (Park, et al., 2004). Bandura la define como el modo en que la persona era capaz de

administrarse a sí misma premios o castigos para regular su propia conducta (Bandura & Walters, 1977). Peluso, Ricciardelli y Williams (1999) dicen que la autorregulación está asociada con ausencia de variedad de problemas de control de impulsos como el abuso de alcohol y drogas y los trastornos de la alimentación. Un estudio demostró que los ejercicios diarios de autocontrol aumentan la capacidad central del autocontrol (intuida como una fuente de energía agotable), los ejercicios realizados para el autocontrol fueron: el monitoreo de alimentos, la mejora del estado de ánimo, la mejora de la postura, los programas de ejercicios físicos, los ejercicios de monitoreo financiero y el uso de mano preferida para realizar actividades de rutina (Baumeister et al., 2006). Del mismo modo, las personas que hacen dieta son más propensas a romper su dieta y a comer alimentos de engorde cuando esta energía de autorregulación se ve agotada (Vohs & Heatherton, 2000). Autores anteriores a la Psicología Positiva ya habían estudiado la relación de la autorregulación y la salud, por ejemplo; una serie de investigaciones indican que la autorregulación está asociada con la salud, así como también el éxito en la dieta (Herman & Polivy, 1980) y el dejar de fumar (Russell, 1971). Sin embargo, el estudio transcultural de Park et al. (2006) señala que la autorregulación sería una de las fortalezas, que aparece menos elevada en muestras de población general de diversos países

Para finalizar, las fortalezas de la trascendencia, se refieren a la experiencia de la persona de formar parte de algo más amplio, de estar conectada con el universo, lo cual proporciona significado a sus vidas y un estilo de vivir determinado. En ellas se encuentran: la apreciación de la belleza y la excelencia, la gratitud, la esperanza, el humor y la espiritualidad. Según Keltner y Haidt (2004) la apreciación de la belleza es considerada como la capacidad de encontrar, reconocer, admirar y disfrutar de la belleza o la excelencia en cualquier ámbito, ya sea artístico, relacionado con la naturaleza o con las personas; la gratitud se refiere a un sentimiento de agradecimiento y alegría, el cual se origina como respuesta a reconocer que uno se ha beneficiado, la práctica de contar las situaciones por las cuales estamos agradecidos (ejercitando la fortaleza de gratitud), se relacionó con menos síntomas físicos, evaluaciones de vida más optimistas y más tiempo para hacer ejercicio y mejorar el bienestar y el funcionamiento óptimo (Emmons y McCullough, 2003); la esperanza hace referencia a posturas cognitivas, emocionales y motivacionales dirigidas hacia el futuro (Peterson y Seligman, 2004), la esperanza es un predictor significativo de la adherencia a la medicación entre pacientes con asma entre

las edades de 8 y 12 (Berg, Rapoff, Snyder y Belmont, 2007); el humor es la capacidad para reconocer con alegría lo incongruente, para ver la adversidad de una manera benigna y para provocar la risa en los demás o experimentarla uno mismo; por último la espiritualidad, definida como las creencias y prácticas basadas en la concepción de que existe una dimensión transcendental de la vida (Park, et al., 2004; Peterson & Seligman, 2004).

4.3.4 Investigaciones recientes en virtudes y fortalezas del carácter

Desde su creación, psicólogos de todo el mundo investigaron mediante el modelo VIA, las virtudes y fortalezas del carácter. En un estudio realizado en personas con hábitos saludables y no saludables (Yadava, Hooda, & Sharma, 2012), se demuestra que las fortalezas de creatividad, justicia, amor, espiritualidad y ciudadanía, recibieron mayores puntajes por parte del grupo no saludable, en comparación con el grupo saludable. En contraposición, en los grupos saludables, se reflejan mayores puntajes en la autorregulación y el humor que, al parecer, conducen a la salud o son una consecuencia de un estilo de vida saludable. Asimismo, la espiritualidad, la imparcialidad y la creatividad ganan protagonismo con la población no saludable, ya sea que ayuden a lidiar con la mala salud, como mecanismos de defensa para afrontar su estado. Por otro lado, la única fortaleza con una asociación significativa con la salud, fue la autorregulación ($p < .05$). Siguiendo estas líneas de investigación, un estudio arroja que todas las fortalezas, excepto la modestia y la religiosidad, se asociaron positivamente con el comportamiento saludable, mientras que la autorregulación fue la única fortaleza relacionada con el buen comportamiento alimenticio (por ejemplo, una alimentación equilibrada). La evitación de sustancias (es decir, no consumir alcohol, nicotina, etc.) se relacionó con una mayor prudencia y autorregulación, mientras que las otras fortalezas no estaban relacionadas con esta orientación (Proyer, et al., 2013).

Otro estudio muestra la relación de las fortalezas con la recuperación de enfermedades físicas (Peterson, Park & Seligman, 2006), este estudio realizado con encuestas online de 2087 adultos, encontró pequeñas pero significativas asociaciones entre personas con un historial de enfermedad física (entre las cuales se encontraban; alergias, diabetes y enfermedades autoinmunes, infecciosas, dolor crónico, cáncer,

enfermedades cardiovasculares y obesidad en un 6,3 %) y las fortalezas del carácter: apreciación de la belleza, valentía, curiosidad, justicia, clemencia, gratitud, humor, amabilidad, amor al aprendizaje y espiritualidad. También se observó un aumento en la autorregulación entre aquellos que se habían recuperado completamente de una enfermedad con los que no se recuperaron o nunca padecieron una.

En cuanto a las diferencias de género, una investigación realizada por Linley y sus colaboradores (Linley et al., 2007) con una muestra online 17.056 encuestados del Reino Unido, reveló que las mujeres calificaron más alto en todas las fortalezas del carácter, excepto la creatividad. Coincidiendo con el estudio de Brdar, Anic y Rijavec (2011), el cual registró un patrón similar: las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en la mayoría de las fortalezas de carácter, con diferencias significativas en las fortalezas de honestidad, bondad, amor, equidad, liderazgo, apreciación de la belleza, gratitud y perdón. De igual modo, las diferencias de género encontradas entre las culturas americana y japonesa, también fueron similares: las mujeres eran más propensas que los hombres a reportar fortalezas de amor y bondad, mientras que los hombres eran más propensos a reportar valentía y creatividad (Shimai, Otake, Park, Peterson & Seligman, 2006). Otro estudio relacionado, sugiere que las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en amor, apreciación de la belleza y gratitud, y los hombres obtuvieron puntajes más altos en creatividad (Littman-Ovadia, &Lavy, 2014).

Las diferencias de edad en las fortalezas del carácter se han estudiado durante varios años grupos de edad. Por ejemplo, Linley et al. (2007) encontraron que en un estudio realizado en población general del Reino Unido, algunas de las fortalezas se asociaron positivamente con la edad, encontrando diferencias significativas en las fortalezas de curiosidad y amor por el aprendizaje (fortalezas de sabiduría y conocimiento), equidad (una fortaleza de justicia) y el perdón y la autorregulación (fortalezas de la templanza). Los autores sugieren que estas fortalezas pueden desarrollarse a lo largo de la vida. En un estudio transversal en la población alemana, los hombres entre 51 y 62 años tuvieron puntajes más altos de la fortaleza humor (Ruch, Proyer & Weber (2010). Vázquez y Hervás (2009) encontraron que la esperanza y la vitalidad son las fortalezas más comunes entre los jóvenes, mientras que la apreciación de la belleza, la autenticidad, el liderazgo y la apertura de mente se presentan con más frecuencia entre las personas adultas. Por otro lado, Park y Peterson (2006) encontraron

que las fortalezas más comunes entre los jóvenes eran la gratitud, el sentido del humor y el amor mientras que las menos frecuentes fueron la prudencia, el perdón, la espiritualidad y la autorregulación. La fortaleza del sentido del humor ha sido uno de los principales mecanismos de defensa ante el envejecimiento, ya que permite la expresión de emociones sin malestar y sin efectos desagradables sobre los demás (Ruch, et al., 2010).

Otro estudio realizado en Argentina por Castro Solano y Cosentino (2017) reveló que, en términos generales, no se encontraron diferencias individuales en las fortalezas según edad, el mismo solo encontró diferencias en la fortaleza amor, la misma estaba presente en el grupo más joven comparado con el más grande. Sin embargo, un estudio realizado en España muestra que las puntuaciones de fortalezas tendieron a aumentar con la edad, aunque las correlaciones fueron generalmente pequeñas (Azañedo et al., 2014).

5. METODOLOGÍA

5.1 Participantes

La muestra se obtuvo por medio de una técnica no probabilística por conveniencia, los participantes se encuentran en tratamiento de descenso y mantenimiento de peso en la institución antes mencionada. La misma está constituida por 30 participantes divididos en dos grupos independientes, 50% de los mismos integran el grupo de descenso de peso y 50% de los participantes integran el grupo de mantenimiento del peso. Los participantes están distribuidos del siguiente modo: 50% son varones y 50% mujeres, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 20 y 60 años. En relación a la situación laboral, el 76.6% tenía actividad laboral y el 23.4% no se encontraba en situación laboral.

5.2 Instrumentos

IVyF abreviado (IVyFabre)

El YVyFabre es la adaptación argentina de (Cosentino & Castro Solano, 2008) del Values in Action Inventory of Strengths (Peterson & Seligman, 2004) creado para

evaluar las fortalezas y virtudes del carácter. Este instrumento está compuesto por 24 ítems de autopuntuación global directa, los cuales se responden en un formato tipo Likert divididas en cinco categorías de respuesta que van de 5 (Muy parecido) a 1 (Muy diferente). A mayor puntuación de cada ítem, mayor presencia de la fortaleza del carácter correspondiente. Los análisis psicométricos de este instrumento han demostrado una confiabilidad test-retest aceptable (con un r en el rango de 0.72 a 0.92, $M = 0.80$; Cosentino, 2010). Esta confiabilidad es aceptable y semejante a la encontrada para el VIA-IS (Peterson & Seligman, 2004; Ruch et al., 2010). Las evidencias de validez relacionadas con los indicadores objetivos indican que las puntuaciones del IVyFabre convergen con las evaluaciones realizadas por informantes en un rango adecuado, y con valores similares a las puntuaciones obtenidas entre observadores externos y las fortalezas del carácter. Respecto a la validez externa el IVyFabre resulta consistente con lo encontrado en otras investigaciones que relacionan fortalezas, personalidad, satisfacción y deseabilidad social (Macdonald et al., 2008; Peterson & Park, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

Inventario de variables sociodemográficas

Este inventario consta de tres ítems con dos posibilidades de respuesta, sexo (varón/mujer), edad (menor de 45 años/mayor de 45 años), y situación laboral actual (trabaja/no trabaja). El mismo será incluido en el Anexo A.

5.3 Procedimiento

Los sujetos fueron contactados por el equipo de investigación conformado por estudiantes de grado de la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo; su contribución fue anónima, y no obtuvieron ningún tipo de retribución ni de devolución. Se suministró a los participantes un instrumento auto-administrable, la duración del mismo fue de aproximadamente 20 minutos. Se hizo entrega del mismo a los participantes al inicio de sesión del grupo terapéutico y se retiró al finalizar el mismo. En el Anexo B se incluye el cronograma de actividades que se realizará para desarrollar la investigación. Posteriormente a la recolección de datos, se analizaron los resultados con el programa estadístico InfoStat, realizando la prueba estadística t de student para dos muestras independientes, este procedimiento se llevó a cabo para cada uno de los objetivos.

5.4 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo Correlacional.

6. RESULTADOS

6.1 Diferencias en las fortalezas de carácter en grupos de descenso y mantenimiento

Para dar respuesta a los objetivos 1 y 2 los cuales consisten en describir cuales son las fortalezas y virtudes del carácter en los grupos de descenso y mantenimiento de peso, y si existen diferencias entre los mismos, se llevó a cabo una prueba t para dos muestras independientes, obteniendo así las medias y los desvíos estándar de los grupos evaluados. Estos resultados pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2.

Diferencia de medias según grupo terapéutico (grupo descenso y grupo mantenimiento)

| | Grupo Descenso (N = 25) M (DE) | Grupo Mantenimiento (N = 25) M (DE) | p-value |
|---------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------|
| Apreciación | 3.60 (1.12) | 3.93 (1.28) | .45 |
| Imparcialidad | 4.33 (.12) | 4.07 (1.03) | .43 |
| Persistencia | 4.20 (.68) | 4.00 (1.20) | .57 |
| Creatividad | 3.20 (1.21) | 3.87 (1.41) | .17 |
| Amor | 3.47 (1.51) | 4.27 (.88) | .08 |
| Autorregulación | 2.73 (1.16) | 2.40 (1.30) | .46 |
| Gratitud | 3.87 (1.19) | 4.53 (.83) | .08 |
| Liderazgo | 3.27 (1.33) | 3.80 (1.32) | .28 |
| Apertura mental | 3.53 (1.25) | 3.87 (1.13) | .44 |
| Inteligencia social | 4.27 (.80) | 4.40 (1.06) | .69 |
| Clemencia | 3.33 (1.11) | 2.87 (1.19) | .27 |
| Espiritualidad | 3.20 (1.66) | 3.13 (1.51) | .90 |
| Ciudadanía | 3.67 (1.18) | 3.93 (.96) | .50 |
| Valentía | 3.53 (1.46) | 3.47 (1.36) | .89 |

| | | | |
|-------------------|-------------|-------------|------------|
| Curiosidad | 3.60 (1.18) | 4.20 (1.08) | .15 |
| Bondad | 4.07 (.96) | 4.60 (.51) | .07 |
| Esperanza | 3.33 (.98) | 3.73 (1.03) | .28 |
| Integridad | 4.07 (1.10) | 4.73 (.46) | .04 |
| Perspectiva | 3.47 (.99) | 4.07 (1.03) | .11 |
| Prudencia | 3.87 (1.19) | 3.80 (1.21) | .87 |
| Humor | 3.33 (1.11) | 3.40 (1.40) | .88 |
| Humildad/Modestia | 3.53(1.36) | 4.20 (1.01) | .13 |
| Amor por el saber | 2.40 (1.24) | 3.40 (1.12) | .02 |
| Vitalidad | 3.40 (.83) | 3.93 (1.16) | .15 |

Nota: Todos los valores informados de p son bilaterales. M = Media; DE = Desviación Estándar.

En lo atinente a los datos analizados en este trabajo, los resultados obtenidos denotan que el grupo de mantenimiento autopercibe puntuaciones más altas en las fortalezas de integridad y amor por el saber ($p < .05$). Por otro lado, las fortalezas de amor, gratitud y bondad, muestran una tendencia en aumento en el grupo de mantenimiento frente al grupo de descenso ($p < .08$). Estos resultados también describen qué fortalezas puntuaron más alto y más bajo en cada grupo. En el grupo de descenso, las puntuaciones más altas corresponden a: imparcialidad, persistencia, inteligencia social, bondad e integridad. Mientras que las fortalezas con menores puntuaciones fueron: autorregulación y amor por el saber. Por otro lado, en el grupo de mantenimiento, las fortalezas que obtuvieron mayores puntajes fueron: imparcialidad, persistencia, amor, gratitud, inteligencia social, curiosidad, bondad, integridad, perspectiva y humildad. Mientras que las de menor puntaje fueron: autorregulación y clemencia.

6.2 Análisis de diferencia de medias según variables sociodemográficas

Con el fin de dar respuesta al objetivo 3 en cuanto al análisis de diferencias entre las fortalezas y virtudes del carácter según variables sociodemográficas (sexo, edad, situación laboral). Se realizó una prueba t con cada una de las variables, separando los

grupos etarios en (menos de 45 años y más de 45 años), sexo (varones y mujeres) y situación laboral (no trabaja y trabaja), los resultados pueden verse en la Tabla 3; Tabla 4 y Tabla 5.

Tabla 3.

Diferencia de medias según sexo

| | Hombre (N = 25) | Mujer (N = 25) | p-value |
|---------------------|-----------------|----------------|------------|
| | M (DE) | M (DE) | |
| Apreciación | 3.21 (1.37) | 4.25 (.77) | .02 |
| Imparcialidad | 4.29 (1.07) | 4.13 (.81) | .64 |
| Persistencia | 4.29 (.61) | 3.94 (1.18) | .31 |
| Creatividad | 3.07 (1.27) | 3.94 (1.29) | .07 |
| Amor | 3.50 (1.51) | 4.19 (.98) | .14 |
| Autorregulación | 2.36 (1.22) | 2.75 (1.24) | .38 |
| Gratitud | 4.00 (1.30) | 4.38 (0.84) | .34 |
| Liderazgo | 3.29 (1.33) | 3.75 (1.34) | .34 |
| Apertura mental | 3.64 (1.01) | 3.75 (1.34) | .80 |
| Inteligencia social | 4.50 (.65) | 4.19 (1.11) | .36 |
| Clemencia | 2.93 (1.27) | 3.25 (1.06) | .45 |
| Espiritualidad | 2.64 (1.55) | 3.63 (1.45) | .08 |
| Ciudadanía | 3.57 (1.22) | 4.00 (.89) | .27 |
| Valentía | 3.36 (1.39) | 3.63 (1.41) | .60 |
| Curiosidad | 3.93 (1.33) | 3.88 (1.02) | .90 |
| Bondad | 4.07 (.92) | 4.56 (.63) | .09 |
| Esperanza | 3.79 (1.05) | 3.31 (.95) | .20 |
| Integridad | 4.29 (.91) | 4.50 (.89) | .52 |
| Perspectiva | 3.64 (1.15) | 3.88 (.96) | .55 |
| Prudencia | 3.79 (1.05) | 3.88 (1.31) | .83 |
| Humor | 3.43 (1.16) | 3.31 (1.35) | .80 |
| Humildad/Modestia | 3.43 (1.40) | 4.25 (.93) | .06 |
| Amor por el saber | 2.57 (1.40) | 3.19 (1.11) | .18 |
| Vitalidad | 3.79 (1.05) | 3.56 (1.03) | .56 |

Nota: Todos los valores informados de p son bilaterales. M = Media; DE = Desviación Estándar.

Los resultados que arroja la prueba t en los grupos divididos por sexo, corroboran que las mujeres autoperceben mayores fortalezas que los hombres, destacando una diferencia significativa en la fortaleza de apreciación belleza ($p < .05$), y una tendencia en aumento en las fortalezas de creatividad, espiritualidad y humildad ($p < .08$).

Tabla 4.

Diferencia de medias según grupo de edades

| | -45 años (N = 25) | +45 años (N = 25) | p-value |
|---------------------|-------------------|-------------------|------------|
| | M (DE) | M (DE) | |
| Apreciación | 3.67 (1.18) | 3.87 (1.25) | .65 |
| Imparcialidad | 4.13 (0.99) | 4.27 (.88) | .70 |
| Persistencia | 4.20 (0.68) | 4.00 (1.20) | .57 |
| Creatividad | 3.33 (1.29) | 3.73 (1.39) | .42 |
| Amor | 3.67 (1.45) | 4.07 (1.10) | .40 |
| Autorregulación | 2.93 (1.22) | 2.20 (1.15) | .10 |
| Gratitud | 4.07 (1.16) | 4.33 (0.98) | .50 |
| Liderazgo | 3.40 (1.24) | 3.67 (1.45) | .59 |
| Apertura mental | 4.07 (.96) | 3.33 (1.29) | .08 |
| Inteligencia social | 4.40 (.74) | 4.27 (1.10) | .69 |
| Clemencia | 3.20 (1.15) | 3.00 (1.20) | .64 |
| Espiritualidad | 3.20 (1.57) | 3.13 (1.60) | .90 |
| Ciudadanía | 3.67 (1.18) | 3.93 (0.96) | .50 |
| Valentía | 3.67 (1.45) | 3.33 (1.35) | .51 |
| Curiosidad | 3.87 (1.19) | 3.93 (1.16) | .87 |
| Bondad | 4.20 (0.94) | 4.47 (.64) | .37 |
| Esperanza | 3.33 (1.05) | 3.73 (.96) | .28 |
| Integridad | 4.20 (1.08) | 4.60 (.63) | .22 |
| Perspectiva | 3.40 (.91) | 4.13 (1.06) | .05 |
| Prudencia | 4.07 (.88) | 3.60 (1.40) | .28 |
| Humor | 3.33 (1.18) | 3.40 (1.35) | .88 |
| Humildad/Modestia | 3.73 (1.39) | 4.00 (1.07) | .56 |
| Amor por el saber | 2.67 (1.23) | 3.13 (1.30) | .32 |

| | | | |
|-----------|------------|-------------|-----|
| Vitalidad | 3.60 (.99) | 3.73 (1.10) | .72 |
|-----------|------------|-------------|-----|

Nota: Todos los valores informados de p son bilaterales. M = Media; DE = Desviación Estándar.

Dados los resultados obtenidos, es posible observar que el grupo de personas con mayor edad, autopercibe más fortalezas relacionadas con la perspectiva ($p < .05$), y el grupo de personas de menor edad tiende a autopercebir más fortalezas de apertura mental ($p < .08$).

Tabla 5.

Diferencia de medias según situación laboral

| | Trabaja (N = 7) | No trabaja (N = 23) | p-value |
|---------------------|-----------------|---------------------|------------|
| | M (DE) | M (DE) | |
| Apreciación | 3.36 | 4.14 | .35 |
| Imparcialidad | 4.13 | 4.43 | .46 |
| Persistencia | 4.13 | 4.00 | .75 |
| Creatividad | 3.43 | 3.86 | .47 |
| Amor | 3.74 | 4.29 | .12 |
| Autorregulación | 2.43 | 3.00 | .29 |
| Gratitud | 4.30 | 3.86 | .33 |
| Liderazgo | 3.61 | 3.29 | .58 |
| Apertura mental | 3.61 | 4.00 | .45 |
| Inteligencia social | 4.35 | 4.29 | .87 |
| Clemencia | 3.17 | 2.86 | .53 |
| Espiritualidad | 3.00 | 3.71 | .29 |
| Ciudadanía | 3.70 | 4.14 | .33 |
| Valentía | 3.61 | 3.14 | .44 |
| Curiosidad | 3.87 | 4.00 | .79 |
| Bondad | 4.30 | 4.43 | .72 |
| Esperanza | 3.48 | 3.71 | .59 |
| Integridad | 4.39 | 4.43 | .92 |
| Perspectiva | 3.52 | 4.57 | .01 |
| Prudencia | 3.61 | 4.57 | .05 |
| Humor | 3.35 | 3.43 | .88 |

| | | | |
|-------------------|------|------|-----|
| Humildad/Modestia | 3.74 | 4.29 | .30 |
| Amor por el saber | 2.87 | 3.00 | .81 |
| Vitalidad | 3.65 | 3.71 | .89 |

Nota: Todos los valores informados de p son bilaterales. M = Media; DE = Desviación Estándar.

Los resultados representados en esta tabla, denotan que el grupo que no trabaja autopercibe mayores fortalezas en perspectiva y prudencia ($p < .05$).

7. DISCUSIÓN

En este apartado se discutirán cuáles fueron los hallazgos más relevantes en relación con los objetivos y las hipótesis planteadas para el presente estudio. A su vez, se expondrán las limitaciones del estudio, seguido de una reflexión personal en cuanto a la aplicabilidad de los resultados obtenidos y las futuras líneas de investigación.

La muestra estuvo conformada por pacientes de una institución privada dedicada al descenso y el mantenimiento de peso, mediante una técnica no probabilística por conveniencia, con equidad entre las personas que asistían a los grupos de descenso de peso y las que asistían al grupo de mantenimiento de peso. También se logró equidad entre varones y mujeres.

El estudio se propuso como objetivo principal evaluar las virtudes y fortalezas del carácter de estas personas, en pos de encontrar un sustento científico que fundamente la aplicación de intervenciones psicológicas provenientes de la psicología positiva, con el fin de cultivar las fortalezas que conduzcan a los pacientes hacia hábitos alimenticios más saludables, con basamento en estudios previos donde las intervenciones provenientes de la Psicología Positiva demostraron tener éxito en donde identificar las fortalezas y usarlas de nuevas maneras contrajo enormes beneficios de salud en los participantes (Bolier et al., 2013; Hernández y García, 2007; Park, et al., 2013; Remor& Amorós-Gómez, 2012; Smith et al., 2008). Para esto, se planteó como primer objetivo específico realizar un análisis descriptivo de las fortalezas, en cada uno de los grupos, para identificar cuáles son las fortalezas en los mismos. Los resultados hallados (ver Tabla 2) develaron que, en el grupo de descenso de peso, las fortalezas que puntuaron

más alto fueron las de imparcialidad, persistencia, inteligencia social, bondad e integridad y en el grupo de mantenimiento de peso, las fortalezas que puntuaron más alto fueron las de imparcialidad, persistencia, amor, gratitud, inteligencia social, curiosidad, bondad, integridad, perspectiva y humildad. Sin embargo, estos hallazgos, van en línea con los de Park, et al. (2006), quienes mencionan que la amabilidad, imparcialidad e integridad serían tres de las fortalezas más elevadas en un estudio transcultural, en población general. Curiosamente la autorregulación estuvo entre las fortalezas con menor puntuación en ambos grupos, quizás una explicación posible puede encontrarse en los estudios de Park et al. (2006), en el cual señala que la fortaleza de autorregulación, es la fortaleza menos puntuada en muestras de población general de diversos países.

Por otro lado, se formuló como segundo objetivo, analizar las diferencias entre ambos grupos. A partir de los hallazgos encontrados, se rechaza la H1, ya que no existen pruebas estadísticas suficientes para probar que el grupo de mantenimiento de peso presenta mayor autorregulación que el grupo de descenso de peso ($p > .05$). Asimismo, se comprobó que el grupo de mantenimiento autopercibe puntuaciones más altas en las fortalezas de integridad y amor por el saber, y una tendencia en aumento en las fortalezas de amor, gratitud y bondad. Estos resultados guardan relación con el estudio de Peterson, et al. (2006) en el que los grupos que superaron una enfermedad física puntuaron alto en amor por el saber y gratitud. En este caso no se encontraron coincidencias con el estudio realizado por Yadava, et al. (2012), en el cual las fortalezas de creatividad, justicia, amor, espiritualidad y ciudadanía se encontraban más elevadas en el grupo de personas con hábitos poco saludables.

Para finalizar, el tercer objetivo consta de evaluar las puntuaciones medias, para encontrar diferencias en función al sexo, edad y situación laboral como variables de agrupación. A partir de los hallazgos encontrados en la Tabla 3. Se evidencia que las mujeres autoperciben mayores fortalezas que los hombres, destacando una diferencia significativa en la fortaleza de apreciación belleza y una tendencia en aumento en las fortalezas de creatividad, espiritualidad y humildad. Coincidiendo parcialmente con los resultados obtenidos por Brdar, et al. (2011), en los cuales las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en la mayoría de las fortalezas de carácter, enfatizando que existían diferencias significativas en las fortalezas de honestidad, bondad, amor, equidad, liderazgo, apreciación de la belleza, gratitud y perdón. En su

estudio, Littman-Ovadia, y Lavy (2014) también obtuvieron una diferencia significativa a favor de las mujeres en la fortaleza de apreciación de la belleza. Dado que los resultados en general, salvo esas fortalezas no superan los requisitos estadísticos establecidos, se rechaza la H2 en la cual se afirma que las mujeres presentan más elevadas fortalezas que los hombres.

En los resultados obtenidos en la Tabla 4, se evidencia diferencias significativas entre la edad, la perspectiva y la apertura mental. Datos que, al ser comparados con estudios posteriores, realizados en distintas poblaciones (Castro Solano & Cosentino, 2017; Linley et al. 2007; Park y Peterson, 2006; Ruch, et al. 2010), los resultados obtenidos, no guardan relación alguna con las investigaciones antes mencionadas. Nuevamente, se rechaza la H3 correspondiente a la que las fortalezas se asocian positivamente con la edad, esto es debido a las limitaciones técnicas del inventario de variables sociodemográficas propuesto a los participantes, en el cual, los participantes solo podían responder a dos variables (si eran mayores de 45 años o menores de 45 años), por lo que no era posible realizar una correcta interpretación de la prueba estadística r de Pearson, la cual es ideal para realizar pruebas de asociación entre las variables. De la misma manera, los resultados de la Tabla 5. Arrojan resultados que, al no tener equidad en el valor n , no pueden ser considerados significativos para el estudio, identificando aquí otra limitación del mismo, al no poder encontrar grupos que se distribuyan de manera equitativa contemplando todas las variables sociodemográficas citadas. Otra de las limitaciones relacionadas con el estudio, es el número total de participantes, los cuales impiden la generalización de los resultados, por otra parte, los límites difusos que separan la pertenencia a los distintos grupos terapéuticos, ya que un mismo participante, puede estar un mes en mantenimiento por haber logrado su peso ideal, y el próximo en descenso nuevamente por haber aumentado y excedido tal límite, por lo cual sus fortalezas no deberían variar lo suficiente para obtener resultados significativos en los estudios. Nuevas líneas de investigación tendrían mejores resultados agrupando participantes que lleven en el grupo de mantenimiento un mínimo de 1 año sin recaídas en ese periodo (o sea, sin volver al grupo de mantenimiento), para que los resultados tengan un mayor sustento a la hora de comparar los grupos, por otra parte, a la hora de estudiar la asociación de edad y fortalezas del carácter, se sugiere tomar las edades precisas de los participantes o crear variables de grupos más acotados, por ejemplo cada diez o cinco años (por ejemplo: entre 20 y 30 años, 31 y 40 años, etc).

A la luz de los resultados obtenidos en otros estudios sobre la asociación de la autorregulación y las conductas saludables (Baumeister et al., 2006; Herman & Polivy, 1980; Vohs & Heatherton, 2000), sería propicio realizar un estudio transversal, en el cual se apliquen intervenciones dedicadas a fortalecer la autorregulación en un grupo de descenso, y compararlo mediante test/retest con otro grupo de descenso de control (ya que existen diferentes grupos de descenso, según el horario y los días).

Como perspectiva crítica personal, al interrogar a los profesionales de la institución, parecen desconocer la importancia de la psicología positiva y el valor de promover las fortalezas del carácter de los pacientes, la estructura del tratamiento sobre los grupos a los cuales se concurrió, impresiona estar automatizada y poco permeable a los cambios que se puedan hacer, esto genera a su vez que los pacientes se sientan cómodos con la dinámica del mismo, y por ende, tampoco quieren generar grandes cambios en la dinámica del mismo, a pesar de que el porcentaje de éxito en la institución sea llamativamente bajo (solo 2 de cada 10 personas logra mantener el peso que logró al egreso y cambiar sus hábitos alimenticios de manera permanente).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.

Arciniaga, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición Clínica*. 5(4), 236-240.

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S. y Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obesity reviews*, 12(9), 709-723

- Bandura, A.(1999). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
- Barceló Acosta, M., & Borroto Díaz, G. (2001). Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 20(4), 287-295.
- Barquera, S. Et al (2013). Prevalencia de la obesidad en adultos mexicanos, 2000-2012. *Salud Pública México*, 55(2), 151-160
- Baumeister, R. F., Matthew G., DeWall, C., N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*, 74(6), 1773-1802.
- Bautista-Castano, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A., & Serra-Majem, L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *International journal of obesity*, 28(5), 697-705.
- Befort, C. A., Donnelly, J. E., Sullivan, D. K., Ellerbeck, E. F., & Perri, M. G. (2010). Group versus individual phone-based obesity treatment for rural women. *Eating behaviors*, 11(1), 11-17.
- Berg, C. J., Rapoff, M. A., Snyder, C. R., & Belmont, J. M. (2007). The relationship of children's hope to pediatric asthma treatment adherence. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 176-184.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35 (4); 537-546. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80635407> [Fecha de consulta: 28/3/2020]
- Blaine, B. E., Rodman, J. y Newman, J. M. (2007). Weight Loss Treatment and Psychological Well-being: A Review and Meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 66-82.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, *13*(1), 119.
- Brdar, I. Anić, P. y Rijavec, M. (2011). Character strengths and well-being: Are there gender differences?. En I. Brdar(Ed.), *The human pursuit of well-being* (pp. 145-156). Dordrecht: Springer.
- Burlingame, G. M., Seebeck, J. D., Janis, R. A., Whitcomb, K. E., Barkowski, S., Rosendahl, J., & Strauss, B. (2016). Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: a 25-year meta-analytic perspective. *Psychotherapy*, *53*(4), 446.
- Castro Solano, A. (2010). Ensayo: Psicología Positiva: ¿Una nueva forma de hacer psicología? [en línea], *Revista de Psicología*, *6*(11), 113-131. Recuperado de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/ensayo-psicologiapositiva-nueva-forma.pdf> [Fecha de consulta: 26/10/19]
- Castro Solano, A. C., & Cosentino, A. C. (2017). Virtudes y fortalezas del carácter en población adulta de Buenos Aires. Un estudio con un enfoque mixto émico/ético. *Summa Psicológica UST*, *14*(1), 23-32.
- Castro Solano, A. & Cosentino, A. C. (2018). IVyF abreviado —IVyFabre—: análisis psicométrico y de estructura factorial en Argentina. *Avances en Psicología Latinoamericana*, *36*(3), 619-637.
- Cormillot, A. (2008). *Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot*, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Cosentino, A. C. (2010). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate*, *10*, 53-72.
- Culyer, A. J., Newhouse, J. P., Pauly, M. V., McGuire, T. G., & Barros, P. P. (2000). *Handbook of health economics*. Ámsterdam: Elsevier.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C. & Seligman, M. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology*, *9*(3), 203-213. doi:10.1037/1089-2680.9.3.203

- Espina, J. (1995). *Psicodrama nacimiento y desarrollo*. Salamanca: Amaru.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: an experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 377.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: The Guilford Press.
- Farooqi, I. S., & O'Rahilly, S. (2007). Genetic factors in human obesity. *Obesity Reviews*, 8(1), 37-40.
- Forga, L., Petrina, E., & Barbería, J. J. (2002). Complicaciones de la obesidad. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 25, pp. 117-126). Pamplona, España: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
- Foss, B., & Dyrstad, S. M. (2011). Stress in obesity: cause or consequence?. *Medical hypotheses*, 77(1), 7-10.
- Frankl, V. E. (1946). *Man's searching for meaning*. Bandung: Nusa Cendikia.
- Fujita, K. (2011). On Conceptualizing Self-Control as More Than the Effortful Inhibition of Impulses. *Personality and Social Psychology Review*, 15(4), 352-366
- Gable, S.L. & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9, 103-110
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gómez, J. D., Fuster, M. A., & Viñuela, I. C. (2002). Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad. *Nutr Hosp*, 17(2), 93-6.
- Hales, R. E. (2008). *The American psychiatric publishing textbook of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Pub.

- Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. En A. B. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders
- Hernández-Fernández, M. (2011). *Ganarle tiempo a la obesidad*. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica.
- Hernández, M. y García, H. (2007). Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 30(2), 119-123.
- Hoffman, W. y Kotabe, H. (2012). A General Model of Preventive and Interventive SelfControl. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(10), 707-722.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Positive psychology versus the medical model? *The American Psychologist*, 61(1), 332-333.
- Katz, A. H., & Bender, E. I. (1976). Self-help groups in Western society: History and prospects. *The journal of applied behavioral science*, 12(3), 265-282.
- Keltner, D. y Haidt, J. (2003). Approaching awe, a moral, spiritual, and aesthetic emotion. *Cognition and Emotion*, 17(2), 297-314.
- Laddu, D., Down, C., Hingle, M., Thompson, C. y Going, S. (2011). A Review of EvidenceBased Strategies to Treat Obesity in Adults. *Nutrition in ClinicalPractice*, 26(5), 512225
- Lafuente, M. D. (2012). Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 1(14), 1490-1504.
- Linley, A., Maltby, J., Wood, A. M., Joseph, S., Harrington, S., Peterson, C., Park, N. et al. (2007). Character strengths in the United Kingdom: The VIA Inventory of Strengths. *Personality and Individual Differences*, 43, 341-351. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.12.004>
- Littman-Ovadia, H., & Lavy, S. (2014). Hebrew Adaptation of the VIA Inventory of Strengths. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(1), 41-50.
- Loos, R. J., & Bouchard, C. (2003). Obesity—is it a genetic disorder?. *Journal of internal medicine*, 254(5), 401-425.

- López-Pantoja, J. L., Cabrantes, J. A., Sánchez-Quinteros, S., Velao, M., Sanz, M., Torres-Pardo, B. & Barabash, A. (2012). Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control médico con cinco escalas estandarizadas de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(5), 266-274.
- Macdonald, C., Bore, M. & Munro, D. (2008). Values in action scale and the Big 5: an empirical indication of structure. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 787-799. doi: 10.1016/j.jrp.2007.10.003
- Mantzios, M., & Giannou, K. (2014). Group vs. single mindfulness meditation: exploring avoidance, impulsivity, and weight management in two separate mindfulness meditation settings. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 6(2), 173-191.
- Marcos, T., Loreto, M., Rosich, N., PaniselloRoyo, J. M., Gálvez Casas, A., Serrano Selva, J. P., ... & Tárraga López, P. J. (2014). Eficacia de las estrategias de motivación en el tratamiento del sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 741-748.
- Marcos-Plasencia, L. M., Rodríguez-Marcos, L., Pérez-Santana, M. B. y Caballero-Riverí, M. (2009). Tratamiento de mujeres con sobrepeso y la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 10(1), 1054-1068.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2014). De la epidemiología psiquiátrica a la psicología positiva. Historia de la trayectoria científica de María Martina Casullo. *Universitas Psychologica*, 13(5), 1893-1904.
- Martínez, M. C., Cedillo, I. G., & Aranda, B. D. E. (2016). Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 32-39.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Maury, C. P. (2009). Consumo y preferencias alimentarias de la población cubana con 15 y más años de edad. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 19(1), 19.
- May, J., Andrade, J., Batey, H., Berry, L.-M. y Kavanagh, D. J. (2010). Less food for thought. Impact of attentional instructions on intrusive thoughts about snack foods. *Appetite*, 55(2), 279-287.

- Medina, F. X., Aguilar, A., Solé-Sedeño y J. M. (2014). Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 34(1), 6771. doi: 10.12873/341medina
- Ministerio de Salud de la Nación (2005). Primer encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles 2005. Informe de Resultados versión breve. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000553cnt-2014-10_encuesta-nacional-factores-riesgo-2005_informe-breve-final.pdf[Fecha de consulta: 25/3/2020]
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados 2007. Recuperado de:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>[Fecha de consulta: 28/3/2020]
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). Guía de Práctica Clínica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf[Fecha de consulta: 25/3/2020]
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). Tercer Encuesta Nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles 2013. Recuperado de:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf [Fecha de consulta: 27/3/2020]
- Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., ... & Zamboni, M. (2007). Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(4), 161-167.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Moreno, E., Moreno, S., y Álvarez, J. (2005). Obesidad: Epidemia del siglo XXI. Recuperado de:

<https://books.google.com.mx/books?id=mLj0qJkQ3fwC&pg=PA70&dq=factores+geneticos+de+la+obesidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjBxMeVqdzSAhWJSiYKHe7QBYAQ6AEIHzAB#v=onepage&q=factores%20geneticos%20de%20la%20obesidad&f=false>. [Fecha de consulta: 27/3/2020]

Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. (2011). Changes in Diet and Lifestyle and Long-Term Weight Gain in Women and Men. *N Engl J Med* 2011;364:2392-404. <http://doi.org/dfgw8x>

Murray, R. S., Sánchez, M. A., Casávola, C., Schimpf, P. L., Cascú, A. L., & DOnofrio, F. A. (2019). Revisión de los fármacos más usados en obesidad a nivel mundial. *Actualización en Nutrición*, 20(4), 118-131.

Nauta, H., Hospers, H., Kok, G., & Jansen, A. (2000). A comparison between a cognitive and a behavioral treatment for obese binge eaters and obese non-binge eaters. *Behavior Therapy*, 31(3), 441-461.

Olguín, P., Carvajal, D., & Fuentes, M. (2015). Patología psiquiátrica y cirugía bariátrica. *Revista chilena de cirugía*, 67(4), 441-447.

Onyike, C. U., Crum, R. M., Lee, H. B., Lyketsos, C. G., & Eaton, W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American journal of epidemiology*, 158(12), 1139-1147.

Organización Mundial de la Salud (2014), Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva N°311, Agosto de 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Fecha de consulta: 22/07/2019]

Park, N., Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.

Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.

Peluso, T., Ricciardelli, L.A. y Williams, R.J. (1999). Self-control in relation to problem drinking and symptoms of disordered eating. *Addictive Behaviors*, 24(3), 439-442.

- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Peterson, C. & Park, N. (2004). Classification and measurement of character strengths: implications for practice. En P. A. Linley & S. Joseph (Ed.), *Positive psychology in practice* (pp. 433-446). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Peterson, C., Park, N. & Seligman, M.E.P. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness, *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 1:1, 17-26, DOI: 10.1080/17439760500372739
- Post, S. G., & McCullough, M. E. (2004). Kindness, generosity, nurturance. EnC. Peterson & M.E.P. Seligman (Ed.), *Character Strengths and Virtues: A Handbook and Classification*(pp. 325-336). New York, NY, US: Oxford University Press
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2013). What good are character strengths beyond subjective well-being? The contribution of the good character on self-reported health-oriented behavior, physical fitness, and the subjective health status. *The Journal of Positive Psychology*, 8(3), 222-232. doi:10.1080/17439760.2013.777767
- Quirk, S. E., Williams, L. J., O'Neil, A., Pasco, J. A., Jacka, F. N., Housden, S., ... & Brennan, S. L. (2013). The association between diet quality, dietary patterns and depression in adults: a systematic review. *BMC psychiatry*, 13(1), 175.
- Ravenna, M. (2005). *Una delgada línea entre el exceso y la medida*. Buenos Aires: Galerna.
- Remor, E., & Gómez, M. A. (2012). Efecto de un programa de intervención para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos sobre el estado de ánimo, optimismo, quejas de salud subjetivas y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Acta colombiana de Psicología*, 15(2), 75-85.
- Ruch, W., Proyer, R. T., & Weber, M. (2010). Humor as character strength among the elderly: Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* .doi: 10.1007/s00391-009-0090-0.

- Rubio, M. A., Salas-Salvadó, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., ... & De Pablos, P. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev EspObes*, 5(3), 135-75.
- Rogers, C.R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Royo-Bordonada, M. Á., León-Flández, K., Damian, J., Bosqued-Estefanía, M. J., Moya-Geromini, M. Á., & López-Jurado, L. (2016). The extent and nature of food advertising to children on Spanish television in 2012 using an international food-based coding system and the UK nutrient profiling model. *Public Health*, 137, 88-94.
- Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2010). Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS): Adaptation and validation of the German version and the development of a peer-rating form. *Journal of Individual Differences*, 31 (3), 138-149. Doi:10.1027/1614-0001/a000022
- Russell, M. A. (1971). Cigarette dependence: Nature and classification. *British Medical Journal*, 2(5757), 330-331
- Sánchez, S., Arias, F., Gorgojo, J. J. y Sánchez, S. (2009). Evolution of psychopathological alterations in patients with morbid obesity after bariatric surgery. *Medicina Clínica*, 33(6), 206-212.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.11.045>
- Shaker, N. M., Elshahawi, H. H., Rabie, M. & Hamza, R. T. (2014). Personality profile of obese children and adolescents: Relation to body mass index and metabolic complications. *Middle East Current Psychiatry*, 21(3), 193-201.
<https://doi.org/10.1097/01.XME.0000449842.71358.e6>
- Shimai, S., Otake, K., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2006). Convergence of character strengths in American and Japanese young adults. *Journal of Happiness Studies*, 7(3), 311.
- Silvestri, E., Stavile, A., & Hirschmann, J. J. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación dentro de un enfoque

interdisciplinario (tesis de maestría inédita). Universidad Favaloro, Córdoba Capital.

Smith, B., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200.

Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams III, V. H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 9(4), 249-269.

Sociedad Argentina de Nutrición (2015). Las recomendaciones de la Guía NICE. Recuperado de: <http://www.sanutricion.org.ar/informacion-574-Las+recomendaciones+de+la+gu%C3%ADa+NICE.html> [Fecha de consulta: 26/3/2020]

Soubry, A., Murphy, S. K., Wang, F., Huang, Z., Vidal, A. C., Fuemmeler, B. F., ... & Hoyo, C. (2015). Newborns of obese parents have altered DNA methylation patterns at imprinted genes. *International journal of obesity*, 39(4), 650-657.

Sternberg, R. J., & Barnes, M. L. (1988). *The psychology of love*. New Haven: Yale University Press.

Tejero, M. E. (2008). Genética de la obesidad. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 441-450.

Vázquez, V. V. (2004). *¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso?* Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Obesidad, Diagnóstico y Tratamiento. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (4), 136-142.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.

Vohs, K. D., & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: A resource depletion approach. *Psychological Science*, 11(3), 249-254.

- Volery, M., Bonnemain, A., Latino, A., Ourrad, N., & Perroud, A. (2015). Obesity psychological treatment: beyond cognitive and behavioral therapy. *Revue medicalesuisse*, 11(467), 704-708.
- Warmoth, A., Resnick, S., & Serlin, I. (2001). Contributions of humanistic psychology to positive psychology. *Recuperado de [http://union-street-health-associates.com/articles/Humanistic Psych-PositivePsych. pdf](http://union-street-health-associates.com/articles/Humanistic%20Psych-PositivePsych.pdf)*.
- Wilfley, D., Frank, M., Welch, R., Spurrell, E., & Rounsaville, B. (1998). Adapting interpersonal psychotherapy to a group format (IPT-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*, 8(4), 379-391.
- Yadava, A., Hooda, D., & Sharma, N. (2012). Biopsychosocial Issues in Positive Health: Identification of Character Strengths Associated with Health Maintenance and Prognosis. *Global Vision Pub*, 1(14), 171-183.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2008). *Psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artmed Editora.

9. ANEXOS

Anexo A: Inventario de variables sociodemográficas

Inventario de variables sociodemográficas

Por favor, complete con una tilde en el casillero correspondiente.

| | | |
|-------------------|------------|--------------------------|
| Sexo | Hombre | <input type="checkbox"/> |
| | Mujer | <input type="checkbox"/> |
| Edad | -45 años | <input type="checkbox"/> |
| | +45 años | <input type="checkbox"/> |
| Situación laboral | Trabaja | <input type="checkbox"/> |
| | No trabaja | <input type="checkbox"/> |

Anexo B: *Cronograma de actividades*

| ACTIVIDADES | 1er. mes | 2do. mes | 3er.. mes | 4to. mes |
|----------------------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| Revisión Bibliográfica: búsqueda de literatura. | X | | | |
| Procesamiento de datos: carga de la base de datos. | X | X | | |
| Análisis de datos. | | X | X | |
| Redacción del documento final. | | X | X | X |