

Universidad de Palermo
Facultad de humanidades y ciencias sociales
Trabajo Final de Integración

Estudio descriptivo sobre el manejo del enojo en el tratamiento para adelgazar en pacientes adultos

Alumno: Ana Paula Ruiz

Tutor: Lic. Claudia Garber

Abril, 2011

Índice

I. Introducción.....	4
1.1. Encuadre general del trabajo.....	4
1.2. Objetivos de la Investigación.....	6
II. Marco teórico.....	6
2.1.1. ¿Qué es la obesidad? 6	
2.1.2. Consecuencias médicas de la obesidad 8	
2.1.3. Aspectos psicológicos y sociales relacionados con la obesidad 10	
2.1.4. El Método Ravenna 10	
2.2. Las emociones 14	
2.2.1. ¿Qué son las emociones? 14	
2.2.2. El proceso emocional 16	
2.2.3. Funciones de las emociones 16	
2.2.4. Clasificación de las emociones 17	
2.2.5. Emociones y obesidad 18	
2.3. El enojo 21	
2.3.1. ¿Qué es el enojo? 21	
2.3.2. Enojo destructivo y enojo productivo 24	
2.3.3. Distintas formas de expresar enojo. Enojo con uno mismo. Enojo como estado y enojo como rasgo de la personalidad. 25	
2.3.4. Enojo y Obesidad 26	
Encuadre general del trabajo 3	
I. Introducción 3	
II. Marco teórico 6	
III. Metodología 28	

IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	43
VI. Bibliografía	47
. La obesidad	6
. Objetivos de la Investigación	5
Anexo.....	50

I. INTRODUCCIÓN:

1.1. Encuadre general del trabajo

En el marco de la Práctica e Integración Profesional V perteneciente a la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó la práctica profesional en una institución privada perteneciente al área clínica.

La institución seleccionada fue un centro terapéutico, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha institución está dedicada al tratamiento de la obesidad y otros desórdenes alimentarios. Su principal objetivo es lograr la modificación de los hábitos nocivos que están relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia sobre los límites, los excesos y las comidas. Al mismo tiempo se busca que los pacientes logren un adelgazamiento fácil y rápido y un posterior mantenimiento en su peso saludable, así como también que puedan encontrar el equilibrio y bienestar psicofísico, trabajando con todos los aspectos de la vida que aparecen cuando se deja de estar centrado en la comida.

Para dicho objetivo se trabaja de manera interdisciplinaria, desde lo médico, lo nutricional, lo psicológico y lo físico. Puntualmente se hará hincapié en el área psicológica, en especial en la forma de abordaje del centro, desde la terapia cognitivo conductual grupal.

Es importante destacar que el método que implementa esta institución considera a la obesidad como una adicción, es decir, como un problema conductual, relacionado con la necesidad de consumir más comida de la necesaria. La premisa de la que parte este método es que lo que importa es adelgazar para cambiar los hábitos y no cambiar los hábitos para adelgazar. Quiere decir que se considera al descenso de peso como un estímulo para seguir avanzando con el tratamiento por el hecho de verse mejor.

Durante el transcurso de la residencia en la institución, se tuvo acceso a las distintas actividades desarrolladas por el centro terapéutico, siempre desde el rol de observador no participante. Entre las principales actividades se encuentran: los grupos terapéuticos de descenso de peso, divididos según grupo etáreo (niños, adolescentes y adultos) y los grupos de mantenimiento, así como también actividades físicas variadas, talleres y jornadas especiales, entrevistas de admisión individuales, charlas informativas sobre el método. No se pudo acceder

a las historias clínicas de los pacientes y tampoco a las reuniones del equipo de profesionales de la clínica.

Con respecto a los grupos de descenso de peso de adultos, existen distintos tipos de grupos: los intensivos ya que se asiste todos los días durante 15 días corridos, los grupos que se encuentran en los lapsos de siete días que hay entre el final de un intensivo y el inicio de otro, destinados a lograr y mejorar en pocos días lo que no se ha logrado hasta el momento: los grupos que son intensivos de fin de semana que están destinados principalmente a pacientes que no pueden asistir diariamente, o que además no residen en buenos aires y viajan exclusivamente para este plan súper intensivo. Además hay grupos de descenso de peso de adultos que son regulares y a los cuales se asiste una o dos veces por semana.

En este contexto se optó por observar y describir cómo se manifiesta y expresa una emoción como el enojo dentro del proceso de adelgazamiento de los pacientes adultos.

La idea surgió desde el interés por la íntima relación existente entre el mundo emocional y el mundo psicofísico. A partir del foco puesto en las emociones se observó cómo aparece expresado el enojo en los grupos terapéuticos, ya que es la emoción que se pretendía analizar.

1.2. Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

- Describir el manejo del enojo en el tratamiento para adelgazar en pacientes adultos.

Objetivos Específicos:

- Describir el/los tipo/s de enojo observados en los grupos de adultos de descenso de peso.
- Analizar ante qué situaciones del tratamiento aparece el enojo de los pacientes en los grupos de descenso de peso.
- Describir cómo es el manejo del enojo desde las intervenciones de los terapeutas.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. La obesidad

2.1.1. ¿Qué es la obesidad?

La obesidad puede entenderse como una enfermedad crónica y multifactorial, que es el resultado de la interacción entre el genotipo y el medio ambiente. Al hablar de genotipo se hace referencia al aspecto genético de la obesidad y al hablar del medio ambiente se hace referencia al tipo de alimentación y al nivel de actividad de cada persona. (Braguinsky, 1996)

La obesidad es una enfermedad caracterizada por ser una condición metabólica, epidémica, heterogénea y estigmatizada. El obeso presenta un exceso de grasa corporal, cuya distribución y magnitud condicionan y ponen en riesgo su salud y su calidad de vida. (Braguinsky, 1996)

Actualmente la obesidad se ve favorecida por importantes cambios en los patrones alimentarios, reflejados principalmente en el incremento del consumo de comidas rápidas, azúcares, grasas y el consumo de alimentos entre comidas,

sumado al estilo de vida cada vez más ligado a las nuevas tecnologías y, por lo tanto, cada vez más sedentario. (Cantú Martínez y Moreno García, 2007)

Personas predispuestas genéticamente, que realizan escasa o nula actividad física y que, además, se hallan inmersas en un medio social donde se ofrecen constantemente comidas de un alto valor calórico, serían las principales afectadas por esta problemática. (Gil, 2008)

La OMS (2005) define a la obesidad y al sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo, que puede ser perjudicial para la salud. Se trata de un trastorno que, por ser crónico, precisa de una atención en el largo plazo. Puede decirse que la obesidad es una condición médica multideterminada en cuanto a su etiología. (Belloch, 1995)

Según Cormillot (1991) la obesidad es una tendencia del metabolismo y la materialización de dicha tendencia es la gordura. Sostiene que no es curable, pero sí puede ser recuperable y controlable. Señala además que, en la actualidad, la obesidad es considerada como una enfermedad autónoma y concreta, que a su vez tiene una íntima relación con el agravamiento o la producción de otras enfermedades como ser la diabetes, los problemas cardíacos y la hipertensión entre otras, derivando todo esto en efectos nocivos y severos para la salud.

En esta enfermedad intervienen, más allá de los factores genéticos, aspectos conductuales de una persona, tales como la conducta adoptada frente a la comida y aspectos psicológicos propios de la personalidad de cada sujeto. (Gil, 2008)

Para Bruch (1973) existen dos tipos de obesidad psicógena. Un tipo es la obesidad de desarrollo y el otro tipo es la obesidad reactiva. Señala que la primera es la que se produce por problemas de las personas para poder diferenciar cuándo se tiene hambre y cuándo en lugar de hambre lo que se tiene es tensión emocional.

La obesidad reactiva es aquella que se desarrolla como una reacción del individuo frente a eventos estresantes o traumáticos y la función que cumple este tipo de obesidad es la de reducir la ansiedad y estabilizar el funcionamiento emocional. (Bruch, 1973)

Ravenna (2006) considera a la obesidad es una consecuencia de la adicción a la comida, donde existe una activación permanente en el cerebro, producto de la ingesta de ciertas sustancias, que se traduce en pedir más y más comida. Como toda adicción, presenta diferentes aspectos a tener en cuenta, en este caso, el determinante biológico, el entorno social y el factor psicológico o emotivo.

El peso corporal que arroja la balanza depende de los huesos, de los músculos y de la grasa. Pero para determinar el grado de obesidad se debe considerar la cantidad de grasa presente en el cuerpo. (Ravenna, 2007)

Desde principios de los '80 se utiliza una medida llamada Índice de Masa Corporal (IMC) para saber el grado de obesidad. Esta medida fue creada por un estadístico belga de apellido Quetelet y, en la actualidad, proporciona una de las ideas más acertadas acerca del peso ideal de una persona.

El IMC es una indicación simple de la relación entre el peso y la altura que se utiliza muy frecuentemente para identificar obesidad y sobrepeso en personas adultas, tanto a nivel individual como poblacional. (OMS, 2005)

Para averiguar el IMC se debe dividir el peso corporal por la altura multiplicada por sí misma. (Cormillot, 1991)

De acuerdo al IMC, la obesidad puede dividirse en tres grados distintos:

Obesidad grado I.....	IMC 25–29,9
Obesidad grado II.....	IMC 30–39,9
Obesidad grado III (mórbida).....	IMC 40 o más (Cormillot, 1991)

2.1.2. Consecuencias médicas de la obesidad

Entre las complicaciones físicas que resultan de la obesidad se destacan las gastrointestinales, cardiovasculares, endócrinas, tumorales, mecánicas, las del sistema nervioso y los problemas de la piel. (Cormillot, 1991)

Las personas obesas presentan un riesgo mayor de sufrir otras alteraciones tales como hipertensión arterial, diabetes, alteraciones glandulares, enfermedades coronarias, artrosis, problemas respiratorios, hernias, entre otras. (Belloch, 1995)

Los distintos grados de obesidad sirven para determinar el riesgo de mortalidad debido a las consecuencias de esta enfermedad. Cuanto mayor sea el grado de obesidad, mayor será el riesgo de mortalidad. (OMS, 2005)

Otro factor a tener en cuenta es el modo en el que está distribuída la grasa corporal. Aquellas personas que suelen acumular grasa en la parte superior del cuerpo poseen un mayor riesgo de sufrir diabetes y trastornos cardiovasculares, que aquellas personas cuya grasa tiende a acumularse en la parte inferior del cuerpo. (Belloch, 1995)

2.1.3. Aspectos psicológicos y sociales relacionados con la obesidad

La obesidad no se encuentra clasificada en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como un trastorno psiquiátrico, debido a que se la considera una condición médica producto de múltiples causas. Podría decirse que la sintomatología psicológica presente en las personas obesas es un resultado y no la causa exclusiva de su condición obesa, dado que no se ha encontrado ningún perfil anormal de “personalidad obesa”. (Belloch, 1995)

Cañamares (2002) señala que más allá de las complicaciones médicas, las personas obesas suelen padecer dificultades de orden psicológico tales como ansiedad, depresión, baja autoestima y hostilidad. En algunos casos, la obesidad puede estar acompañada de otros trastornos como el trastorno por atracón, la distorsión de la imagen corporal, el trastorno obsesivo compulsivo o un trastorno de la conducta alimentaria.

Los obesos conviven con diversos conflictos psicosociales que pueden desencadenar, agravar o ser un resultado de la enfermedad. (Cormillot, 1991)

La gordura aparece manifestada en el plano corporal, pero se encuentra presente en todas las áreas de una persona, se presenta en su mente y en cómo establece sus relaciones sociales, laborales y afectivas. En todas sus acciones, la persona participa con un cuerpo que demuestra que algo le está faltando para estar bien, un cuerpo que no le da el acompañamiento necesario y saludable. Por lo general

el cuerpo “dice” lo que la persona no puede expresar de otra manera (Recasens Mladineo, 2007)

Si se presta atención solamente al cuerpo físico, se dejan por fuera todas aquellas zonas oscuras existentes en la vida de las personas y que también precisan atención. (Recasens Mladineo, 2007)

Cormillot (1991) sostiene que entre las problemáticas sociales más frecuentes se encuentran el encierro, el aislamiento social, el sentimiento de inferioridad como resultado del rechazo social, la discriminación y las presiones sociales acerca del cuerpo ideal.

En la sociedad actual existe una visión negativa respecto del gordo, visión que es interiorizada por aquellas personas que sufren de obesidad, quienes muchas veces se sienten responsables de todos aquellos defectos que la sociedad les atribuye. (Perpiñá, 1995)

Hoy en día las personas obesas habitan en una sociedad obeso fóbica, recibiendo desaprobación constante, dificultades para relacionarse y para poder conseguir un empleo o una pareja. Estas cuestiones impactan directamente sobre la autoestima de quienes sufren esta enfermedad. (Last, 2000)

El paciente obeso es portador de cierta culpa por su obesidad, como resultado de la sociedad en general por un lado, y también debido a las opiniones de familiares, médicos y hasta de él mismo. El trabajo con el sentimiento de culpa es una cuestión muy importante a la hora de realizar cualquier tratamiento, ya que aunque la persona baje de peso, si no logra cambios en su psicología, continuará siendo psicológicamente obeso. (Gil, 2008)

2.1.4. El Método de adelgazamiento que implementa la institución

La dieta propuesta por este método se origina a partir de la dieta de Cambridge. Esta última es una dieta surgida en el año 1980 en lo Estado Unidos y se basaba en varios sobres en polvo para diluir en agua, leche y sopas. A partir de la observación de los resultados que se obtenían, gran descenso de peso en poco

tiempo, la misma es utilizada en la actualidad en el centro terapéutico pero en forma sólida y complementada con vitaminas y minerales. (Ravenna, 2007)

Esta dieta de alimentos sólidos está conformada por unidades alimentarias o viandas de 150 calorías cada una. La ingesta diaria oscila entre las 600 y las 800 calorías, dependiendo de la situación de cada paciente. (Ravenna, 2007)

En este sistema de adelgazamiento no existe la permisividad. La idea es que los pacientes puedan centrarse en otros temas que no sean la comida y que puedan recuperar la lucidez y la serenidad. (Ravenna, 2007)

El método propone ciertas cuestiones a seguir, que deben respetarse íntegramente y son, en primer lugar, la dieta de muy bajas calorías, también llamada dieta hipocalórica. En segundo lugar, actividad física adaptada a las necesidades y a la situación de cada persona, y por último, el trabajo con los conceptos de Corte - Medida – Distancia para lograr el cambio de los hábitos de conducta y el sostenimiento en el tiempo de dichos cambios, con el apoyo de los grupos terapéuticos de la clínica. (Ravenna, 2007)

Para Ravenna (2007) el Corte, la Medida y la Distancia son los tres pilares centrales de la dieta. Por tal motivo, se trabajan estos conceptos desde la terapia cognitivo conductual, con intervenciones directas, modificadoras y confrontadoras, donde el objetivo es modificar conductas y pensamientos distorsionados de los pacientes.

Al hablar de Corte se hace referencia al hecho de poder terminar con aquello que está de más, poder decirle que no a los excesos, lo que implica en general también un corte con ciertas conductas y vinculaciones. (Ravenna, 2009)

La Medida es una conducta específica, es sobriedad y es una filosofía de vida. Ser gordo también es ser "excesivo" en otros aspectos. Por lo tanto la medida es en la porción y también en el plato, el talle, la conducta y las palabras. (Ravenna, 2009)

La Distancia está relacionada con aumentar la distancia existente entre las comidas. Que el acercamiento con la comida sea cuatro veces al día o menos, pero nunca más. Tiene que ver con una distancia tanto física como mental de los alimentos. La idea del método es que los pacientes se alejen de la comida, para que ella deje de ser el centro de sus vidas. (Ravenna, 2009)

Como señala Ravenna (2007) el problema no es la comida en sí, sino el vínculo que se establece con ella. Lo que se pretende es terminar con el vínculo tóxico, privado y exacerbado que se mantiene con la comida.

En la etapa de descenso de peso se eliminan completamente los hidratos de carbono refinados y el azúcar, ya que se consideran alimentos adictivos, que generan que el paciente pida más y más comida. (Ravenna, 2009)

Ravenna (2009) sostiene que cuanto menos se come, menos hambre se tiene, y lo que propone es un descenso de peso rápido, sin pausa y sin pasar hambre.

Al considerarse a la obesidad como una adicción a la comida, es preciso hacer una distinción con respecto a otras adicciones. A diferencia de otras adicciones, en las que se elimina el objeto adictivo por completo, en este caso no es posible eliminar la comida, ya que representa una necesidad básica del ser humano, una función vital del organismo, además de estar presente en la base de la interacción humana, filtrándose en todos los rincones de la vida, a toda hora, en todo momento y lugar. Habrá que llegar al punto de la moderación, estableciendo un nuevo vínculo con la comida. (Recasens Mladineo, 2007)

Al momento de iniciar una dieta lo más difícil, sin embargo, no es limitarse a comer una porción adecuada, sino cambiar el diálogo interno nocivo. El mayor logro es poder modificar el discurso con el que el paciente obeso ha convivido durante años. Se deben modificar patrones de pensamiento y también aquellas pautas de conducta que sean inadecuadas. Para ello, se fomenta en los pacientes la asistencia a los grupos terapéuticos de la clínica. (Ravenna, 2007)

Como señala Beck (2007) y también se sostiene en el centro terapéutico, el problema de quienes no pueden seguir una dieta es que no saben pensar como personas delgadas. Los obesos tienen frecuentemente pensamientos negativos de desaprobación, culpa, auto boicot y fracaso. En cuanto al aspecto psicológico, la solución está puesta en corregir pensamientos distorsionados, en que los pacientes puedan hablarse a si mismos de otra manera, creando un nuevo diálogo interno que los ayude a ser constantes con el tratamiento para bajar de peso.

2.1.5. Críticas al Método de adelgazamiento

Este tipo de dietas, como la de este centro terapéutico, son el blanco de muchas críticas de parte de distintos autores. Tal es el caso de Katz (2008) quien sostiene que las dietas de muy bajas calorías, de menos de 1000 calorías diarias, son menos efectivas en el largo plazo que las dietas de bajas calorías, de 1200 calorías diarias, debido a que ante el déficit calórico, el organismo funciona a modo ahorro de energía, como un modo de defensa frente a la carencia. Otra consecuencia negativa de las dietas hipocalóricas es la alteración en el metabolismo, volviéndose más lento y disparando señales de hambre que, luego del período de privación favorece la aparición de atracones.

Katz (2008) sostiene que el comer siempre debería ser un placer y que ningún alimento debe estar prohibido. Dice que se debe tratar de regular la ingesta de alimentos basándose en el propio registro de hambre.

Cormillot (2010) señala que las dietas de muy bajas calorías forman parte de lo que él llama las dietas de moda. Este tipo de dietas responden a la urgencia por verse delgado y al instante. La velocidad con la que hoy en día se vive hace que uno quiera todo rápido, todo ya, incluso cuando se pueden correr serios riesgos para la salud.

Las dietas muy bajas en calorías no son más que una respuesta frente a la necesidad de instantaneidad de la vida moderna, además de ser dietas desbalanceadas, que pueden ocasionar importantes deficiencias nutricionales. (Cormillot, 2010)

Las dietas hipocalóricas resultan ilusorias con respecto a la pérdida de peso, generando falsas promesas y soluciones milagrosas. Incluso pueden resultar peligrosas debido a que, en muchos casos, producen desequilibrios y carencias alimentarias. Además, las mismas pueden desencadenar en posteriores aumentos de peso. (Montignac, 1999)

Según Montignac (1999) la clave no está en la restricción cuantitativa de lo que se come sino en aprender a elegir alimentos diferentes, principalmente aquellos de bajo índice glucémico tales como frutas, verduras, alimentos integrales y legumbres.

Dado que la obesidad es una enfermedad crónica, el descenso de peso debe basarse principalmente en la modificación de hábitos, una cuestión que no se logra de un día para el otro. Por lo tanto, las dietas rápidas no sirven para solucionar esta enfermedad. Una dieta adecuada no debería tener menos de 1200 calorías diarias. (Cormillot, 1991)

2.2. Las emociones

2.2.1. ¿Qué son las emociones?

Utilizamos la palabra emoción para explicar o describir ciertas reacciones del organismo que se caracterizan por: cambios respecto de la actividad fisiológica, una interpretación subjetiva de tales cambios, la preparación para la acción y la exteriorización o expresión emocional. (Fernández Abascal, 2008)

Una emoción es un complejo estado del organismo, que se caracteriza por una perturbación o excitación que lo predispone para la acción. Las emociones pueden generarse como una respuesta frente a un acontecimiento externo o interno. (Bisquerra, 2000)

Según Fernández Abascal (2008) al hablar de emociones nos referimos a procesos complejos, que están relacionados con las condiciones que los provocan, con el procesamiento cognitivo de tales condiciones y con la compleja respuesta que se desencadena. Es decir, cada emoción en si misma requiere de todo un proceso emocional.

Cada emoción, fundamentalmente aquellas que son básicas del ser humano, tienen una duración muy breve, de apenas unos segundos o minutos, pero de gran intensidad. (Redorta, Obiols y Bisquerra 2006)

Puede considerarse a la emoción como un proceso psicológico adaptativo, cuya finalidad es coordinar los restantes procesos psicológicos, cuando debido a ciertas condiciones situacionales se nos exige una respuesta rápida y efectiva para poder

ajustarnos a los cambios producidos en el medio ambiente. (Fernández Abascal, 2008)

Una emoción se asocia con cambios en la manera de comportarse de las personas y en la manera de expresar lo que sienten. La reacción emocional puede brotar de un suceso externo, pero siempre incluye aspectos internos de cada persona. (Cofer, 1983)

Etimológicamente, la palabra emoción proviene del verbo en latín *emovere*, que significa *ex* (hacia fuera) y *movere* (remover, sacar de lugar, sacudir) Justamente esto es lo que hacer una emoción con nuestro ánimo, nos moviliza, nos hace sacar algo que sentimos dentro. (Ravenna, 2007)

Además las emociones están atravesadas por la cultura y por la sociedad a la cual pertenecemos, siendo una forma de comunicación dentro de una misma cultura. Y, por otra parte, las emociones también están relacionadas con la forma en la que cada persona percibe el mundo. (Ravenna, 2007)

Puede entenderse a la emoción como una señal que nos indica que tenemos que prestarle atención a algo o a alguien. A veces, eso que necesitamos escuchar es un algún aspecto de nosotros mismos. Podemos elegir ignorarlas y reprimirlas, pero en este caso estaremos yendo en contra de la naturaleza de las emociones que es su expresión. (Cadarsó, 2007)

Por último, cabe destacar la continua interacción existente entre la emoción, el pensamiento y la acción. Nuestras emociones influyen tanto en lo que pensamos como en lo que hacemos. A su vez, nuestros pensamientos ejercen influencia en la forma de experimentar las emociones y en nuestras acciones. Y además, las acciones repercuten en el pensamiento y en la emoción. (Redorta et al., 2006)

Son tan importantes las emociones en la vida de las personas que hasta llegan a conformar rasgos de la personalidad. (Redorta et al.)

Cuando se presentan emociones como el miedo, la ira, la angustia o el amor, las mismas pueden dominar la percepción de la realidad, imprimiendo un determinado carácter al comportamiento de las personas. (Cofer, 1983)

2.2.2. El proceso emocional

El proceso emocional se inicia por la percepción de cambios en las condiciones internas o externas de la persona, es decir, una situación desencadenante. En primer lugar, hay una valoración primaria de la relevancia o no del evento percibido. Esta valoración actúa a modo de filtro, descartando situaciones irrelevantes para la persona y reteniendo aquellas que tienen relevancia emocional. Como consecuencia de esta primera valoración se produce la activación emocional formada por una experiencia subjetiva, una expresión corporal, una tendencia a actuar o estilo de afrontamiento y ciertos cambios en la actividad fisiológica del organismo. (Fernández Abascal, 2008)

En la segunda evaluación participan los recursos personales para hacerle frente a la situación en cuestión. (Redorta et al.)

Esta evaluación secundaria o segundo filtro está basado en el aprendizaje y la cultura, mientras que la evaluación anterior sería más automática. Como consecuencia de la evaluación secundaria surgen los efectos observables en la persona, como la comunicación no verbal y la conducta motora. (Fernández Abascal, 2008)

2.2.3. Funciones de las emociones

Las emociones desempeñan diversas funciones en la vida diaria de las personas. Entre esas funciones se destaca, en primer lugar, su función adaptativa.

A lo largo de la filogénesis las emociones desempeñaron un papel esencial en el proceso de adaptación al contexto natural o medio ambiente. (Redorta et al.)

Como su palabra lo indica las emociones nos ayudan a lograr la adaptación al entorno, contribuyendo a que sea posible distinguir aquello que es bueno de lo que es malo para cada persona y, en consecuencia, que la misma sepa si acercarse o alejarse de ello. (Cadarso, 2007)

Esta función es de gran importancia ya que nos sirve para ejecutar la conducta apropiada según las condiciones del ambiente. (Fernández Abascal, 2008)

Con respecto a la función social, las emociones tienen una gran participación en las relaciones interpersonales, dado que tanto por su expresión verbal como no verbal, permiten predecir el comportamiento que desarrollará otra persona. (Fernández Abascal, 2008)

La función social se relaciona con otra función de las emociones que es la función de información. Por un lado, las emociones son útiles para comunicar a los demás cómo uno se siente y por el otro, la expresión de las emociones de otras personas brindan información acerca de cuáles son sus sentimientos e intenciones. (Redorta et al.)

Por último, las emociones cumplen una función motivacional. Una emoción sirve para facilitar la aparición de conductas motivadas y, a su vez, una conducta motivada desencadena una reacción emocional. Las emociones otorgan la carga de energía necesaria para las conductas motivadas. (Fernández Abascal, 2008)

2.2.4. Clasificación de las emociones

Es posible clasificar a las emociones en dos grandes grupos. Por un lado, se puede hablar de emociones primarias, que son aquellas que presentan una alta carga genética, con una respuesta que está preorganizada y una expresión facial característica, que es específica de cada emoción y es universal. Las emociones primarias se hallan en todas las personas y en todas las culturas. Además, frente a estas emociones todos tendemos a responder de la misma manera, es decir, que existe una constancia con respecto al afrontamiento. Algunas emociones primarias son el miedo, la ira, la tristeza, el asco y la felicidad. (Fernández Abascal, 2008)

Por otro lado, se encuentran las emociones secundarias que, si bien derivan de las primarias, se diferencian de estas últimas porque depende del desarrollo individual y del aprendizaje, por lo tanto, varían entre las distintas culturas y también entre las distintas personas. Las emociones secundarias no presentan una forma típica de afrontamiento y tampoco una expresión facial que sea universal. Entre las emociones secundarias se encuentran la ansiedad, la hostilidad, el amor y el humor. (Fernández Abascal, 2008)

Otra forma de clasificar las emociones es de acuerdo al bienestar o malestar que las mismas nos provocan. Según esta clasificación, las emociones pueden dividirse en: negativas, positivas y neutras. (Redorta et al.)

Las emociones negativas resultan de una evaluación desfavorable en relación con nuestro bienestar. Aquí se incluyen emociones como miedo, ira, tristeza, envidia, celos, culpa, etc. (Redorta et al.)

Las emociones positivas son aquellas que provocan sentimientos agradables, siendo el resultado de una evaluación favorable en relación a nuestro bienestar. Emociones positivas son alegría, amor, afecto, etc. (Redorta et al.)

Por último, las emociones neutras son las que no producen en sí mismas reacciones agradables ni desagradables, dependen de la situación en cuestión y tienden a facilitar luego la aparición de otros estados emocionales. Una emoción neutra es la sorpresa. (Fernández Abascal, 2008)

2.2.5. Emociones y obesidad

Las personas establecen una determinada relación con la comida. Puede ser que la comida sea la compañía frente a la soledad, quizás sea el calmante frente a estados de enojo o tristeza. También pueden generarse otros estados emocionales luego de haber comido. Por otra parte, puede ser un castigo el hecho de no comer o un premio el comer algo rico. (Cadarsó, 2007)

El desborde con la comida también se ve reflejado en una personalidad desbordada, intranquila, ansiosa, impaciente, caprichosa. Mucha veces lo que se siente no es hambre, sino un arrebató, un impulso incontrolable, automático. (Ravenna, 2006)

Existen grandes dificultades en las personas obesas para poder identificar si lo que sienten es hambre o si se trata de alguna otra emoción. Suelen recurrir a la comida como una respuesta tanto frente a la sensación de hambre como frente a un gran repertorio de emociones. (Bruch, 2002)

Los circuitos emocionales primarios participan en la conducta del comer. Esto sucede cuando la psiquis no dirige bien la información emocional, no la procesa y la desvía hacia sensaciones de ansiedad que los pacientes solucionan comiendo. Esta “ansiedad” o grupo de sensaciones desagradables incluye a la rabia, la tristeza, el aburrimiento y el vacío. La solución de comer en lugar de elaborar estas sensaciones indica la existencia ciertas zonas psíquicas no desarrolladas. (Cordella, 2008)

Como señala Recasens Mladineo (2007) la obesidad aparece manifestada en el físico pero está indicando otras problemáticas que exceden el plano corporal y que se relacionan con diversas áreas de una persona.

La gordura puede entenderse como el refugio que la persona inconscientemente crea para esconderse y protegerse de los problemas externos, para evitar aquellas cuestiones que le disgustan o para escaparle a ciertas obligaciones. (Cairo, 2010)

Existen muchos pensamientos negativos, amarguras, heridas, frustraciones y resentimientos que la persona obesa acostumbra a tragarse y que se han convertido en parte de su enfermedad. (Cairo, 2010)

Es muy frecuente la utilización de la comida como reductora de estados de ansiedad y tensión, lo cual se traduce en la ingesta nocturna de algunos obesos que son incapaces de dormirse sin haber visitado la heladera para que se calme su estado emocional. (Belloch, 1995)

Existen diversas causas por las cuales se recurre a un alimento. Una de ellas y la principal, es por una necesidad real, original y biológica de todo ser vivo. Otra causa es por la simple búsqueda de placer a través de la comida, y una tercera

causa es debido a una necesidad ficticia o aparente. En este último caso se encuentran los estados emocionales asociados a la comida. (Montero, 2009)

Ravenna (2007) señala que la relación con la comida es un espejo de la relación con el mundo, de modo que no es posible hablar de un cuerpo obeso, de la comida y de las emociones como cuestiones aisladas entre sí, sino que todas ellas forman parte de la obesidad. Sostiene que si bien las conductas adictivas se manifiestan de un modo particular y singular en cada persona, todas ellas poseen un origen común, que es la insatisfacción y la búsqueda de placer inmediato, que pueda disolver rápidamente aquello que lastima, angustia, enfurece o molesta.

Sin embargo, es necesario aclarar que así como la comida en sí misma no es el problema, tampoco las emociones en sí mismas lo son. (Ravenna, 2007)

Como sostiene Goleman (2000) el problema no está en la emocionalidad, sino en la convivencia con ella y en su forma de expresión.

Por lo general, una persona no elige qué emociones tener a cada momento. Estas simplemente surgen, suceden. Sin embargo, es posible elegir qué hacer con ellas, es posible aprender a gestionarlas y a controlar nuestras reacciones frente a lo que nos pasa. (Goleman, 2000)

Suele afirmarse que somos lo que comemos, por lo tanto, si existen excesos o desequilibrios importantes en la dieta de una persona, esto ejerce gran influencia sobre su estado emocional. Es decir, que las cuestiones nutricionales tienen una gran incidencia en nuestros estados anímicos. (Redorta et al.)

El aspecto emotivo es una parte de la obesidad. La gordura y la vivencia de emociones negativas van de la mano, por lo tanto, es necesario el manejo adecuado de las emociones y el tratamiento de aquellas emociones negativas, como parte del tratamiento para adelgazar. (Ravenna, 2007)

Goleman (1997) habla del concepto de salud emocional, que incluye tanto la educación de las emociones como de nuestra manera de vivir, así como también trata la conexión entre emociones y adicciones. Considera a las adicciones de cualquier tipo como una manera equivocada de resolver situaciones emocionales que no se han podido controlar de otra manera. Además afirma que el ámbito

médico debería ampliar su visión respecto de la salud para poder abarcar la realidad emocional de los pacientes.

2.3. El enojo

2.3.1. ¿Qué es el enojo?

Llamamos enojo a una emoción que surge cuando algo produce frustración, es decir, cuando se esperaba algo, ya sea de otra persona o de uno mismo, que finalmente no ocurrió. El enojo es una emoción muy compleja, que está formada por aspectos diversos: biológicos, psicológicos y conductuales. (Levy, 2006)

Se trata de una emoción producida frente a situaciones donde se rompen promesas, compromisos, expectativas, reglas de conducta y todo lo relacionado con la libertad personal. (Fernández Abascal, 2008)

El enojo forma parte de una emoción básica que es la ira, es uno de los matices de la ira, como también lo son: la rabia, el rencor, la indignación, la irritabilidad, la hostilidad y la violencia, entre otros. (Redorta et al.)

La ira es una emoción que puede existir en conflictos de todo tipo, siendo una experiencia emocional muy intensa, que puede dificultar o llegar a impedir la resolución adecuada y pacífica de un conflicto. (Redorta et al.)

Es importante señalar las bases biológicas presentes en esta emoción, ya que desde épocas primitivas el organismo está preparado para responder con una respuesta fisiológica frente a ciertas situaciones. La función originaria del enojo es poder asegurarnos la realización de un deseo o necesidad amenazada. Por lo tanto, frente a la presencia de un obstáculo vivido como amenazante, se produce en el organismo la segregación de adrenalina y noradrenalina, los neurotransmisores que hacen posible los comportamientos de alerta y actividad, de confrontación y lucha. (Levy, 2006)

En el pasado, la respuesta mencionada era funcional para el hombre en su lucha por la supervivencia, pero ya no lo es. De modo que se produce un desajuste por

el hecho de continuar utilizando una respuesta biológica de ira que ha sido generada en situaciones muy antiguas para poder resolver situaciones presentes que ya no requieren de tanta respuesta adrenalínica. (Levy, 2006)

El aspecto fisiológico, por lo tanto, es muy notorio cuando las personas están enojadas. Entre los cambios corporales que se producen debido a esta emoción se encuentran la alteración de la circulación, la consiguiente ruborización debido a la sangre que fluye hacia el rostro, la hinchazón de las venas de la frente y el cuello, los cambios en la postura y la elevación de la temperatura corporal. (Ravenna, 2007)

La emoción queda expresada en el rostro, la postura, las expresiones o gestos y los movimientos. Es posible percibir cuándo una persona está enojada, tanto por sus manifestaciones observables como por sus relatos acerca de cómo se siente. (Cofer, 1983)

La ira o, en este caso, el enojo se generan a partir de un acontecimiento, pero sin embargo, la reacción de enojo va a depender de la valoración que realice la persona con respecto al acontecimiento. Es decir, que son las creencias personales las que generan ira o cualquiera de sus matices. (Redorta et al.)

Se trata aquí del aspecto psicológico del enojo, que tiene que ver con el sistema de cogniciones de cada persona, con sus conceptos, preconcepciones, creencias y atribuciones que se realizan frente a los acontecimientos. (Levy, 2006)

Cuando algo se vive como espantoso, insoportable, intolerable es porque existen creencias irracionales respecto a determinado evento, ya sea interno o externo. (Redorta et al.)

Existen tres creencias básicas e imperativas que son características de la ira. Las mismas son: debo, debes y debería. La creencia basada en yo debo se refiere a cómo uno debe actuar y de lo contrario se genera enojo con uno mismo. Aquella basada en vos debés, se refiere a cómo se cree que el resto debe tratarnos, de lo contrario uno puede llegar a sentirse ofendido. La creencia basada en debería significa que siempre debería suceder todo como a uno le gustaría que sucediera. Lo más probable es que si la persona tiene una muy baja tolerancia a la frustración, se enfada si no sucede todo como se desea. (Redorta et al.)

Según Cormillot (2010), existe un tipo de creencia que limita el crecimiento personal. Esta creencia tiene que ver con el hecho de que una persona piense que todas las desgracias, todas las situaciones difíciles que ocurren, le suceden exclusivamente a ella, que esto siempre es así y que es un hecho totalmente injusto. Las sensaciones de injusticia y de desgracia son un freno para cualquier cambio positivo que la persona intente realizar.

Exceptuando aquellas situaciones imposibles de manejar, como ser los terremotos y otras catástrofes naturales, las consecuencias producidas sobre las emociones, la conducta y el razonamiento provienen del sistema de creencias que posee cada persona. (Cormillot, 2010)

El ser humano es capaz de intervenir con su sistema de creencias, mediando entre el estímulo y la respuesta. (Fernández Álvarez, 2008)

Ellis y Grieger (2003) sostienen que entre un acontecimiento y la respuesta siempre participa el sistema de creencias del sujeto. Llamam creencias irracionales a las evaluaciones demandantes de tipo: yo debo, tú debes, la vida debe. Es decir que las demandas pueden ser sobre uno mismo, sobre los otros o sobre el mundo. Estas evaluaciones se caracterizan por ser muy rígidas e intolerantes a la frustración. Una actitud demandante conduce a emociones o conductas disfuncionales o auto-saboteadoras.

Los pensamientos distorsionados pueden generar consecuencias psicológicas negativas, favoreciendo la aparición o amplificando algún trastorno. Por otro lado, un pensamiento más flexible y positivo contribuye a que las personas puedan mejorar, poniendo en marcha cambios sobre aquellos aspectos que no les gustan de sí mismas o de su vida. (Cormillot, 2010)

Ravenna (2007) señala que el enojo aparece como una respuesta frente a aquello que provoca la sensación de pérdida de control, cuando las personas sienten que las cosas se escapan de su control. Esas cosas pueden ser situaciones del mundo que nos rodea o también pueden ser aspectos internos de la persona, por ejemplo sentir que se hace algo sin poder tener un control racional sobre la situación o teniendo actitudes que vuelven a uno vulnerable.

Por último, es necesario rescatar que el enojo es una emoción de mucha utilidad para poder expresar o cambiar aquello que a uno le molesta, siempre y cuando la respuesta de enojo sea una respuesta coherente y justificada en relación a las circunstancias en las que esta emoción se produce. (Ravenna, 2007)

2.3.2. Enojo destructivo y enojo productivo

El enojo es de las emociones que más persisten en las personas y de las más difíciles de controlar. Hay quienes piensan que es un estado emocional ingobernable, que no puede ser controlado y, por otro lado, quienes creen que dicho estado debe suprimirse. (Goleman, 2000)

Hay una serie de pensamientos negativos y hostiles que se disparan en la mente de las personas y que sostienen su enojo, conformando su fundamento. Por lo tanto, cada vez que alguien piensa en las causas de su enojo no hace más que alimentarlo y hacer que el mismo siga creciendo. (Goleman, 2000)

Según Levy (2006) los motivos de las personas para enojarse pueden ser muchísimos pero todos ellos tienen un elemento en común, que es la frustración. Cuando una persona desea algo, existe una carga de energía puesta en pos de la realización de ese deseo, energía que está encaminada hacia su realización. Si dicha carga de energía encuentra un obstáculo se genera entonces una sobrecarga energética, que es lo que llamamos enojo.

Lo que ocurre es que cuando no se sabe manejar adecuadamente tal sobrecarga energética, en lugar de servir para orientar a la persona hacia la resolución de un problema, la misma se termina convirtiendo en un problema más, tanto para la persona como para su entorno. (Levy, 2006)

Entre el acontecimiento y la respuesta de enojo existe un paso intermedio que es la evaluación realizada por la persona. Es posible evaluar que un obstáculo está actuando a propósito en nuestra contra, para perjudicarnos o se puede evaluar que el obstáculo no presenta una voluntad específica de hacer daño. En el primer caso, es muy probable que la frustración se convierta en enojo destructivo. O, peor

aún, si se cree que todo y todos, incluida la misma persona, están en contra de uno, se vivirá en una batalla constante frente a cualquier evento. En el segundo caso, quizás la frustración siga existiendo, pero es más factible que el enojo evolucione hacia el tipo productivo. (Levy, 2006)

Al decir enojo productivo se hace referencia a poder resolver la situación adecuadamente, de un modo adecuado y en el momento adecuado, logrando no quedar inmersos en la ira y en el rencor, sin resolver nada. (Levy, 2006)

Está bien enojarse si las cosas van mal, si es algo momentáneo y otorga la fuerza necesaria para realizar acciones en pos de la resolución de aquello que no se quiere. Pero no se puede seguir en ese estado de enojo sin resolver nada, porque de este modo todo se verá peor. (Ravenna, 2007)

2.3.3. Distintas formas de expresar enojo. Enojo con uno mismo. Enojo como estado y enojo como rasgo de la personalidad.

Al hablar de las distintas formas de expresar enojo se hace referencia al aspecto conductual de esta emoción, a los distintos comportamientos adoptados por las personas. Dado que no todas las personas se enojan del mismo modo, las formas de expresión del enojo son muy diversas, en cuanto a la intensidad, la duración y su manifestación. Si bien existen generalidades respecto a esta emoción, no existe un enojo exactamente igual a otro, así como tampoco hay una situación exactamente igual a la otra. (Levy, 2006)

Hay sujetos que tienden a expresar el enojo hacia afuera, manifestándolo en comportamientos agresivos, insultos, amenazas u otras expresiones, que se dirigen hacia personas u objetos del entorno. En cambio, hay otros sujetos que experimentan enojo hacia adentro, es decir, que suelen suprimir su enojo en lugar de expresarlo a nivel conductual o verbal. Aquí una variante es suprimirlo y otra es dirigirlo al ego, al self o si mismo. (Leibovich de Figueroa, Schmidt y Gol, 2001)

Por lo tanto, una de las maneras de enojarse es con uno mismo. Entre las formas más comunes de enojo con uno mismo se encuentran:

- Tener baja tolerancia a la frustración.
- Insultarse por errores cometidos.
- Auto-agredirse físicamente.
- Enojarse y encerrarse en el propio enojo.
- Estar disconforme y criticarse con respecto a algún aspecto físico o de la personalidad.
- Darse cuenta de que se está postergando algo.
- Enojarse por pensar que otros no nos respetan o se burlan o critican.
- Enojarse por la vida que se lleva.
- Enojarse por la insatisfacción con uno mismo. (Salama Penhos, 2008)

Por otro lado, el enojo puede ser un estado o un rasgo de la personalidad. La principal diferencia se encuentra en que mientras la primera manifestación es algo pasajero, la segunda forma parte de las características de la personalidad de un sujeto. (Leibovich de Figueroa, et al. 2001)

Puede definirse al estado de enojo como una condición que fluctúa a través del tiempo, que varía en su intensidad y que supone sentimientos subjetivos de irritación, tensión, furia y rabia, provocando la activación del sistema nervioso autónomo. (Leibovich de Figueroa, et al)

Para definir rasgo de enojo es necesario considerar las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con la que un estado de enojo es experimentado a lo largo del tiempo. Aquellas personas que tienen alto rasgo de enojo se encuentran más predispuestas a percibir una mayor cantidad de situaciones como generadoras de enojo. (Leibovich de Figueroa, et al)

2.3.4. Enojo y Obesidad

El obeso ha perdido el control con respecto a la comida. Siente que cada vez que se encuentra con la comida, ella siempre le gana y entonces en seguida pasa a

sentirse perdedor y con culpa. El obeso se enoja con la comida y al mismo tiempo la devora para quitarla de su vista, aun sabiendo que en el fondo el enojo es consigo mismo. (Ravenna, 2007)

El enojo surge en determinada situación y cuando el obeso siente que no puede manejarla, muchas veces recurre a la comida como una forma de anestesiar su emoción y de calmarse, conformándose así un círculo vicioso. Pero la situación sigue ahí, sin que se haya hecho nada para resolverla. (Cadarso, 2007)

Emociones primarias como la rabia o el enojo pueden estimular o inhibir el comer según el aprendizaje y según las circunstancias que estén en juego. (Cordella, 2008)

Muchas personas obesas no pueden experimentar la diferencia que existe entre tener miedo, estar hambriento o sentirse enojado. Confunden todos los sentimientos y los interpretan a todos ellos como si estuvieran relacionados con el hambre, situación que las lleva a comer compulsivamente cada vez que se sienten preocupadas o que algo altera su vida cotidiana. (Goleman, 2000)

Experimentan una confusa mezcla de emociones, con la que no saben cómo relacionarse y entonces surge el intento por suprimirla o superarla recurriendo a la comida, para ver si de ese modo se evade la sensación de no saber qué es lo que se está sintiendo. Esto puede convertirse en un hábito muy arraigado en la persona obesa, es decir, que cada vez que le suceda algo que lo movilice emocionalmente, tienda a recurrir a la comida como una forma de calmante emocional. (Goleman, 2000)

Cuando el obeso se deja llevar por el sentimiento de autocompasión, cuando vive lamentándose por su realidad, lo único que consigue es incrementar su dolor, resentirse más, sentirse mucho más frustrado y lleno de ira. Y es difícil poder recuperarse de una enfermedad si se tienen tantos sentimientos y pensamientos negativos. (Cormillot, 2010)

Los sentimientos y pensamientos negativos, como la ira, se originan a partir de situaciones o conflictos que generan dolor. Pero, en lugar de ponerse a luchar contra lo que ocurre, contra uno mismo, contra la comida y el cuerpo, el camino hacia la recuperación se encuentra aceptando la situación actual y la realidad tal

como es. A partir de ese punto es posible el trabajar de manera eficaz para bajar de peso. (Cormillot, 2010)

Cabe destacar que, si bien existen numerosas investigaciones que relacionan a la obesidad con emociones negativas en general y también estudios sobre enojo relacionado con problemas médicos como hipertensión, enfermedades coronarias y cáncer, no se han encontrado estudios previos que traten exclusivamente las variables observadas en el presente trabajo: enojo y obesidad, a pesar de que algunos autores como Spielberger (1991) describen el vínculo entre dichas variables en sus publicaciones.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio:

Estudio Descriptivo.

3.2. Participantes:

La muestra está compuesta por los pacientes de los grupos de descenso de peso de adultos de un centro terapéutico dedicado al tratamiento de la obesidad y otros trastornos alimenticios. Cada grupo cuenta con aproximadamente 50 miembros, que tienen una edad promedio de 45 años y de ambos sexos, siendo en un 80 % mujeres y en un 20 % hombres.

3.3. Instrumentos:

El instrumento utilizado fue la observación no participante de las sesiones de los grupos de descenso de peso de adultos y el registro de dichas observaciones. Como complemento se administró el Inventario de Expresión del Enojo Estado-Rasgo (STAXI), en su versión adaptada por la Dra. Nora Leibovich de Figueroa en el año 2000. (Leibovich de Figueroa, et al.)

El inventario fue creado por Charles Spielberger en el año 1979 y ha tenido sucesivas ediciones. El STAXI permite la evaluación de la experiencia y la expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control del enojo) Es auto administrable, no tiene límite de tiempo y puede ser utilizada a partir de los 13 años de edad. Se compone de 44 afirmaciones, cada una es evaluada por el sujeto examinado según una escala de tipo Likert que puntúa del 1 al 4 siendo: 1 (no), 2 (algo), 3 (bastante) y 4 (mucho). El total de los 44 ítems puede dividirse en 6 escalas y 2 subescalas:

- Estado de enojo: mide la intensidad del sentimiento de enojo experimentado por un sujeto, en un momento determinado. (Ítems 1 a 10)
- Rasgo de enojo: mide la predisposición del sujeto a experimentar enojo (ítems del 11 al 20), que a su vez tiene 2 subescalas:
 - Temperamento irritable: mide la predisposición general a experimentar y expresar enojo sin una provocación específica (ítems 11, 12,13 y 16)
 - Reacción de enojo: mide la predisposición a expresar enojo a partir de una provocación específica (ítems 14, 15,18 y 20)
- Enojo hacia afuera (AX/OUT): mide la frecuencia con la que un individuo expresa enojo hacia otras personas u objetos del entorno (ítems 22, 27, 29, 32, 34, 39, 42 y 43)
- Enojo hacia adentro (AX/IN): mide la frecuencia con la que un individuo contiene o suprime los sentimientos de enojo. (Ítems 23, 25, 26, 30, 33, 36, 37 y 41)
- Control del enojo (AX/CON): mide la frecuencia con la que un individuo domina esta emoción (ítems 21, 24, 28, 31, 35, 38, 40 y 44).

-Expresión del enojo (AX/EX): se obtiene a partir de los ítems de las escalas AX/OUT, AX/IN y AX/CON. Brinda un índice general de la frecuencia con la cual el enojo es expresado de manera inadecuada.

La puntuación para cada ítem es de 1 a 4, luego se suman los valores para cada escala y subescala. Una vez obtenido el puntaje bruto, se busca el percentil correspondiente a cada escala y subescala evaluada según sexo.

3.4. Procedimiento:

Se recolectaron los datos durante todo el transcurso de la pasantía en la institución, desde el 18 de agosto de 2010 hasta el 18 de diciembre de 2010, registrando las observaciones de dos grupos de descenso de peso de adultos. Además, se administró el Inventario de Expresión del Enojo Estado-Rasgo (STAXI) en uno de dichos grupos durante la segunda quincena del mes de octubre de 2010. La participación fue voluntaria y en el mismo lugar de asistencia.

IV. RESULTADOS

Objetivo 1: Describir el/los tipo/s de enojo observados en los grupos de adultos de descenso de peso.

Luego de terminada la pasantía es posible inferir, a lo largo de todas las observaciones realizadas que, como señala Ravenna, la persona obesa se enoja consigo misma debido a que, en su pelea interna con la comida, ésta última siempre le gana. Tal como relata L, un paciente de la clínica de 30 años: “Vengo haciendo el tratamiento bien pero me ponen un plato de comida y ¡eso me gana! ¡Es un segundo de porquería! ¡Me da una bronca!” (nota de observaciones, 11 de noviembre de 2010) o como señala G, 36 años: “ Me enoja no poder con esto, estar frente a la comida y no saber parar” (nota de observaciones, 3 de noviembre de 2010)

Se han observado actitudes compulsivas y enojo producto de tales situaciones, en las que la persona no tiene dominio sobre la comida, como cuenta I, de 58 años: “Yo estaba haciendo todo bien, perfecto, quité todo lo engordante de mi casa y el fin de semana lo único que había eran galletas de arroz porque mis hijas las comen....y ¡me devoré el paquete! ¡No puede ser!” (nota de observaciones, 24 de agosto de 2010) Frente a este relato, una compañera de grupo llamada A, de 31 años agrega: “Produce mucho enojo con uno mismo esa actitud voraz, no importa frente a que tipo de alimento sea, molesta mucho igual” (nota de observaciones, 24 de agosto de 2010)

Muchas veces, el hecho de saber cómo se deben hacer las cosas, de haber adquirido mucha información asistiendo a los grupos, no garantiza que luego los pacientes puedan llevar ese conocimiento a la acción; como señalan las terapeutas: el *saber* no es igual al *saber hacer*. De hecho hay pacientes en la clínica que son profesionales de la salud, pero ese conocimiento no los salva de la obesidad.

V, de 36 años relata: “Sé que tengo que hacer la dieta, sé perfectamente cómo es la dieta, sé que tengo que venir a los grupos....y después me enoja que sabiendo todo eso yo hago las cosas mal” (nota de observaciones, 22 de septiembre de 2010)

En algunos pacientes, los menos, se ha observado enojo hacia afuera. Principalmente en un paciente que lleva mucho tiempo en la clínica, que bajó bastante de peso pero le falta mucho más y hace un largo tiempo que está estancado. Dicho paciente se llama J como le dicen en los grupos. Este paciente está permanentemente enojado, con mala cara, malhumorado con todo y con todos. Cada vez que habla es para pelearse con algún compañero o terapeuta. Pero nadie le presta demasiada atención a su enojo porque todos saben como es J. Él mismo, luego de muchas charlas reconoce su forma de ser y reconoce que necesita cambiar, dice: “¡me di cuenta después de mucho tiempo que me la agarro con todos y sigo sin avanzar!” (nota de observaciones, 5 de octubre de 2010)

Como sostienen Leibovich de Figueroa, Schmidt y Gol (2001) los sujetos que experimentan enojo hacia afuera, lo expresan en comportamientos agresivos, insultos, amenazas u otras expresiones, hacia personas u objetos del entorno.

M, una ex paciente de 40 años, que retoma el tratamiento comenta: “mi marido me dijo que venga a la clínica. Se ve que estoy insoportable, así que acá estoy.”

(nota de observaciones, 6 de octubre de 2010)

R, de 38 años dice: “quiero empezar a tener espacios para mí, poder decir ¡basta! A todo lo que no me gusta y me tiene harta. Siento que estoy en un momento en el que empecé a mandar a la mierda un montón de cosas que no quiero” (nota de observaciones, 3 de noviembre de 2010)

En el centro se sostiene que si la bronca y el enojo sirven como motor para progresar, para hacer cambios y salir de situaciones que a uno lo molestan, entonces eso es bueno y el enojo es algo productivo. El director del centro dice que: “el enojo a veces es el impulso que te lleva a salir del pozo” (nota de observaciones, 10 de noviembre de 2010)

De lo contrario, si una persona se queda encerrada en su ira, no solo no logrará sentirse mejor sino que empeorará su situación. C, una paciente de 42 años relata: “tuve un primer período de lucha contra el tratamiento y contra mi misma, hasta que pude tranquilizarme y tomar conciencia de mi realidad. Ahora estoy mucho más reflexiva y soy mucho más conciente de mis actos” (nota de observaciones, 29 de septiembre de 2010). V, de 34 años dice: “estoy luchando con estos últimos dos kilos que me faltan para llegar a mi peso” a lo cual la coordinadora del grupo le responde: “no se trata de luchar, se trata de poner toda la energía y todo el esfuerzo para lograrlo” y agrega: “el enojo y el lamento permanente no sirven para nada” El enojo es destructivo cuando se vive todo como una batalla constante. (Levy, 2006)

Para complementar las observaciones realizadas, respondiendo al primer objetivo que intenta describir el/los tipo/s de enojo observados en los grupos de adultos de descenso de peso, se administró el STAXI a una muestra de 50 participantes

voluntarios. Se calcularon los porcentajes de casos para cada una de las dimensiones evaluadas por el STAXI obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1.

Dimensiones STAXI, frecuencias y porcentajes.

Escalas STAXI	Porcentajes obtenidos	N° de casos
Estado de enojo	90%	45 casos
Rasgo de enojo	10%	5 casos
Temperamento irritable	10%	5 casos
Reacción de enojo	20%	10 casos
No presentan puntaje significativo	70%	35 casos
Enojo hacia afuera	20%	10 casos
Enojo hacia adentro	70%	35 casos
Control de enojo	10%	5 casos
		Total= 50 casos

Una vez obtenidos los puntajes brutos para cada escala, se pasaron dichos puntajes a percentil, según las tablas de distribución percentilar del STAXI. Para calcular los porcentajes se consideraron únicamente los puntajes significativos, desde percentil 75 en adelante que según Leibovich de Figueroa, Schmidt y Gol son más propensos a experimentar, expresar y/o suprimir sentimientos de enojo que los sujetos con puntajes inferiores.

La primera escala evalúa si el enojo aparece como estado o como rasgo de la personalidad de un sujeto. Del total de casos evaluados (n=50) sólo el 10% de ellos evidencia enojo como un rasgo de su personalidad, mientras que el 90% manifiesta dicha emoción como un estado, es decir, como algo momentáneo, puntual y pasajero.

La segunda escala en realidad es una subescala porque forma parte de *rasgo de enojo*, pero se evalúa de manera independiente. El 10% de los sujetos manifiestan un temperamento irritable, lo que indica que existe una cierta predisposición general para experimentar enojo sin que existan provocaciones específicas. El 20% presenta un puntaje mayor en la escala reacción de enojo, lo cual indica la

predisposición a expresar enojo cuando se es criticado o tratado injustamente por parte de otros sujetos. El 70% restante no presenta un puntaje significativo en ninguna de las subescalas de rasgo de enojo.

En cuanto a la tercera escala, que evalúa hacia dónde se dirige el enojo y el grado de control existente sobre el mismo, el 20% de los sujetos de la muestra experimentan enojo hacia fuera, es decir, tienden a manifestar su enojo hacia otras personas u objetos del entorno. Mientras que el 70% de los sujetos experimentan enojo hacia adentro, lo que indica que la mayoría de los pacientes evaluados suelen suprimir o contener sus sentimientos y reacciones de enojo o dirigirlos hacia si mismos. El 10% restante muestra control del enojo y son los sujetos que suelen dominar esta emoción adecuadamente.

Objetivo 2: Analizar ante qué situaciones del tratamiento aparece el enojo de los pacientes en los grupos de descenso de peso.

El enojo aparece en aquellas situaciones en que las personas se sienten frustradas debido a que esperaban algo que finalmente no sucedió. (Levy, 2006)

Se han observado varios pacientes, especialmente los nuevos, que haciendo la dieta perfecta esperaban obtener mejores resultados y entonces traían su enojo y su decepción a los grupos. Dado que el tratamiento de esta institución promete que si se realiza la dieta perfecta se baja mucho de peso en muy poco tiempo, se registraron comentarios como el de O, de 69 años: “Tengo una bronca.... ¡en 1 mes bajé sólo 1 kilo! Tengo que ir a la médica porque no puede ser...” (nota de observaciones, 20 de octubre de 2010) o como el de E, de 22 años que dice: “Yo el primer mes había bajado solo 100 gramos. Imagínense cómo estaba ¡me quería matar! Hasta que entendí que tenía que ser paciente conmigo. Hoy ya llevo bajados 23 kilos en 7 meses. (nota de observaciones, 20 de octubre de 2010)

Como señala Redorta (2006), existe una creencia de que todo debería suceder como a uno le gustaría y, de no ser así, aparece la frustración.

En otros casos, se observaron pacientes enojados por no bajar de peso tan rápido como otros compañeros del grupo, tal es el caso de N, una paciente de 27 años que empezó hace poco y comenta estar enojadísima por no bajar tanto como otros compañeros que bajaron mucho más en el mismo tiempo. Lo mismo comenta T, de 26 años que dice: “Yo hace una semana que empecé el tratamiento y estoy muy enojada ¡porque bajé re poco! Y veo a otros que bajaron mucho en una semana....” Frente a estos comentarios, la coordinadora explica que cada cuerpo es distinto en cuanto a los tiempos pero que no se preocupen porque si siguen la dieta perfecta: “se baja si o si” (nota de observaciones, 21 de octubre de 2010)

Como sostiene en reiteradas oportunidades el director dice: “en este tratamiento hay que hacer las cosas bien, porque hacerlas a medias no sirve, pero el que hace bien las cosas, baja.” (nota de observaciones, 25 de agosto de 2010)

D, de 47 años relata: “había hecho todo un cálculo de cuánto iba a bajar cada día y estos días estuve estancada, pesaba siempre lo mismo ¡y estaba tan enojada! Recién hoy me tranquilicé un poco porque de ayer a hoy pude bajar” (nota de observaciones, 2 de noviembre de 2010) y Valeria, de 34 años dice: “ me enoja decir siempre lo mismo: que me faltan bajar 4 kilos para llegar a mi peso y sé que no estoy haciendo la dieta a la perfección” (nota de observaciones, 1 de septiembre de 2010) Esta situación en la cual los pacientes se sienten estancados con respecto a su descenso de peso se observó muy seguido en los grupos. Ravenna dice que: “uno puede lograr lo que quiere de manera fácil o difícil. El método propone que sea fácil, eliminando las sustancias que producen adicción (azúcares, pan, pastas, arroz, etc.) Aunque les dé más bronca dejar todos esos alimentos, es más fácil seguir una dieta sin ellos.” (nota de observaciones, 28 de agosto de 2010)

El hecho de tener que renunciar a ciertos alimentos y seguir los límites impuestos por el tratamiento es uno de los disparadores de diversas emociones, entre ellas enojo. Como les dice una de las coordinadoras: “ustedes no quieren dejar de comer, pero lo que no entienden es que no pueden comer todo lo que quieren para estar de la forma que quieren”

Se observó enojo y culpa si no se respetan los límites del tratamiento. ML, una paciente de 46 años señala: “cuando como algo de más, aunque sea un kiwi ¡me genera una culpa tremenda!” (nota de observaciones, 2 de septiembre de 2010)

El comer asociado a emociones fue una situación observada con mucha frecuencia en los grupos, producto de algún hecho puntual que los pacientes hayan estado atravesando, sumado al estricto lineamiento del Método.

Como indica Cadalso (2007), la comida a veces cumple la función de tranquilizar, acompañar, evitar un enfado, pero luego de haber comido la situación sigue estando allí y las emociones también. Las emociones a veces están señalando que algo no va bien. Como relata AC, de 36 años: “Querés matar a alguien pero te comés 3 kilos de helado y te tranquilizás....con esto quiero decir que a veces no resuelvo lo que tengo que resolver y me refugio en la comida...quizás otra persona toma un rivotril o hace otra cosa” (nota de observaciones, 1 de septiembre de 2010) y S, de 65 años relata: “ Este fin de semana me agarró una bronca bárbara, porque vino mi hijo a decirme que se separaba y a la hora de la cena me ofreció una empanada....¡y yo acepté! ¡Con eso me salí del tratamiento! Me sentí tan mal conmigo, tan enojada. La empanada no me aportó nada más que bronca” (nota de observaciones, 5 de octubre de 2010)

Otra paciente llamada D, de 54 años, luego de escuchar varias confesiones de otros pacientes dice lo siguiente: “nosotros somos complejos, difíciles y después encima nos enojamos porque hacemos las cosas mal! Pienso que hay que trabajar mucho con uno mismo” y F, de 32 años señala: “lo que pasa para mí es que nosotros mezclamos emociones con comida” (nota de observaciones, 5 de octubre de 2010)

Tal como puede deducirse de las observaciones, el momento del tratamiento en el que aparece enojo es en la gran mayoría al inicio del mismo, en el momento en que se tiene mucha ansiedad por obtener los resultados deseados en poco tiempo. O en aquellos momentos en que los pacientes están atravesando circunstancias personales difíciles, que los movilizan emocionalmente pero que, al mismo tiempo, saben que el tratamiento desapruueba a quienes recurren a la comida en dichas situaciones.

También se manifiesta con mucha frecuencia en aquellos pacientes que están estancados, haciendo las cosas a medias, a veces bien y a veces no tanto. Como señala una de las coordinadoras: “Si se estancan a mitad del tratamiento, es como ir a Mar del Plata y quedarse en Dolores”.

Objetivo 3: Describir cómo es el manejo del enojo desde las intervenciones de los terapeutas de este centro terapéutico.

La idea de los grupos terapéuticos del centro es que los pacientes hablen de otras cuestiones que no sean la comida, que cuenten cómo están y cómo van con el tratamiento. Se trabaja de acuerdo a los temas que surgen en cada encuentro, intentando generar un compromiso con el grupo ya que se sostiene que de todas las adicciones se sale en compañía. Como expresa una de las coordinadoras: “el que se queda solo fracasa, como en toda adicción para tener éxito hay que estar en los grupos, cuanto más puedan venir mejor” y además destaca que “los que mejor hacen la dieta son los que vienen también los fines de semana” (nota de observaciones, 25 de agosto de 2010)

Cada terapeuta de la institución aborda el grupo de manera distinta según su formación y experiencia profesional, más allá de que la institución sostenga que se basa en la terapia cognitivo conductual. Independientemente del marco teórico utilizado, el aspecto mental y el conductual son cuestiones que se trabajan permanentemente en los grupos, del mismo modo que el aspecto emocional.

Los grupos del centro sirven para que los pacientes compartan sus experiencias y para que escuchen las experiencias exitosas de otros pacientes, pudiendo servirles como un modelo a seguir. Además, el grupo actúa como un espejo, donde cada uno se da cuenta que existen otras personas a las que les pasa lo mismo.

Como señala Bulacio (2004), con la modalidad grupal se facilita el intercambio de información, se obtiene contención afectiva y se pueden sanar emociones, se

organizan redes sociales y se aprende a través de la observación e imitación de modelos.

En los grupos del centro se indaga mucho acerca de lo que cada paciente piensa de si mismo y de su situación personal y, en caso de ser necesario, se apunta hacia la reestructuración cognitiva corrigiendo aquellos pensamientos erróneos, como en el caso de MR, una paciente de 35 años que sostiene: “¡Yo soy una gorda!...solo así puedo definirme porque es lo único que siento, que soy gorda” frente a lo cual una terapeuta de la clínica dice: “¡No! Vos no sos gorda, vos estás gorda que es muy distinto.” (nota de observaciones, 16 de septiembre de 2010)

Una terapeuta les dice que: “tienen que empezar a detectar los pensamientos negativos, adictivos y mentirosos que tienen, ya que la adicción está llena de excusas que se dicen ustedes mismos” “y tienen que empezar a hablarse como flacos y aprender a decir: ¡No gracias!” (nota de observaciones, 22 de septiembre de 2010)

Beck señala que las personas obesas tienen pensamientos de desaprobación, fracaso y culpa. Creen que esta enfermedad es lo que les tocó en la vida y que es un estado definitivo. Piensan que no pueden hacer ninguna dieta bien, ya que no pueden resistirse frente a la comida.

El director del centro dice: “hay muchas creencias equivocadas respecto a los gordos, se piensa que esto es un destino y ¡no es así! Creo que muchos usan lo del destino o los genes como excusas para seguir comiendo” (nota de observaciones, 9 de septiembre de 2010)

Otra cuestión en la que se basan los grupos terapéuticos es que los pacientes puedan salir de los excesos propios de toda adicción, excesos que se reflejan también en los comportamientos y actitudes en general. Como señala una de las coordinadoras del grupo intensivo: “¿Si te veo te tengo que comer? No necesariamente....¿Por qué tiene que ser “todo o nada”? siempre tienden a los excesos. Habría que pensar ¿Qué nos pasa que siempre queremos mucho? ¿Por qué no valoramos lo poco?” (nota de observaciones, 30 de septiembre de 2010)

En los grupos se habla de obesidad como adicción a la comida y como una enfermedad de la medida. Se utiliza la frase “estás morfado” como sinónimo de

“estás drogado”, como lo expresa una terapeuta del grupo intensivo: “¡no puede surgir nada bueno si estás morfado, lleno de harinas!”

Se explica el tema de los excesos desde los conceptos de Corte, Medida y Distancia. Estos conceptos son retomados constantemente en los grupos, sobre todo si hay gente nueva. Uno de los terapeutas indica que: “No se mide sólo la comida, también se empiezan a medir otras cosas. Hay que medirse con las quejas, con el enojo, con los insultos. No tiene por qué ser “todo o nada”, o comerse todo o hacer ayuno, eso no” (nota de observaciones, 30 de septiembre de 2010)

El tratamiento del centro terapéutico implica una decisión constante por parte de los pacientes, acompañada de acciones concretas tendientes a modificar sus hábitos de vida. En consecuencia, en todos los grupos siempre hay un coordinador que recuerda que: “Si hacen las cosas bien, si respetan el Corte, la Medida y la Distancia, con la vianda y mucho líquido, se van a sentir bien y van a estar tranquilos. Pero si prefieren embroncarse, ya es cosa de ustedes” (nota de observaciones, 19 de agosto de 2010) Se hace hincapié constantemente en el consumo de las viandas que están en venta en el bar de la clínica. Se promueve su uso bajo el lema: “yogur y vianda, nada más”. Se aplaude y se felicita siempre a quienes hacen las cosas perfectas, lo cual es un reforzamiento positivo. Y se comenta por qué les va bien: “fíjense que ella no se sale nunca de la dieta y viene todo el tiempo a la clínica, sobre todo los fines de semana y ya la ven, todo lo que bajó” dice una coordinadora refiriéndose a una paciente llamada K, de 22 años que lleva bajados 41 kilos. (nota de observaciones, 3 de noviembre de 2010)

Debido a que este es un tratamiento sin medias tintas, entran en juego muchas emociones, entre las cuales está principalmente el enojo, tal como señala una terapeuta de la institución: “Este tratamiento pone un límite, pero lo que tendré que ver es ¿Qué me pasa con ese límite? ¿Me enoja? ¿No lo puedo tolerar? ¿Quiero putear al método? Cada uno tendrá que ver qué le pasa para poder trabajar con eso y que no interfiera su dieta” (nota de observaciones, 20 de agosto de 2010) o el mismo director cuando dice: “Acá el que fracasa es el mediocre, el tipo

mediocre es aquel que siempre está a mitad de camino, al que siempre le faltan cinco para el peso” (nota de observaciones, 17 de noviembre de 2010)

El tema del enojo aparece con muchísima frecuencia en todos los grupos del centro terapéutico, no sólo en relación a los límites impuestos por el tratamiento, sino también por el vínculo dañino que se tiene con la comida, donde suceden situaciones diariamente que los pacientes no logran manejar. Una terapeuta de la clínica señala: “Dicen que el tema es la comida, cuando en realidad el tema es ¡no me aguanto! No aguanto el no poder parar, no aguanto el hecho de haberme acostumbrado a estar así...” (nota de observaciones, 1 de diciembre de 2010)

Y el enojo existe además como un capricho, por el hecho de no poder comer todo lo que se quiere, para estar como se quiere. Como señala S, una de las coordinadoras de la clínica: “la parte gorda es la parte más caprichosa, más de niño de ustedes, ahora saquemos al flaco” (nota de observaciones, 5 de octubre de 2010)

Los terapeutas de la institución muchas veces fomentan en los pacientes el cambio de foco, cuando están pasando por una situación que emocionalmente los moviliza. Dice una de las coordinadoras: “¿Para qué te sirve comer cuando tenés un problema, o cuando estás enojado o triste? Para eso es mejor llorar o golpear almohadones. Si tienen bronca ¡salgan a correr o hagan algo, pero no se queden en la heladera!” (nota de observaciones, 21 de agosto de 2010) Otro ejemplo es una frase muy común de una de las coordinadoras que sostiene: “Acuérdense que no hay que faltarle el respeto a las emociones. Les faltamos el respeto cuando, en vez de permitirnos sentir y ver qué nos pasa, recurrimos a la comida. Aunque el sentimiento nos genere alegría, no hay que opacarla comiendo.” (nota de observaciones, 10 de septiembre de 2010) Para lograr ese cambio de foco se trabaja con entrenamiento asertivo para que cada uno pueda expresar lo que siente o piensa de manera adecuada y sin tener que recurrir a la comida.

Una técnica muy utilizada en el centro terapéutico es el modelado. Suele haber en los grupos algún ex paciente de la clínica que le cuenta su experiencia exitosa a los demás, los detalles de cómo realizó el tratamiento, lo bien que se siente y cómo cambió su vida, muchos de ellos se mantienen en su peso desde hace 10 o

15 años. Esta técnica es muy útil para motivar a los pacientes en tratamiento, ya que viendo que otros pacientes que estaban igual que ellos pudieron, significa que ellos también van a poder, si se lo proponen y siguen el ejemplo. Como manifiesta MJ, de 50 años: “Vi a otra persona que era muy obesa y que había adelgazado mucho acá, entonces dije ¡yo quiero eso!” (nota de observaciones, 1 de diciembre de 2010)

Bandura (1976) define al modelado o aprendizaje por observación como aquel que se basa en una situación social, donde están involucradas al menos dos personas, una de las personas es el modelo de la conducta a seguir y la otra es la persona observadora de dicho comportamiento. En este tipo de aprendizaje se obtiene información a partir de la observación, para luego aprender a partir de imitar el modelo.

Algunas intervenciones utilizadas son psicoeducativas. En ellas se les explica a los pacientes diversas cuestiones de índole psicológico, fundamentalmente a través de los conceptos de corte, medida y distancia y también dando explicaciones sobre los mecanismos químicos desencadenados en el cerebro cuando se consume o se deja de consumir determinado alimento. Pero no se ha observado que se expliquen claramente otras cuestiones, como el significado de los pensamientos automáticos o las creencias irracionales. GR, una de las coordinadoras, dice que: “el cuerpo cambia más rápido que la cabeza. Por eso les sirve seguir en mantenimiento una vez que lleguen a su peso” (nota de observaciones, 15 de septiembre de 2010) Lo mental se limita a frases como la mencionada o como “tienen que pensar como flacos” que es una constante en todos los grupos.

Una terapeuta del centro terapéutico pregunta: “¿Qué es lo que saben cuidar más, este tratamiento o la gordura? ¡saben cuidar más la gordura! Porque es lo que están acostumbrados a cuidar, por eso es mucho más fácil quedarse con ella. Porque para cuidar este tratamiento hay que aprender a estar flaco, aprender a elegir bien y animarse a salir de lo conocido” (nota de observaciones, 9 de diciembre de 2010)

Hay una frase que una coordinadora utiliza con frecuencia que es “Yo me conozco”, siempre la nombra en sus grupos porque quiere que los pacientes aprendan a utilizarla y les sea útil: “Yo me conozco que si pruebo esta comida no voy a poder parar, así que mejor no la toco. Yo me conozco que no tengo que comprar determinado alimento hasta que no entrene más mis conductas. Yo me conozco que si me excedo me voy a enojar mucho conmigo mismo” y se utiliza esta frase para muchas cuestiones que le suceden o pueden sucederle al obeso en su vida diaria. (nota de observaciones, 13 de diciembre de 2010)

Otra de las terapeutas les dice: “empiecen a hablarse de otra manera, corten con los fracasos de hacer cada tanto las cosas bien y busquen el gusto y el placer en otras cosas de la vida. La comida no tiene la función de divertir, ni de despertar, ni de dormir, ni de calmar...esas cosas están en la vida, no en la comida” (nota de observaciones, 21 de octubre de 2010) Una de las coordinadoras del grupo Si señala que: “la obesidad, además de las otras enfermedades que trae, produce mal humor, enojo, estrés, agotamiento mental. Hay una relación entre lo que comemos y cómo nos sentimos” (nota de observaciones, 28 de octubre de 2010)

V. CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto, es posible arribar a varias conclusiones sobre el tema tratado.

En términos generales, se ha observado que el enojo en los pacientes obesos del centro terapéutico aparece cada vez que sienten que la comida les gana, que no pueden ejercer dominio sobre ella y se sienten frustrados. En la mayoría de los casos observados, el enojo aparece como una emoción dirigida hacia adentro, hacia el self o si mismo.

Se observó que la emoción de enojo aparece toda vez que los pacientes quedan estancados con respecto al tratamiento, cuando permanecen mucho tiempo en la mitad del camino en relación a los kilos bajados y cuando suelen realizar todo “mas o menos” o no tan “perfecto” como exige el método Ravenna.

Este tipo de tratamiento requiere de una decisión constante por parte del paciente para llevarlo a cabo, decisión que es difícil de sostener en el tiempo.

En otros casos, se ha observado enojo en pacientes nuevos, que llegan enojados consigo mismos por su situación actual. Pero aquí la carga de enojo parece disolverse al recibir los mensajes esperanzados de aquellos pacientes que ya descendieron mucho de peso y también por las ilusiones propias de todo nuevo tratamiento.

Debido a que en el centro terapéutico no existen los grises, quien ingresa se da cuenta rápidamente que es un sitio donde deben “hacerse las cosas bien” o, lo que es lo mismo, respetar a rajatabla las indicaciones de los médicos, sin permisos ni concesiones de ningún tipo. Es un tratamiento drástico, que se impone bajo el lema “ni una arbeja de más” y en caso de existir esa “arbeja” se condena la conducta del paciente, generando aun más culpa de la que el obeso ya trae consigo.

Por consiguiente, el tratamiento del centro terapéutico puede servirle a algunas personas y a otras no, esto dependerá fundamentalmente de las características propias de la personalidad de cada uno. Habrá quienes puedan tolerar este sistema y quienes no.

El comer siempre tendría que ser placentero y ningún alimento debería estar prohibido. Lo que sí se debería evitar es caer en las dietas de moda o dietas mágicas, para poder seguir una alimentación equilibrada, que permita a las personas mejorar su calidad de vida y sentirse bien con su cuerpo. (Katz, 2008)

Como señala Montignac (1999) cuando el régimen es muy diferente a la alimentación habitual y se basa en una gran restricción alimentaria, el resultado más frecuente es la alteración del metabolismo y el posterior aumento de peso.

Otro punto a cuestionar de la institución son algunas creencias instaladas en los grupos de descenso de peso de adultos, que se han observado durante todo el transcurso de la pasantía. Las mismas están basadas en el hecho de que “tienen que pensar como flacos” y quizás lo más adecuado sería “tienen que tener buenos pensamientos” o “tienen que elegir pensamientos positivos” porque, en definitiva, ¿qué sería pensar como flaco? ¿Acaso todos los flacos piensan igual? ¿O será que todos los gordos piensan mal?

Muchas veces los terapeutas han dicho que “el flaco, cuando está angustiado, en vez de comerse un alfajor sale a correr” O “al flaco lo tienta una manzana verde” ¿Realmente esto será así?

A partir de lo observado es posible señalar que se endiosa demasiado a las personas flacas, dando a entender que los pensamientos y las conductas adecuadas son de ellos. Se promueve una idea de perfección ligada al flaco, lo cual no hace más que cargar de presiones al obeso que trata de parecerse algún día a ese ideal de persona delgada.

Por lo tanto, se considera que hay distorsiones y pensamientos inflexibles no sólo por parte de los pacientes sino también del centro terapéutico, que impone sus verdades y no admite cuestionamientos. El director constantemente afirma lo que piensa como verdades indiscutibles. Él mismo reconoce ser una persona muy terca, que defiende sus ideas y sostiene que nadie puede poner en duda su método.

La base de un tratamiento para adelgazar debería ser corregir aquellas conductas y pensamientos disfuncionales que generan sufrimiento en el paciente obeso y no habría que perder ese foco, confundiéndolo con el ideal de flaco. Como señala

Vázquez (2007) la psicoterapia cognitivo conductual apunta a la comprensión y modificación de las cogniciones y de las conductas en el presente, intentando reducir el impacto de las cogniciones negativas sobre el estado anímico, así como también reparar y mejorar la capacidad de afrontamiento frente a las distintas situaciones de la vida diaria.

Se debería trabajar para que los pacientes puedan aprender a hablarse a si mismo de otra manera, creando un nuevo diálogo interno, con el consecuente cambio emocional, así como también ensayando nuevas conductas más beneficiosas.

Haciendo referencia al enojo, esta emoción por si sola no es causa de obesidad, pero el inadecuado manejo del enojo puede llevar a las personas a comer en exceso.

El obeso que se enoja y come sin medida para calmar su malestar, luego se sentirá mucho más enojado consigo mismo por la conducta adoptada, sobre todo si está realizando un tratamiento para bajar de peso. Se genera así un círculo vicioso que sirve únicamente para agravar su situación. La obesidad muchas veces es, entre otras causas, la dificultad de las personas para enfrentar los problemas de la vida diaria.

El enojo en el obeso puede ser útil cuando le desagrada lo que ve de si mismo y la vida que lleva, entonces ese enojo puede servir como impulso para salir de la situación molesta y buscar posibles soluciones. El error sería quedarse atrapado por esa emoción y permanecer en estado iracundo con uno mismo y con el entorno, sin solucionar nada

Considerando el aspecto emocional, la idea es que las personas obesas puedan empezar a conectarse más consigo mismas, que puedan entender qué les pasa, qué necesitan y cómo se sienten, eliminando sus preconceptos y creencias negativas, y el impulso que las lleva hacia la comida ante cualquier acontecimiento disparador, pudiendo desarrollar otras actitudes más adecuadas. Para ello, es necesario que los obesos estén dispuestos a tomar conciencia de sí mismos y de su realidad, que aprendan a identificar pensamientos automáticos negativos y cómo los mismos repercuten sobre sus emociones y conductas, para luego poder

realizar las modificaciones que sean necesarias. En estos aprendizajes debería basarse el trabajo terapéutico.

Dado que la obesidad es una problemática compleja, formada por factores muy diversos, su solución también es compleja, ya que se debe considerar a la persona en su totalidad y no solamente las cuestiones médicas. Se sostiene que un tratamiento equilibrado y no tan drástico sería más adecuado que el tratamiento propuesto por el método de adelgazamiento del centro. El encuentro con un punto de equilibrio, significa que las personas que padecen esta enfermedad puedan llevar una vida saludable y de disfrute sin caer en puntos extremos, de restricciones o de voracidad.

Por último, cabe destacar que mantenerse delgado no es sólo tener determinado peso en la balanza, sino que implica haber cambiado actitudes, conductas, pensamientos, emociones y principalmente hábitos de vida, los cuales requieren de mucho tiempo y constancia para ser modificados.

En cuanto a los interrogantes con respecto a investigaciones futuras, sería interesante avanzar en el conocimiento de esta relación entre el enojo y la obesidad mediante el análisis de la misma en pacientes que estén realizando otros tratamientos para adelgazar, fuera del centro terapéutico y luego comparar los resultados obtenidos respecto a dicha emoción entre los grupos de pacientes de los distintos tratamientos. Una cuestión a observar sería la posible relación entre la rigidez del tratamiento y el enojo en pacientes adultos en plan de reducción de peso.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1976). *Aprendizaje social*. España: Alianza.
- Beck, J. (2007). *The beck diet solution: train your brain to think like a thin person*. Alabama: Oxmoor House.
- Belloch, A. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw- Hill.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Braguinsky, J. (1996). *Obesidad: patogenia clínica y tratamiento*. Argentina: El Ateneo.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nueva York: Basic Books.
- Bruch, H. (2002). *La jaula dorada*. Barcelona: Paidós.
- Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Cadarso, V. (2007). *Las emociones ¿engordan o adelgazan?* Madrid: Palmyra.
- Cairo, Cristina (2010) *Lenguaje del cuerpo*. Buenos Aires: Kier.
- Cantú Martínez, P.C. y Moreno García, D. (2007). Obesidad: una perspectiva epidemiológica y sociocultural. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 8 (4). Recuperado el 1 de febrero de 2001 de http://www.respyn.uanl.mx/viii/4/ensayos/obesidad-epidemiologia_y_cultura-bb.htm
- Cañamares, E. (2002). *¿Por qué no puedo adelgazar?: Causas psicológicas de la obesidad*. España: Algaba.

- Centro Terapéutico Máximo Ravenna [CTMR] (s/f). Recuperado el 2 de noviembre de 2010 de <http://www.maximoravenna.com/>
- Cofer, C.N. (1983). *Motivación y emoción*. Bilbao: Descleé.
- Cordella Patricia (2008). ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM IV)?. *Revista Child Nutrition*, 35 (3). Recuperado el 8 de febrero de 2011 de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35n3/art03.pdf>
- Cormillot, A. (1991). *El arte de adelgazar*. Buenos Aires: Vergara.
- Cormillot, A. (2010). *Cómo adelgazar y mantenerse con el Dr. Cormillot*. Buenos Aires: Paidós.
- Ellis, A. y Grieger, R. (2003). *Manual de terapia racional emotiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Fernández Abascal, E., Martín Díaz, M.D., Domínguez Sánchez, J. (2008) *Procesos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Álvarez, H. (2008). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Gil, L. (2008) Problemática de la obesidad: abordaje interdisciplinario. Perspectiva psicológica. *Revista Obesidad*. 19 (2), 23-30.
- Goleman, D. (1997) *La salud emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Vergara.
- Katz, M. (2008). *La no dieta*. Buenos Aires: Grupal Logística.
- Last, G. (2000). *5 razones por las que comemos en exceso*. España: Urano.
- Leibovich de Figueroa, N.B., Schmidt, V. & Gol, S. (2001) Protocolos para la Ecoevaluación Psicológica del Stress. Ficha nº 7 del Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, U.B.A.
- Levy, M. (2006). *La sabiduría de las emociones*. Barcelona: De Bolsillo.
- Montero, J. (2009). *Comer: una adicción saludable y peligrosa*. *Revista Obesidad*. 20 (3), 5-8.

- Montignac, M. (1999). *Comer, adelgazar y no volver a engordar*. Barcelona: Muchnik Editores S.A.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Obesidad y sobrepeso* .Recuperado el día 28 de enero de 2011 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Perpiñá, C. (1995). *Trastornos alimentarios*. En Belloch, A. Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.
- Ravenna, M. (2006). *La telaraña adictiva ¿Quién come a quién?* Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2007). *La medida que adelgaza*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Ravenna, M. (2009) *De la A a la Z, de la Z a la A*. Buenos Aires: Ediciones B.
- Recasens Mladineo, M.C. (2007) *Cómo resolver los problemas que expresa nuestro cuerpo*. México: Pax México.
- Redorta, J, Obiols, M. & Bisquerra, R. (2006). *Emoción y conflicto, aprenda a manejar las emociones*. Barcelona: Paidós.
- Salama Penhos, H. (2008). *Ponle ojo a tu enojo. Cómo manejar el enojo sin enojarse*. México: Alfaomega Grupo Editor.
- Spielberger, Ch. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Vázquez, G. (2007). *Trastornos del estado de ánimo*. Buenos Aires: Polemos.

