

UNIVERSIDAD DE PALERMO
TRABAJO FINAL DE INTEGRACION
“Afrontamiento y obesidad”
Autor: Mayra Girabel Eagleshome

PROFESORA TUTORA: María Laura Lupano
Fecha de entrega: Noviembre 2011

1	Introducción	4
1.1	Presentación de la institución	4
2	Objetivos.....	5
2.1	Objetivo general	5
2.2	Objetivosespecíficos	5
3	Marcoteórico	6
3.1	Obesidad.....	6
3.1.1	Definición	6
3.1.2	Causas	7
3.1.3	Tratamiento	9
3.1.3.1	Dieta	10
3.1.3.2	Ejercicio físico.	11
3.1.3.3	Terapia conductual	11
3.1.3.4	Cirugía	12
3.1.4	Obesidad como adicción	13
3.1.5	Tipos	15
3.3	Estrés.....	16
3.3.1	Definición	16
3.3.2	Desencadenantes del estrés	19
3.3.3	Procesamiento del estrés.....	19
3.3.3.1	La reacción afectiva	19
3.3.3.2	La primera Valoración	20
3.3.3.3	La segunda Valoración	20
3.3.3.4	La selección de respuesta	21
3.2	Afrontamiento	22
3.2.1	Definición	22
3		
3.2.2	Estilos y Estrategias	24
3.2.3	Evaluación cognitiva	26
3.2.4	Afrontamiento en la obesidad.....	28
4	METODOLOGÍA	30
4.1	Tipo de estudio y Diseño.....	31
4.2	Participantes	31
4.3	Instrumentos	31
4.4	Procedimiento.....	32
5	Desarrollo.....	32
5.1	Descripción de valoración de situaciones estresantes y afrontamiento en GrupoClave.....	32
5.2	Descripción de valoración de situaciones estresantes y afrontamiento en Grupo Mantenimiento.....	33
5.3	Analizar diferencias entre el Grupo Clave y el Grupo de Mantenimiento.	34
5.4	Comparación por niveles de obesidad.	35
6	Discusión	37
7	Bibliografía	42
	Anexo.....	45

1. Introducción

El presente trabajo surgió de la realización de la residencia y el cumplimiento de 320 horas en un centro donde se trata la obesidad de manera interdisciplinaria, nutricional, médica y psicológica.

La actividad principal realizada fue la observación de distintos grupos terapéuticos de la institución; tales como grupo Clave, grupos semanales de descenso, grupos de mantenimiento, grupo de adolescentes y grupo de niños.

El tema afrontamiento y obesidad surgió durante la observación de un grupo clave, al cual asistió una Doctora que trabaja en el centro de investigación. Dicha Doctora comentó sobre algunas de las investigaciones que se habían realizado y una de las más interesantes fue una donde intentaron demostrar que la dieta de 600 calorías que el método propone no genera niveles de estrés altos en los pacientes. A tal fin midieron el estrés teniendo en cuenta el cortisol en pacientes antes y después de comenzar la dieta. El resultado demostró que la dieta de tan pocas calorías no aumentaba el nivel de estrés de los pacientes, incluso se pudo observar que los niveles de cortisol habían descendido. Al pensar en estrés, surgió la pregunta sobre cómo será la valoración de las situaciones estresantes y el afrontamiento en los pacientes.

1.1 Presentación de la institución

Es una Institución dedicada al tratamiento de la obesidad en todas las etapas vitales y distintos niveles de sobrepeso u obesidad. Su objetivo principal es la modificación de hábitos perjudiciales relacionados con la comida, a partir de la toma de conciencia respecto de límites y excesos.

Ofrece planes nutricionales personalizados, educación alimentaria, terapias individuales o grupales y actividad física adaptada. La metodología utilizada es una dieta hipocalórica de 600 o 800 calorías (esta dieta excluye harinas), más suplemento de vitaminas y minerales y entre 3 a 4 litros de líquido. Además se debe asistir a los grupos como mínimo 2 veces por semana.

Trata la obesidad como un problema de conducta, adicción o tendencia a comer más de lo necesario. Los programas están basados en el concepto de corte, medida y distancia con la comida y la detección de los vínculos adictivos con ciertos alimentos. El corte es con el exceso y la voracidad. La medida es la porción, en el talle y en la acción. La distancia es con la comida y con el exceso.

Una vez que se llega al peso deseado, se sale de la dieta hipocalórica y se inicia el mantenimiento, se comienza a trabajar sobre el reconocimiento de la nueva imagen corporal en los grupos especiales de mantenimiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

- Comparar la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en el grupo Clave de descenso y en el grupo de mantenimiento.

2.2 Objetivos específicos

- Describir la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en pacientes del grupo clave.

- Describir la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en pacientes del grupo de mantenimiento.

- Analizar si existen diferencias en la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento entre el grupo clave y el grupo de mantenimiento.

- Comparar la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento por niveles de obesidad.

3. Marco teórico

3.1 Obesidad

3.1.1 Definición

La obesidad es una enfermedad no infecciosa que se transmite entre la gente, de generación en generación de forma recurrente y progresiva (Ravenna, 2009). Una definición médica de obesidad sería la excesiva acumulación de tejido adiposo en el cuerpo. Se trata de un trastorno crónico que requiere atención a largo plazo. A pesar de ser un trastorno, no se encuentra clasificada en el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) como un trastorno psiquiátrico, ya que la obesidad es una condición médica multideterminada etiológicamente (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). En cambio, en el CIE-10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), se encuentra una categoría en el apartado de anorexia y bulimia llamada hiperfagia en otras alteraciones psicológicas. En dicha categoría se incluye la ingesta excesiva que se produce como reacción a hechos estresantes y que da lugar a la obesidad reactiva. Además, acentúa que la persona obesa pueda sentirse sensibilizada por su aspecto y desencadene falta de confianza y que también pueden tener distorsiones en su imagen corporal (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). La organización mundial de la salud definió el sobrepeso a partir de la clasificación IMC (Índice de masa corporal), así, el sobrepeso correspondería a un IMC igual o superior a 25 y la obesidad a un IMC igual o superior a 30 (Ayela Pastor, 2009). Es la enfermedad metabólica más prevalente en el mundo occidental, en los últimos años se ha convertido en uno de los mayores problemas de salud. La prevalencia aumenta progresivamente y afecta a todos los países, incluso aquellos en desarrollo en los que hasta hace poco la malnutrición era un problema endémico. Por esto, se acuñe el término de epidemia del siglo XXI y es reconocida como una enfermedad social (Moreno, Monereo & Álvarez, 2006).

7

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un aumento de la masa grasa y en consecuencia, un incremento del peso corporal con respecto a lo que le correspondería a una persona según sexo, talla y edad. Existe un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa (Moreno, et al. 2006). La obesidad no es una enfermedad uniforme o simple, sino un extenso grupo de síndromes, que no siempre se relacionan con los trastornos del apetito o la hiperingesta y, aunque sí puede existir un alto favoritismo hacia alimentos ricos en grasa o azúcares rápidos, no es la característica única y principal de los sujetos obesos. Estudios actuales proponen que

la clasificación de obesidad debería incluir variables de comportamiento alimentario, preferencias individuales y medidas de ingesta dietética (Moreno, Monereo & Álvarez Hernández, 2000).

Con respecto al favoritismo ante ciertos alimentos, se realizó una investigación para examinar la construcción social de algunos alimentos, reconocidos como “comfort food”

(comida cómoda), en donde se les pedía a los sujetos que eligieran las comidas favoritas que

preferirían ante diferentes situaciones estresantes. Así, se clasificaron cuatro categorías de

comfort food, comida nostálgica, de indulgencia, de conveniencia y comida físicamente reconfortante. Dentro de estas categorías se encontraban chocolates, caramelos, helado, panes

saborizados, snacks, comida rápida, entre otros. Esto demostró que el estado emocional de las

personas tiene un rol muy importante a la hora de seleccionar que comer, ya que el objeto

comida está altamente asociado con el alivio de la angustia y del estrés y se utiliza para modificar o cambiar las emociones (Locher, Yoels, Maurer & Ells, 2005).

Las estadísticas refuerzan la idea de que el problema de la obesidad dejó de ser una cuestión estética individual para pertenecer al terreno de la salud pública, a tal punto que la

Organización Panamericana de la Salud emplea el neologismo globesidad para referirse a la

tendencia mundial al aumento de peso (Ravenna, 2005).

3.1.2 Causas

La obesidad es una condición heterogénea y multifactorial, en su aparición están implicados muchos factores etiológicos, entre los cuales la herencia y el medio ambiente

desempeñan un papel determinante (Moreno et al. 2000).

8

Se registran factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos, medicamentosos y ambientales. Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación forma la principal

causa (Ayela Pastor, 2009).

En el momento actual se considera la obesidad como un fenómeno relacionado con la sociedad de consumo y con los cambios en los hábitos de vida. El sedentarismo desarrollado

en las tareas de la vida cotidiana y la continua oferta desde la industria alimentaria de alimentos ricos en calorías pero no nutritivos han modificado el mapa de la población obesa

(Moreno et al. 2000).

Las características de conducta y personalidad de cada persona ocupan un lugar destacado en el origen de la obesidad. Aunque no se ha delimitado un perfil de personalidad

específico de personas obesas, se puede decir que la impulsividad como rasgo, la actitud frente a la comida, el significado que tiene en la vida personal, dificultades en la resolución de

los problemas, los trastornos depresivos y de ansiedad, entre otros, son aspectos fundamentales (Moreno et al. 2000).

No existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad sino la combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores.

Sin

embargo, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones

específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad (Silvestre & Stavile, 2005).

Existen factores genéticos y constitucionales que incurren en la posibilidad de que un trastorno de alimentación se manifieste, pero que lo haga o no depende del tipo de hábitos de

alimentación, el ejercicio, las implicaciones de la comida en el estilo de vida y las experiencias que el individuo haya tenido con el medio ambiente físico y social. La noción de

ambiente se refiere a aquellos factores que cercan al individuo y que ejercen gran influencia

en su conducta. Se enfatizan dos tipos de ambientes, el físico y el social. El físico, es donde el

individuo se mueve, este ambiente puede facilitar y/o limitar la expresión de ciertas conductas. Al hablar de obesidad, el ambiente físico hace referencia al sitio donde el individuo come, hace ejercicio, interactúa con otras personas, etc. El ambiente social se

9

refiere a las personas que rodean al sujeto y las relaciones que establece con dichas personas

(Duperly, 2000).

Los aspectos psicológicos es uno de los determinantes de la obesidad. En este sentido, los primeros aportes procedieron desde el psicoanálisis, en donde se describía la relación entre

conflicto psicológico y obesidad. La idea central es la relación entre los conflictos inconscientes y el comienzo del sobrepeso. La base que conformaría estos conflictos son

alteraciones tempranas del desarrollo del aparato psíquico y de aspectos madurativos de la

personalidad (Bauzá & Céliz, 2007).

La etapa oral del desarrollado se caracteriza por específicas formas de funcionamiento psíquico, por un lado cuando el sujeto nace es dependiente de terceros.

Consiguientemente se

suceden alternativas y aprendizajes que le permiten valerse por sí mismo. Si este proceso

fuese obstaculizado, el resultado sería un grado de dependencia expresada como la necesidad

de tener presente un objeto externo permanentemente. La relación con un objeto se podrá

constituir hacia otras personas u objetos inanimados. Si de objetos inanimados se trata, la

patología que se desarrolle depende de la elección de objeto que se realice. Y por otro lado, el

descontrol de los impulsos. Cada impulso puede tener tres destinos, su descarga y ejecución,

su aplazamiento o desvío. El destino del impulso depende de la situación interna y externa. El

yo inmaduro de la etapa oral, no accede a aplazamientos ni cancelaciones, el impulso debe ser descargado y hasta entonces no cesa su insistencia. La falta de control de los impulsos es central en la problemática del obeso (Bauzá & Céliz, 2007). Resumiendo esta línea, se entiende que el origen de la obesidad se sitúa en un estadio temprano del desarrollo libidinal, sea por privación o exceso de las provisiones afectivas y de continencia. Su resultado será una fijación en la etapa oral, que se pone de manifiesto por una susceptibilidad inusual a los tempranos conflictos emocionales y primeras frustraciones, reactivados en la edad adulta. Ante la reactivación de los conflictos, hay una regresión a la etapa oral del desarrollo (Bauzá & Céliz, 2007).

3.1.3 Tratamiento

La obesidad debe ser tratada de manera integral, considerando la intervención nutricional como una herramienta indispensable para conseguir un balance energético negativo. Para lograr esto, además de un cambio de las conductas alimentarias, debe haber un cambio en el estilo de vida (Ayela Pastor, 2009).

Los elementos terapéuticos comprenden: dieta, ejercicio físico, terapia conductual, fármacos y cirugía. Los mejores resultados se obtienen con programas multidisciplinarios que incluyen médicos especialistas en nutrición, psicólogos, educadores físicos y en algunos casos, cirujanos y psiquiatras. Es muy importante que el paciente tenga un rol activo y concordar con él una meta de peso razonable (Ayela Pastor, 2009).

3.1.3.1 Dieta

Una dieta equilibrada que varía en las distintas etapas (de descenso de peso o de mantenimiento), las principales son: hipocalórica, de 500 a 800 calorías. Con ello se pretende que el paciente baje entre el 6 y el 10 por ciento del peso en el mes. Hiperproteica, hipograsa y alta en fibra, del total de calorías, un 25% deben ser proteínas, 20% como grasas y un 55% como hidratos de carbono complejos con alto contenido de fibra dietaria (para aumentar la saciedad). La distribución de las comidas puede variar según el tipo de dieta, puede ser en 4 o 6 comidas, el paciente debe aprender a comer en forma diferente. Individual, según los hábitos del paciente y la factibilidad real de realizarla para aumentar la adherencia. Suplementos de vitaminas y minerales cuando se indican dietas muy restrictivas con menos de 1.000 Cal/día. En el periodo de mantención del peso, se debe adecuar el aporte calórico (Silvestre & Stavile, 2005).

El tratamiento para la obesidad se ha basado en dos pilares, las dietas hipocalóricas y la incorporación de actividad física; basados en investigaciones que indican que los factores

causales de la obesidad son la ingesta excesiva y la conducta sedentaria. Este desbalance entre

la energía que ingresa y lo que se gasta genera un sobrante de energía que se deposita en forma de grasa. Pero es una mirada reduccionista ya que la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso

saludable, pero para ser sostenidos en el tiempo es necesario prestar atención a otras variables

(Silvestre & Stavile, 2005).

11

3.1.3.2 Ejercicio físico.

El ejercicio físico en conjunto con la dieta logra el descenso de peso. El ejercicio preserva mejor la masa magra y reduce la adaptación endocrino-metabólica que disminuye el

gasto energético frente a una dieta hipocalórica. Además, mejora la sensibilidad a la insulina,

reduce la presión arterial, mejora el perfil de lípidos y mejora el estado de ánimo

(Duperly, 2000).

Se recomienda realizar el ejercicio físico con un programa progresivo e individualizado, dirigido por profesionales capacitados. Para que cumpla sus objetivos, se

recomienda que el paciente realice ejercicios al menos 3 veces por semana. Durante el tratamiento de mantención del peso la recomendación es que el paciente continúe activo,

incorporando nuevos hábitos de actividad física en su rutina diaria (Ayela Pastor, 2009).

3.1.3.3 Terapia conductual

Al tratar con la obesidad, es importante considerar al sujeto obeso como una unidad integral y no ver el problema únicamente como un exceso de peso. Así, se lo toma desde una

perspectiva cognitiva-comportamental (Duperly, 2000).

Es un componente muy importante para mejorar adherencia a indicaciones y especialmente, para crear hábitos saludables. Para aumentar la efectividad se realizan Trabajos Grupales, con contenidos orientados a objetivos claros. En las sesiones se comparten

experiencias entre los pacientes (Duperly, 2000).

Según Ayela Pastor (2009), en la evaluación diagnóstica de los pacientes obesos se debería tener en consideración los siguientes aspectos. La edad de comienzo, duración y progresión de la obesidad. El inicio antes de los 40 años parece ser de mayor riesgo. La causa

del comienzo, se debe examinar la existencia de eventos vitales como causales, tales como

matrimonio, embarazo, comenzar a trabajar, problemas familiares, dejar de fumar, entre otros.

Conocer la presencia de tratamientos previos. Los horarios de alimentación, conocerlos permite tener una perspectiva de los hábitos alimentarios del sujeto, averiguar por el consumo

de alimentos entre comidas, horario de mayor ingesta y las preferencias. El estado emocional,

constatar la presencia de ansiedad, aburrimiento, enojo, soledad y si está en relación con un mayor consumo de alimentos. La motivación para realizar el tratamiento. La actividad física

12

actual y previa, que permite evaluar el grado de sedentarismo y la eventual participación en

actividad física. Antecedentes personales y familiares. Conocer el grupo familiar, quienes lo

conforman, quien cocina, etc. Y por último un examen físico y de laboratorio, destacando la

medición de peso corporal, talla, medición de pliegues cutáneos, índices cintura/cadera, etc.

(Ayela Pastor, 2009).

Las personas que sufren obesidad por lo general tienen una ingesta calórica excesiva, que supone comer mucho más de lo que se gasta y a veces esto se logra comiendo todo el

tiempo, pero sin que suponga darse atracones (Moreno et al. 2000).

Para un tratamiento de la obesidad hay que tener en cuenta factores de índole individual, o sea aquéllos propiamente psicológicos que hacen referencia a la forma en la cual

los individuos piensan, sienten y actúan. El obeso tiende a percibir la ansiedad y otros estados

afectivos como “hambre” y esto los lleva a comer en exceso. Así, la sensación de hambre no

es el factor que controla la cantidad de comida ingerida, sino que otros estímulos, usualmente

externos, actúan como signos discriminativos que disparan el comer. Las posibles causas son,

la sobrealimentación como respuesta a tensiones emocionales no específicas, como sustituto

gratificante en situaciones intolerables, como adicción a la comida (Duperly, 2000).

3.1.3.4 Cirugía

Las técnicas quirúrgicas han evolucionado en los últimos años. En la actualidad las más indicadas son el Bypass gástrico y la Banda gástrica ajustable y recientemente. La cirugía

está indicada es pacientes entre 18 y 60 años, con un IMC:³ 40 o > 35 (Ayela Pastor, 2009).

El éxito del tratamiento de la obesidad a largo plazo depende de la consecución de cambios tanto en el estilo de vida, como en los hábitos alimentarios y en la actividad física

diaria. Los tratamientos comportamentales buscan específicamente este objetivo. Estos tratamientos se basan en el análisis funcional del comportamiento. Y se busca una mejoría en

la nutrición a la vez que se desarrollan estrategias para aumentar el ejercicio físico, mejorar

las relaciones interpersonales y las actitudes hacia la comida y el control del peso (Duperly,

2000).

13

3.1.4 *Obesidad como adicción*

Comer es el medio empleado para nutrirse y alimentar de energía los órganos y las funciones vitales. Pero tiene otros significados, ya que también puede ser un acto hedonista,

comer por placer. Puede ser un acto automático, en donde se come por ansiedad, inquietud,

estrés, distracción de otros temas. Un acto compulsivo, no poder dejar de comer. Y puede ser

un acto adictivo, porque hay quienes comen sin parar y ese vínculo excesivo genera dependencia (Ravenna, 2005).

El verdadero hambre es la señal proveniente del interior del cuerpo, que expresa que el organismo está preparado para ingerir y metabolizar alimento. Hay muchas otras necesidades,

insatisfacciones o ansias que pueden impulsar el hambre (Deepak Chopra, 1997).

Cualquier adicción comienza por buscar algo bueno en un lugar equivocado. Cualquier experiencia que brinde placer despertará el deseo de repetirla. En el comienzo estas repeticiones son voluntarias después, cuando la adicción está instalada se convierte en una

necesidad, incluso en una compulsión (Deepak Chopra, 1997).

Cuando se ejecuta una acción ésta se registra dentro de la persona conforme un espectro que va del máximo dolor al máximo placer. Finalizada la acción, sigue existiendo en

la mente y en el cuerpo como un recuerdo clasificado según dolor o placer de determinada

intensidad. Si el porcentaje de dolor es lo bastante alto se hace todo lo posible por no repetir la

acción, pero si proporciona gran placer se hará un esfuerzo para realizar una vez más esa

misma acción (Deepak Chopra, 1997).

En la actualidad se ha multiplicado la aparición de adicciones dado a la existencia de la necesidad de tener medios de descarga que inciten un rápido alivio frente a frustraciones y

exigencias cotidianas. Hoy en día todo es mucho más voraz e inmediato, pero bajo estas actitudes se esconde un “no sé”. En el caso de la obesidad, no es en sí misma una adicción,

sino que es una enfermedad que se desarrolla a partir de comer excesivamente (Ravenna,

2005).

Una personalidad adictiva, más allá de la necesidad física o química, habla de un estado emocional específico. Entonces, lo que se hace primero es ocuparse de lo químico,

luego de la conducta y finalmente elaborar el vínculo emocional. En un segundo momento se

14

trabaja sobre el exceso, la falta de medida, la impaciencia y el descontrol. De lo dicho anteriormente se desprende uno de los pilares del enfoque terapéutico del Centro Ravenna,

que es considerar la obesidad como una consecuencia de la adicción a la comida (Ravenna,

2005).

Según Ravenna (2005), la enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados: el objeto droga (comida), la persona, la familia y el entorno sociocultural.

La comida está entrelazada en la vida social, participa en casi todas las ceremonias públicas y privadas, en cada intercambio comercial, en todo ritual del trabajo, en cada situación privada de duelo o de regocijo (Deepak Chopra, 1997).

La comida, como no es una droga como el alcohol u otras sustancias, no posee las mismas cualidades tóxicas inmediatas, pero es tóxica cuando se ingiere en exceso pues, abandona su función de nutrición y alimentación. La adicción a la comida se da por la cantidad de ciertos alimentos que se ingieren que generan dependencia, por ejemplo, los carbohidratos refinados. Lo que es tóxico no es la comida en sí misma, sino la cantidad; la

comida en sí no es adictiva, sino la conexión del individuo con ella (Ravenna, 2005).

Una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta ni con su comportamiento. De este modo se vuelve un paciente crónico y confundido

por las múltiples informaciones que recibe, contradictorias y a veces mal intencionadas (Ravenna, 2005).

La familia es un lugar en donde se puede gestar personalidades adictivas. Lo que determina que la persona se convierta vulnerable frente a la adicción es el clima familiar, la

manera en que se relacionan unos con otros dentro del sistema familiar (Ravenna, 2005).

El entorno sociocultural, como la mirada, el gusto de los otros, la sobre estimulación y la oferta alimentaria intervienen como presión social. El dependiente suele adaptar su estilo de

vida al mantenimiento de la conducta adictiva. Cuando esta relación patológica se sostiene en

el tiempo, comienza la negación de las consecuencias no deseadas. Se minimiza, se justifica,

15

aparece el autoengaño, se manipula la realidad y finalmente llega la obesidad (Ravenna, 2005).

Los recién nacidos lloran, no saben porqué pero saben que hay algo que está mal, algo les molesta. La madre sabe que el niño tiene hambre. En cuanto los labios del niño se cierran

sobre el pezón y la leche comienza a fluir, ese “algo” que estaba mal empieza a desaparecer.

Donde antes había dolor, ahora hay placer. La naturaleza instaló que la incomodidad producida por el hambre disminuya con el alimento. Pero, ¿Qué pasa con la provocada por

otras presiones o la soledad, o la ira? ¿Esos dolores también son aliviados comiendo? La respuesta a corto plazo es afirmativa. Pero en realidad se está frente a una regresión a un estado de dependencia, en donde la persona intenta recuperar la sensación que experimentaba

de niño cuando lloraba y de repente, de manera milagrosa, se sentía mejor (Deepak Chopra,

1997).

3.1.5 Tipos

El grado y tipo de obesidad se establece en relación al índice de masa corporal (IMC),

por ser éste valor el que mejor correlación tiene con el porcentaje de grasa corporal. Este

índice pone en relación el peso expresado en kilos con la altura expresada en metros al cuadrado. La clasificación según el IMC es entre 18-25 peso normal, entre 25-30 sobrepeso,

entre 30-40 obesidad moderada y mayor a 40 obesidad mórbida (Moreno et al. 2000).

Actualmente también se utiliza el índice cintura/cadera. Los pacientes con un índice cintura/cadera superior a 1 en varones y superior a 0,9 en mujeres define una distribución

androide de la grasa corporal, que está relacionada con trastornos severos metabólicos y enfermedad cardiovascular. Sin embargo, una distribución grasa con un índice cintura/cadera

inferior a 1 en varones e inferior a 0,9 mujeres define una distribución de grasa ginoide, relacionada con alteraciones osteoarticulares y trastornos vasculares en miembros inferiores

(Moreno et al. 2000).

Con respecto a los condicionantes psicológicos de la obesidad, se pueden encontrar dos tipos de obesidad psicógena una, de desarrollo, producida por problemas para distinguir el

hambre de tensiones emocionales y la obesidad reactiva, cuyo inicio suele ser en la adultez y

surge como reacción a sucesos traumáticos o estresantes, su función es estabilizar el 16

funcionamiento emocional y reducir la ansiedad (Bruch, 1973; citado en Belloch, Sandín &

Ramos, 1995).

La obesidad puede ser reactiva porque muchos alimentos poseen, además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional, puesto que están asociados en el

cerebro a recuerdos, situaciones, etc. Por esta razón la comida suele ser utilizada como vía de

escape, se emplea como una estrategia de evasión para no pensar en los problemas o para

dejarlos en espera en lugar de afrontarlos y resolverlos. Así, el comer va más allá de la nutrición y hace que las personas se quiten del medio una situación incómoda, permitiendo

que temporalmente se sientan mejor. La evitación a partir de la ingesta excesiva de determinados alimentos es cómo estas personas afrontan las situaciones estresantes (Silvestre

& Stavile, 2005).

3.3 Estrés

3.3.1 Definición

El estrés es un proceso adaptativo que genera emociones, no es una emoción en sí mismo ya que el estrés se desencadena ante cualquier cambio o alteración en la rutina cotidiana. Actúa al como una motivación energizando y direccionando el comportamiento

(Fernández Abascal, 1997).

El estrés psicológico se da cuando una situación es percibida como frustrante o potencialmente frustrante, causando la activación afectiva y la aparición de procesos reguladores que tienen como finalidad manejar el afecto (Lazarus, 2000).

Selye sugiere dos tipos de estrés. Por un lado el distrés, es un tipo destructivo, caracterizado por la ira y la agresión y suele ser perjudicial para la salud y por otro lado el eutres, cognitivo, representado por emociones positivas asociadas con la preocupación por los demás, protege la salud del individuo (Lazarus, 2000).

Lazarus (2000) diferencia tres tipos de estrés psicológico. El daño/perdida que se vincula con el perjuicio o pérdida que ya se ha producido. La amenaza, relacionada con un daño o pérdida que todavía no se ha producido pero es probable que en un futuro aparezca. Y

17

el desafío, que consiste en la sensibilidad de que aunque haya dificultades, éstas pueden ser

superadas con entusiasmo, persistencia y confianza en uno mismo. Cada uno de estos tipos de estrés se manejan de forma diferente y tienen resultados psicofisiológicos y de ejecución diferentes.

La emoción y el estrés dependen de la manera en que el individuo evalúa (valora) las transacciones con su entorno. No se puede hablar de estrés y emoción como si fueran cuestiones totalmente diferentes. Existen más convergencias que divergencias en el modo en

que estos dos estados se activan, se manejan y afectan el bienestar psicológico, el funcionamiento y la salud física de la persona. Es más, hay ciertas emociones, como la ira,

envidia, celos, temor, culpa y tristeza, que son consideradas emociones estresantes ya que

usualmente se originan a partir de condiciones estresantes. De todas maneras, el estrés no sólo

se aplica a estas emociones, sino también a aquellas que son positivas (Lazarus, 2000).

El estrés fue definido tanto como un estímulo como una respuesta. Tomado como estímulo se enfoca en los eventos del medio ambiente como ser, desastres naturales, condiciones nocivas, enfermedades, entre otras. Esta teoría asume que ciertos eventos son

estresantes por sí mismos, pero no deja lugar para las diferencias individuales en la valoración

de cada situación. En la definición como respuesta, el foco se hace en el estado de estrés, aquí

se habla de la persona bajo estrés. Ambas teorías son limitadas, porque un estímulo es definido como estresante dependiendo de la respuesta de estrés (Lazarus & Folkman, 1984).

El grado y tipo de respuesta de estrés varía de una persona a otra. La existencia de diferencias individuales significa que un solo estímulo no es suficiente para definir estrés,

porque presenta el punto de qué es lo que hace que un estímulo sea estresante. Lo decisivo

para la activación de la respuesta de estrés es el significado que elabora la persona ante lo que

está sucediendo (Lazarus, 2000).

Se ha estudiado y comprobado que ciertas características de personalidad pueden

ayudar a la persona a resistir los efectos perjudiciales del estrés. Por ejemplo, la habilidad para pensar en términos constructivos, la resistencia, el optimismo, la esperanza, la autoestima, el afrontamiento activo, entre otras (Lazarus, 2000).

18

Una forma de examinar la relación estresante persona-medio consiste en explorar el equilibrio de las fuerzas entre las demandas ambientales y los recursos psicológicos de la persona. Si la carga ambiental excede los recursos de la persona se está en presencia de una relación estresante. En el estrés psicológico, la comparación se da entre el poder que tienen las demandas ambientales para dañar, amenazar o retar y los recursos psicológicos de la persona para manejar dichas demandas. Si los recursos son mayores o equivalentes a las demandas hay una situación carente de estrés. La ansiedad, emoción propia del estrés, suele aparecer de manera muy intensa cuando la persona no confía en su capacidad para manejar las demandas con efectividad (Lazarus, 2000).

El estrés y la emoción enuncian una relación particular persona-medio. Para que una relación sea estresante ciertas condiciones se deben propiciar. La persona debe querer algo del medio, justamente desea evitar o lograr ciertos resultados. Una persona está estresada si lo que sucede impide o pone en peligro una meta importante o quebranta expectativas altamente valoradas. El grado de estrés está vinculado con la intensidad de este compromiso y con las creencias y expectativas que la persona crea que pueden ser realizadas o violadas (Lazarus, 2000).

El enfoque relacional del estrés, lo define como la relación entre persona-medio, en donde se tiene en cuenta por un lado las características de la persona y la naturaleza del evento. Sintetizando, el estrés psicológico es la relación persona-ambiente, que fue valorado por la persona como amenazante para los propios recursos y el bienestar personal (Lazarus & Folkman, 1984).

Se habla de estrés para referirse a situaciones o elementos externos que exigen una fuerte demanda al individuo (estrés como estímulo), o bien a las reacciones, biológicas o psicológicas, que el individuo desarrolla ante dicha situaciones (estrés como respuesta) (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González & Iruarrizaga, 1994).

Un tipo de situación estresante muy importante son los acontecimientos vitales (muerte de un ser querido, enfermedad terminal, pérdida del empleo, etc.) La reacción de

estrés ante estas situaciones, desde un punto de vista psicológico, es similar a la de ansiedad.

La proximidad entre teorías sobre estrés y ansiedad es grande ya que en ambos casos se hace

19

hincapié en el estudio de las variables cognitivas (valoración y afrontamiento) que están implicadas en la interpretación de la situación y que da lugar a una reacción del organismo en

tres sistemas de respuesta cognitivo, fisiológico y motor (Cano-Vindel et al., 1994).

3.3.2 Desencadenantes del estrés

Hay cuatro tipos de acontecimientos estresantes o condiciones desencadenantes del estrés (Fernández Abascal, 1997).

Los estresores únicos, son cambios físicos y/o psicológicos cuyas consecuencias se mantienen en el tiempo de forma prolongada. Los estresores múltiples son cambios significativos y de trascendencia vital para las personas. Son acontecimientos que pueden

estar fuera del control del individuo. Los estresores cotidianos se refieren a las pequeñas molestias, imprevistos y alteraciones en la rutina. Y por último, los estresores biogénicos que

son mecanismos físicos y químicos que directamente desencadenan la respuesta de estrés

(Fernández Abascal, 1997).

3.3.3 Procesamiento del estrés

Se compone de dos grandes bloques, primero un procesamiento automático por medio de los mecanismos pre-atencionales que es el responsable de poner en funcionamiento una

respuesta emocional ante el estresor. Esta primer parte se compone de la reacción afectiva y

de la percepción y atención del sujeto. Segundo, el procesamiento controlado que cumple las

funciones de identificación, valoración y toma de decisión. Aquí se encuentran la primera y

segunda valoración, la reevaluación y la selección de respuesta que puede ser un afrontamiento dirigido al problema o a la emoción. Todo este proceso puede dar como resultado respuestas verbales, motoras, fisiológicas o la respuesta de estrés (Fernández Abascal, 1997).

3.3.3.1 La reacción afectiva

Durante el primer procesamiento ocurre la reacción afectiva que consiste en una primera evaluación automática de la situación en términos de si es amenazante o no para el

organismo. Es una evaluación muy rápida, afectiva y no consciente (Fernández Abascal, 1997).

20

3.3.3.2 La primera Valoración

También llamada valoración de las demandas. Tiene que ver con la evaluación de si lo que está ocurriendo es relevante para los valores, creencias sobre el self y el mundo e intenciones situacionales de la persona. Aquí surgen preguntas como, ¿Algún objetivo está en

juego o está alguno de los valores nucleares comprometido?, en caso afirmativo ¿Qué podría

pasar? Cuando la respuesta a la primera pregunta es negativa, no se produce estrés. Si por el

contrario se valora que lo que está sucediendo es una condición de estrés, las alternativas

transaccionales son daño/perdida, amenaza o desafío (Lazarus, 2000).

Esta primera valoración está compuesta por la relevancia del objetivo, la congruencia del objetivo y la implicación del ego. La relevancia del objetivo es fundamental para que una

transacción sea considerada relevante para el bienestar del sujeto. La congruencia del objetivo

tiene que ver con que las condiciones de una transacción faciliten o dificulten la consecución

del objetivo. El tipo de implicación del ego se relaciona con el rol que desempeñan las metas

en la modelación de la emoción (Lazarus, 2000).

Se pueden distinguir tres tipos de evaluaciones. Irrelevante cuando la situación no trae implicaciones para el bienestar de la persona, no hay nada para ganar o perder.

Benignapositiva

cuando el resultado es positivo, se evalúa la demanda como favorable para lograr o mantener el bienestar personal. Y estresante cuando hay un daño o pérdida, amenaza o desafío. Cuando se evalúa como daño/perdida quiere decir que un daño ya ha sucedido.

Amenaza cuando daños o pérdidas todavía no sucedieron pero se pueden anticipar, moviliza

emociones negativas y la segunda valoración para buscar un afrontamiento anticipativo.

Desafío, muy parecido a la amenaza, la principal diferencia es que moviliza emociones positivas y la segunda valoración (Lazarus & Folkman, 1984).

3.3.3.3 La segunda Valoración

Se moviliza cuando se dio una valoración estresante como amenaza o desafío. El resultado puede ser que la persona posea estrategias eficaces para evitar el daño, en tal caso se

pasa a la siguiente fase del proceso que es la selección de respuesta. Si no posee estrategias

eficaces se moviliza la respuesta de estrés y agota el proceso cognitivo-afectivo. En cualquier

caso se va a producir un proceso de reevaluación, es decir de replanteamiento de la primera

21

valoración dado a nueva información del medio y de los recursos que existen para enfrentarse

a la situación (Fernández Abascal, 1997).

El acto secundario de valoración es el proceso cognitivo-evaluador centrado en lo que la persona puede hacer sobre la relación estresante persona-medio, primordialmente cuando se

ha producido una valoración primaria de daño, amenaza o desafío. Aquí surgen preguntas

como, ¿Se debe actuar? ¿Qué puede hacerse? ¿Es factible? ¿Cuál es la mejor opción?

¿Soy

capaz de ejecutarla? ¿Qué costes y beneficios conlleva? La amenaza y el desafío pueden ocurrir en la misma situación o en una relación continua, aunque normalmente suele dominar

uno sobre el otro. Cuanto más seguro esté el sujeto de su capacidad para superar obstáculos y peligros, más probable es que sea desafiado que amenazado y viceversa (Lazarus, 2000).

La valoración secundaria se relaciona con las opciones de manejo. Una persona debe poder evaluar tres aspectos básicos, culpabilidad o crédito en relación a un resultado, potencial de manejo y expectativas futuras. Tanto la culpabilidad como el crédito requieren un juicio sobre quién o qué es responsable del daño, amenaza, desafío o beneficio. El potencial de manejo surge del convencimiento personal de que puede o no actuar favorablemente para reducir o eliminar el daño o amenaza, o para que el desafío o beneficio sea productivo (Lazarus, 2000).

La valoración primaria es una evaluación de si lo que está sucediendo merece o no la atención y movilización de la persona. La valoración secundaria se centra en lo que ha de hacerse, por lo tanto, las diferencias entre ellas no está en la temporalización sino en el contenido. La valoración primaria no se produce necesariamente en primer lugar y tampoco opera independientemente de la valoración secundaria, entre ambas existe una activa combinación. Las valoraciones se basan en el medio, experiencia previa y variables de personalidad (Lazarus, 2000).

3.3.3.4 La selección de respuesta

La selección de respuesta, es la elección que la persona realiza de acuerdo con las valoraciones previas, de entre las posibles respuestas que puede utilizar, la que estima más adecuada para hacer frente a las demandas percibidas (Fernández Abascal, 1997).

22

3.2 Afrontamiento

3.2.1 Definición

El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas por el sujeto como desbordantes de los propios recursos (Lazarus & Folkman, 1984).

Con esta definición se entiende que es un proceso orientado y no un rasgo, diferente a las conductas automatizadas, ya que el afrontamiento se limita a las situaciones que fueron valoradas como excedentes y que requieren una movilización. Además, el afrontamiento incluye cualquier cosa que la persona haga o piense, sin importar cuán bien o mal resulte (Lazarus & Folkman, 1984).

Es importante distinguir el afrontamiento de conductas adaptativas automáticas. Las habilidades que la persona necesita para manejarse en el medio ambiente las aprende a través de la experiencia, este aprendizaje requiere del esfuerzo y concentración del sujeto sólo hasta el momento en que dichas habilidades se convierten en automáticas. Si bien estas habilidades

son adaptativas no se deben confundir con afrontamiento, ya que éste último requiere un esfuerzo de la persona y las conductas adaptativas cuando son automáticas no demandan del

esfuerzo del sujeto. Lo que sí puede suceder es que a través de un proceso de aprendizaje el

afrontamiento también se vuelva automático (Lazarus & Folkman, 1984).

El afrontamiento depende del contexto, no es estable si no que varía según la valoración que realice el sujeto sobre la situación (Leibovich de Figueroa, 1999).

El impacto potencial de las demandas psicosociales sobre la salud del sujeto depende de cómo evalúe las demandas, puesto que esto es lo que activa el estrés y orienta las estrategias de afrontamiento (Oblitas Guadalupe, 2007).

El afrontamiento tiene dos funciones, manejar o alterar el problema que causa estrés (afrontamiento basado en el problema) y regular la respuesta emocional (afrontamiento basado en la emoción) (Lazarus & Folkman, 1984).

23

El afrontamiento basado en las emociones incluye estrategias como la evitación, minimización, tomar distancia y encontrar aspectos positivos en un evento negativo.

Algunas

estrategias cambian la manera en que se construye el significado del evento sin cambiar la

situación, por ejemplo decir "decidí que hay cosas más importantes por las cuales preocuparse". Algunas respuestas conductuales, como tomarse un trago, comer, entre otras

sirven para sacar de la mente el problema pero no cambian el significado de la situación (Lazarus & Folkman, 1984).

El afrontamiento basado en el problema contiene estrategias como definir el problema, buscar soluciones, considerar todas las alternativas teniendo en cuenta daños y

beneficios, elegir una estrategia y ponerla en acción (Lazarus & Folkman, 1984).

En el proceso de afrontamiento se pueden distinguir dos sistemas, el ambiental y el personal. Existen factores relativamente estables del sistema ambiental de la persona (estrés y

apoyo social) y de su sistema personal (rasgos y atributos) que influyen en los cambios de los

eventos de la vida como las crisis y las transiciones. Todos estos factores intervienen en la

salud y el bienestar del sujeto directamente e indirectamente mediante la evaluación cognitiva

y el afrontamiento (Moos, 1996; citada en Carr, 2007).

Existen diferentes modelos acerca del proceso de afrontamiento. Los modelos centrados en el temperamento subrayan el papel de los factores personales estables que determinan la elección de estrategias de afrontamiento y su eficacia. En cambio, los modelos

centrados en el contexto creen que la elección y eficacia de las estrategias están establecidas

por la naturaleza del estrés que la persona debe afrontar y por la forma en que éste se evalúa

(Carr, 2007).

El afrontamiento depende de la evaluación que realice el sujeto respecto a si puede o

no hacer algo para cambiar la situación. La evaluación cognitiva es el proceso mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de lo que está ocurriendo. Si el resultado de la evaluación es que sí se puede hacer algo va a predominar el afrontamiento focalizado en el problema, pero si el resultado es que no se puede hacer nada el afrontamiento puede ser focalizado en la emoción (Lazarus, 1993; citado en Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

24

3.2.2 *Estilos y Estrategias*

Es de relevante importancia distinguir entre estrategias y estilos de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se refieren a tendencias personales para hacer frente a las situaciones, son los responsables de las preferencias individuales en el uso de las estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Existen tres estilos de afrontamiento, centrado en los problemas, centrado en las emociones y basado en la evitación. En cambio, las estrategias son los procesos concretos que se usan (Fernández Abascal, 1997).

Existen tres dimensiones básicas a partir de las cuales se sitúan los estilos de afrontamiento. La focalización, el método empleado y la actividad movilizada en el afrontamiento (Fernández Abascal, 1997).

Con respecto a la focalización, existen dos principales una focalizada en el problema y otra en la emoción. La función del afrontamiento focalizado en el problema es la de cambiar

la relación ambiente-persona actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo, tratando de manejar o alterar la fuente generadora de estrés. La función del afrontamiento focalizado en la

emoción es la de cambiar la manera en que se interpreta lo que está ocurriendo para reducir y regular la respuesta emocional del estrés (Bermúdez, 1998).

Con respecto a la actividad, en ambos casos, la actividad movilizada puede ser tanto cognitiva como conductual. En el primer caso los esfuerzos son de tipo cognitivo, mientras

que en el segundo los esfuerzos están constituidos por comportamiento manifiesto (Fernández Abascal, 1997).

Por último, con respecto al método, el afrontamiento puede ser activo, pasivo o evitativo. El primero es cuando el sujeto moviliza esfuerzos para tratar de solucionar la situación. Pasivo, basado en no hacer nada sobre la situación, simplemente se espera a que cambien las condiciones. Evitativo, evitar o huir de la situación y/o sus consecuencias (Fernández Abascal, 1997).

Las estrategias de afrontamiento se emplean para controlar situaciones en las que el sujeto percibe una discordancia entre las demandas y los recursos disponibles (Carr, 2007).

25

Según Lazarus y Folkman (1984), las estrategias de afrontamiento intentan explicar porque ante un mismo suceso, potencialmente estresante, las personas reaccionan de formas diversas.

Hay ocho estrategias de afrontamiento primordiales, dos de ellas centradas en el problema, dirigidas a manejar o alterar el problema que causa malestar, que son la confrontación y la planificación. Y las otras son centradas en la emoción, orientadas a aliviar el malestar que produce la situación, que son aceptar la responsabilidad, distanciamiento, autocontrol, re-evaluación positiva, búsqueda de apoyo social y evitación (Leibovich de Figueroa, 2002).

Las estrategias centradas en las emociones son adecuadas para controlar estados afectivos asociados al estrés ingobernable, por ejemplo, la muerte de un ser querido.

Pero en casos de estrés controlable, por ejemplo un examen, son más adecuadas las estrategias centradas en el problema, que tienen como objetivo modificar la causa del estrés. El afrontamiento basado en la evitación puede ser apropiado si es necesario posponer el afrontamiento activo para reunir y ordenar los recursos propios de la persona (Carr, 2007).

Además las estrategias que se pueden aplicar en estos tres estilos de afrontamiento pueden ser funcionales o disfuncionales. Las estrategias funcionales centradas en el problema, incluyen que la persona acepte la responsabilidad para resolver el problema, buscar información precisa sobre él, buscar ayuda, construir planes realistas e implementarlos. Las estrategias disfuncionales centradas en el problema son aceptar poca responsabilidad en la resolución de la dificultad, buscar información imprecisa o no pertinente, buscar apoyo de fuentes dudosas, desarrollar planes poco realistas y no implementarlos de manera adecuada (Carr, 2007).

Cuando el estrés es ingobernable es conveniente aplicar estrategias centradas en la emoción, por ejemplo formar y mantener amistades. Otras estrategias centradas en la emoción son la catarsis, el replanteamiento, la reestructuración cognitiva, la relajación, el ejercicio físico y afrontar el estrés con humor, el objetivo de estas estrategias es reducir la angustia viendo las situaciones de diferente manera. Las estrategias disfuncionales del afrontamiento centrado en la emoción incluyen formar relaciones destructivas, la negación, el abuso de sustancias, entre otras. Las estrategias de afrontamiento disfuncionales pueden proporcionar alivio a corto plazo pero a largo plazo pueden mantener los problemas en lugar de solucionarlos (Carr, 2007).

Desconectar psicológicamente de una situación estresante y comenzar actividades que

sirvan como distracción son estrategias funcionales de afrontamiento basados en la evitación.

Estas estrategias se vuelven disfuncionales cuando se utilizan como una solución a largo plazo

(Carr, 2007).

Otras estrategias son: La reevaluación positiva, estrategia activa enfocada a crear un nuevo significado de la situación, intentando sacar lo positivo. Negación, significa una ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión en el momento de la valoración (Fernández Abascal, 1997).

3.2.3 Evaluación cognitiva

La evaluación cognitiva se refiere a la valoración que realiza el sujeto ante una determinada situación. A través de esta evaluación la persona evalúa la significación de lo que

está sucediendo (Lazarus & Folkman, 1984).

Dependiendo de cómo la persona valora lo que sucede se derivan las distintas emociones y es por esto que las emociones son producto de la razón. Cada emoción expresa

algo diferente sobre el modo en que un sujeto ha valorado una situación específica y el modo

en que lo maneja. La valoración de lo que está sucediendo determina cómo esa persona va a

reaccionar (Lazarus, 2000).

No es lógico que una persona actúe contra sus intereses y es contraproducente que no se aprecie el peligro cuando ocurre o estimarlo cuando no ocurre, aunque hay muchas personas que lo hacen. ¿Esto significa que las personas son irracionales? No, porque no tiene

que ver con un pensamiento irracional, sino porque se han valorado los sucesos de un modo

particular, la mayoría de las veces basándose en presunciones, motivos o creencias incorrectas. Las emociones reflejan lo que la persona piensa que quiere y cómo cree que debería intentar lograrlo (Lazarus, 2000).

27

Hay dos motivos por los cuales el proceso de la emoción interfiere en el camino de la razón. Una es que la atención se haya distraído o dirigido erróneamente. La segunda es que la

persona carezca de la capacidad para controlar sus impulsos, para pensar antes de actuar, no

lograr inhibir los objetivos a corto plazo que perjudican a largo plazo (Lazarus, 2000).

Cuando se trata de manejar con certeza una crisis personal, como una enfermedad, puede suceder que la persona sea incapaz de enfrentarse a la verdad y, por lo tanto, inicie una

negación. Siente ansiedad y actúa en consecuencia. La defensa lleva a elaborar juicios inexactos y a experimentar emociones y a actuar de manera inapropiada con respecto a lo

necesario (Lazarus, 2000).

Según Lazarus (2000), hay ciertas condiciones que son previas a la valoración. Por un lado están las variables ambientales, aquí se encuentran las demandas, que son presiones explícitas o implícitas para actuar de cierto modo socialmente correcto. Estas demandas y los

conflictos que crean con las metas y creencias propias de la persona se hallan entre las fuentes más obvias del estrés psicológico. El modo en que se manejan dichas demandas y conflictos influyen sobre la moral, el funcionamiento social y el bienestar físico de la persona. Las limitaciones, definen lo que la persona no debería hacer. La oportunidad, que se deriva de la temporalización afortunada. Para beneficiarse de ella se requiere la acción correcta en el momento oportuno. Y la cultura. Estos cuatro factores ambientales cuando se combinan con las variables personales operan como influencias importantes sobre la valoración de daño/perdida, amenaza, reto, el proceso de manejo y las emociones que se derivan de ellas. Por otro lado, variables personales que modelan la valoración, los objetivos y la jerarquía de éstos. Sin objetivos no hay posibilidad de que exista estrés o emoción. Las emociones son el resultado del modo en que el sujeto valora el futuro de sus objetivos. Las emociones estresantes se originan por el retraso o imposibilidad de alcanzar un objetivo y las emociones positivas, cuando hay progresos. Las creencias sobre el Self y el mundo se relacionan con el modo en que el sujeto se concibe a sí mismo. Y por último, los recursos personales como la inteligencia, dinero, habilidades sociales, educación, relaciones familiares, salud, energía, entre otras (Lazarus, 2000).

28

Hay tres tipos de evaluación, primaria, secundaria y reevaluación. En la evaluación primaria se produce el encuentro con la demanda ya sea externa o interna y puede dar como resultado una evaluación de amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio. En la evaluación secundaria se evalúan los propios recursos para afrontar la situación. Y la reevaluación tiene que ver con la interacción entre el sujeto y las demandas que permite la aparición de nueva información (Lazarus, 1993; citado en Belloch, Sandín & Ramos, 1995).

3.2.4 Afrontamiento en la obesidad

En un artículo de revisión con el objetivo de analizar los rasgos y trastornos de personalidad más comunes en personas con obesidad. Se encontró que existe una disminución en las capacidades de concentración, cognición. Además, se halló una fuerte relación entre exceso de peso y un bajo nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global que dan lugar a una menor capacidad de afrontamiento o a un afrontamiento evitativo y una menor capacidad de resolución de problemas. Estas condiciones adversas les producen aún más estrés, que es manifestado como ansiedad, ya que no hay un afrontamiento activo que sea adaptativo y de resultados positivos. Por otro lado, se

descubrió la presencia de carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente en personas con alto IMC (Ruíz Prieto, Fernández, Bolaños Ríos & Jáuregui Lobera, 2010). Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia) y la obesidad están relacionados con la forma de afrontar las situaciones de ansiedad o estrés. Se podría decir que muchas veces en la anorexia hay relación entre problemas de ansiedad y dejar de comer, otras personas, en cambio, intentan reducir su ansiedad comiendo. Determinadas situaciones están asociadas con el consumo de algunas sustancias que cumplen la función de reducir el nivel de ansiedad y mejorar el estado de ánimo. De esta manera, el consumo persigue conseguir efectos de la sustancia y evitar los síntomas de ansiedad (Cano-Vindel et al., 1994). Algunas personas pueden considerar el exceso de comida como un acto de rebelión, como una expresión de desafío. Mientras que para otras, el alimento puede servir para encubrir o apagar emociones intensas (Deepak Chopra, 1997).

Una investigación realizada en la Universidad York de Canadá con el objetivo de demostrar que comer en exceso no es solamente una respuesta pasiva ante los conflictos 29 externos y/o internos sino que también tiene que ver con la toma de decisiones. La corteza pre-frontal ventromedial está implicada en el proceso necesario para la toma de decisiones ventajosas cuando existen diversas opciones de acción disponibles. Se ha encontrado un déficit en la toma de decisiones en pacientes con lesiones en dicha corteza y en aquellos con dependencia a sustancias, trastornos que reflejan la incapacidad para evaluar consecuencias futuras. Es decir, eligen una recompensa inmediata aunque a largo plazo traiga consecuencias negativas. Se encontró que existe una alta tendencia a comer en exceso ante situaciones de estrés y un deterioro en la toma de decisiones en aquellas personas con un IMC alto y que este deterioro influye en las conductas alimentarias (Davis, Levitan, Muglia, Bewell & Kennedy, 2004).

Quedó demostrado, en un estudio realizado en el departamento de psicología de la Universidad de California, que hay redes emocionales y de estrés del cerebro que fomentan conductas alimenticias que pueden conducir a la obesidad. Los estresores, mediante la activación de una red neuronal de respuesta al estrés, incrementan la actividad emocional y además decrece la función ejecutiva. Esto hace que se creen hábitos de respuesta ante el estrés para ser utilizados en lugar de una evaluación cognitiva que lleve a un afrontamiento de la situación. El placer de la alimentación reduce la actividad de la red de respuesta al estrés, lo que refuerza el hábito de ingesta (Dallman, 2010).

En un estudio publicado en el *British Journal of Clinical Psychology*, donde el objetivo principal era definir las estrategias de afrontamiento relacionadas con la obesidad para hacer frente a los problemas, el resultado de la muestra investigada demostró que el afrontamiento enfocado en la emoción no era adaptativo y además aumentaba la angustia. En cambio, el afrontamiento centrado en el problema no sólo era adaptativo si no que también reducía la angustia (Rydén, Karlsson, Persson, Sjöström, Taft & Sullivan, 2001). Según el modelo cognitivo de valoración y afrontamiento, la ansiedad surge cuando el sujeto valora la situación como una amenaza y percibe que su capacidad o estrategias de afrontamiento no son suficientes para neutralizar tal amenaza. La ansiedad provoca un mayor o menor grado de malestar, la percepción de ese malestar se traduce en pensamientos y sentimientos negativos. Algunas respuestas consumatorias (comer, fumar, beber) ayudan a reducir este malestar (Cano-Vindel et al., 1994).

30

Cualquier situación de estrés puede ser de por sí lo suficientemente intensa como para provocar un desajuste personal importante. En algunas ocasiones, esa intensidad no puede ser afrontada por el sujeto, produciéndose una fuerte reacción de estrés. Esta reacción puede generar más necesidad de consumo de sustancias que ayuden a superarla. Este tipo de personas presentan niveles altos de ansiedad, valora la posibilidad de dejar su respuesta consumatoria como una amenaza y presentan déficits en su capacidad de afrontamiento (no poseen respuestas alternativas al consumo) (Cano-Vindel et al., 1994).

Estas observaciones sobre la relación entre ansiedad o estrés y necesidad de consumo no se pueden generalizar a todos los individuos, sólo a aquellos que realizan tales conductas (generalmente consumatorias) como reacción a su estado de ansiedad o malestar, con el fin de acabar con dicho estado. En cambio, otros individuos llegan a la misma necesidad de consumo por otras vías. Un mismo sujeto puede consumir una misma sustancia en diferentes ocasiones, con diferentes propósitos, para relajarse, otras para activarse, etc. El efecto de la sustancia no es siempre el mismo, ya que se relaciona con variables psicológicas y situacionales, tal como las expectativas del sujeto o el tipo de situación (Cano-Vindel et al., 1994).

Por último, en una investigación, en donde se revisó la literatura sobre los factores asociados con el mantenimiento de la pérdida de peso y la posible recuperación del mismo, se mostró que la pérdida de peso es difícil de lograr y mantener esa pérdida de peso es un desafío aún mayor. De acuerdo a esta revisión, un mantenimiento exitoso está asociado con una mayor pérdida de peso inicial, alcanzando un peso ideal, tener un estilo de vida activo, un ritmo regular de comidas, una alimentación más saludable y el autocontrol de los

comportamientos. Además, el mantenimiento del peso tiene que ver con una motivación interna, el apoyo social y en especial con una mejor capacidad para manejar el estrés de la vida con mejores estrategias de afrontamiento, en donde los alimentos no se utilicen para modificar o cambiar los estados emocionales o sentimientos. Es por esto que uno de los principales factores que pueden suponer un riesgo para la recuperación del peso incluye comer en respuesta a las emociones negativas y al estrés, como también tener reacciones pasivas y/o evitativas ante los problemas (Elfhag & Rössner, 2005).

31

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y Diseño

El tipo de estudio es descriptivo. Diseño: No experimental, transversal, correlacional.

4.2 Participantes

El presente trabajo se realizó a 18 personas que asisten al grupo Clave de la tarde del Centro Terapéutico Máximo Ravenna y a 18 personas que asisten al grupo de Mantenimiento.

Las personas participantes son de entre 18 y 70 años de edad.

Dentro de las personas del grupo Clave, hay una mayoría de integrantes femeninos, concurren tres veces por semana al grupo, realizan una dieta de 600 calorías y una vez por

semana realizan actividad física.

Dentro de las personas del grupo de Mantenimiento también hay mayoría de integrantes femeninos, concurren 1 vez por semana al grupo, su dieta es de 1500/1800 calorías, realizan actividad física 3 veces por semana.

4.3 Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Valoración del Afrontamiento (I.V.A). Es auto administrable. Es una adaptación local (Leibovich de Figueroa, 1999) de la prueba original

española de Vindel y Miguel- Tobal. Presenta una consigna inicial que puede ser modificada

de acuerdo al ámbito de aplicación. Posee 42 ítems a responder. Valor de las respuestas: Casi

nunca (0), Pocas veces (1), Unas veces sí, otras veces no (2), Muchas veces (3), Casi siempre

(4).

Basado en el Modelo de Lazarus. Los elementos del modelo son la Evaluación primaria en donde se puede valorar la situación como irrelevante, amenaza o desafío; Evaluación secundaria que es una valoración de los recursos que se posee; Estrategias de

afrontamiento que puede ser Afrontamiento dirigido al problema (Cognitivo o Conductual

motor) y Afrontamiento dirigido a la emoción (Cognitivo o Conductual motor);

Afrontamiento pasivo; Afrontamiento evitativo.

32

En el anexo se encuentra una copia del Inventario de valoración del afrontamiento.

4.4 Procedimiento

Se analizó la técnica aplicada a ambos grupos de participantes, teniendo en cuenta además, la observación de los grupos terapéuticos de cada grupo.

La técnica se tomó después de terminado el grupo terapéutico, a aquellos pacientes

que seleccionó la coordinadora del grupo. La selección se hizo en base a la predisposición del paciente a participar del presente trabajo. Se les indicó a los participantes que piensen en una situación problemática que aún les continúe afectando.

5. Desarrollo

5.1 Descripción de valoración de situaciones estresantes y afrontamiento en Grupo Clave.

En la siguiente tabla se encuentran los promedios obtenidos de cada sub-escala del instrumento IVA y el porcentaje de los mismos del grupo Clave.

VSA VSD VSI ACS ACE AC-MS AC-ME AP AE

Promedio 2,9 2,4 0,35 1,8 1,7 1,8 1,5 1,9 2,05

Porcentaje 73,50% 60,25% 8,75% 46,80% 43% 44,50% 39% 48,50% 51,20%

Tabla Nro. 1 Resultados IVA Grupo Clave

Los resultados del IVA dentro del grupo Clave indican que más del 70% de la muestra valora las situaciones como amenaza (VSA), esto quiere decir que se valora principalmente el

potencial nocivo, lo cual va acompañado de emociones negativas como ansiedad, miedo, mal

humor, entre otras. Por otro lado el 60% de la muestra valora las situaciones como desafío

(VSD), esto significa que hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer las demandas, esto se caracteriza por generar emociones positivas como la excitación, regocijo,

entre otras. Solo el 8% de la muestra valora las situaciones como irrelevante (VSI).

33

En cuanto al estilo de afrontamiento, con más del 50% el afrontamiento evitativo (AE) es el más utilizado en las personas del Grupo Clave, esto hace referencia al uso de acciones

cognitivas o conductuales para salirse del problema ya sea física o psicológicamente. El 48%

mostró el uso del afrontamiento pasivo (AP), en donde el sujeto no realiza nada para cambiar

la situación problemática.

En este caso, si bien los puntajes obtenidos son similares, se puede apreciar que los afrontamientos, ya sea cognitivo o conductual, dirigidos a cambiar la situación son más elevados que aquellos a reducir la emoción. Así, más del 45% de la muestra utiliza el

afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación (ACS), o sea que realizan cognitivamente cosas para manipular la situación. Por otro lado, el 44% hace uso del afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación (AC-MS) en donde se realizan

conductas para manipular la situación. Un 43% utiliza el afrontamiento cognitivo dirigido a

cambiar la emoción (ACE), cognitivamente se regulan las respuestas emocionales y un 39%

usa el afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción (AC-ME), que significa

hacer activamente cosas para cambiar la emoción.

5.2 Descripción de valoración de situaciones estresantes y afrontamiento en Grupo Mantenimiento.

A continuación se halla la tabla que muestra los promedios obtenidos de cada subescala del instrumento IVA y el porcentaje equivalente a ese promedio del grupo Mantenimiento.

VSA VSD VSI ACS ACE AC-MS AC-ME AP AE

Promedio 2,5 2,5 0,5 2,01 2,5 2,5 2,6 1,08 0,94

Porcentaje 64% 63% 14,80% 50,20% 61,80% 61,80% 62,50% 26,20% 23,50%

Tabla Nro. 2 Resultados IVA Grupo Mantenimiento

Los resultados del IVA dentro del grupo de Mantenimiento indican que más del 64% de la muestra valora las situaciones como amenaza (VSA). Por otro lado el 63% de la muestra

34

valora las situaciones como desafío (VSD). Solo el 14% de la muestra valora las situaciones

como irrelevante (VSI).

En cuanto al estilo de afrontamiento, con más del 26% el afrontamiento pasivo (AP) es el más utilizado en las personas del Grupo de Mantenimiento. El 23% mostró el uso del afrontamiento evitativo (AE).

Los puntajes obtenidos de la muestra son similares, pero se puede apreciar que los afrontamientos, ya sea cognitivo o conductual, dirigidos a cambiar o reducir la respuesta emocional son más elevados que aquellos a cambiar la situación. Así, más del 62% de la muestra utiliza el afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la emoción (ACE) y el 62%

hace uso del afrontamiento conductual motor dirigido a reducir la emoción (AC-ME).

Un

50% utiliza el afrontamiento cognitivo dirigido a cambiar la situación (ACS) y un 61% usa el

afrontamiento conductual motor dirigido a cambiar la situación (AC-MS).

5.3 Analizar diferencias entre el Grupo Clave y el Grupo de Mantenimiento.

Aquí se presenta una tabla que muestra los resultados obtenidos de la Prueba T realizada. En la tabla se encuentra la media de cada grupo para cada sub-escala del instrumento IVA y el puntaje t obtenido.

35

Grupo Clave Grupo Mantenimiento t

VSA 2,94 2,54 1,52_{ns}

VSD 2,41 2,52 0,62_{ns}

VSI 0,35 0,59 1,32_{ns}

ACS 1,86 2,01 0,53_{ns}

ACE 1,71 2,46 2,29*

AC-MS 1,78 2,46 2,66**

AC-ME 1,54 2,49 3,02**

AP 1,94 1,08 2,39*

AE 2,05 0,94 2,75**

ns: no significativo

*: p< 0,05

** : p< 0,01

Tabla Nro. 3 Comparación entre resultados IVA del Grupo Clave y Grupo Mantenimiento.

Con el fin de corroborar el objetivo establecido en el estudio se realizó una Prueba t.

En comparación, ambos grupos valoran las situaciones como amenaza, no habiendo diferencia significativa en la valoración de situaciones de ambos grupos.

Con respecto al afrontamiento, se puede observar que en el grupo Mantenimiento prevalece el afrontamiento conductual a cambiar la emoción. Además se puede observar que

en el grupo de Mantenimiento los puntajes de las estrategias de afrontamiento fueron significativamente más altos que en el grupo Clave.

Por otra parte, los puntajes del afrontamiento pasivo y evitativo dieron más bajos en el grupo de Mantenimiento que en el grupo Clave.

5.4 Comparación por niveles de obesidad.

Aquí se presenta la tabla que muestra los resultados obtenidos de la Prueba T realizada. En la tabla se encuentra la media de cada grupo para cada sub-escala del instrumento IVA.

36

Grupo de 65 a 95kg Grupo de 96 a 140 kg t

VSA 2,90 2,97 0,19_{ns}

VSD 2,57 2,25 1,10_{ns}

VSI 0,37 0,33 0,17_{ns}

ACS 2,03 1,70 0,73_{ns}

ACE 2,05 1,38 1,47_{ns}

AC-MS 1,64 1,91 0,64_{ns}

AC-ME 1,83 1,25 1,32_{ns}

AP 1,66 2,22 1,10_{ns}

AE 1,77 2,33 0,93_{ns}

ns: no significativo

*: p< 0,05

** : p< 0,01

Tabla Nro.4 Resultados IVA del Grupo Clave dividido en niveles de obesidad.

Dentro del grupo Clave se encontró una gran diferencia de pesos (Kg) y se los dividió en dos niveles para observar las diferencias en la valoración de las situaciones estresantes y el

afrontamiento. Los dos niveles son de 65 a 95 Kg y de 96 a 140 Kg. En cada grupo quedaron

9 participantes.

A partir de esta distinción en niveles de obesidad, se realizó una Prueba t y se puede observar que en lo que respecta a la valoración de la situación no hay grandes diferencias, ya

que la mayoría, sin importar el nivel de obesidad valora las situaciones como amenaza.

En cuanto al afrontamiento se puede advertir que los resultados de la Prueba t demuestran que no existen diferencias significativas entre los dos niveles de obesidad.

37

6. Discusión

A partir del exhaustivo análisis realizado en el marco teórico de este trabajo y de haber abordado el conjunto de problemáticas centrales de la obesidad y el afrontamiento, más lo

explayado en los resultados obtenidos de la muestra, se considera haber arribado a los objetivos planteados.

Así, se pudo comparar la valoración de las situaciones estresantes y las estrategias de afrontamiento en el grupo Clave y en el grupo de Mantenimiento.

En primer lugar se describió la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en pacientes del grupo Clave, revelando que la valoración de las situaciones

como amenaza y el afrontamiento evitativo y pasivo fueron las sub-escalas con más alto puntaje. Aquí se encontraron muchas convergencias con el marco teórico planteado, dado a

que se halló positiva la relación entre obesidad y afrontamiento evitativo como explican

estudios ya realizados, siendo la comida la manera que tienen estas personas de afrontar las diferentes situaciones de la vida.

Estos resultados van en concordancia con lo que proponen los autores Silvestre y Stavile (2005) de que la comida muchas veces puede ser utilizada para evitar ciertas situaciones estresantes, haciendo que temporalmente se sientan mejor, pero que no sea un

afrontamiento eficaz a largo plazo. De la misma manera, Carr (2007) sostiene que el afrontamiento basado en la evitación puede ser adecuado si se necesita postergar el afrontamiento activo, pero no como una solución a largo plazo. Asimismo, en la investigación

de Ruíz Prieto, Fernández, Bolaños Ríos y Jáuregui Lobera (2010) se halló una fuerte relación entre exceso de peso y un afrontamiento evitativo tal como lo demuestra el presente estudio.

Estos resultados se reflejan en muchos de los relatos dentro del grupo clave, que tienen que ver con el comer como respuesta ante diferentes situaciones, por ejemplo era común escuchar que luego de una pelea con la pareja, con amigos o con el jefe fuera la mayor ingesta

38

de comida, personas que expresaban que luego de la muerte de un ser querido se habían dedicado a engordar o que la comida era el refugio, la contención que necesitaban para afrontar situaciones difíciles.

A partir del marco teórico expuesto, se sabe que todo tratamiento de la obesidad consta de tres patas, la dieta, la terapia y la actividad física. Si bien en el Centro Ravenna se

trabajan todas estas áreas, se le hace especial hincapié a la dieta, dejando de lado la actividad

física. Esto hace que los pacientes que están en el grupo Clave, en descenso de peso no consideren importante realizar actividad física. Esto es una limitación, ya que como se pudo

observar en la teoría el ejercicio es una estrategia de afrontamiento importante.

En segundo lugar se describió la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento en pacientes del grupo de Mantenimiento, encontrando que la valoración de

situaciones como amenaza y el afrontamiento cognitivo y conductual focalizado en la emoción fueron las sub-escalas más altas. Estos resultados también coinciden con los autores

expuestos anteriormente, ya que a medida que los sujetos dejan de ser obesos tendrían que

cambiar sus estrategias de afrontamiento para poder mantener su peso y evitar las recaídas.

En este grupo se encontró una semejanza en los valores obtenidos entre la valoración de la situación como amenaza y como desafío, que tiene que ver con lo expuesto por Lazarus

y Folkman (1984), en donde sostienen que la amenaza y el desafío pueden llegar a suceder en

la misma situación o en una relación continua, aunque casi siempre domina uno sobre el otro.

En este caso domina la valoración como amenaza sobre el desafío, esto quiere decir que las

personas del grupo de Mantenimiento no se encuentran totalmente seguros de su propia capacidad para superar los obstáculos y peligros que promueve la demanda.

En los grupos terapéuticos de mantenimiento se pudo observar como los mismos pacientes se dan cuenta de los cambios, no sólo los cambios observables si no también el

cambio en su conducta, por ejemplo antes ante una frustración o angustia comían, ahora salen

a hacer ejercicio u otras actividades.

El afrontamiento basado en las emociones, que dio alto en este grupo, incluye estrategias como la minimización, tomar distancia, encontrar aspectos positivos de la 39

situación, entre otras. Estas estrategias se utilizan para cambiar la manera en que se interpreta

lo que está ocurriendo para reducir y regular la respuesta emocional (Lazarus & Folkman, 1984).

En tercer lugar, teniendo ambas descripciones se arribó a un análisis de las diferencias en la valoración de situaciones estresantes y estrategias de afrontamiento entre el grupo Clave

y el grupo Mantenimiento. En el grupo Clave prevaleció el afrontamiento evitativo y pasivo

mientras que en el otro grupo fue el afrontamiento dirigido a cambiar la emoción. Esta divergencia se relaciona con lo expuesto en la investigación realizada por Elfhag y Rössner

(2005), en donde un buen mantenimiento del peso se basa en optimizar la capacidad para

manejar el estrés con mejores estrategias de afrontamiento, en donde la comida no se utilice

para modificar los estados emocionales.

Que el afrontamiento pasivo también de alto con el evitativo significa que los sujetos del grupo de Clave tratan de no responder a las demandas del medio y simplemente esperar a

que las condiciones cambien (Leibovich, 1999). Esto de no hacer nada es una de las enseñanzas dentro de los grupos terapéuticos del Centro Ravenna, en donde los profesionales

les proponen a los pacientes que ante cualquier situación que los angustie o les genere ansiedad que no hagan nada, para que puedan tener nuevos recursos que se alejen del comer

como respuesta.

En cuanto a la valoración de la situación hubo convergencias, ya que ambos grupos puntuaron alto en la sub-escala amenaza.

Las divergencias entre estos dos grupos también se pudo observar durante los grupos terapéuticos, ya que los temas que se tratan en el grupo Clave tienen más que ver con estrategias para no comer de más, para no salirse de la dieta, para hacer actividades sociales

sin salirse de la dieta, entre otras. Mientras que en el grupo de Mantenimiento se habla sobre

comer la medida justa de cualquier tipo de comida y no quedarse enganchado y seguir

comiendo, la actividad física que realizan, entre otros.

Por último, dado a que dentro del Grupo Clave existían diferencias en los pesos, se los dividió en dos niveles para comparar la valoración de situaciones estresantes y estrategias de

40

afrentamiento por niveles de obesidad. De esta distinción entre niveles de obesidad se encontró que no existe una relación entre nivel de obesidad y déficit en el afrontamiento, ya

que los resultados dieron no significativos. En este punto hubiera sido mejor obtener la información para sacar el IMC de cada participante y así relacionarlo con el afrontamiento.

Concluyendo los puntos anteriores, se puede expresar que existe una relación entre la obesidad y el afrontamiento evitativo, además se puede verificar que una vez que los sujetos

llegan a su peso ideal y pasan al grupo de mantenimiento hay un cambio y comienzan a utilizar estrategias de afrontamiento más funcionales ante situaciones estresantes, dejan de

evitar o ser pasivos y son más activos en cuanto al afrontamiento.

Una limitación del presente trabajo es la cantidad de sujetos evaluados, si la muestra hubiese sido más grande se podría haber arribado a resultados más concluyentes y hubiera

sido más enriquecedora, además se hubieran obtenido pesos más representativos y se podría

haber evaluado el afrontamiento dependiendo el nivel de obesidad. Contar con un mayor

número de participantes le hubiera dado más confiabilidad y ampliado la representatividad de

los datos obtenidos. Además, contar con la información necesaria para tener el índice de masa

corporal de cada uno de los participantes hubiera ayudado al estudio.

Hoy en día se considera que el sector niñez y adolescente es el más vulnerable a la obesidad. Dentro del Centro Ravenna existen grupos para descenso de niños y adolescentes

pero no hay grupos de mantenimiento, por lo cual, futuras investigaciones se podrían realizar

a tales sectores para determinar el afrontamiento de estos secciones y poder trabajarlos.

Por otro lado, sería interesante realizar investigaciones en donde la situación traumática fuera la obesidad misma y el descenso de peso, para poder evaluar el afrontamiento dirigido a la problemática.

Si bien el Método Ravenna hoy en día es polémico, por la dieta hipocalórica, dentro de los grupos se puede observar que es un plan que funciona para muchas personas, hay numerosos relatos sobre cómo se logro el objetivo deseado en poco tiempo, pero, también, se

observa que tiene un alto porcentaje de abandono, ya que mucha gente no puede mantener la

dieta de 600 calorías y un alto porcentaje de rebote, esto quiere decir que las personas llegan a

41

su peso ideal y luego lo vuelven a recuperar. Dentro del grupo Clave, más de la mitad de los

pacientes eran personas que ya habían logrado bajar de peso pero que no lo pudieron mantener y que por eso regresaban, esto tiene que ver con que muchas de las personas no asisten a los grupos de mantenimiento una vez que terminan de descender su peso. Por otro lado, dentro del grupo de Mantenimiento los pacientes sienten que muchas veces no tienen las herramientas necesarias para comer la medida justa y parar. Esto se relaciona con la falta de trabajo en el afrontamiento de las personas dentro de los grupos terapéuticos, tanto en los grupos de descenso como en los grupos de mantenimiento. Además se le tendría que dar importancia a la actividad física, cosa que en los grupos es dejado de lado.

A pesar de lo dicho anteriormente, en el estudio quedó comprobado que las personas que llegan a mantenimiento no son sólo personas menos gordas, o como se los llama en el Centro Ravenna, “Baja kilos” sino que también lograron un cambio en el afrontamiento, utilizando estrategias activas ante las situaciones estresantes, que es importante para lograr que el descenso de peso se mantenga. Sería interesante realizar un estudio longitudinal con personas que ingresen al grupo Clave y que luego pasan al grupo de mantenimiento, para observar si estos cambios en el afrontamiento son verdaderos.

Concluyendo, el método Ravenna es eficaz para el descenso de peso en poco tiempo y aquellas personas que ingresan al grupo de mantenimiento logran un cambio en el afrontamiento, pero se debería dar más relevancia a la gimnasia y a la terapia para proveer herramientas a las personas con obesidad para poder manejar las situaciones estresantes de la vida sin tener que caer en la comida, ya que como se mostró en este estudio, las personas con obesidad tienen un déficit en el afrontamiento activo. Y además, seguir trabajando el afrontamiento activo en las personas que ya lograron descender de peso para que no tengan el efecto rebote.

42

7. Bibliografía

- Ayela Pastor, M.R. (2009). Obesidad: Problemas y soluciones. Madrid: Club Universitario.
- Bauzá, C & Céliz, O. (2007). Obesidad: Causas, consecuencias y tratamiento. Córdoba: El emporio ediciones.
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). El estrés. En B. Sandín (ED.), Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill
- Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Trastornos alimentarios. En C. Periñá (ED.), Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill.

- Bermúdez, J. (1998). Afrontamiento: Aspectos generales. En Manual de psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J.J., González, H. & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*. 10, 145-156.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Dallman, M. F. (2010). Stress-induced obesity and the emocional nervous system. Recuperado el 25 de mayo de 2011 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043276009001763>
- Davis, C., Levitan, R., Muglia, P., Bewel, C & Kennedy, J. (2004). Decision-Making Deficits and Overeating: A Risk Model for Obesity. *Obesity*. 12, 929–935.
- Deepak Chopra. (1997). *Vencer las adicciones*. Barcelona: Zeta.
- Duperly, J. (2000). *Obesidad: Un enfoque integral*. Universidad del Rosario: Centro editorial. 43
- Elfhag, K. & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6: 67–85.
- Fernández Abascal, E. (1997). *Psicología General: Motivación y emoción*. Madrid: Areces.
- Lazarus, S.R & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, S.R. (2000). *Estrés y Emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. Barcelona: Desclée de Brouwer
- Leibovich de Figueroa N. (1999). Aspectos teóricos y psicométricos en relación al afrontamiento. Departamento de Publicaciones Facultad de Psicología – UBA. FICHA
- Leibovich de Figueroa N., Schmidt V. & Marro C. (2002). Afrontamiento. En: N. Leibovich de Figueroa & M. Schufer (Eds), *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Bs. As: EUDEBA.
- Locher, J., Yoels, W., Maurer, D. & Ells, J. (2005). Comfort Foods: An exploratory journey into the social and emotional significance of food. Recuperado el 18 de agosto de 2011 de <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a725635219>
- Moreno, B. Monereo, S. Álvarez, J. (2006). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Médica Panamericana.
- Moreno, E. Monereo, M. & Álvarez Hernández, J. (2000). *Obesidad: La epidemia del siglo XXI*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Oblitas Guadalupe, L.A. (2007). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Madrid: Thomson.

- Ravenna, M. (2005). Una delgada línea entre el exceso y la medida. Buenos Aires: Galerna.
- Ravenna, M. (2009). De la A a la Z, El ABC del sobrepeso. Buenos Aires: Ediciones B.
44
- Ruíz Prieto, I., Fernández, S., Bolaños Ríos, P & Jáuregui Lobera, I. (2010). Obesidad y rasgos de personalidad. Trastornos de la conducta alimentaria. 12, 1330-1348.
- Rydén, A. Karlsson, J. Persson, L. Sjöström, L. Taft, C. & Sullivan. M. (2001). Obesityrelated coping and distress and relationship to treatment preference. Recuperado el 25 de mayo de 2011 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/014466501163625/abstract>
- Silvestre, E. & Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Recuperado el 20 de mayo de 2011 de <http://www.nutrinform.com/pagina/info/ob05-02.pdf>
45

Anexo