

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES MÓRBIDOS, EFECTOS  
A CORTO PLAZO DE UN PROGRAMA ORIENTADO A LA  
DISMINUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA**

**Alfonso Cofre Lizama  
Escuela de Psicología  
Universidad Santo Tomás  
Temuco Chile**

**RESUMEN**

La obesidad mórbida es, por sus repercusiones en la calidad de vida y salud física y psicológica, uno de los principales temas de interés e investigación en el campo de la salud. La mayoría de los programas de intervención apuntan directamente a la disminución de masa corporal excluyendo o ignorando dimensiones centrales en la enfermedad, tales como la depresión o ansiedad. En este artículo pretendemos dar a conocer los efectos en las dimensiones psicológicas de un programa interdisciplinario de 10 meses de duración. Participaron 18 personas, cuyas edades oscilaron entre 20 y 60 años, ( $M=39.5$ ;  $DT= 9.2$ ), 17 mujeres y un hombre. Todos fueron parte del programa de apoyo interdisciplinario (multidisciplinario) del equipo de trabajo OBEMOB de la Universidad Santo Tomás, sede Temuco. Los resultados muestran una disminución, estadísticamente significativa, en la sintomatología ansiosa y depresiva de todos los participantes. El artículo finaliza reflexionando sobre los alcances de la intervención, las dimensiones teóricas que pueden explicar los cambios y los requerimientos de futuros programas en el área.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad; motivación al tratamiento; Psicoterapia; modelo transteórico, ansiedad, depresión.

**ABSTRACT**

Morbid obesity is, by its impact on quality of life and physical and psychological health, one of the main topics of interest and research in the field of health. Most intervention programs aimed directly at decreasing body mass excluding or ignoring central dimensions in the disease, such as depression or anxiety. We aim of this article is to raise awareness of the effects on the psychological dimensions of an interdisciplinary program of 10 months duration. Included 18 people whose ages ranged between 20 and 60 years ( $M = 39.5$ ,  $SD = 9.2$ ), 17 women and one man. All were part of the program of support interdisciplinary (multidisciplinary) team working OBEMOB Universidad Santo Tomas, located Temuco.

The results show a decrease, statistically significant, in anxious and depressive symptoms of all participants. The article concludes by reflecting on the scope of the intervention, the theoretical dimensions that may explain the changes and the requirements of future programs in the area.

**KEY WORDS:** Obesity; Motivation to treatment; Psychotherapy; Transtheoretical model, Anxiety, Depression.

Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos, efectos a Corto Plazo de un programa psicológico orientado a la disminución de la sintomatología.

La obesidad ha sido considerada como la epidemia del siglo XXI, definida como un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>. Es considerada una patología de alta prevalencia mundial y nacional que avanza de manera estable y paulatina en países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo (Peña & Bacallao, 2001; Vernay et al. 2009), observándose un aumento en los índices de obesidad en la infancia y adolescencia, índices que se incrementan con la edad (Frelut, 2009), teniendo efectos significativos en la morbilidad y mortalidad tanto en jóvenes como en adultos (Kannel, D'Agostino & Cobb, 1996; Rubenstein, 2005). En relación a lo anterior es que Halsam & James (2005), señalan que la obesidad mórbida reduce la expectativa de vida en, al menos, 7 años para las personas que ya son obesas a los 40 años de edad.

Esta patología se relaciona con el desarrollo y aumento de distintas enfermedades como por ejemplo, cardiovasculares (Sandoya, Schwedt, Moreira, Schettini, Bianchi & Senra, 2007), síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial (Martínez, Rodríguez y Martínez, 2003), insuficiencia respiratoria, hipercolesterolemia, artritis, problemas de vesícula, apnea de sueño y otros problemas psiquiátricos, psicológicos y sociales (O'Brien y Dixon, 2002) constituyendo un problema de enorme relevancia individual y social.

En la descripción y explicación del problema se integran factores sociales, psicológicos, genéticos, entre otros (Pulido-Castelblanco, Novoa-Gómez & Muñoz-Martínez, 2013; Moreno, 2005). Desde lo contextual, para Reyes, Díaz, Lera y Burrows (2011), la intensificación del consumo de alimentos con altos componentes calóricos y la reducción de la actividad física promueven un ambiente obesigénico (Nicklas, Baranowski, Cullen & Berenson, 2001; Komlos, Breitfelder & Sunder, 2009). Al mismo tiempo, se ha observado que el tipo y gravedad de la obesidad se encuentra directamente relacionado con las horas que el individuo permanece sentado y sin actividad física (Martínez-González, Martínez, Hu, Gibney & Kearney, 1999).

Entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en el proceso de la constitución de la obesidad y obesidad mórbida, se describen los estados ansiosos y depresivos que propician el comer en exceso (Black, Goldstein & Mason, 2003; Ríos, Rangel, Álvarez, Castillo, Ramírez & Pantoja, 2008), así como una baja autoestima y pesimismo asociado a lo relevante de la dimensión corporal en la construcción de la identidad individual y social (Álvarez, 1998; Hollis, 2005), lo que se vincula además con un autoconcepto negativo, así como una pobre y menor interacción social (Elfhag, Carlsson y Rossner, 2003; Puhl & Heuer, 2009). Finalmente, se ha observado que la obesidad

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

genera un efecto negativo en las personas, con una enorme carga psicológica dado por las consecuencias psicosociales que esta enfermedad conlleva (Wardle, Williamson, Johnson & Edwards, 2006).

En este marco, el objetivo principal de cualquier tratamiento para la obesidad mórbida debe ser el propiciar una pérdida de peso sostenible en el tiempo, reduciendo los factores que ponen la vida del individuo en riesgo y mejorando el funcionamiento del individuo hacia una buena salud (Feixas & Saldivar-Maldonado, 2010). Pero además de la pérdida de peso estable, se espera que las personas que forman parte de programas multidisciplinarios para el tratamiento de la obesidad, puedan modificar factores psicológicos internos asociados al origen y mantenimiento de la enfermedad, tales como la ansiedad y la sintomatología depresiva (Frelut, 2009).

De esta forma, junto con una pérdida de peso, el objetivo del tratamiento para la obesidad mórbida debe ser una mejora en la salud que reduzca los factores que ponen la vida del individuo en riesgo y mejore su funcionamiento. Por lo anterior, se considera que el estudio y tratamiento multidisciplinar de la obesidad constituye el acercamiento más pertinente puesto que permite abarcar la enfermedad en toda su complejidad (Donini et al. 2009). Así, los tratamientos actuales no se centran sólo en la educación sobre nutrición o el aumento de la actividad física, sino también en la consideración y evaluación de aspectos psicológicos asociados. Como hemos señalado, estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable.

### **ENFOQUES TERAPÉUTICOS ORIENTADOS AL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD, EL MODELO TRANSTEÓRICO DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO**

El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, asumiendo que en esta problemática hay factores de comportamiento que pueden debilitar el éxito del tratamiento (Cabello y Zúñiga, 2007). Las personas con sobrepeso u obesidad se benefician con las intervenciones psicológicas y particularmente con estrategias cognitivas conductuales para mejorar la reducción de peso. Son predominantemente útiles cuando se combinan con estrategias dietéticas y de ejercicio.

De acuerdo a Shaw, O'Rourke, Del Mar y Kenardy (2009), son varios los métodos psicológicos que se usan para procesar y ayudar a perder peso en las personas que padecen sobrepeso u obesidad, los que pueden ser realizados de forma individual y/o grupal. Estos tratamientos implican un cambio global del estilo de vida, puesto que los logros a largo plazo requieren la modificación de actitudes, creencias y comportamientos acerca de la alimentación y la actividad física (Hill & Wyatt, 2002), todo ello supone un proceso activo, en el que la persona deberá hacer un esfuerzo considerable para cambiar hábitos perpetuados en el tiempo (Rollnick, 1996), motivo por el cual los tratamientos en obesidad no siempre obtienen buenos resultados.

Para Cabrera (2000), un problema asociado a lo anterior es que el comportamiento con efectos en salud, "ha sido observado, descrito y explicado como un evento discreto, más que como un proceso y mucho menos como una secuencia de etapas" (p. 3). Esto implica

que se dejan de lado las características específicas del grupo a las que se han dirigido las intervenciones.

Uno de los enfoques terapéuticos-a nivel psicológico-ampliamente utilizado es el Modelo Transteórico de motivación al cambio(Prochaska y Velicer, 1997), descrito como un marco de intervenciones efectivas para promover cambios de conductas en salud a partir de las características específicas de los grupos a quienes están dirigidas las acciones (ver, Cabrera, 2000).El modelo derivó su nombre de la integración de los principios y componentes teóricos de los diferentes sistemas de intervención analizados.

El modelo está fundado en la premisa básica de que el cambio comportamental es un proceso y que las personas tienen diversos niveles de motivación, de intención de cambio. Pero, entre otras premisas (Prochaska & Velicer, 1997), señala que el cambio es un proceso que se presenta como una secuencia de etapas estables, pero abiertas al cambio. Además, plantea que intervenciones no orientadas según estas etapas, los grupos permanecerán estancados, sin motivación, ni intención de participar en las intervenciones o programas ofrecidos. Finalmente, el reto del modelo, es avanzar hacia programas e intervenciones de la salud comportamental, de base poblacional, con apoyo de estrategias interactivas que incluyan un soporte ambiental a los cambios (Cabrera, 2000).

Desde este enfoque se sostiene que, en la mayoría de las personas, los cambios ocurren en forma gradual a través del tiempo y se pasa progresivamente por las siguientes “Etapas de Cambio”. Pre-contemplación: la persona no está motivada; no hay intenciones de hacer modificaciones en los próximos 6 meses. Contemplación: hay pensamiento sobre posibles cambios en el comportamiento en los próximos 6 meses. Preparación para la acción: planificación activa para cambiar el comportamiento en un plazo definido, por ejemplo en 30 días. Acción: desarrollo de nuevos comportamientos. Mantenimiento: mantención del comportamiento modificado por seis meses o más. Terminación: llegar a un cambio sostenible y de confianza en sí mismo para no volver a las etapas anteriores.

En este marco, el modelo de motivación en espiral propone que los individuos pueden avanzar y retroceder en estas etapas de cambio antes de alcanzar el cambio. Como eje del proceso, la motivación cumple un papel fundamental, es el impulso que inicia, guía y mantiene el comportamiento, hasta alcanzar la meta u objetivo deseado (Prochaska y DiClemente, 2002). El trabajo sobre motivación, ansiedad y depresión constituyen elementos fundamentales en la interacción y el acercamiento subjetivo a la realidad en los distintos ciclos vitales, variables a utilizar en el tratamiento psicológico del programa (Prochaska & Prochaska, 2005).

Este modelo ha sido amplia y efectivamente utilizado en el trabajo en el ámbito general de la salud, por ejemplo, en el tratamiento para disminución de la adicción al tabaco (Schumann, John, Ulbricht, Rüge, BischofyMeyer, 2007), la promoción de actividad física en pacientes con diabetes y enfermedades cardiovasculares (Kirk, MacMillan y Webster, 2010).Sintomatología depresiva en adolescentes (Lewis et al., 2009), alcoholismo (Demmel, Beck, Richter & Reker, 2004), abuso de drogas (Henderson, Galen & Saules, 2004).En el tratamiento de la obesidadigualmente se han presentado resultados favorables (ver DrayyWade, 2012; Johnson et al, 2008; Kirk, MacMillan y Webster, 2010).

En Chile el Modelo Transteórico de motivación al cambio se utiliza terapéuticamente con frecuencia (Besser & Moncada, 2013), modificando, de acuerdo a las características de los

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

destinatarios, los énfasis teóricos y la regulación temporal del tratamiento. En este artículo se presentan –desde el punto de vista de la psicología- los efectos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de pacientes OBEMOB que participaron de un programa multidisciplinar. El modelo transteórico ha sido complementado con los aportes de la psicoterapia constructivista, en particular el enfoque post racionalista cognitivo procesal sistémico de Vittorio Guidano (1999, 1983), enfatizando los procesos de regulación emocional y autoobservación. Este es un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la identidad, donde la persona es el agente regulador central de la organización autoreferencial del conocimiento y su experiencia, otorgándole a la emotividad y subjetividad una importancia relevante en la psicoterapia. Los vínculos y conexiones emocionales sedimentan el funcionamiento psicológico de las personas, articulando los procesos tácitos y explícitos del conocimiento en la construcción de significado, definiendo de esta forma un sentido de sí mismo y del mundo (Guidano, 1995, 1991,1987; Arciero, 2005).

### **METODOLOGÍA**

#### **PARTICIPANTES**

Participaron 18 personas, todos miembros del grupo de OBEMOB , sin tratamientos anteriores, procedentes de zona urbana, dependiente de la Municipalidad de Temuco que, a la vez, fueron parte del programa de apoyo multidisciplinario para la obesidad morbida de la Universidad Santo Tomás, sede Temuco. Las edades fluctuaron entre los 20 y 60 años, (M=39.5; DT= 9.22), siendo 17 Mujeres y un hombre. Todos accedieron a participar voluntariamente en el programa, utilizando un consentimiento informado que las participantes debieron firmar para participar de la muestra.

#### **INSTRUMENTOS:**

**INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO/ESTADO (IDARE)** de Spielberger, Gorsuch y Lushene, (1970). Es un inventario diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad que constituyen dos subescalas con 20 ítems cada una: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria), que incluye ítems como “Me siento seguro” y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), que incluye ítems como “Veó que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas”. Cada una de ellas tiene 20 ítems; La escala estado incluye 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. La escala rasgo tiene 13 ítems positivos y 7 negativos.

El IDARE es un cuestionario autoaplicado, la forma de respuesta es de tipo Likert, que oscila entre 0 a 4 en ambas subescalas, en la escala de estado: (1-no totalmente, 2-un poco, 3-bastante, 4-mucho); en la escala rasgo (1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre). La puntuación se obtiene de la suma de los ítems de cada dimensión, considerando las puntuaciones inversas, lo que entrega puntajes de ansiedad para cada escala.

El instrumento ha mostrado adecuados indicadores de validez interna en distintos contextos de aplicación (Pupo, Martín, López, 1989; Franco, Martín, Grau, 1992; Castellanos, Grau, Martín, 1986). En la presente investigación se obtuvieron indicadores alfa de 0,84 y 0,80 para las dimensiones positiva y negativa de la escala de Ansiedad situacional e indicadores alfa de 0,79 y 0,72 para las dimensiones positiva y negativa de la escala de Ansiedad rasgo.

Dass 21: El DASS – 21, es un instrumento originalmente diseñado para evaluar la sintomatología depresiva, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios (Antúnez & Vinet, 2012), se encuentra organizado en tres factores que corresponden a las dimensiones señaladas previamente. Es un instrumento autoaplicado de 21 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en formato Likert, que varían desde 0 ("No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana") hasta 3 ("Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre"). El instrumento ha presentado adecuadas propiedades psicométricas (Antony et al., 1998; Apóstolo et al., 2006) y un ajuste aceptable a un modelo de tres factores en muestras de habla hispana (Bados et al., 2005; Daza et al., 2002; Román, 2010). Los índices de confiabilidad interna en la presente investigación correspondieron a .81 para la escala de depresión; .83 para la escala de Ansiedad y .85 para la escala de estrés.

## **DISEÑO Y PROCEDIMIENTO**

Se implementó un diseño cuasi-experimental con medidas pre-post, no contando con un grupo de cuasi-control (Cook y Campbell, 1979). El contacto con la agrupación de obesos mórbidos perteneciente a la municipalidad de Temuco, se realizó a través del programa OBEMOB de la Universidad Santo Tomás, sede Temuco. Los participantes del grupo cuasi-experimental accedieron a integrarse a un programa multidisciplinar que incluyó un trabajo integrado con nutricionista, kinesiólogo, profesor de educación física y psicólogo. Cada área trabajó aproximadamente 8 horas semanales. En el área de la psicología, se trabajó durante 10 meses, con sesiones grupales de manera semanal, así como con sesiones individuales semanales. La aplicación de los instrumentos fue de manera grupal, días antes de comenzar el tratamiento y días posteriores al término. Dicha aplicación tuvo un tiempo de demora de 30 minutos por sesión.

La intervención psicológica estuvo orientada desde el Modelo Transteórico de motivación al cambio (Prochaska y Velicer, 1997) previamente descrito. Desde una Perspectiva de la psicología clínica se realizó un programa de intervención para el logro de objetivos terapéuticos orientado a la disminución de los síntomas ansiosos y depresivos presentes en pacientes con Obesidad mórbida.

En un primer paso se identifica el nivel de la sintomatología presente en todos los participantes del programa para luego realizar entrevista clínicas de motivación al cambio, visualizando de esta forma la "fase del cambio" en que se encuentra cada uno de los participantes, en relación al compromiso con el tratamiento y los cambios de conductas que deben realizar para mejorar su calidad de vida.

El tratamiento consta de sesiones de grupo e individuales. El promedio de sesiones grupales es de 20 y 5 individuales por participante. Se entrega a los participantes una comprensión cognitiva post racionalista de los trastornos alimentarios, específicamente de la obesidad, así como de la sintomatología ansiosa y depresiva.

## **MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION**

Se utilizaron técnicas cognitivas de revisión mental (reevaluación), reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, técnicas de respiración y relajación progresiva. Como hemos señalado previamente, se complementó el modelo transteórico con el enfoque cognitivo-posracionalista, enfatizando los procesos de autoobservación en la regulación personal. En todo el proceso terapéutico se evalúa el grado motivacional, permitiendo visualizar las dificultades y proyecciones para la adherencia al tratamiento.

### **RESULTADOS**

El análisis estadístico fue llevado a cabo utilizando estadísticos de comparación de grupo, de acuerdo a las características de la distribución, se utilizaron estadísticos descriptivos y pruebas no paramétricas de comparación, en particular, la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (W de Wilcoxon). Los resultados se presentarán de manera separada para cada variable dependiente: Ansiedad de estado, Rasgo y Depresión. La tabla 1 muestra las medias, medianas y desviaciones típicas para cada variable en las mediciones pre y post-test.

### **RESULTADOS PARA ANSIEDAD DE ESTADO POSITIVO Y NEGATIVO**

La prueba de Wilcoxon conducida para estimar el impacto del programa en la dimensión ansiedad de estado con sintomatología positiva, indicó un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 10.0$ ,  $M_{posttest} = 6.0$ ),  $Z = -2,81$ ;  $p = .005$ . La misma prueba, conducida para estimar el impacto del programa en la dimensión ansiedad de estado con sintomatología negativa, indicó un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 15.5$ ,  $M_{posttest} = 19,5$ ),  $Z = -2,469$ ;  $p = .014$ . Ver imagen 1.

---

INSERTAR FIGURA 1 APROX AQUÍ

### **RESULTADOS PARA ANSIEDAD DE RASGO POSITIVO Y NEGATIVO**

La prueba de Wilcoxon conducida para estimar el impacto del programa en la dimensión ansiedad de rasgo con sintomatología positiva, indicó un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 17.0$ ,  $M_{posttest} = 14.5$ ),  $Z = -2,13$ ;  $p = .03$ . La misma prueba, conducida para estimar el impacto del programa en la dimensión ansiedad de rasgo con sintomatología negativa, no indicó un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 11.7$ ,  $M_{posttest} = 12,3$ ),  $Z = -0,778$ ;  $p = .473$ . Ver imagen 2.

---

INSERTAR FIGURA 2 APROX. AQUÍ

### **RESULTADOS PARA LAS VARIABLES DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS INCLUIDAS EN EL INSTRUMENTO DAS.**

La prueba de Wilcoxon conducida para estimar el impacto del programa en la dimensión sintomatología depresiva, indicó un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 5.6$ ;  $M_{posttest} = 2.8$ ),  $Z = -3.107$ ;  $p = .002$ . La misma prueba, conducida para estimar el impacto del programa en la dimensión ansiedad, indicó un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 5.7$ ,  $M_{posttest} = 3.3$ ),  $Z = -2.255$ ;  $p = .024$ . En la dimensión estrés se observa igualmente un efecto significativo del programa ( $M_{pretest} = 7.3$ ,  $M_{posttest} = 4.5$ ),  $Z = -3.280$ ;  $p = .001$ . Ver gráfico Número 3.

---

INSERTAR TABLA 1 APROX. AQUÍ

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta investigación pretendió evaluar los efectos de un programa multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad, en particular sobre las dimensiones psicológicas asociadas a esta enfermedad. De esta forma, se orientó la intervención desde el marco del modelo transteórico de motivación al cambio (Prochaska & DiClemente, 1982), así como desde las orientaciones específicas del modelo cognitivo-posracionalista de Guidano (Guidano, 1991), evaluando la sintomatología ansiosa y depresiva. En el marco de una disminución de peso (Feixas y Saldivar-Maldonado, 2010), los resultados señalan un efecto positivo del tratamiento desde el ámbito psicológico que se tradujo en la reducción de sintomatología en todas las dimensiones evaluadas. Estos resultados son coherentes con los reportados por otros tratamientos psicológicos en obesidad demostrando la importancia de los procesos psicoterapéuticos (Larrañaga & García-Mayor, 2007; Feixas & Saldivar-Maldonado, 2010).

Con relación a los resultados encontrados de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes obesos, estos concuerdan con los descritos (Ríos, Rangel, Álvarez, Castillo, Ramírez y Pantoja, 2008) sintomatología que necesariamente debe tenerse en cuenta en el tratamiento multidisciplinar de la obesidad.

Consideramos que estos resultados pueden ser explicados desde, al menos cuatro dimensiones: a).- la identificación de sintomatología como parte de una forma regular de explicarse el mundo y la enfermedad: La comprensión de la obesidad, como parte de una forma regular de explicarse el mundo y de regulación emocional, formó parte de las 4 primeras sesiones siendo psico-educativas sobre la enfermedad y sus consecuencias psicológicas en las que la ansiedad y depresión forman parte central. La comprensión de la obesidad como una enfermedad es entonces un elemento clave en la motivación al cambio y un primer paso en el proceso de autoobservación que implica tanto el reconocimiento de la sintomatología como de los procesos que la mantienen. Consideramos que la autoobservación permite la conexión con los propios procesos automantenidos que se hacen ahora conscientes, permitiendo la reevaluación del porqué comer y las consecuencias negativas del proceso (Silva, 2003)

b) Diferenciación emocional: En el marco de los procesos de autoobservación, no solo son fundamentales aquellos asociados a la reevaluación cognitiva de las motivaciones vinculadas a la ingesta de alimentos, sino que también es clave una exploración profunda de las emociones vinculadas a la ingesta alimenticia. Este proceso implica autoobservación y reconocimiento de emociones básicas y cognitivas subyacentes que contribuyen no solo a

## MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

la mantención de la enfermedad, sino también a una forma de sentirse en el mundo. En este punto, el trabajo psicológico ha contribuido a esta identificación emocional y, asociado a lo anterior, a una forma más flexible de reconocer y regular emociones.

c) Atribuciones internas y externas: Consideramos que el cambio que ha permitido el reconocimiento de emociones, permite además identificar polos emocionales, descritos teóricamente como pasivos y activos (Guidano, 1987). En términos generales, a su ingreso al programa, los participantes mantienen una explicación pasiva de su rol en el mundo, las cosas les suceden y pueden hacer poco por cambiar este destino, el proceso de autoobservación llevado a cabo durante las sesiones, ha implicado el integrar un rol activo en el mundo, incorporándose como agente de cambio. Como hemos venido señalando, este proceso de flexibilización cognitiva requiere de una autoobservación constante, de identificación y reconocimiento de emociones discrepantes, así como de la integración de emociones que han mantenido una forma de ser y estar en mundo, en otras palabras, permite un aumento de los niveles de abstracción. El tener la oportunidad de considerarse como agentes activos (en oposición a un rol pasivo automantenido), permite re-construir un sentido de sí mismo, menos difuso y una identidad más estable y flexible (Guidano, 1995).

d) Motivación asociada al apoyo social y sensación de pertenencia: los procesos que hemos descrito previamente, tienen un claro énfasis en un trabajo individual a través de la autoobservación, asumiendo el terapeuta un rol de perturbador estratégicamente orientado. Sin embargo, consideramos que los procesos de integración y pertenencia social son también fundamentales, principalmente porque mantienen la motivación al cambio y adherencia al tratamiento. Los procesos de autoobservación descritos previamente, son altamente complejos, consideramos que la presencia de afectos y emociones grupales aporta a una valoración positiva del trabajo individual (Gracia y Herrero, 2006), cada uno de los participantes, puede entonces asumir un rol de perturbador que complementa el rol del terapeuta, pero a la vez lo enriquece al ser un par que media y potencia el mejor uso de los recursos personales y sociales (Barra, 2004).

En resumen, consideramos que el programa entrega un contexto de pertenencia y apoyo social que permite una exploración segura de los procesos cognitivos y emocionales que mantienen una forma estable de ser en el mundo, favoreciendo además un aumento en los niveles de abstracción, lo que potencia un proceso básico de autoobservación. El apoyo social percibido permite alcanzar niveles de bienestar y a la superación de acontecimientos estresantes por medio de la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que encuentra en ella.

Futuras investigaciones deben considerar muestras mayores y realizar seguimiento a los participantes para conocer la estabilidad de los resultados, además la evaluación de indicadores clínicos, así como el reporte de resultados a mediano y corto plazo. A lo anterior incorporar información cualitativa que permita comprender mejor los aspectos de la intervención más valorables para los pacientes. Finalmente, consideramos que este reporte aporta a una visión más integral del proceso de cambio tanto en las conductas que mantienen la sobrealimentación así como en la percepción del sí mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, R. (1998). *Obesidad y autoestima*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Antony, M., Bieling P., Cox B., Enns M., & Swinson R. (1998). Psychometric properties of the 42 – item and 21 – item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176 – 181.
- Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Apóstolo, J., Mendes, A., y Azeredo, Z. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la depression, anxiety and stress scale (DASS). *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 14, 863 – 871.
- Arciero, G. (2005). *Estudio y Diálogos Sobre la Identidad Personal*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Bados, A., Solanas, A., y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679 – 683.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Besser, M. & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de Terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *Psyche*, 22(1), 69-82.
- Black, D., Goldstein, R. & Mason, E. (2003) Psychiatric diagnosis and weight loss following gastric surgery for obesity. *ObesSurg*; 13, 746-51.
- Cabello, G., M. y Zúñiga Z., J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociada a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Castellanos, B., Grau, J. & Martín, M. (1986). Caracterización de la ansiedad personal presente en la personalidad premórbida de pacientes con trastornos transitorio situacionales y neurosis de ansiedad. Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana.
- Cook, T. D. y Campbell, D. T. (1979). *Quasi-Experimentation Design and Analysis Issues for Fields Settings*. Chicago: Rand McNally.
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M., y Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale – 21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195 – 205.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10, 133–138.
- Donini, L. M., Savina, C., Castellaneta, E., Coletti, C., Paolini, M., Scavone, L., Civale, C., Ceccarelli, P., Zaninotto, S., Tineri, M., Grossi, G., De Felice, MR. & Cannella, C. (2009) Multidisciplinary approach to obesity. *Eat & Weight Disorders*, 14, 23-32.

## MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Dray, J. & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review*, 32 (6):558-65.

Elfhag, K., Carlsson, A. M. & Rossner, S. (2003) Subgrouping in obesity based on Rorschach personality characteristics. *Scand J Psychol*; 44: 399-407.

Feixas, G. & Saldívar-Maldonado, P. (2010) Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos de banda gástrica. *Revista Boletín de Psicología*, 99, 71-87.

Franco, A., Mart. n, M. & Grau, J. (1992). Las contradicciones internas de la personalidad en la g. nesis de los estados de tensi. n emocional. Reporte de investigaci. n, Facultad de Psicolog. a de la Universidad de la Habana.

Frelut, M. L. (2009) Obesidad del niño y el adolescente. *EMC – Pediatría*, 44, 1-15.

Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*: Guilford Press.

Guidano, V. (1991). *The Self in Process*: Guilford Press.

Guidano, V. F. (1995). *Desarrollo de la terapia cognitiva posracionalista*. Santiago de Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.

Guidano, V. F. (1999). Psicoterapia: Aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva post-racionalista [Psychotherapy: methodological issues, clinical issues and open problems from a post-rationalist perspective]. *Rev. Psicoter.* 37, 95–105.

Guidano, V. F., Liotti, G. (1983); *Cognitive processes and emotional disorders*.

Guilford, New York.

Halsam, D. y James, P. (2005). *Obesity*. *Lancet*, 366, 1197-209.

Henderson, M. J., Galen, L. W. & Saules, K. K. (2004). The predictive validity of the University of Rhode Island change assessment questionnaire in a heroin-addicted polysubstance abuse sample. *Psychology of Addictive Behaviours*, 18, 106–112.

Hill, J. & Wyatt, H. (2002). Outpatient management of obesity: a primary care perspective. *Obesity. Research*, 10(2), 124-130.

Hollis, J. (2005). *La obesidad es un problema familiar*. México: Promexa.

Johnson, S., Paiva, A., Cummins, C., Johnson, J., Dymont, S., Wright, J., Prochaska, J., Prochaska, J. & Sherman, K. (2008). Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine*, 46(3), 238-246.

Kannel, W., D'Agostino, R., y Cobb, J. (1996) Effect of weight on cardiovascular disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 63(3), 419-422.

- Komlos, J., Breitfelder, A., y Sunder, M. (2009) The transition to post-industrial BMI values among US children, *American Journal of Human Biology*, 21(2), 151–160.
- Kirk, A., MacMillan, F. & Webster, N. (2010). Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(4), 320-324.
- Larrañaga, A. & García-Mayor, R.V. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Med Clin (Barc)*, 129, 387-91.
- Lewis, C. C., Simons, A. D., Silva, S. G., Rohde, P., Small, D. M., Murakami, J. L., et al. (2009). The role of readiness to change in response to treatment of adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 422–428.
- Martínez, B., Rodríguez, M. & Martínez, J. (2003). Síndrome metabólico, resistencia a la insulina y metabolismo tisular. *Endocrinología y Nutrición*, 50(8), 324-33.
- Martínez-González, M. A. Martínez, J. A., Hu, F. B., Gibney, M. J. & Kearney, J. (1999) Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *Int J Obes Relat Metab. Disord.* 23, 1192-201.
- Moreno, M. (2005), Obesidad, uno de los principales problemas de salud en el mundo. *Ciencia, Conocimiento, Tecnología*, 13, 34-35.
- Nicklas, T., Baranowski, T., Cullen, K. & Berenson, G. (2001) Eating patterns, dietary quality and obesity. *J Am Coll Nut*, 20(6), 599-608.
- O'Brien, P. E. & Dixon, J. B. (2002). The extent of the problem of obesity. *The American Journal of Surgery*, 184, 4-8.
- Peña, M. y Bacallao, J. (2001). La obesidad y sus tendencias en la Región. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 45-78
- Prochaska, J. y Velicer, W. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982) Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (2002). *Transtheoretical Therapy*. In F.W. Kaslow (Editor-In-Chief), and J. Lebow (Volume Editor), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy*, Vol. 4, Integrative/Eclectic. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (2005). Helping patients change unhealthy behaviors. In S. Quinn (Ed.). *Textbook of Functional Medicine*, Gig Harbor, WA: Institute for Functional Medicine.
- Puhl, R. & Heuer, C. (2009) the stigma of obesity: A review and update. *Obes Res.* 17, 941-964.
- Pulido-Castelblanco, D., Novoa-Gómez, M. y Muñoz-Martínez, A. (2013). Análisis metacontingencial de la obesidad mórbida como problemática de salud pública. *Terapia psicológica*, 31(2), 239-247.

## MEMORIAS III CONGRESO INTERNACIONAL PSICOLOGIA Y EDUCACION PSYCHOLOGY INVESTIGATION

Pupo, O., Mart.n, M. & L.poz, M.L. (1989). Ansiedad personal y calidad de la ejecución en sujetos normales y con disfunción sexual eréctil. Reporte de investigación, Facultad de Psicología de la Universidad Central.

Reyes, M., Díaz, E., Lera, L. & Burrows, R. (2011). Ingesta y metabolismo energético en una muestra de adolescentes chilenos con sobrepeso y obesidad. *Revista médica de Chile*, 139(4), 425-431.

Ríos, B., Rangel, G., Álvarez, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J, et al. (2008) Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Med GpoAng*; 6, 147-53.

Rollnick, S. (1996). Behaviourchange in practice: targeting individuals. *International Journal of Obesity*.20 (1), 22-26.

Román, M. (2010). Validación de la versión abreviada de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21) en adolescentes estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Tesis de Magíster no publicada, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Rubenstein, A. H. (2005). Obesity: A modern epidemic. *Transactions of the clinical an climatologicalassociation*, 116, 103-113

Sandoya, E., Schwedt, E., Moreira, V., Schettini, C., Bianchi, M. & Senra, H. (2007).Obesidad en adultos: prevalencia y evolución. *Rev.Urug.Cardiol*. 22(2), 130-138.

Shaw, K., Rourke, P., Mar, C. &Kenardy, J. (2009) Psychological interventions for overweight.TheCochrane DatabaseSyst Rev. (2):CD003818.

Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: Su impacto en la psicología delafecto y la psicoterapia. *TerapiaPsicológica*, 21, 163-172.

Schumann, A., John, U., Ulbricht, S., Rüge, J., Bischof, G. & Meyer, C. (2007). Variability of tailoring of a smoking cessation intervention based on the transtheoretical model. *AddictiveBehaviors*, 32(12), 3083-3087.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). Manual del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA. (Orig. 1970).

Vernay, M.,Malon, A.,Oleko, A.,Salanave, B.,Roudier, C.,Szego E, et al.(2009).Association of socioeconomicstatus with overall overweight and centralobesity in men and women: the French Nutritionand Health Survey 2006. *BMC Public Health*.9: 215.

Wardle, J., Williamson, S., Johnson, F. & Edwards, C. (2006). Depression in adolescent obesity: Cultural moderators of the depressive symptoms. *Int J Obes (Lond)*, 30, 634-43.

PSYCHOLOGY INVESTIGATION

TABLA 1

## ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS

	Pre-test								Post-Test							
Ansiedad	Estado				Rasgo				Estado				Rasgo			
	Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo	
	Me	Dt	Me	Dt	Me	Dt	Me	Dt	Me	Dt	Me	Dt	Me	Dt	Me	Dt
	10,0	5,7	15,5	4,9	17,0	5,7	11,7	3,3	6,0	4,6	19,5	4,9	14,5	7,1	12,3	2,9

	Pre-test						Post-Test					
Escala DAS	Depresión		Ansiedad		Estrés		Depresión		Ansiedad		Estrés	
	M	Dt	M	Dt	M	Dt	M	Dt	M	Dt	M	Dt
	5,6	3,9	5,7	4,9	7,3	4,4	2,8	2,2	3,3	3,3	4,5	3,2

Figuras

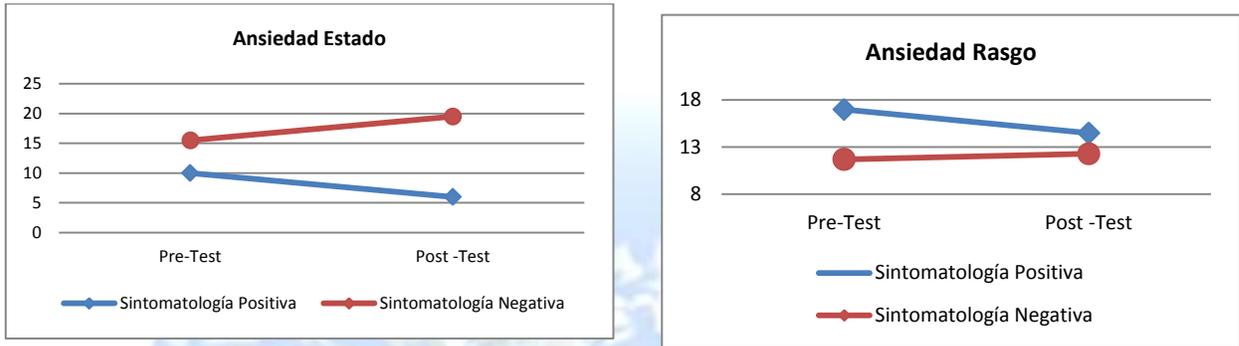


Figura 1: Medias de las variables Ansiedad estado y rasgo en sus medidas pre y post-test

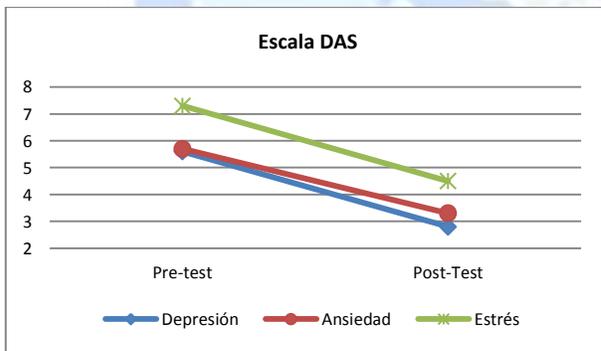


Figura 2: Medias de las variables DAS en sus medidas pre y post-test

**RESEÑA**

**ALFONSO COFRÉ LIZAMA**

Psicólogo Clínico. Magister en psicoterapia Constructivista, modelo cognitivo. Universidad Mayor. Chile. Especialización en el instituto Milton H. Erickson de Santiago, Chile. Afiliado Foundation Phoenix, Arizona. Postítulo de acreditación Clínica.

Académico Universidad Santo Tomas, Facultad de Ciencias Sociales, carrera de Psicología, Temuco, Chile. Modelo Cognitivo en Psicoterapia. Integrante del equipo Multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad. Universidad Santo Tomas. Temuco, Chile.

Coordinador Clínico, equipo de tratamiento población infractora de ley con consumo problemático de sustancias y otros trastornos de salud mental. Facultad de Medicina. Temuco, Chile.