AUTOEFICACIA, ANSIEDAD, EVITACIÓN Y ANSIEDAD SOCIAL EN PERSONAS CON Y SIN OBESIDAD DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

CAROLINA MOLANO ROJAS

ADRIANA DEL PILAR NIÑO CARRILLO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2008

AUTOEFICACIA, ANSIEDAD, EVITACIÓN Y ANSIEDAD SOCIAL EN PERSONAS CON Y SIN OBESIDAD DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

Carolina Molano Rojas

Adriana Del Pilar Niño Carrillo

Trabajo de Grado:

En la modalidad de proyecto de grado como requisito para optar

al título de psicólogas

Directora:

Dra. Diana María Agudelo Vélez

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA

2008

NOTA DE ACEPTACIÓN:_____

PRESIDENTE DEL JURADO:_____

JURADO 1:_____

JURADO 2:_____

FLORIDABLANCA,_____

A Dios por darme la vida y señalarme el camino a seguir,

A mis Padres por su incondicional apoyo y confianza, que hicieron de mi una persona integra y formal con sus enseñanzas a lo largo de este camino,

A mi abuelita Isbelia, que aunque no este a mi lado,

Siempre me motivó y acompañó a alcanzar esta meta,

A mis Hermanos, por que me sirvieron de apoyo y me retaron a alcanzar esta meta,

A Marlon y a Tita, por su paciencia y compañía estos 5 años,

A Caro por confiar en mí y depositar su cariño y amistad siempre que lo necesite,

Y a todas las personas que estuvieron a mi lado todo este tiempo, especialmente a Cris y a Renso, por que de alguna manera colocaron su granito de arena para alcanzar este logro.

Adriana

A Dios por ser mi fortaleza y mi apoyo incondicional

A mis padres por enseñarme el camino de la vida, por ayudarme a ser persona, por su amor y su confianza en mí

A Daniel por su tolerancia, apoyo y compañía durante mi carrera

A mi prima Irma por sus consejos y colaboración

A Adriana por ser siempre mi amiga y mi compañera de trabajo

A mi asesora del proyecto Diana Agudelo, quien oriento todos los pasos de este trabajo, compartiendo sus conocimientos y brindándome su amistad

Y a toda mi familia, mis amigos y compañeros de estudio con quienes compartí grandiosos momentos durante estos cinco años.

Carolina

Agradecimientos

A quienes participaron de este proyecto, agradecemos sinceramente, por su tiempo, disposición y colaboración, ya que sin ellos no hubiera sido posible el logro de nuestro objetivo.

Muy especialmente agradecemos a la Dr. Diana María Agudelo Vélez, quien con su conocimiento y dedicación hizo que nosotras alcanzáramos este objetivo, al Dr. Carlos Calderón por la confianza depositada en nosotras, a la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad (FUSANDE) y todo su equipo, por brindarnos el espacio, el cariño y la confianza para manejar los pacientes, y la Facultad de Psicología de La UPB por que nos acogió y nos enseñó el arte de aprender a hacer psicología.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 11

1. INTRODUCCIÓN 12

2. JUSTIFICACIÓN 15

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 21

4. HIPOTESIS 22

5. OBJETIVOS 23

Objetivo General 23

Objetivos Específicos 23

6. MARCO CONCEPTUAL 24

Psicología y Salud 24

Enfermedades Crónicas y Estilo de Vida 25

Obesidad Causas y Efectos 27

Aspectos Psicológicos Asociados con la Obesidad 35

6.4.1 Emociones y Ansiedad 35

6.4.2 Autoeficacia 45

6.4.3 Habilidades Sociales 51

6.4.4 Ansiedad y Evitación Social 59

7. METODOLOGÍA 64

Diseño 64

Participantes 64

Instrumentos 64

Procedimiento 66

8. RESULTADOS 68

9. DISCUSIÓN 82

10.CONCLUSIONES 92

11.RECOMENDACIONES 94

12.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 96

13.ANEXOS 106

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Estadísticos Descriptivos. 69

Tabla 2: Comparación de Medias entre Grupo A y Grupo B para STAI Rasgo y STAI Estado. 70

Tabla 3: Comparación de Medias entre Grupo A y Grupo B para Evitación y Ansiedad Social. 72

Tabla 4: Comparación de Medias entre Grupo A y Grupo B para Eficacia e Ineficacia. 75

Tabla 5: Anova para STAI Rasgo y Estado por Estado Civil. 77

Tabla 6: Anova para Evitación y Ansiedad Social por Estado Civil. 78

Tabla 7: Anova para Eficacia e Ineficacia por Estado Civil. 79

Tabla 8: Comparación de Medias para STAI Rasgo y Estado por Sexo. 80

Tabla 9: Comparación de Medias para Eficacia e Ineficacia por Sexo. 80

Tabla 10: Comparación de Medias para Evitación y Ansiedad Social por Sexo. 81

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Porcentaje de Ansiedad Rasgo por Grupo. 71

Gráfica 2: Porcentaje de Ansiedad Estado por Grupo. 71

Gráfica 3: Porcentaje de Evitación y Ansiedad Social por Grupo 73

Gráfica 4: Porcentaje de Evitación Social por Grupo. 73

Gráfica 5: Porcentaje de Ansiedad Social por Grupo. 74

Gráfica 6: Porcentaje de Eficacia Baja por Grupo. 75

Gráfica 7: Porcentaje de Ineficacia Alta por Grupo. 76

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado 106

Anexo 2: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) 107

Anexo 3: Escala de Evitación y Angustia Social 109

Anexo 4: Cuestionario de Autoeficacia General 111

PROJECTS ABSTRACT

TITLE: SELF-EFFICACY, ANXIETY, AVOIDANCE AND SOCIAL ANXIETY IN PEOPLE WITH OBESITY AND WITHOUT IN BUCARAMANGA CITY .
AUTHOR: CAROLINA MOLANO ROJAS, ADRIANA DEL PILAR NIÑO CARRILLO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA.
DIANA MARÍA VÉLEZ AGUDELO.
KEYWORDS: OBESITY, SELF-EFFICACY, ANXIETY, SOCIAL ANXIETY AND AVOID.

ABSTRACT

At present, obesity is a problem of Public Health has increased in population over the past years, which has sparked alarm worldwide because of its prevalence and comorbidity with biological and psychological diseases, for which the present study was aimed at evaluating the self-efficacy, anxiety and social anxiety and avoidance, in a sample of patients with and without obesity in Bucaramanga city, establishing a comparison of results between the two samples. To this end, we used a design methodology transactional type of comparison – descriptive, the sample was composed of 79 obese patients registered in the database of the Foundation Santandereana of diabetes and obesity (FUSANDE) and 79 non-obese subjects with characteristics similar to sex and age group of subjects with obesity. Among the instruments used to evaluate the items mentioned are the Questionnaire Generally Self-Efficacy of Maria Cristina Richaud Minzi and Barrionuevo; The Inventory of State-Trait Anxiety Spielberger, Gorsuch and Lushene and Scale of Avoidance and Social Anxiety of Watson and Friend. Through research findings could be established that obese people tend to be more anxious (30%) than non-obese (26.2%), are avoided and more socially anxious (52.5%) than non-obese (26.2%), And have less efficiency (32.5%) than non-obese (22.7%). According to the research findings is possible to say that obesity does have a character of comorbidity with psychological factors that generate changes in the conduct of individuals, found that obese people tend to be more avoida and to be less effective than those not obese.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: AUTOEFICACIA, ANSIEDAD, EVITACIÓN Y ANSIEDAD SOCIAL EN PERSONAS CON Y SIN OBESIDAD DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.
AUTORES: CAROLINA MOLANO ROJAS, ADRIANA DEL PILAR NIÑO CARRILLO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA.
DIANA MARÍA VÉLEZ AGUDELO.
PALABRAS CLAVES: OBESIDAD, AUTOEFICACIA, ANSIEDAD, EVITACIÓN Y ANSIEDAD SOCIAL.

RESUMEN

En la actualidad, la obesidad constituye un problema de Salud Pública que ha aumentado en la población durante los últimos años, lo cual ha encendido una alarma a nivel mundial por su prevalencia y comorbilidad con enfermedades biológicas y psicológicas; por lo cual el presente estudio tuvo por objetivo evaluar la autoeficacia, la ansiedad y la evitación y ansiedad social, en una muestra de pacientes con y sin obesidad de la ciudad de Bucaramanga, estableciendo una comparación de los resultados entre las dos muestras. Para tal fin, se utilizó una metodología de diseño transaccional, de tipo comparativo – descriptivo, la muestra estuvo conformada por 79 pacientes con obesidad registrados en la base de datos de la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad (FUSANDE) y 79 sujetos no obesos, con características de edad y sexo similares al grupo de sujetos con obesidad. Dentro de los instrumentos utilizados para la evaluación de los aspectos mencionados, se encuentran el Cuestionario de Autoeficacia General De *María Cristina Richaud De Minzi y Barrionuevo;* El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene y la Escala de Evitación y Angustia Social de Watson y Friend. A través de los resultados de la investigación se pudo establecer que las personas obesas tienden a ser más ansiosas (30%) que las no obesas (26.2%), son mas evitativos y ansiosos socialmente (52.5%) que los no obesos (26.2%), y presentan menor eficacia (32.5%) que los no obesos (22,7%). De acuerdo con los hallazgos de la investigación es posible afirmar que la obesidad sí tiene un carácter de comorbilidad con factores psicológicos que generan alteraciones en la conducta del individuo; encontrándose que las personas obesas tienden a ser más evitativos y a ser menos eficaces que las personas no obesas.

1. INTRODUCCIÓN

Con base en una visión de salud en términos de bienestar completo, físico, psicológico y social como la describe la Organización Mundial de la Salud (1960) donde se subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y se pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad y teniendo en cuenta que el bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y que los pensamientos, sentimientos y estilos de vida son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física. La psicología, como ciencia del comportamiento humano intenta aportar sus conocimientos teóricos y sus intereses investigativos a esté ámbito, con el fin de contribuir al abordaje interdisciplinario de los problemas de salud.

Teniendo en cuenta que el panorama actual de las enfermedades crónicas no transmisibles es desfavorecedor tanto para las personas como para los sistemas de salud a nivel mundial y que esta problemática, en la que, en la mayoría de los casos su origen está asociado a los estilos de vida, evoluciona a pasos agigantados, deteriorando cada día más la salud de los seres humanos, por su progresión rápida y su acción favorecedora de otras enfermedades, el presente estudio, intenta inmiscuirse en el paradigma de la integración mente y cuerpo y evaluar algunos aspectos que pueden estar relacionados en este caso con la obesidad; siendo ésta una de las enfermedades a las que en mayor medida se le asocia a factores psicológicos(Eleazar, 2007).

A partir de una descripción general de la problemática y de la revisión de diversos estudios realizados sobre la obesidad se seleccionaron los siguientes aspectos: la ansiedad, la autoeficacia y las habilidades sociales, para ser evaluados por medio de pruebas psicológicas, porque involucran los niveles: emocional, cognitivo y social que según estudios anteriores están relacionados con la obesidad.

Se seleccionó una muestra que estaba conformada no sólo por personas con obesidad sino también por personas no obesas, con el fin de realizar una comparación entre los dos grupos de sujetos que estaban apareados en el número de evaluados, los sexos y las edades de las personas, de tal manera que permitiera obtener unos resultados más acertados y característicos de la problemática.

Finalmente, los resultados de la investigación son expuestos en forma comparativa, siendo analizados y discutidos con base en resultados de otras investigaciones y en postulaciones teóricas de algunos autores, dejando claro las diferencias existentes y las tendencias de cada uno de los grupos.

Los resultados obtenidos indican que, existe una tendencia de las personas con obesidad a presentar niveles altos de ansiedad, sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las pruebas de ansiedad rasgo y estado entre las personas obesas (grupo A) y no obesas (grupo B). En cuanto a la autoeficacia, se encontró que, las personas no obesas son más eficaces que las personas con obesidad y aunque no existe una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de

ineficacia, las personas con obesidad tienden a presentar mayor puntuación. Por otra parte, los resultados de la evaluación de evitación y ansiedad social indican que, las personas con obesidad sí tienen una mayor tendencia a presentar déficit en las conductas relacionadas con las interacciones sociales, especialmente en lo referente a ansiedad social.

A partir del proceso investigativo realizado y de los resultados obtenidos se propone la utilización de los datos como punto de partida en el planteamiento de nuevas preguntas de investigación, relacionadas con la identificación y comparación de falencias en los autoesquemas presentes en personas con y sin obesidad y con la tipificación del locus de control, teniendo en cuenta algunas dimensiones que podrían estar relacionadas en la demarcación de las diferencias entre las personas obesas y no obesas, tales como la depresión, los hábitos alimenticios, la sexualidad, el sueño y la dinámica familiar.

Se señala como importante trabajar con una muestra más amplia, que permita la generalización de los datos, Asimismo, se recomienda iniciar la implementación de protocolos de intervención que aborden aspectos relacionados con la autoeficacia y las conductas de evitación y ansiedad social.

2. JUSTIFICACIÓN

La psicología de la salud, tiene como objetivo realizar contribuciones educativas y de formación, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad. De la misma manera, en su interés de crecer como campo de aplicación, busca la identificación de las etiologías y los correlatos diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones ligadas a ella para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud y para la formación de la política sanitaria (Fundación Salud en la Red, 2003).

La enfermedad, es una de las experiencias más desgastantes tanto física como cognitiva y emocionalmente para una persona, más, cuando sus afecciones perduran y evolucionan con el tiempo. Actualmente, la investigación desde las diferentes áreas en este campo, ha sido la base para el desarrollo de tratamientos eficaces, sobre todo, en lo concerniente a enfermedades crónicas.

La presente investigación, se ha enfocado en el tema de la obesidad, pues son muchos los factores influyentes en su etiología, que han sido objeto de estudio en la búsqueda de las causas y tratamientos. Es relevante como tema de interés en salud pública, puesto que esta enfermedad ha aumentado su prevalencia tanto en la población adulta como infantil, alcanzando cifras alarmantes y adquiriendo al menos en los países desarrollados características epidémicas, que en algunos casos alcanzan el 30% de la población adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), advirtió que 17 millones de personas mueren cada año a causa de la obesidad y actualmente, existen más de mil millones de personas obesas y la tendencia indica que el número aumentará en un 50 por ciento para 2015 (OMS, 2007).

Un informe reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007) sobre obesidad en Latinoamérica, revela una tendencia al aumento de la obesidad en los países subdesarrollados, especialmente en zonas urbanas. A los cambios dietéticos y al incremento de la inactividad se les considera factores cruciales para explicar este aumento. Colombia se está ubicando entre los países de América Latina con mayores índices de obesidad y también de muertes causadas por afecciones cardíacas (Asociación Colombiana de Obesidad y Metabolismo, ASCOM, 2007).

En vista que cada día aumentan los índices de esta enfermedad en el mundo, la OMS (2006) ha denominado esta enfermedad como la epidemia del siglo, llamada "**globesidad**" que más que un problema de estética, ha sido catalogada como una enfermedad grave, por que favorece la aparición de una gran cantidad de trastornos que deterioran notablemente la salud y reducen de forma importante la esperanza de vida.

Cuando se habla de trastornos, no sólo se hace referencia a aspectos fisiológicos, sino también, a alteraciones psicológicas y emocionales que en la mayoría de los casos repercuten en el incremento de conductas maladaptativas, asociadas a la enfermedad y por ende al aumento de la masa corporal.

Respecto a los efectos negativos de la obesidad en la salud física, se puede señalar que, influye en el incremento del riesgo de morbimortalidad cardiovascular, por asociarse estrechamente a diversas enfermedades metabólicas como hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes mellitus (Daza, 2002); asímismo, sus repercusiones en la salud psicológica son alarmantes.

Artículos como los publicados por Simarro y García (2003), Seijas y Feuchtmann (1997), señalan que, los trastornos del comportamiento en la conducta alimentaria, que son frecuentes en la población normal, se multiplican en el paciente obeso. Además, indican que existen patologías psicológico-psiquiátricas que condicionan el ser obeso, por un lado hay alteraciones psicológicas que pueden ayudar a que aparezca la obesidad y, por otro lado, la obesidad puede inducir a la aparición de trastornos psicológicos como la depresión o la ansiedad. Por este motivo, el comer compulsivamente suele ir acompañado de ansiedad e, incluso, de comportamientos bulímicos o pseudobulímicos.

El conjunto de todos estos factores va a condicionar notablemente al paciente obeso; a su vez, el estilo de vida de las sociedades modernas favorece el sedentarismo y los cambios en los hábitos alimenticios, contribuyendo a la predisposición del hombre al ahorro energético, lo cual indica la influencia del ambiente en la enfermedad.

Montoya (2007) en su publicación, señala que, un mal control de peso puede generar, en lo anímico, dificultad para afrontar situaciones conflictivas o que provocan frustración y ansiedad,

autoestima negativa y bajo concepto de uno mismo, estados de ánimo depresivos o de angustia, deseo irrefrenable de tener experiencias gratificantes, incapacidad para tomar decisiones por cuenta propia, lo que genera que la conducta sea controlada por otros (padres, parientes, pareja o amigos), sentimiento de vacío interno e incapacidad para controlar la vida propia, tendencia a pensar que los cambios emocionales y problemas que le ocurren a uno mismo se deben exclusivamente a factores externos, inclinación a prestar demasiada atención a los mensajes y críticas que brindan los seres cercanos.

Silvestre y Stavile (2005), han evidenciado que los aspectos psicológicos, familiares y sociales, juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, precipitando y perpetuando el consumo exagerado de alimentos (una alimentación excesiva para lo que son las necesidades energéticas personales) y que 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 y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

A partir de los estudios y aportes mencionados anteriormente, se han estimado cambios en la conducta que se deben posiblemente a variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, entre otros), cambios que influyen en el deterioro de las habilidades sociales porque afectan la autoestima, la autoimagen especialmente en lo referente al propio esquema

corporal, y la autoeficacia, factor que vale la pena indagar por su importancia en el logro de las metas, en este caso en la adhesión a tratamientos y la adopción de conductas alimenticias saludables (Seijas y Feuchtmann, 1997).

De acuerdo con lo anterior, se ha planteado la presente investigación, que pretende abordar y diferenciar los aspectos de ansiedad, autoeficacia y ansiedad y evitación social, en personas con obesidad y sin obesidad, por ser factores que se encuentran íntimamente relacionados y son significativos en el proceso de desarrollo de la enfermedad, como lo demuestran los aportes teóricos mencionados. Además, abordan tres ámbitos fundamentales relacionados con el comportamiento humano, el emocional, el cognitivo y el social.

Otra de las razones a las cual se alude la importancia de la investigación planteada es, la necesidad de realizar aportes que permitan enriquecer los criterios frente a la relación de la obesidad con alteraciones psicológicas, pues son pocos los estudios realizados sobre este aspecto y los resultados no son concluyentes.

Los datos arrojados por investigaciones que se han realizado sobre los aspectos a evaluar en el presente estudio, corresponden en gran parte, a evaluaciones aplicadas a poblaciones de personas con obesidad, lo que indica que las investigaciones, se han realizado con base en la población afectada, dejando de lado las características diferenciales con la población que no padece la enfermedad y esto hace pensar, que los síntomas, conductas o

trastornos psicológicos, no se pueden establecer como causales o consecuentes determinados de la obesidad, lo que puede llegar a ser una dificultad en el desarrollo de programas de intervención psicológica terapéutica dirigida a esta población. Así mismo, la mayoría de ellos, no han utilizado pruebas estandarizadas de evaluación, lo que implica un abordaje muy general de los diferentes factores psicológicos asociados a la obesidad, esto se explicará con más detalle en el apartado del marco conceptual.

Por tanto, la pertinencia de la presente investigación, está motivada, por la necesidad de obtener datos empíricamente validados, acerca de las características psicológicas diferenciales de las personas con obesidad, con el fin de obtener un diagnóstico que sirva de orientador para la intervención psicológica de esta población y de esta manera aportar a la línea investigativa de psicología clínica y de la salud, conocimientos sobre problemáticas que han sido poco exploradas desde el ámbito de la psicología en la Universidad Pontificia Bolivariana y que en la actualidad, demandan inversión intelectual por parte de profesionales de diferentes áreas.

3. PROBLEMA

Teniendo en cuenta la prevalencia de las enfermedades crónicas a nivel mundial y el interés que ha despertado esta temática en el ámbito investigativo, por el afán de poder proporcionar una intervención adecuada y eficaz a las personas que las padecen, el presente estudio escogió una de ellas: la obesidad, enfermedad que actualmente es considerada como un problema de salud pública y que se relaciona con factores psicológicos. No obstante, no se conoce con precisión, la dirección de esta relación, es decir, si es la obesidad la que causa las alteraciones psicológicas o si son éstas las que favorecen el desarrollo de la obesidad.

La poca claridad sobre el sentido de la relación entre factores psicológicos y obesidad, puede deberse al menos en parte, a la poca disponibilidad de estudios dirigidos a la comprensión de dichos aspectos; pero también a los diseños metodológicos empleados, puesto que la mayoría de ellos como se ha señalado previamente, han utilizado muestras de personas obesas sin ningún tipo de consideración de otros grupos, además se han realizado evaluaciones muy generales sobre estos aspecto, con lo cual es arriesgado inferir que se trate de características específicas de esta población.

En el sentido de lo anterior el presente estudio pretende aproximarse a una respuesta mediante un diseño comparativo en el cual se aborden aspectos cognitivos, emocionales y sociales, tanto en población afectada como población sana para establecer si

Existe diferencia en aspectos como: autoeficacia, ansiedad, evitación y ansiedad social, entre personas con obesidad y personas sin obesidad.

4. HIPÓTESIS

1 Las personas con obesidad presentarán puntuaciones inferiores en autoeficacia, con relación a las personas sin obesidad.

2 Las personas con obesidad no presentarán puntuaciones inferiores en autoeficacia, con relación a las personas sin obesidad.

3 Las personas con obesidad presentarán mayores niveles de ansiedad, con relación a las personas sin obesidad.

4 Las personas con obesidad no presentarán mayores niveles de ansiedad, con relación a las personas sin obesidad.

5 Las personas con obesidad presentarán deterioro en las habilidades sociales con relación a las personas sin obesidad.

6 Las personas con obesidad no presentarán deterioro en las habilidades sociales con relación a las personas sin obesidad.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar la autoeficacia, la ansiedad y La evitación y la ansiedad social en una muestra de pacientes con y sin obesidad de la ciudad de Bucaramanga.

5.2 Objetivos Específicos

Evaluar la autoeficacia, la ansiedad, la evitación y la ansiedad social en una muestra de personas con obesidad.

Evaluar la autoeficacia, la ansiedad, la evitación y la ansiedad social en una muestra de personas sin obesidad.

Comparar lo resultados obtenidos en las pruebas entre las dos muestras utilizadas.

Comparar los resultados de las pruebas aplicadas en función de las variables sociodemográficas evaluadas.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 *Psicología y Salud*

Uno de los aspectos fundamentales en la vida del ser humano es la salud, comprendida desde los diferentes ámbitos, es la característica más importante que le permite al hombre actuar como un ser funcional para la sociedad y al mismo tiempo a favor de sí mismo, sin embargo, aunque las personas añoren una buena salud que les prolongue la vida, pocos actúan a favor de ella. Todos los seres humanos saben lo que representa la enfermedad, porque la ha experimentado alguna vez en su vida, de hecho es uno de los fenómenos más universales que se conoce, puede afectar a cualquier ser humano, incluso a cualquier ser vivo, sin importar su sexo, edad, condición social, raza, etc (Palmero & Fernández, 1998).

Las diferentes connotaciones o significados que se le han dado al término salud responden a los imaginarios que las personas se han creado a través del modelo biomédico tradicional que ha defendido y alimentado la idea que la salud corresponde a la ausencia de enfermedad o invalidez, perspectiva que parte de una definición de salud en términos negativos y que propone que el ser humano funciona como una maquinaria, es decir, si el organismo no presenta ningún problema funcional entonces la persona esta sana, de lo contrario padecerá enfermedad (Palmero & Fernández, 1998).

La visión de salud anteriormente expuesta aún es valida para muchas personas, pero ha generado controversia entre los diferentes autores por su falta de argumentos en cuanto al límite que se establece entre lo normal y lo patológico, porque esto no

siempre es posible, además, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo.

Es así, como las razones ya mencionadas han permitido que la definición del término salud haya ido evolucionando. Actualmente, se mantiene el planteamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud en su carta magna desde (1960) donde se define como "un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"; esta nueva perspectiva ha permitido que el ámbito de la salud reciba aportes de diferentes disciplinas, entre ellas la psicología, que como ciencia del comportamiento humano le da valor a aquellos factores afectivos, emocionales y cognitivos que influyen en la conducta del hombre, intereses que mueven el presente estudio. A continuación, se hará una breve descripción del panorama de la salud en relación con las enfermedades crónicas y los estilos de vida de las personas, para dar paso a la problemática objeto de estudio.

6.2 *Enfermedades Crónicas y Estilo de Vida*

Los cambios en el estilo de vida asociados a la creciente movilización de las poblaciones hacia las áreas urbanas, trajeron consigo una nueva cara de la situación de salud: las enfermedades crónicas no transmisibles, estas enfermedades comparten varias características: un origen asociado con el estilo de vida, evolución de manera progresiva a través del tiempo, muchas veces su primera manifestación corresponde a la agudización de alguno de

los problemas que las acompañan, varias de ellas actúan como condicionantes o favorecedoras de otras y todas se benefician de las mismas medidas. El grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles incluye a la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, la hipertensión arterial, el cáncer y los problemas articulares (Eleazar, 2007).

Respecto a lo anterior, se puede señalar la relación directa que tienen estas enfermedades con las conductas de las personas, vale aclarar que la importancia del comportamiento y del estilo de vida como factores conformadores de la salud de un individuo y una sociedad, no es un descubrimiento reciente, sino que se remonta a la antigüedad griega en la que filósofos como Sócrates o médicos como Hipócrates resaltaban esta influencia (Garcés, 2004). Sin embargo, es cierto que en el último siglo se ha producido un importante cambio en cuanto a la prevalencia de las enfermedades, de tal manera que las enfermedades crónicas que son producto en gran parte de un estilo de vida patógeno, han llegado a dominar el panorama epidemiológico de la sociedad occidental, esto, quiere decir que el ser humano hoy en día no tiene que enfrentarse sólo a las causas naturales de muerte sino también a sus hábitos personales (Palmero & Fernández, 1998), ya que "él mismo y su contexto social han resultado ser el primer y principal enemigo"(Polaino, 1987 citado por Palermo & Fernández, 1998).

El estilo de vida de una persona representa el conjunto de decisiones que toma y el grado de control que tiene él mismo sobre su salud (Lalonde, 1981). Según esta definición, se habla de

factores de riesgo y factores protectores que guían la conducta, en otros términos se describen como: patogenia comportamental, refiriéndonos a aquellas conductas que a fuerza de repetirse en el tiempo pueden ser responsables de la génesis de enfermedades y disfunciones, y a la inmunogénesis comportamental, que designa el conjunto de estrategias de la conducta capaces de generar en el sujeto una cierta inmunidad frente a una serie de enfermedades (Palmero & Fernández, 1998); la descripción de estos conceptos es pertinente en la medida que nos ayudará a comprender la relación entre la obesidad como enfermedad y los aspectos evaluados (ansiedad, autoeficacia y déficit en habilidades sociales, evaluadas a través de la ansiedad y la evitación social).

6.3 *Obesidad Causas y Efectos*

La obesidad, es entendida conceptualmente como un exceso de grasa corporal que supera en más de un 20% el peso deseable, y que por lo general se ve acompañada por un incremento del peso (Macias & Méndez 1997). Asímismo, representa el común denominador sobre el cual puede desarrollarse o favorecerse cualquiera de las enfermedades crónicas ya mencionadas. Puede hacerlo directamente, a través de mecanismos propios, e indirectamente, creando condiciones para que las otras enfermedades agraven sus respectivos problemas.

Más allá del volumen de grasa corporal total, que por si misma representa un factor de riesgo, su manera de distribuirse en el cuerpo puede hacer que ese riesgo se incremente, como sucede

con la grasa abdominal. Esto, constituye un grave problema de salud en la mayor parte de los países, una auténtica epidemia con grandes repercusiones económicas y sociosanitarias (Eleazar, 2007).

Esta enfermedad es considerada como uno de los principales problemas nutricionales, existe un porcentaje elevado del 30% de la población que tiene problemas de obesidad (Chavarria, 2005); de hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) advierte que 17 millones de personas mueren cada año a causa de la obesidad, un creciente problema de salud pública en todo el mundo.

El porcentaje de niños con sobrepeso se ha duplicado y el porcentaje de adolescentes obesos se ha triplicado en los últimos 20 años. Según datos de la OMS (2006), actualmente existen más de 1.000 millones de personas obesas y la tendencia indica que esta cifra aumentará un 50% para el 2015.

La importancia de esta problemática llamada obesidad radica en las repercusiones sobre la salud de los sujetos que la padecen, ya que, como se ha mencionado anteriormente, grados severos de obesidad acortan la esperanza de vida, se asocian con un gran número de patologías (co-morbilidades) y con mayor riesgo de padecer ciertos cánceres. Generalmente, está relacionada con un alto riesgo de sufrir de enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión, hiperlipidemia y diabetes, también con trastornos hormonales y disfunción menstrual (Carvajal, Duperly, Gempeler, Cata, Llano & Zundel, 2004).

Por otra parte, constituye uno de los principales problemas

relacionados con la disminución del autoconcepto, la autoimagen y la autoeficacia, el aumento de la ansiedad y afectos disfóricos, disminución de la calidad general de las relaciones interpersonales, entre otras, que contribuyen a que se considere como un síndrome con una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica (trastornos de ansiedad, depresión, conductas adictivas, desarrollo de síntomas bulímicos y/o anoréxicos, etcétera) (Cormillot & Zukerfeld; 1997).

Sin embargo, en un estudio transversal descriptivo, realizado por Barajas, Robledo, García, Sanz y Cerrada (1998) sobre la calidad de vida relacionada con la obesidad, los resultados no fueron alarmantes pero sí es importante tenerlos en cuenta. Se evaluó 167 pacientes entre 20 y 70 años, con índice de masa corporal superior a 30, realizándoles una entrevista clínica para la obtención de las variables sociodemográficas y clínicas de cada paciente y la administración de 2 cuestionarios: 1) Perfil de Salud de Nottingham (PSN) y 2) Psychological General Well-Being (PGWB) índex, encontrando un deterioro global moderado de la salud percibida en las pacientes obesas siendo las áreas afectadas "dolor", "movilidad física" y "reacciones emocionales". Asimismo, La puntuación total media del PGWB indico un deterioro pequeño del bienestar psicológico.

Stunkard (1984) citado por Macias & Méndez (1997), propone una clasificación de la obesidad dividiéndola en leve, moderada y severa en proporción del porcentaje del sobrepeso. La primera categoría corresponde a los sobrepesos comprendidos entre el 20 y

el 40% por arriba del peso ideal, la segunda comprende entre el 41% al 80% por arriba del peso ideal, y la tercera corresponde al 90 y 100% arriba del peso ideal.

Existen muchas formas de determinar si una persona es obesa, pero por consenso de los expertos se ha determinado que el índice de masa corporal (IMC) de una persona, es la medida más precisa para determinar la cantidad de grasa corporal, se determina teniendo en cuenta el peso sobre talla al cuadrado, siendo una escala de medida aplicable en niños y adultos. Así, la obesidad se clasifica en: - A: Normal: IMC < 25, - B: Sobrepeso grado I: IMC 25-27, - C: Sobrepeso grado II (pre-obesidad): IMC 27-30, - D: Obesidad tipo I (moderada): IMC 30-35, - E: Obesidad tipo II (severa): IMC 35-40, - F: Obesidad tipo III (mórbida): IMC 40-50, - G: Obesidad tipo IV (súper-obesidad): IMC 50-60 y - H: Súper-súper obesidad: IMC >60 (Alvarado, Benavides & Gonzáles, 2005).

En un estudio publicado por Blair (1999) en el que se realizó un seguimiento de más de 20.000 pacientes de una edad promedio de 43 años, se pudo verificar que si bien el IMC es un excelente índice de clasificación del grado de obesidad y también de predicción de morbilidad y mortalidad, este no es tal si no se considera el ”fitness cardiorrespiratorio”. Este estudio permitió concluir que sujetos con índices de masa corporal superiores a 27.5 pero con una adecuada capacidad de consumo de oxígeno (fitness cardiorrespiratorio) poseen de manera significativa, un menor índice de mortalidad que los de IMC inferiores a 24 pero con mala capacidad física. Asimismo, se ha observado que a medida que

aumenta el IMC, se tiene menor esperanza de vida, pero a su vez quien tiene un IMC menor de 21, tiene un alto grado de mortalidad (Madrid, 1998).

Las investigaciones sobre el desarrollo y el mantenimiento de la obesidad ponen de manifiesto cada vez más, que se trata de un problema complejo y multideterminado, es así, como Sadle (1991) citado por Macias y Méndez (1997) expone que dentro de las causas de la obesidad se incluyen la genética, el estilo de vida y los estados emocionales, estos a su vez incluyen el aburrimiento, el cansancio, el enojo o la tristeza, los cuales llevan a algunas personas a ingerir alimentos para confortar su estado de ánimo; dentro del estilo de vida se encuentra que los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo, son la pandemia del siglo XXI, que ha llevado a generar factores de riesgo que predispone a muchas complicaciones y enfermedades llegando a convertirse en un problema de salud pública en los países desarrollados y en vía de desarrollo.

Abordando la obesidad desde un punto de vista biológico, un articulo publicado por Seijas y Feutchtmann (1997), expone que los trastornos de la alimentación como anorexia nervosa y bulimia, son considerados patologías psiquiátricas con etiologías multifactoriales (biológicas, psicológicas y socio-familiares) y la obesidad, presenta algunas vías biológicas en común con ellas, pareciera que, los neurotransmisores más promisorios para que la investigación arroje explicaciones etiológicas de anorexia nerviosa, bulimia y obesidad son la serotonina y las

betaendorfinas. Por tanto, desde este abordaje, debe hacerse notar que probablemente las disfunciones de los sistemas no son específicas de ninguno de los tres trastornos. Sería más razonable decir, que estas alteraciones en la neuroregulación se asocian con ciertas conductas disfuncionales. Por ejemplo, la hiperactividad serotoninérgica se asocia con rigidez, ansiedad y conductas compulsivas, sin importar la categoría diagnóstica.

Por otra parte, también se encuentra que las implicaciones psicológicas juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, como problemática biopsicosocial es una cuestión compleja y sus causas son multifactoriales, por tanto, es importante tratar esta enfermedad por las consecuencias que provoca en la salud del paciente, pero también es indispensable establecer los aspectos psicológicos que subyacen a la misma ya que estos son causa y efecto al mismo tiempo (Sánchez, 2003).

Existen un sinnúmero de teorías que mencionan a nivel psicológico factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que las comprueben (aspecto que se sustenta más adelante con base en investigaciones realizadas). Así por ejemplo, se ha considerado la obesidad como respuesta a tensiones emocionales o bien como síntomas de una enfermedad mental subyacente (Seijas & Feuchtmann, 1997). En general, no existe claridad con respecto a la etiología de este síndrome, por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto

en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera)(Vasquez & López, 2001).

Considerando que se vive en una cultura determinada y que esta tiene modos de valorar, de creer y de comportarse, en la que se establecen parámetros de lo que se debe ser, la persona con sobrepeso, en muchos casos, queda excluida. Estudios científicos como los de Kirschenbaum, Jonson, Stalonas (1990) y Olivari y Urra, (2007) han mostrado que, socialmente, se culpa a la persona de ser obesa por considerarla como un acto voluntario, haciendo juicios de valor a priori y por ende, descalificándola, pero, lo más grave de este modo de valorar es que, aquel que la sufre, lo cree de si mismo y se auto-excluye por sentirse un ser devaluado, estableciendo relaciones con los otros desde un lugar desigual por su baja autoestima, con una imagen corporal menospreciada y sintiéndose incapaz, hasta de continuar una dieta.

Muchos de los pacientes con exceso de peso se caracterizan por la falta de confianza en si mismos, operan a partir de creencias familiares y sociales, permitiendo que estás conduzcan y modelen sus relaciones con los demás; su identidad esta atravesada por el "ser gordo" adjetivo que estigmatiza y condiciona toda sus acciones (afectivas, sexuales, laborales). Estos aspectos negativos, provocan una dura autocrítica y generan ansiedad que provoca actitudes patológicas frente a la comida (ingesta voraz, comer de forma compulsiva etc)(Madrid, 1998). Otras de las

consecuencias pueden ser, la depresión o conductas antisociales (agresividad, retraimiento etc.) que refuerzan el "ser que no se quiere ser", y lo instalan, en una dimensión que desde su propia visión se percibe sin salida, en la que, la preocupación por el "comer o no", ocupa gran parte de su energía y encubre los motivos que conducen a no poder construir otro sentido de la vida (Madrid, 1998).

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad son claros, por lo que el terapeuta u otro profesional a cargo del paciente obeso debe cumplir con apoyo, información y educación, fortalecimiento y facilitación de la expresión de conflictos por parte del paciente. Esto último principalmente, porque en el paciente obeso se presentan comúnmente problemas en el área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y menos valoración de la autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo, bajas expectativas de autoeficacia y logro (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997).

Por lo anterior, un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le permitan un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también debe proveer de herramientas básicas para lograr un fortalecimiento interno básico, que le ayude a obtener resultados óptimos (en este caso, la reducción de peso) y también algunos "bastones" que, al

igual que cualquier paciente dependiente de sustancias, le otorguen la seguridad y confianza para enfrentar posibles situaciones de "recaída" (ingesta excesiva de alimentos)(Carvajal et als, 2004).

Partiendo de la panorámica descrita sobre la obesidad, sus posibles causas y efectos tanto físicos como psicológicos, se iniciará el abordaje teórico de algunos aspectos que de alguna manera ya han sido mencionados y que el presente estudio tiene como objetivo evaluar por su importante relación con el tema central (la ansiedad, la autoeficacia y el déficit en las habilidades sociales).

6.4 Aspectos Psicológicos Asociados con la Obesidad

6.4.1 Emociones y Ansiedad

Las emociones son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio, son por lo tanto, procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y que movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos (Palmero & Fernández, 1998); pero como procesos adaptativos que son, no son estáticas, sino que cambian en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia.

Por lo cual, la principal función de la emoción es la organización de la actividad compleja en un lapso muy breve, con la finalidad de anticiparse a las consecuencias. Así las emociones alteran procesos psicológicos como la percepción, la atención,

activan la memoria, planificación de acciones, comunicación verbal y no verbal, activan cambios fisiológicos y motivan a la acción para dar una respuesta rápida y puntual a una situación (Palmero & Fernández, 1998).

Es importante resaltar que el proceso emocional se desencadena por la percepción de unas condiciones internas y externas, que llegan a un primer filtro, en el cual se da un proceso dual de evaluación valorativa; este proceso, por una parte, realiza una evaluación de la situación en función de las características afectivas, y por otra, realiza una valoración de la situación en función de su significación. Cada uno de estos componentes está diferenciado por los mecanismos de regulación, por lo cual, el estado afectivo subjetivo estaría regulado por el sistema de registro, mientras que el proceso de valoración cognitiva lo estaría por el sistema de información; a su vez, estos dos componentes emocionales tendrían funciones distintas: el primero permitiría evaluar el ambiente, mientras que el segundo lleva a cabo la reflexión y el registro (Scherer, 1990).

El filtro afectivo de este doble proceso, estaría compuesto según Scherer (1990) de una valoración de la novedad de la situación, es decir, se determina si hay un cambio en el patrón del estímulo interno o externo, particularmente si ocurre una situación nueva o esperada (probabilidad y predecibilidad). Asimismo, ocurre una valoración del agrado intrínseco, es decir, una determinación de si una situación es agradable, incluyendo tendencias de acercamiento; o si es desagradable, incluyendo

tendencias de evitación y huida, basado en rasgos innatos o en asociaciones aprendidas.

El filtro de significado, por su parte, estaría compuesto de una valoración de la significación, donde se valora si la situación es pertinente a metas importantes o necesidades del organismo (relevancia), si el resultado es consciente o discordante con las metas esperadas o planes de acción (expectativas) y si es conducente u obstructivo para alcanzar las metas respectivas o satisfacer las necesidades pertinentes (tendencia). Asimismo, se valoraría el afrontamiento, es decir, se determina la causalidad de un evento del estimulo y el afrontamiento potencial disponible al organismo, el grado de control sobre la situación, y las normas que determinan la situación, particularmente, si una acción está conforme a las normas sociales, convenciones culturales o expectativas de otros significantes (normas externas) y si es consciente de las normas interiorizadas o con las normas que forman parte de su autoimagen (Scherer, 1990).

El filtro de significado desde la perspectiva de Smith y Lazarus (1993) estaría formado por la valoración cognitiva de los componentes de la valoración y del núcleo de temas relacionados; por consiguiente, el significado subyacente a cada emoción tendría tres niveles de análisis que se describen a continuación, que representarían complementariamente las vías de la conceptualización, de la valoración del significado y las características individuales específicas.

El primer nivel de análisis, recoge los componentes de la propia valoración y describe los juicios específicos hechos por una persona para evaluar una situación de daño o beneficio particular; el segundo nivel de análisis, recoge el núcleo de temas relacionados y combina los componentes de la valoración individual dentro de "resúmenes" o configuraciones organizadas de significados relacionados denominados núcleo de tema relacionado, que son el daño o beneficio central que subraya cada una de las emociones negativas y positivas, es decir, que cada tipo de emoción tiene un núcleo de tema relacionado propio; y por ultimo el tercer nivel de análisis recoge el componente individual de valoración y el núcleo de temas relacionados.

Así pues, en su conjunto, el primer filtro de evaluación valorativa es el responsable del reajuste de las emociones a nuevas condiciones adaptativas o demandas del entorno, pero también, es el responsable de que las emociones pierdan en un determinado momento su carácter adaptativo y se tornen perjudiciales para la salud. El filtro de significación es el que hace que determinadas personas desarrollen actitudes cognitivas emocionales que favorecen la aparición de un tipo de emoción sobre otras; así, estas actitudes emocionales funcionan reduciendo los umbrales necesarios para producir un tipo de respuesta emocional concreto (Ekman, 1994).

Del modo mencionado, las actitudes se comportarían como estados de hipervigilancia, que permitirían un alto grado de exploración del medio ambiente, pero, que al mismo tiempo

conllevarían a una atención selectiva y a una amplificación de determinadas informaciones del entorno, lo cual facilitará que se disparen respuestas emocionales ante situaciones que en caso contrario serían consideradas como neutras y no conllevarían a una respuesta emocional (Palmero & Fernández, 2002).

Por lo tanto, las actitudes cognitivas ya mencionadas, producen una focalización de la atención hacia ciertos estímulos considerados como relevantes, dando prioridad a su procesamiento y prejuzgando el entorno, lo cual, prima la aparición de un tipo de respuesta emocional frente a otras.

Desde el siglo XX la ansiedad ha ocupado un lugar destacado en la literatura de la psicología, debido fundamentalmente a que la ansiedad es considerada como una respuesta emocional paradigmática que ha facilitado la investigación básica en el campo de las emociones en general (Tobal, 1990).

La ansiedad, al igual que diversas emociones como la tristeza, la alegría, el miedo, entre otras, es un componente básico de la condición humana y por ello desempeña una función adaptativa y a su vez actúa como mecanismo de supervivencia (Palmero & Fernández, 1998).

A nivel general, la ansiedad es una reacción emocional que surge ante la percepción de una amenaza personal al bienestar físico y/o psicológico y es experimentada por todos los seres humanos ante diferentes situaciones, actúa como mecanismo de vigilancia del organismo y sirve para alertar de posibles

peligros, desempeñando un rol protector en la preservación de la vida y la especie (Echeburúa, 1993).

Las respuestas de ansiedad se manifiestan a nivel motor, cognitivo y fisiológico; en otras palabras, abordan el plano de las conductas, los pensamientos y las emociones. A nivel motor, se manifiestan conductas compulsivas, de escape, inhibición motriz, entre otras, a nivel cognitivo, se experimentan preocupaciones, desmoralización, pensamientos intrusivos, dificultades de atención y concentración y en el nivel fisiológico se produce activación del sistema nervioso autónomo. Las respuestas de ansiedad pueden ser elicitadas, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos al sujeto, tales como: pensamientos, ideas, imágenes, etc; que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes (Tobal, 1990).

La ansiedad puede también ser comprendida como una característica de personalidad, Castell y Scheier (1961) la definen como un rasgo o característica de personalidad que hace propensas a las personas a reaccionar de forma aprehensiva, o como un estado emocional transitorio que fluctúa en el tiempo.

Para Spielberger (1972) toda teoría de la ansiedad debe partir de la diferenciación entre rasgo - estado, tanto desde el punto de vista conceptual como operativo; Spielberger (1972) considera el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio, o condición del organismo humano, que varia en intensidad y fluctúa en el tiempo; esta condición se caracteriza por ser subjetiva, por la percepción consiente de sentimientos de

tensión y aprensión y por una intensa activación del sistema nervioso autónomo.

El nivel de un estado de ansiedad deberá ser alto en circunstancias que sean percibidas por el individuo como amenazantes, independientemente del peligro objetivo. La intensidad de un estado de ansiedad sería baja en situaciones no estresantes, o en circunstancias en las que aún existiendo peligro, este no sea percibido como amenazante.

El rasgo de ansiedad es definido como una característica diferencial individual relativamente estable en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, que habrá diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y en la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad; por lo cual los rasgos de ansiedad pueden ser considerados como el reflejo de las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia y la intensidad con las que los estados de ansiedad se han manifestado en el pasado y en cuanto a la probabilidad de que tales estados sean experimentados en el futuro (Spielberger, 1972).

Las distintas orientaciones desde las que se ha trabajado y se trabaja en este aspecto mantienen un denominador común, y es, que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas y contribuir a la aparición o exacerbación de numerosos trastornos. Es así, como se argumenta que la ansiedad influye negativamente sobre la salud, favoreciendo los procesos de enfermedad de formas muy diversas.

Independientemente del modelo del que se parta, las emociones tildadas de negativas, se han ido considerando de forma indiscutible como una de las variables a tratar y controlar en el nuevo concepto de salud, puesto que son factores de riesgo latentes en la enfermedad. Por lo cual, la ansiedad es considerada como un factor de riesgo muy especial cuando se torna crónica, puesto que va a influir en el estado emocional del individuo en la forma como interprete y afronte las situaciones problemáticas. Asimismo, influye en la ejecución de hábitos conductuales poco saludables, tales como el consumo de alcohol, tabaco, una dieta rápida, poco variada y con exceso de grasas y la falta de ejercicio físico, etc; (Martínez & Fernández, 1994).

Un estudio realizado por el Group Health Cooperative (2006) en el que se evaluaron más de 9.000 adultos estadounidenses, con una edad media de 45 años, obteniendo información acerca de su índice de masa corporal, el padecimiento de distintos tipos de depresión o ansiedad y la dependencia de sustancias como el alcohol o las drogas, se encontró que, los desórdenes relacionados con la ansiedad, los trastornos obsesivos y la depresión son mucho más comunes hasta en un 25% entre los obesos que entre las personas atléticas y delgadas. Asimismo, una revisión de aportes investigativos realizada por Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006) señala la relación de la salud mental con la obesidad, determinando concretamente, que padecer obesidad supone tener más probabilidades de sufrir o haber sufrido algún trastorno psiquiátrico.

Sin embargo, en los aportes de los dos estudios mencionados, no se concluye sobre un acuerdo en cuanto al sentido de esta relación. Puede ser que la obesidad conlleve a la depresión o a la ansiedad, o bien la relación inversa: un trastorno del ánimo podría llevar a las personas a aumentar de peso. Incluso, podrían alimentarse mutuamente, o ser en un sentido en ciertos individuos, y en el opuesto en otros. Es decir, aún no está claro si la obesidad puede producir estos trastornos, o si son éstos los que podrían favorecer la obesidad.

Un estudio anterior como el realizado por Mancilla, Durán, Téllez y López (1992) con 41 pacientes (mujeres) que acudían a la Unidad de Investigaciones Interdisciplinarias de Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE) al programa "Control de peso", con un rango de edad de 18-52 años, con una media de 34.7, amas de casa "sin patología", alimentan esta teoría, pues han identificado que existen diferencias entre los sujetos obesos y los no obesos, principalmente en algunas escalas del Inventario de Rasgos Temperamentales, pero, no son datos estadísticamente significativos. Sin embargo, una de las sugerencias más importantes que plantea el estudio es, llevar a cabo investigaciones que evalúen grupos de obesos y de no obesos que no estén en programas de reducción de peso, puesto que la ausencia de diferencia de las escalas probablemente se deba a características propias de los pacientes que acuden a solicitar "ayuda", en este caso reducción de peso.

Algunos artículos publicados en revistas de psicología, salud y nutrición han intentado dar explicación a las conductas de la ingesta compulsiva de alimentos, tomando en cuenta criterios de expertos en el tema, como el de Sagardoy (2008) Doctora en Psicología, Psicóloga Clínica y Coordinadora de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaría del Hospital Santa Cristina de Madrid, quien plantea que "parte del exceso de comida se puede producir porque muchas personas confunden los indicadores de hambre con los de ansiedad"(p.1). Respecto a este criterio, se puede decir que la ingesta alimenticia se convierte en una forma, no percibida, de resolver problemas emocionales, ya que reduce la activación emocional, especialmente cuando la ansiedad es inespecífica.

En algunas personas, o de forma simultánea en las que presentan la característica anterior, la sobre-ingesta ocurre como compensación a estilos de vida desequilibrados (exceso de deberes frente a actividades gratificantes), situaciones vitales intolerables y/o a la frustración del deseo. Comer permite, de forma momentánea, pero inmediata, evitar el malestar, impide pensar eliminando pensamientos y sentimientos que hacen sufrir, aminora síntomas depresivos, etc. Para otras, la conducta de comer está bajo control de estímulos externos y no bajo estímulos internos (control fisiológico mediante hambre-saciedad). Esta influencia de los estímulos externos en la conducta de ingesta se ha puesto de manifiesto en la constatación de una mayor

sensibilidad de los obesos para responder al: olor, sabor, presencia y aspecto de los alimentos.

Una investigación realizada por Tapia (2006) en la que se evaluó la presencia de síntomas de ansiedad en forma cuantitativa, en 65 pacientes con sobrepeso y obesidad con edades entre los 18 y los 72 años, mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad del Cuestionario de Goldberg, en su versión validada en castellano, encontró, una asociación positiva significativa entre los estados de sobrepeso y obesidad con la presencia de síntomas de ansiedad, a partir de lo cual, el autor plantea, que al enfrentar por primera vez a estos pacientes no sólo hay que preocuparse del peso corporal y de los factores de riesgo cardiovascular u otras posibles patologías físicas asociadas, sino que también evaluar el estado psicológico, aspecto que se relaciona directamente con lo señalado anteriormente.

6.4.2 Autoeficacia

Poder identificar cuáles son los factores que inciden en el aumento de peso, así como también los que imposibilitan el control del mismo, es el paso inicial para que el paciente acepte su realidad y comience a transformar las experiencias de frustración en acciones donde el sentir y el pensar estén en función de un proyecto de vida diferente; por lo cual, un factor involucrado en el tratamiento es el concepto de la autoeficacia, ya que ésta está directamente implicada en la opinión afectiva que se tiene sobre

la posibilidad de alcanzar determinados resultados, es decir, la confianza de alcanzar las metas exitosamente.

La autoeficacia influye en como la gente siente, piensa y actúa; respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001, citado por Prieto, 2003). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001 citado por Bustamante, 2002).

Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura & Walters, 1982). Por lo cual, los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos; una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura & Walters, 1982).

No obstante, el concepto de expectativas de auto-eficacia es uno de los pilares sobre los que se cimienta la teoría de aprendizaje social de Bandura (1991) quien postula que cuando un individuo se plantea la posibilidad de llevar a cabo una conducta

de salud o cambiar un hábito no saludable, existen tres elementos que explican la decisión resultante: la primera hace alusión a la creencia de que una situación determinada es perjudicial, la segunda alude a la creencia de que un cambio de comportamiento puede reducir la supuesta amenaza y por último la creencia que es suficiente competente para adoptar una conducta beneficiosa o para dejar de practicar una que resulta dañina , es este último aspecto al que hace referencia el concepto de expectativas de auto-eficacia, las creencias acerca de la capacidad para ejercer control sobre la propia conducta y el medio en el que ésta tiene lugar; desde este modelo se asume que las expectativas de auto-eficacia son un importante predictor de las intenciones y acciones de los individuos frente a diversas situaciones (Schwarzer, 1992 citado por Ruiz, Berrocal, López & Rivas, 2003).

Desde mediados de los años setenta el interés por la calidad de vida fomenta estudios sobre el modo y la intensidad con que las personas experimentan y valoran sus vidas de forma positiva (Diener, 1994) con lo cual se empiezan a abordar temáticas como bienestar subjetivo o satisfacción con la vida, donde se retoman tópicos del comportamiento humano, por lo cual, hablar de bienestar psicológico nos transporta a tener en cuenta tres factores básicos que lo explican: a) la satisfacción con la vida, entendida como la evaluación positiva de la vida en su conjunto; b) la frecuencia individual de emociones positivas o afecto positivo; c) la frecuencia individual de emociones negativas a la

que se denomina afecto negativo (Bandburn 1969, Sánchez, 1969 & Diener 1994).

Según un estudio realizado por Rodríguez, Goñi y Ruiz, (2006) con sujetos entre los 12 y 23 años, donde se evaluó el autoconcepto físico, las conductas saludables y el bienestar psicológico, encontrándose que ambos tipos de afecto (los mencionados en el párrafo anterior) se correlacionan negativamente de tal modo que la presencia de uno anula la del otro. Por tanto, la vivencia subjetiva con la que el sujeto experimenta su vida guarda directa conexión con la autoeficacia.

El individuo no siempre actúa en forma óptima aunque conozca con exactitud cuál es la conducta más correcta a desarrollar, esto se debe a que el pensamiento autorreferente actúa como moderador entre el conocimiento y la acción (Schwartz & Gottman, 1976). Por lo tanto, los aspectos considerados dentro de la línea social-cognitiva, hacen referencia a la forma cómo el individuo juzga sus propias capacidades y a cómo sus autopercepciones de eficacia afectan a su motivación y a su conducta.

Bandura (1999) define la autoeficacia percibida como el juicio que un individuo emite respecto a su propia capacidad de realizar una determinada conducta, necesaria para alcanzar determinados resultados. Asimismo, la autoeficacia influiría en la determinación de metas que las personas se ponen para sí mismas y en las conductas que realizan para llevar a cabo dichas elecciones o metas. Motivarían a las personas en aquellas tareas que se sienten competentes y a evitar aquellas en que no se sienten

competentes; determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta; predeciría la perseverancia y cómo las personas se recuperarían frente a situaciones adversas (Bandura, 2001).

"Las creencias de eficacia deben medirse en términos de juicios particularizados de capacidad que pueden variar a través de distintos dominios de actividad, bajo diferentes niveles de demanda de tarea dentro de un dominio de actividad dado y bajo diferentes circunstancias situacionales" (Richaud de Minzi & Barrionuevo, 2001, p. 4). La eficacia personal no es una disposición global, descontextualizada, corresponde a un fenómeno multifacético (Bandura, 1991).

Un alto sentido de eficacia en un dominio de actividad no está necesariamente acompañado de una alta autoeficacia en otros dominios (Hofstetter, Sallis & Hovel, 1990) es decir, que la creencia en la eficacia difiere porque las personas se juzgan a sí mismas como eficaces en la mayoría de las actividades, como lo plantea Bandura (1997) cuando señala que algunas personas se juzgan a sí mismas como altamente eficaces en un amplio rango de dominio de funciones. Por tanto las personas tenderán a considerar que tienen una alta eficacia general si se perciben autoeficaces en la mayoría de los aspectos de la vida.

La evaluación de las personas acerca de su eficacia en un dominio dado está basada en parte, en el juicio acerca de su capacidad general de auto- regulación, por lo tanto, la autoeficacia general y la específica no son independientes (Bandura, 1997). Con base en estos planteamientos se han

desarrollado estudios como el de Richaud de Minzi y Barrionuevo (2001) quienes proponen la existencia de una creencia de autoeficacia e ineficacia general, que forma parte del sistema atribucional de la persona y que esta influye en la expectativa de autoeficacia – ineficacia dirigida a objetivos específicos.

Queda demostrado que la internalidad de la autoeficacia tiene una correlación directa positiva con acciones preventivas, en cuanto los niveles de alta externalidad se emparentan con comportamientos negativos para la salud (Rodríguez, 2002); lo cual lo reafirman resultados de investigaciones como las de Campos y Pérez (2007) que se realizó con 101 mujeres todas con sobrepeso u obesidad, evaluando la autoeficacia y el conflicto decisional para bajar de peso, señalando que una mayor autoeficacia se asocia con un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso. Este hallazgo es similar al de una investigación realizada por Warziski, Sereika, Styn, Music y Burke (2008) que consistía en un ensayo controlado aleatorio de una intervención conductual en la gestión de la pérdida de peso, denominado el estudio PREFER con 170 sujetos el 88,2% mujeres con sobrepeso, donde se examino y evaluó la autoeficacia y su relación con los comportamientos alimenticios en la perdida de peso durante 18 meses, encontrándose que sí existe relación entre la mejora de la autoeficacia y una mayor perdida de peso. Asimismo, lo demuestran los resultados de estudios anteriores de autoeficacia como predictor de éxito para bajar de peso y la ejecución de hábitos físicos y alimenticios saludables (Paxtón & Sculthorpe, 1999; Stotland & Zuroff, 1991).

En un estudio realizado por Guzmán y Roselló (2003) sobre los Factores socio culturales asociados al consumo de frutas en una población adulta costarricense con 161 adultos de ambos sexos, se encontró que, de los factores socioculturales estudiados, únicamente la autoeficacia se asoció significativamente con el adecuado patrón de consumo de frutas. Lo cual es otra evidencia de la importante influencia de la autoeficacia en la adopción de hábitos alimenticios saludables y por consiguiente en el incremento o manejo inadecuado de la obesidad.

6.4.3 Habilidades Sociales

La vida humana está también influenciada por interacciones sociales, que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo, dicha influencia es más evidente en poblaciones de riesgo, es decir que presentan alguna característica que el entorno podría calificar como negativa, disfuncional o anormal en el caso del presente estudio "niños, jóvenes y adultos obesos", quienes se podrían considerar población vulnerable a tales influencias; por lo cual, cuando se habla de la obesidad como factor de riesgo, es importante tener en cuenta que se establece una correlación con el medio en el cual el individuo de desenvuelve, la cultura en la cual se encuentra inmerso y la relación herencia - ambiente.

En el presente estudio se evalúan las habilidades sociales no como conducta positiva sino como conducta deficitaria, por tanto, a continuación se hará una descripción conceptual acerca de las

habilidades sociales a nivel general para dar paso a la definición de ansiedad y evitación social.

Si se tiene en cuenta que el hombre es un ser sociable por naturaleza, se debe partir del supuesto que todos los seres humanos nacen con un equipamiento biológico, cuya potencialidad para desarrollarse depende de varios factores, entre los cuales se encuentran los cuidados de higiene, salud y una estimulación adecuada; sin embargo, el ser humano necesita aprender nuevas habilidades debido a que su ambiente está en constante transformación, ya que gran parte de ese entorno es social; por lo cual, el desarrollo social del individuo se inicia desde el nacimiento y sus habilidades sociales se tornan progresivamente mas elaboradas a lo largo de la infancia (Del Prette & Del Prette, 2002).

Para Mc Fall (1982) existían dos presunciones subyacentes a los conceptos de habilidades sociales, la primera supone el comportamiento socialmente habilidoso como un rasgo o una característica de personalidad, y la segunda como característica del desempeño de una situación interpersonal dada; por lo cual, en el primer caso, la habilidad social es entendida como un atributo innato del individuo, y el segundo como una relación entre éste y la situación particular, resultante de la experiencia con las diferentes situaciones sociales.

Por tanto, la base genética predispone los tipos peculiares de interacción con el ambiente, mas las experiencias de aprendizaje “condicionantes ambientales” influyen decisivamente en

la caracterización posterior del repertorio de comportamientos sociales presentado por el individuo (Del Prette & Del Prette, 2002).

Si tenemos en cuenta que una "habilidad" es un conjunto de respuestas que se aprenden y se asocian a determinados estímulos, que se encuentran relacionados con destrezas necesarias para ciertas tareas, que hacen referencia a respuestas relacionadas con la conducta social, y que conllevan a comportamientos que incluyen respuestas verbales y no verbales; podemos incorporar el concepto de habilidades sociales, puesto que cuando hablamos de habilidades sociales nos referimos a la capacidad de una persona para desenvolverse de manera adecuada entre sus semejantes, saber expresar las emociones y los afectos positivos y negativos, distinguir las situaciones y ejecutar las conductas más adecuadas a cada una de ellas para relacionarse de manera eficaz, por lo cual, está estrechamente relacionada con los estadíos evolutivos de madurez social, que están al margen de las condiciones socioculturales; Así pues, los criterios de funcionalidad suponen la capacidad del individuo para articular los componentes de su desempeño (comportamental, cognitivo – afectivo y fisiológico) a las demandas interpersonales de la situación y de la cultura, considerando criterios éticos que deberían orientar las relaciones interpersonales (Monjas & Gonzáles, 1998).

Las habilidades sociales son esenciales para obtener dos tipos de objetivos, que según Umbert (2007) se denominan objetivos afectivos y objetivos instrumentales; los primeros buscan alcanzar

relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás, estableciendo amistades y relaciones amorosas; y los segundos, buscan obtener actividades con éxito en la comunidad incluyendo trabajar, comprar y vender; asimismo, el análisis de las habilidades sociales está considerado en tres dimensiones (personal, situacional y cultural) que se interrelacionan y están siempre presentes en las interacciones sociales (Michelson, Sugai, Word & Kazdin, 1993).

La dimensión personal está constituida de manera principal por el repertorio del individuo, en sus componentes comportamental, cognitivo, afectivo y fisiológico, es decir, la manera como el individuo se expresa tanto físicamente como emocionalmente, teniendo en cuenta aspectos observables y no observables, conocimientos previos, expectativas, creencias y habilidades de procesamiento (Acuña, 2006); asimismo, esta dimensión incluye características socio demográficas como edad, sexo, estatura, estado de salud, peso, formación académica y apariencia física entre otros rasgos, puesto que estas características indican diferencias en las expectativas y normas culturalmente establecidas, que orientan la evaluación de las habilidades sociales y la competencia de un individuo en las relaciones interpersonales (Del Prette & Del Prette, 2002).

La dimensión situacional según Del Prette & Del Prette (2002) es considerada como la suma de las características del sistema de comportamientos durante la duración de un encuentro social, el cual incluye objetivos, reglas sociales, normas explícitas, roles,

repertorios, secuencias de interacción, conceptos compartidos y el contexto físico de la acción; lo que significa reconocer que condiciones diferentes crean demandas sociales diversas.

La dimensión cultural es abordada desde los desempeños sociales, ya que estos pueden ser altamente generalizados al tratarse de cuestiones como momentos históricos.

De esta forma es posible afirmar que una conducta socialmente habilidosa es una capacidad inherente al hombre donde ejecuta una conducta social de intercambio con resultados favorables para los implicados, apoyándose en sus estrategias de afrontamiento, entendidas estas como las conductas y estilos de vida de las personas ante diversas demandas de sus experiencias vitales y cotidianas, las cuales demandan del sujeto un esfuerzo ya sea cognitivo, comportamental y emocional (Gómez & Rojas, 2007).

Es importante tener en cuenta, que, existe un amplio rango de conductas cualitativas y funcionalmente distintas bajo el termino genérico de habilidad social o competencia social, puesto que va a depender del grado en que un determinado tipo de habilidad sea importante o funcional para un individuo, dependiendo de la frecuencia con que la persona se encuentre en situaciones en las que sea necesaria dicha habilidad, así como de la importancia o del valor del objetivo a alcanzar mediante el empleo de la misma; así pues, no necesariamente ha de existir correspondencia entre la capacidad de un individuo de manifestar un tipo de habilidad social y la de manejar con eficacia situaciones que requieran otro tipo distinto; más aún, ni siquiera un mismo tipo de habilidad

social, como la asertividad o la habilidad conversacional (Jeffrey, 1992) estas entendidas como un comportamiento maduro en la comunicación, en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos.

Mischel (1968) defendió que aunque los pacientes y terapeutas pueden percibir un alto grado de consistencia en la conducta social a través de situaciones distintas, la evaluación objetiva indica que la conducta o las habilidades sociales del mismo individuo están determinadas por la situación, por tanto una persona puede mostrar unas habilidades adecuadas de oposición asertiva en una situación, y no en otro contexto situacional distinto; de igual forma el sexo y la edad también pueden determinar la repuesta de la persona, por lo cual, factores cognitivos como la intención percibida por la persona de su receptor pueden influir en la aparición de una respuesta asertiva.

Un patrón similar de especificidad situacional también parece probable para otras habilidades sociales, la cualidad, competencia o facilidad de interacciones conversacionales que muestren las personas dependerá de factores situacionales, incluida la familiaridad con el otro participante en la conversación, el sexo, y el propósito de la interacción (Jeffrey, 1992); pero el fracaso de un individuo al mostrar conductas socialmente competentes en una determinada situación puede explicarse de distintas maneras como lo son la falta de adquisición o aprendizaje de la habilidad,

falta de utilización de la habilidad en ciertas situaciones y las variables situacionales.

Para Jeffrey (1992) la falta de adquisición de una habilidad se puede dar por dos variables, la primera presupone que la persona nunca la adquirió y la segunda por que la aprendió inadecuadamente, no apareciendo por tanto en ninguna situación; por otro lado la falta de utilización de una habilidad se da, porque el individuo manifiesta su habilidad aprendida en ciertas situaciones pero en otras no, por lo cual, existen indicios ambientales, interpersonales o situacionales que pueden estar gobernando la aparición de las respuestas socialmente hábiles, cuando tales indicios están presentes en una situación aparecerá la conducta competente, pero en situaciones con otros indicios distintos de los que estaban presentes en la situación original en la que aprendió la habilidad, el individuo no dará una muestra de las conductas en cuestión, e incluso es posible que ni siquiera las perciba como alternativas de respuesta; y las variables situacionales pueden influir en el reforzamiento, por lo cual un determinado tipo de habilidad social puede dar lugar a consecuencias distintas al ser reforzada en ciertas situaciones, pero no en otras.

En un estudio realizado por Millar, Rothblum, Barbour, Brand y Felicio (1990) con 37 sujetos de sexo femenino, acerca de las interacciones sociales de mujeres obesas (15) y no obesas (22) donde se puso a prueba la hipótesis de que las mujeres obesas deberían desarrollar habilidades sociales, poniendo a prueba una

comunicación telefónica entre los dos grupos de mujeres con estudiantes universitarios que no conocían sobre su peso, al revisar las evaluaciones que los estudiantes hacían sobre el comportamiento comunicativo de las mujeres no se encontró diferencias marcadas entre los dos grupos de mujeres, sobre lo cual se concluyó, que, el comportamiento social real de las mujeres obesas, se ve afectado por las impresiones formadas por quien interactúan con ellas.

Lo anterior se puede justificar según los referentes teóricos que plantean que, una habilidad es reforzada consistentemente en ciertas situaciones pero no en otras, en este caso la percepción subjetiva del sujeto sobre si mismo y los esquemas sociales acerca de la obesidad serán las variables influyentes en el reforzamiento de conductas poco habilidosas socialmente. Sin embargo, un estudio realizado por los mismos autores (Millar, Rothblum, Barbour, Brand & Felicio, 1995), acerca de, si las mujeres obesas tenían relaciones sociales mas pobres que las mujeres no obesas, en el que 77 mujeres obesas y 78 no obesas, completaron un autoinforme sobre la ansiedad social, la autoestima, la competencia social, el tamaño de la red social, y el apoyo social que percibían de amigos y familiares, quienes también respondieron algunos cuestionarios; se encontró que, los resultados de las calificaciones de los autoinformes, no difirieron significativamente entre los dos grupos, concluyéndose que las mujeres obesas pueden ser capaces de superar los perjuicios en cuanto a la obesidad, en sus relaciones con otros. Asimismo, en un articulo publicado por Vázquez (2004)

sobre los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso, se menciona que, los pacientes obesos que buscan tratamiento padecen una elevada ansiedad y conductas de evasión y agresión aspectos que están relacionados con las interacciones sociales; de igual forma, se establecen consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, donde los pacientes sienten ansiedad, nerviosismo, irritabilidad, de igual manera se presentan sentimientos de culpabilidad, vergüenza y fracaso.

A nivel general, se puede decir que, el individuo aprenderá a identificar o discriminar aquellas situaciones en las que una determinada estrategia interpersonal sea más funcional o eficaz para producir reforzamiento, por lo cual, los individuos aprenden que habilidades sociales van a ser reforzadas en diferentes situaciones y adaptan su conducta en función de ello. No obstante, pueden surgir problemas cuando una persona afronta una situación y no sabe que habilidades serán reforzadas, o cuando el estilo social de la persona es tan inflexible que utiliza rígidamente una determinada habilidad aun cuando no resulte adaptativa (Millar et als, 1990).

6.4.4 Ansiedad y Evitación Social

Algunos estudios apuntan a la existencia de una relación inversamente proporcional entre la ansiedad y el comportamiento socialmente hábil (Orenstein, Orenstein & Carr, 1975). Tal es así, que en las intervenciones realizadas con programas de

entrenamiento en habilidades sociales, no sólo se obtiene de forma directa una mejoría de estas, sino que, de forma indirecta parecen facilitarse importantes reducciones de la ansiedad, incluso en sus manifestaciones clínicas (Chambless, Hunter & Jackson, 1982 citados por Iruarrizaga, Gómez, Criado, Zuazo & Sastre, 1997). Por tanto, se ha considerado con cierta frecuencia que la ansiedad social está muy relacionada con la falta de habilidades sociales, de hecho, a menudo a la hora de evaluar conductas sociales se han utilizado instrumentos que miden la ansiedad social en vez de cuestionarios de habilidades sociales (Fernández & Carrobles, 1991).

Se ha señalado la influencia de diversas variables en función de distintos modelos explicativos de la adquisición y mantenimiento de la ansiedad social, como por ejemplo: la modificación de variables cognitivas como las expectativas de autoeficacia (Valerio & Stone, 1982 citados por Iruarrizaga & et al, 1997); la modificación de las autoverbalizaciones negativas (Caballo, 1995) y el aumento de la capacidad de controlar el contexto (Caballo, Andrés & Bas, 1997). Probablemente sean todas ellas las que, de forma conjunta, pueden dar cuenta a estas reducciones de la ansiedad social.

Según el Manual Diagnostico de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR, 2000) La ansiedad social esta relacionada con un miedo intenso ante situaciones sociales en las que la persona se expone a ser observada por otros, teme decir algo o comportarse de manera que valora como vergonzosa o difícil, son muchas las personas que

conocen estas sensaciones y que las han sentido en determinadas circunstancias. Sentir cierta ansiedad social en algunas situaciones nuevas o que requieren alto rendimiento personal es normal, ya que prepara fisiológicamente a la persona para que esté más alerta, atenta, concentrada, y activa (Muñoz, 2005). El que esta ansiedad sea más intensa, desadaptativa y frecuente, dependerá en parte, de características personales y de estados emocionales alterados, como baja autoestima, ineficacia, timidez, tendencia a la ansiedad, estados depresivos, entre otros factores.

Existen diversos grados de ansiedad social, es un concepto dimensional y no categorial, es decir, puede ser normal o patológica en función de la intensidad y/o de la frecuencia con la que se presenta. Cuando es alta, puede dar lugar a la fobia social (Sánchez, 2007).

La ansiedad social es un estado en el que puede verse sumergido el tímido, pero no es exclusivo de él. Por tanto, timidez y ansiedad social no son lo mismo; Las personas tímidas pueden sentirse muy incómodas cuando están con otras personas, pero no experimentan la extrema ansiedad al anticipar una situación social y no necesariamente evitan circunstancias que las haga sentirse cohibidas; en cambio, las personas con ansiedad social no necesariamente son tímidas, Pueden sentirse totalmente cómodas con otras personas la mayor parte del tiempo, pero en situaciones especiales pueden sentir intensa ansiedad (Guimón,2004).

Las personas con ansiedad social comprenden que sus sensaciones son irracionales, sin embargo, experimentan una gran aprensión antes de enfrentarse a la situación que temen y harán todo lo posible para evitarla; aún cuando puedan enfrentarse a lo que temen, generalmente, sienten gran incertidumbre o angustia desde antes y están muy incómodas todo el tiempo, posteriormente, las sensaciones desagradables pueden continuar con la preocupación de haber sido juzgados o con lo que los demás hayan pensado u observado respecto a ellos (Muñoz, 2005).

La evitación social es una característica del trastorno por evitación y se relaciona con una extrema sensibilidad ante el rechazo y un gran deseo de establecer relaciones sociales, sin embargo, las personas evitativas socialmente, no pueden lograrlo, ya que su miedo a no ser aceptados y a ser criticados es muy intenso y para evitar la angustia que estos temores les hacen surgir, acaban aislándose, interpretan todo contacto interpersonal como un riesgo de ridículo, y presentan un grado muy bajo de confianza en sí mismos, tienen en general pocos amigos o confidentes y sólo si estos últimos los aceptan de forma incondicional (DSM IV-TR, 2000).

Como seres humanos raramente vamos a poder escapar de los efectos de las relaciones sociales, ya sea en el lugar de trabajo, de estudio, o grupo familiar, por lo cual una interacción placentera en cualquiera de estos ámbitos nos hace sentir felices, permitiéndonos desarrollar nuestras tareas con mayor eficacia. Por el contrario, una baja competencia en las relaciones con los demás

puede llevar al fracaso, un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo inadecuado a la situación y por ende a desarrollar una ineficacia percibida.

Respecto a la panorámica teórica que se ha descrito sobre la obesidad, la ansiedad, la autoeficacia y las habilidades sociales, vale la pena señalar que aunque no son los únicos aspectos psicológicos de importancia en esta enfermedad si abordan tres dimensiones fundamentales en la vida de cualquier persona (emocional, social y decisional) y aunque no existe una causa psicológica primaria en la génesis de la obesidad como lo han señalado los diferentes estudios mencionados, si existe una combinación de ciertas características psicológicas que interactúan con otros factores ampliamente reconocidos (herencia genética, sedentarismo, entre otros.) como lo mencionan Silvestre y Stavile (2005) en su investigación sobre aspectos psicológicos de la obesidad.

Un aspecto que sí queda claro después de revisar los antecedentes investigativos referentes a la temática del presente estudio, es que, hasta el momento no se ha podido determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate para las diferentes disciplinas (medicina, psiquiatría y psicología) y al cual está investigación pretende dar su aporte.

7. METODOLOGÍA

7.1 Diseño

No experimental – transaccional, de tipo descriptivo - comparativo

7.2 Participantes:

La muestra estuvo conformada inicialmente por 160 sujetos(es de indicar que en la muestra habían dos sujetos de 12 años los cuales fueron excluidos del estudio por no contar con las condiciones para la aplicación de las pruebas), pero se trabajo con 158, 79 pacientes con obesidad de la ciudad de Bucaramanga, registrados en la base de datos de la Fundación Santandereana de Diabetes y Obesidad (FUSANDE) que no acuden a ningún tratamiento para control de la obesidad y 79 sujetos no obesos, con características de edad y sexo similares al grupo de sujetos con obesidad, el rango de edad de los paricipantes oscilo entre 18 y 82 años.

7.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron:

Formato de Consentimiento Informado: protocolo escrito donde se explica el objetivo del estudio a la población con la que se desea trabajar, informando acerca de las diferentes evaluaciones y procedimientos de los que serán participes, por lo cual, la muestra deberá diligenciar sus datos personales y firma autorizando su participación en la investigación. (Ver Anexo 1).

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) (Spielberger,

Gorsuch y Lushene, 1972): contiene 20 reactivos en escala tipo Likert y la valoración de sus puntajes va de 1-4 (nada-mucho). El valor mínimo en la puntuación es 20 y máximo 80.(Ver Anexo 2), en su adaptación española cuenta con una consistencia interna entre 0,90 y 0,93 para ansiedad-Estado y entre 0,84 y 0,87 para ansiedad-Rasgo. Los coeficientes alfa son una medida de la consistencia interna, se obtuvieron mediante la formula KR-20 modificada por Cronbach, y los índices hallados oscilan entre 0,83 y 0,92.

Escala de Evitación y Angustia Social (Watson y Friend, 1969): Evalúa la tendencia a evitar las interacciones sociales y la ansiedad experimentada en ellas, está formada por 28 afirmaciones, la mitad positivas y la mitad negativas que se contestan verdaderas o falsas, de estos ítems, 14 miden la respuesta conductual de evitación y los restantes miden el malestar subjetivo de ansiedad. (Ver Anexo 3).

Esta prueba obtuvo una puntuación media para una muestra de estudiantes universitarios de 9.1. La consistencia interna usando el coeficiente KR-20 fue de 0.94 y la correlación biserial ítem total fue de 0.77. La fiabilidad de la subescala de evitación fue de 0.87 y la de ansiedad social de 0.85; y la fiabilidad de test – retest, con un intervalo de 4 semanas fue de 0.68.

Cuestionario de Autoeficacia General (Richaud De Minzi, 2001): La autoeficacia general es un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la

vida cotidiana, el instrumento consta de 50 ítems que se responden de acuerdo a una escala de cuatro puntos que oscila entre 1 (nunca) y 4 (Siempre) están redactados en términos "de poder hacer".(Ver Anexo 4).

Esta prueba cuenta con un análisis factorial donde utiliza el método de Análisis de Componentes Principales (PCA) sometido a rotación Varimax; permitiendo analizar la consistencia interna, la cual se ha calculado por medio del coeficiente alpha de Cronbach, obteniéndose un índice de fiabilidad de .87.

7.4 Procedimiento

Primera etapa: *Selección de la muestra*: se seleccionó una muestra por conveniencia de 158 sujetos, la mitad de las personas tenían la condición de pacientes con obesidad (con un IMC superior a 30) de diferentes edades y sexo, reportados en la base de datos de FUSANDE, el IMC fue evaluado previamente por el departamento de fisioterapia de FUSANDE. La otra mitad correspondió a sujetos no obesos (IMC inferior a 30) de la ciudad de Bucaramanga contactados por las investigadoras, teniendo en cuenta que no padecieran ninguna enfermedad crónica o limitación física según un reporte de su estado de salud general realizado por las áreas de medicina, nutrición y fisioterapia de FUSANDE. Este grupo se apareó en características de edad y sexo con el grupo de sujetos con obesidad.

Segunda etapa: Habiendo conseguido la muestra, cada uno de los participantes fueron citados a FUSANDE donde individualmente

se les dio a conocer la investigación y el propósito a alcanzar con esta, de igual manera se les entrego el consentimiento informado el cual fue firmado y aprobado por todos los sujetos de la muestra, de esta manera se procedió a la recolección de los datos a partir de la aplicación de los instrumentos de evaluación (STAI rasgo – estado, prueba de autoeficacia general y el test de evitación y ansiedad social).

***Tercera etapa*:** Categorización y Análisis de la información: Después de haber realizado la aplicación de los instrumentos al total de la muestra, se procedió a organizar la información recolectada y a diligenciar los datos en el programa SPSS 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences) a través del cual fueron calificados y analizados. Posteriormente, se realizó el análisis de la información con base en la exploración teórica, lo cual permitió concluir el proceso investigativo.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los análisis llevados a cabo.

Los análisis estadísticos efectuados fueron comparaciones de medias mediante la prueba T de Student y ANOVA de un factor. Se eligieron estas pruebas paramétricas después de confirmar el criterio de distribución normal de la muestra en las variables utilizadas, así como la homogeneidad en las varianzas, para evitar de esta forma la presencia de error tipo I y error tipo II.

Con relación al nivel de significancia se trabajó con una probabilidad de error $P<0,05$ y $P<0,01$.

En primer lugar se presentan los datos descriptivos de la información sociodemográfica, posteriormente se presentan las comparaciones de medias entre las variables analizadas y por último se muestra la comparación de porcentajes entre los grupos de pacientes con obesidad (Grupo A) y los pacientes sin obesidad (Grupo B) en función de las puntuaciones altas en las diferentes pruebas empleadas.

TABLA 1. Estadísticos Descriptivos n=158

Datos	*Grupo A n=79*				Grupo B n=79			
	Media	***D.T***	***Max.***	***Min.***	***Media***	***D.T***	***Max.***	***Min.***
Edad	38,09	14,64	82	18	38,09	14,64	82	18
Sexo	***Masculino***		***femenino***		***Masculino***		***Femenino***	
	19%		31%		19%		31%	
Estado civil	***Soltero***		41,8%		***Soltero***		43%	
	Casado		35,4%		***Casado***		44,3%	
	Unión libre		12,7%		***Unión libre***		6,3%	
	Separado		6,3%		***Separado***		5,1%	
	Viudo		3,8%		***Viudo***		1,3%	

En la tabla 1, se muestra la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra seleccionada que estuvo conformada por 158 sujetos de los cuales 79 corresponden a pacientes con obesidad (grupo A) y 79 personas sin obesidad (grupo B), la edad promedio de los participantes de ambos grupos fue de 38,09 años, el 62% de la muestra total pertenecía al sexo femenino y el 38% al sexo masculino de los cuales el 19% de los hombres y el 31% de las mujeres pertenecieron al grupo A y el porcentaje restante perteneció al grupo B. En lo que respecta al estado civil de los participantes, en el grupo A, el 41,8% de los evaluados eran solteros, el 35,4% casados, el 12,7% vivía en unión libre, el 6,3% eran separados y el 3,8% viudos. En el grupo B, el 43% de los

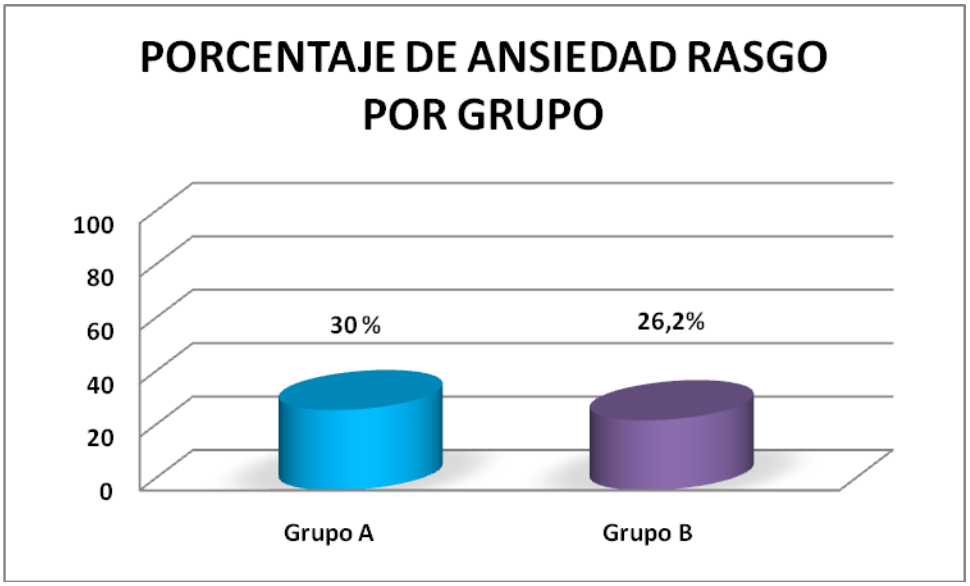
participantes eran solteros, el 44,3% casados, el 6,3% vivía en unión libre, el 5,1% eran separados y el 1,3% viudos.

TABLA 2. Comparación de Medias entre Grupo A y Grupo B para STAI Rasgo y STAI Estado n=158

Prueba	***Grupo***	***Media***	***D.T***	**T**
STAI Rasgo	*A*	19,33	11,13	0,50
	B	18,50	9,79	0,50
STAI Estado	*A*	17,60	12,05	0,55
	B	16,64	9,77	0,55

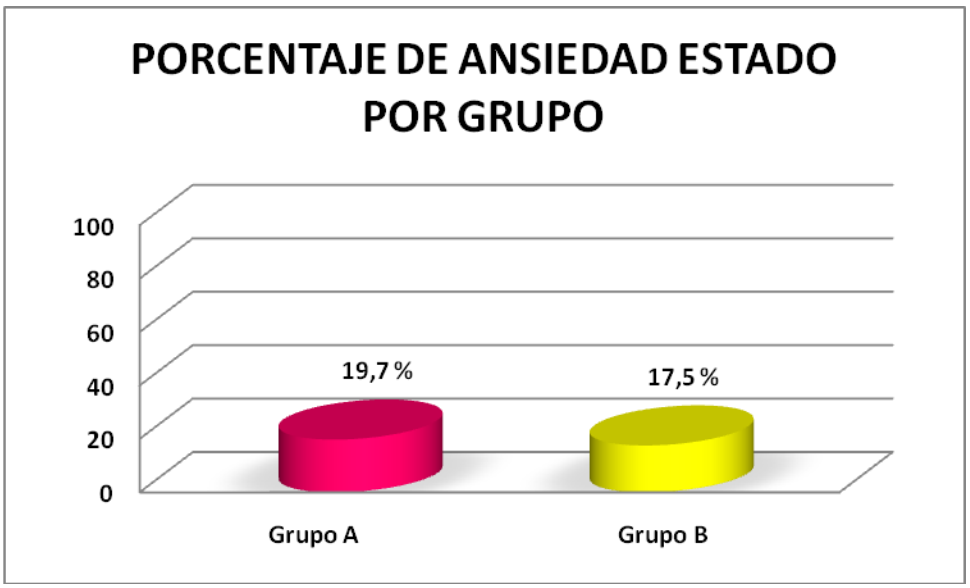
Según los datos de la tabla 2, donde se hace la comparación de medias entre el grupo A y el grupo B para STAI Rasgo y STAI Estado, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, el grupo A muestra mayor tendencia a puntuar alto en las pruebas de ansiedad Rasgo y ansiedad Estado.

GRAFICA 1



En la gráfica 1, se observan los porcentajes de las puntuaciones altas en STAI Rasgo para grupo A y grupo B, estas puntuaciones se han establecido según los baremos de la prueba. Se tuvieron en cuenta las puntuaciones por encima del percentil 70 para ambos grupos. Los datos indican con mayor porcentaje de ansiedad alta en el grupo A.

GRAFICA 2



En la gráfica 2, se observan los porcentajes de puntuaciones altas en STAI Estado para grupo B y grupo A, estas puntuaciones se han establecido según los baremos de la prueba, se tuvieron en cuenta las puntuaciones por encima del percentil 70. Se indica que al igual que en ansiedad Rasgo, las mayores puntuaciones se obtienen en el grupo A.

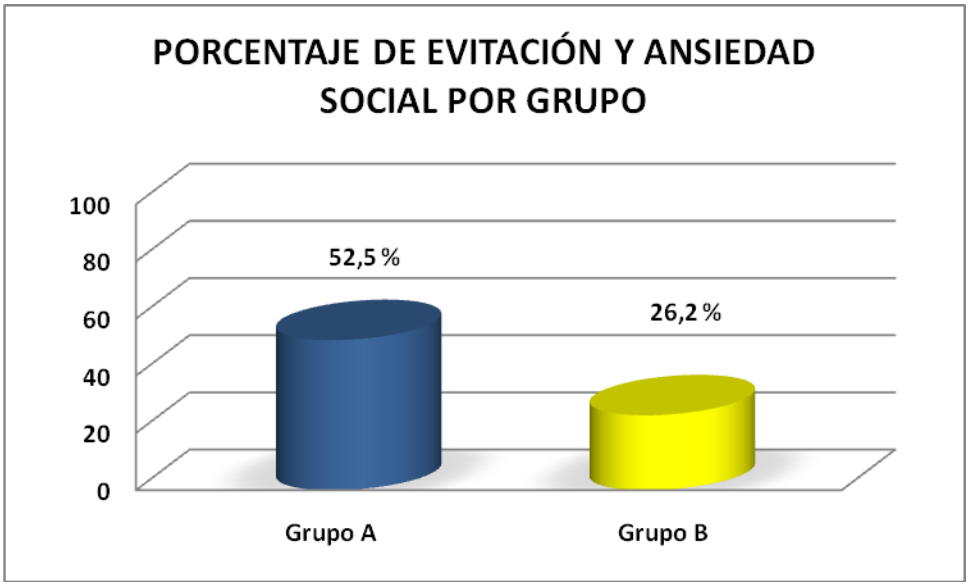
TABLA 3. Comparación de Medias entre Grupo A y Grupo B para Evitación y Ansiedad Social n=158

Prueba	***Grupo***	***Media***	***D.T***	**T**
Evitación Social	*A*	3,65	3,16	1,85
	B	2,75	2,98	1,85
Ansiedad Social	*A*	3,83*	3,41	2,59
	B	2,42	3,43	2,59
Total Evitación y Ansiedad Social	*A*	7,48*	6,21	2,37
	B	5,18	6,08	2,37

***P<0,05**

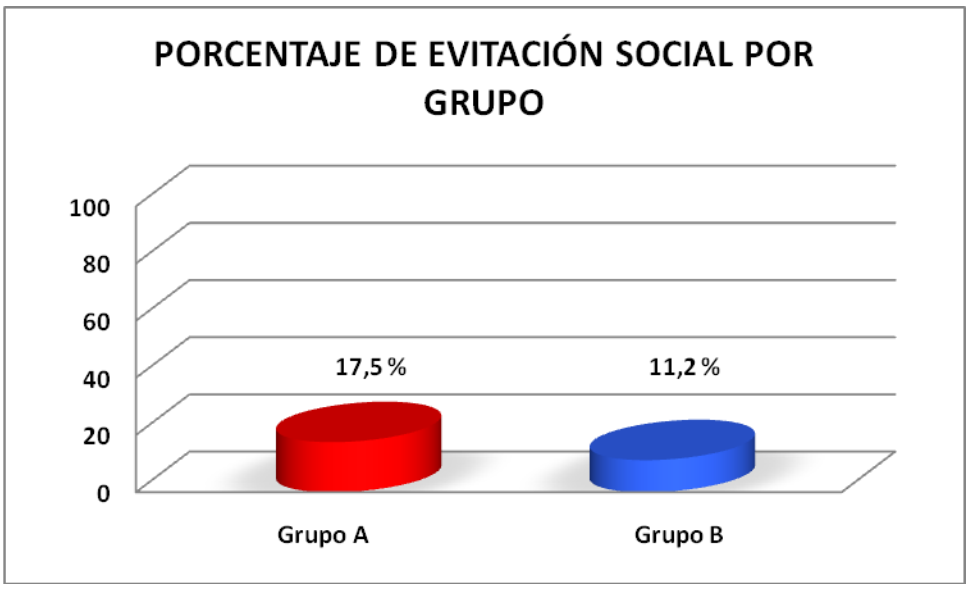
En la tabla 3, se observa la comparación de medias entre el grupo A y el grupo B para evitación y angustia social, según los datos se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados obtenidos por el grupo A y el grupo B en la escala de ansiedad social y en el total de la prueba mientras que, en la escala de evitación social aunque el grupo A puntuó más alto, estos resultados no alcanzan un valor estadísticamente significativo.

GRAFICA 3



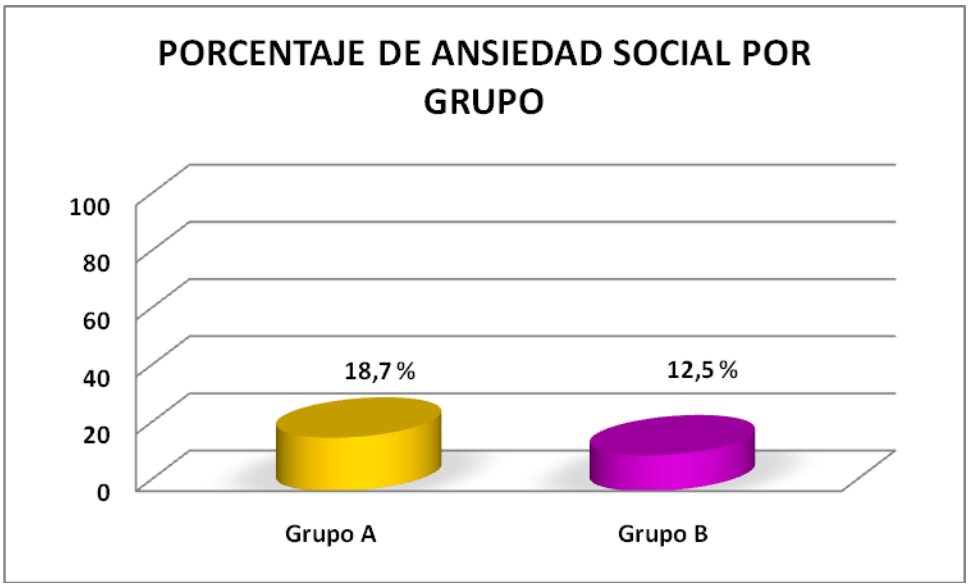
En la gráfica 3, se evidencia el porcentaje de las puntuaciones altas de evitación y ansiedad social en el grupo A y el grupo B, donde el porcentaje es mayor para el grupo A, los criterios de calificación se determinaron según la media más una desviación estándar, de acuerdo con lo planteado por los autores de la prueba (Watson & Friend, 1969).

GRAFICA 4



En la gráfica 4, se observan los porcentajes de las puntuaciones altas en evitación para el grupo A y el grupo B, donde se evidencia un porcentaje mayor en el grupo A, los criterios de calificación se establecieron según la media más una desviación estándar.

GRAFICA 5



En la gráfica 5, se observan los porcentajes de las puntuaciones altas en ansiedad social del grupo experimental y el grupo control, donde las puntuaciones del grupo experimental son mayores en comparación con el grupo control, los criterios de calificación se establecieron teniendo en cuenta la media más una desviación estándar.

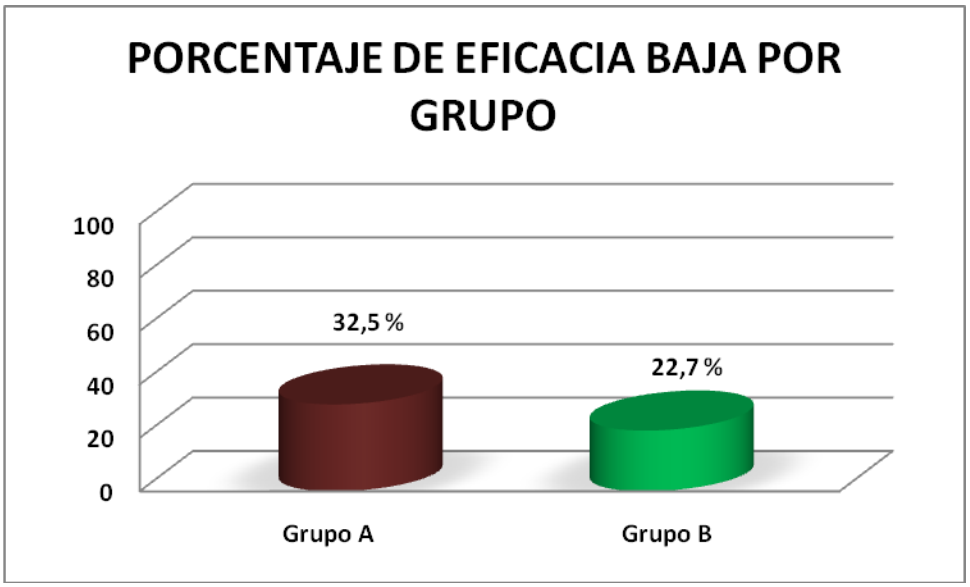
TABLA 4. Comparación de Medias entre Grupo A y Grupo B para Eficacia e Ineficacia n=158

Prueba	*Grupo*	*Media*	*D.T*	T
Eficacia	*A*	39,48	6,00	-1,97
	B	41,13*	4,51	-1,97
Ineficacia	*A*	23,06	5,61	0,90
	B	22,20	6,44	0,90

***P<0,05**

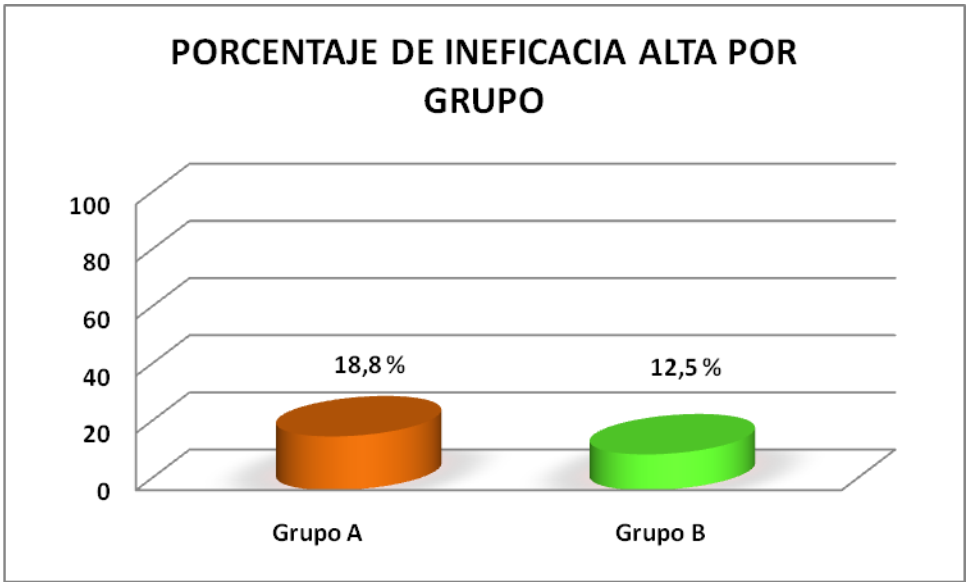
En la tabla 4, se identifica una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de la evaluación de eficacia donde el grupo B puntuó más alto en comparación con el grupo A, en cuanto a la evaluación de la ineficacia no se encuentran diferencias relevantes en los resultados.

GRAFICA 6



Según la gráfica 6, el mayor porcentaje de los sujetos del grupo A obtuvieron puntuaciones de baja eficacia en comparación con el grupo B, lo que indica que los participantes del grupo A presentan menor eficacia que los del grupo B, según el criterio de calificación que se estableció considerando la media más una desviación estándar, según lo indicado por Richard de Minzi y Barrionuevo, (2001).

GRAFICA 7



En la gráfica 7, se observan los porcentajes de alta ineficacia, donde el porcentaje del grupo A es mayor en comparación con el grupo B. Los criterios de calificación se establecieron considerando la media más una desviación estándar según lo indicado por Richaud de Minzi y Barrionuevo, (2001).

TABLA 5. ANOVA para STAI Rasgo y Estado por Estado Civil n=158

Prueba	***Grupo***	***Media***	***D.T***	**F**
STAI Rasgo	*Soltero*	19,46	9,85	2,29
	Casado	19,02	10,77	2,29
	Unión Libre	14,40	9,63	2,29
	Separado	25,22	12,64	2,29
	Viudo	10,50	3,79	2,29
STAI Estado	*Soltero*	18,01	10,63	0,81
	Casado	16,78	10,71	0,81
	Unión Libre	15,53	12,86	0,81
	Separado	18,89	13,08	0,81
	Viudo	9,00	7,87	0,81

En la tabla 5, se observa la comparación de medias para STAI Rasgo y STAI Estado en función del estado civil de los participantes, según los análisis, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

TABLA 6. ANOVA para Evitación y Ansiedad Social por Estado Civil n=158

Prueba	***Grupo***	***Media***	***D.T***	**F**
Evitación Social	*Soltero*	3,33	3,26	0,06
	Casado	3,13	2,91	0,06
	Unión Libre	3,07	3,30	0,06
	Separado	3,00	3,43	0,06
	Viudo	3,00	2,94	0,06
Ansiedad Social	*Soltero*	3,33	3,85	0,32
	Casado	3,14	3,29	0,32
	Unión Libre	2,53	3,38	0,32
	Separado	3,00	2,69	0,32
	Viudo	1,75	2,22	0,32
Total Evitación y Ansiedad Social	*Soltero*	6,67	6,74	0,17
	Casado	6,27	5,80	0,17
	Unión Libre	5,60	6,57	0,17
	Separado	6,00	5,98	0,17
	Viudo	4,75	5,12	0,17

En la tabla 6, se observa que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el estado civil de los participantes y los resultados de las pruebas de evitación,

ansiedad social y el total de la sumatoria de estas, lo cual se ve reflejado en los bajos valores de F.

TABLA 7. ANOVA Para Eficacia e Ineficacia por Estado Civil n=158

Prueba	***Grupo***	***Media***	***D.T***	**F**
Eficacia	*Soltero*	39,51	4,79	3,24
	Casado	39,95	5,63	
	Unión Libre	42,80	4,71	
	Separado	41,56	6,80	
	Viudo	47,25*	0,96	
Ineficacia	*Soltero*	23,77*	6,04	2,67
	Casado	22,17	5,94	
	Unión Libre	21,07	3,39	
	Separado	23,11	8,37	
	Viudo	15,00	3,16	

***P<0,05**

Según la tabla 7, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, según los resultados de las pruebas los sujetos de estado civil viudo puntuaron alta eficacia en comparación con las personas pertenecientes a los demás grupos (F=3,24), por otra parte los participantes de estado civil soltero mostraron puntuaciones altas de ineficacia a diferencia de los demás grupos (F=2,67).

TABLA 8. Comparación de Medias para STAI Rasgo y Estado por Sexo n=158

Prueba	*Sexo*	*Media*	*D.T*	T
STAI Rasgo	Femenino	19,35	10,84	0,66
	Masculino	18,23	9,86	0,67
STAI Estado	Femenino	16,88	12,28	-0,35
	Masculino	17,50	8,51	-0,38

En la tabla 8, se observa una comparación de medias entre los resultados del STAI Rasgo y STAI Estado y el sexo de los participantes, encontrándose que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque según los datos las mujeres tienden a puntuar más alto en el STAI Rasgo y los hombres en la prueba de STAI Estado.

TABLA 9. Comparación de Medias para Eficacia e Ineficacia por Sexo n=158

Prueba	*Sexo*	*Media*	*D.T*	T
Eficacia	Femenino	40,68	5,53	1,14
	Masculino	39,69	5,04	1,16
Ineficacia	Femenino	22,38	5,63	-0,67
	Masculino	23,03	6,65	-0,64

En la tabla 9, se observa la comparación de medias entre los resultados de las pruebas de eficacia e ineficacia y el sexo de los participantes, según los datos no hay diferencias

estadísticamente significativas entre los grupos, sin embargo, las mujeres tienden a puntuar más alto en eficacia y los hombres en ineficacia.

TABLA 10. Comparación de Medias para Evitación y Ansiedad Social por Sexo n=158

Prueba	*Sexo*	*Media*	*D.T*	T
Evitación	Femenino	3,23	3,18	0,18
	Masculino	3,15	2,97	0,18
Ansiedad Social	Femenino	3,00	3,45	-0,57
	Masculino	3,32	3,56	-0,56
Total Evitación Y Ansiedad Social	Femenino	6,23	6,30	-0,23
	Masculino	6,47	6,17	-0,23

La tabla 10, muestra la comparación de medias entre los resultados de la evaluación de evitación y ansiedad social y el sexo de los participantes, según los análisis no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

De acuerdo con los resultados anteriores, se evidencian que en la totalidad de las escalas empleadas los participantes del grupo A obtuvieron mayores puntuaciones en comparación con los del grupo B. Estos aspectos serán retomados en la discusión.

9. DISCUSIÓN

La obesidad ha sido destacada como uno de los factores de riesgo más importantes para la salud en la sociedad, actualmente, existen 1.000 millones de personas obesas y la tendencia indica que aumentará en un 50% para el 2015, ha dejado de ser un problema estético para convertirse en una enfermedad de carácter crónico que se caracteriza por el aumento de la masa corporal y el peso, además, es una enfermedad multifactorial, puesto que puede deberse a causas endocrinas, genéticas, metabólicas y psicológicas (OMS, 2006), estas últimas, debido a que el comportamiento y/o conducta juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de esta problemática, con base en este argumento el presente estudio intenta dar explicación a algunos aspectos relacionados con esta enfermedad.

Vale aclarar, que la muestra con la que se trabajó, que se subdividía en dos grupos, uno con personas con obesidad que no asisten, ni están vinculadas a algún tipo de tratamiento para el control de la obesidad y otro con personas no obesas, ambos conformados por el mismo número de personas (79), de edades y sexos equivalentes, permitió, realizar un estudio comparativo y obtener resultados diferenciales que permiten tener una panorámica característica de los aspectos evaluados (ansiedad, autoeficacia, ansiedad y evitación social) en los sujetos con obesidad.

Autores como Cormillot y Zukerfeld (1997) plantean que los pacientes con obesidad presentan aumento de la ansiedad y afectos disfóricos, disminución de la calidad general de las relaciones

interpersonales y alteraciones en el autoconcepto, autoimagen y autoeficacia, considerado la obesidad como un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica. Aspectos que la presente investigación ha tenido en cuenta y ha agrupado en tres factores fundamentales de evaluación: Ansiedad, Autoeficacia, Evitación y Ansiedad Social.

Los resultados del presente estudio indican, que existe una tendencia de las personas con obesidad a presentar niveles altos de ansiedad, sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de las pruebas de ansiedad Rasgo y Estado entre las personas obesas (grupo A) y no obesas (grupo B), donde el 30% del grupo A puntuó alto para ansiedad Rasgo y el 26,2% del grupo B puntuaron alto en la misma prueba, para ansiedad Estado el 19,7% del grupo A y el 17,5% del grupo B puntuaron alto. Estos resultados, confirman los hallazgos arrojados por investigaciones como las de Group Health Cooperative (2006); y los aportes de artículos como el realizado por Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas (2006), quienes señalan que la obesidad supone tener un 25% más de probabilidades de sufrir o haber sufrido depresión o ansiedad, pero no se identifica un acuerdo del sentido de esta relación. Sin embargo, los datos obtenidos por el trabajo del Group Health Cooperative, no corresponden a resultados de evaluaciones psicológicas, sino a un informe sobre distintos aspectos entre ellos el padecimiento de algún tipo de depresión o ansiedad realizado con más de 9.000 estadounidenses. Por tanto, los datos no fueron estrictamente

evaluados, como sí lo hizo el presente estudio, en una muestra más pequeña, lo cual, le da valor al aporte de la presente investigación.

Otro aspecto que da gran importancia a los resultados presentados, está relacionado con el tipo de estudio(comparativo) que se llevo a cabo y las características de los participantes (pacientes obesos que no asistían a ningún programa de control de peso), ya que, permitió dar respuesta a una recomendación planteada por Mancilla, Durán, Téllez y López (1992) en su investigación, quienes evaluaron ansiedad en personas obesas pertenecientes a un programa de control de peso y personas no obesas, obteniendo resultados similares a los del presente estudio, pero aludiendo estos resultados a supuestas características propias de pacientes con obesidad que acuden a buscar ayuda para reducir su peso, aspecto que fue contrastado con esta investigación.

Otro estudio, con el cual es importante comparar los resultados presentados en este informe, es el realizado por Tapia (2006) quien encontró una asociación positiva significativa entre los estados de sobrepeso y obesidad con la presencia de síntomas de ansiedad. Es relevante señalar que, aunque el análisis de los resultados de la presente investigación, no mostró diferencias significativas entre el grupo de obesos y el de no obesos, sí se identificaron puntuaciones más altas en las pruebas de ansiedad en el grupo de obesos, lo cual, se relaciona con lo descrito por Tapia (2006). Sin embargo, hay que destacar la diferencias de los

dos estudios, primero el tamaño de la muestra y segundo el tipo de participantes puesto que el estudio de tapia se realizó sólo con personas con obesidad.

Por otra parte, desde un abordaje teórico, la tendencia a la ansiedad que no implica un rasgo explícito de las personas obesas, como lo describe el análisis de los resultados, puede ser comprendida como lo plantea Sargadoy (2008) quien propone que, la ingesta alimenticia se convierte en una forma no percibida de resolver problemas emocionales, ya que, reduce la activación emocional, especialmente cundo la ansiedad es inespecífica.

En línea con lo anterior, los resultados en relación con la ansiedad estado y la obesidad se pueden sustentar en La teoría de ansiedad estado de Spielberger (1972), ya que este autor, considera el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio, o condición del organismo humano, que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo; esta condición se caracteriza por ser subjetiva, lo que permite suponer que las personas con obesidad, puntúan más alto en este aspecto porque hay influencia de aspectos subjetivos relacionados con la condición de ser obeso, que incrementan los niveles de ansiedad en determinadas situaciones, aspectos que pueden generar también una propensión ansiosa, relativamente estable, que lleva a los individuos a percibir las situaciones como amenazantes, lo que podría explicar las puntuaciones altas de las personas obesas en comparación con las no obesas, en la ansiedad rasgo .

Uno de los aspectos que generó mayor impacto en los resultados del presente estudio es la autoeficacia, que fue abordada a través de la evaluación de la eficacia y la ineficacia que experimentan los sujetos de la muestra, encontrándose que el 32,5% de las personas obesas presentan eficacia baja y el 18,8% del mismo grupo ineficacia alta, por su parte, el 22,7% de los sujetos del grupo B presentan eficacia baja y el 12,5% ineficacia alta, lo que demuestra que las personas no obesas son más eficaces que las personas con obesidad y aunque no existe una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de ineficacia, las personas con obesidad tienden a presentar mayor puntuación, esto se relaciona con lo planteado por Casado, Camuña, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) acerca de que el paciente obeso presenta problemas en el área afectiva y cognitiva, observando un deterioro en la autoestima, la autoimagen y bajas expectativas de autoeficacia y logro.

Lo anterior, se sustenta mejor por los aportes de Rodríguez, Goñi y Ruiz (2006) quienes señalan que, la vivencia subjetiva con la que el sujeto experimente su vida guarda directa conexión con la autoeficacia y Shwartz & Gottman (1976) proponen que la forma como el individuo juzgue sus propias capacidades y sus autopercepciones de eficacia afectarán su motivación y su conducta, en este caso, según los resultados de la presente investigación, se podría inferir que, los aspectos subjetivos relacionados con la obesidad tienden a influir en la autoeficacia

percibida y a su vez esta tiende a influir en la existencia e inexistencia de conductas preventivas y de autocontrol.

Lo anterior se explica mejor desde planteamiento de Richaud de Minzi y Barrionuevo (2001); y Hofstetter, Sallis & Hovel (1990) quienes señalan, que hay una creencia de autoeficacia e ineficacia general, que forma parte del sistema atribucional de la persona y que ésta influye en la expectativa de autoeficacia – ineficacia dirigida a objetivos específicos, aspecto que ha sido manejado por Bandura (1997) quien propone, que la evaluación de las personas acerca de su eficacia en un dominio dado está basada en parte, en el juicio acerca de su capacidad general de auto-regulación, por lo tanto, la autoeficacia general y la específica no son independientes.

Investigaciones como la de Campos y Pérez (2007); Ruiz, Berrocal, López y Rivas (2003); Paxtón y Sculthorpe (1999); y la de Stotland y Zuroff (1991), apoyan la asociación entre una mayor autoeficacia y un menor conflicto para tomar la decisión de bajar de peso y la ejecución de hábitos físicos y alimenticios saludables, lo cual, es importante en la presente investigación, porque los datos obtenidos, permiten apoyar los resultados de estudios anteriores y aportar en cuanto al establecimiento de la relación entre la autoeficacia general y las implicaciones que ésta tiene en la obesidad. De la misma forma, sirve de base para el desarrollo de programas de intervención para personas con obesidad, porque estos datos, que son específicos de una muestra de la población afectada y además diferenciales de una muestra de

población no afectada, permiten tener una perspectiva sobre los aspectos que influyen en el déficit de conductas favorecedoras de la prevención y el control de la obesidad.

Respecto a lo anterior, un estudio de intervención realizado por Warziski, Sereika, Styn, Music y Burke (2008) apoya dicho planteamiento, pues a través de un proceso conductual para la pérdida de peso, realizado durante 18 meses, con 170 sujetos, se determinó la relación entre la autoeficacia y la perdida de peso. A lo cual, el presente estudio también contribuye en la medida en que hace evidente la alteración de este aspecto (la autoeficacia) en las personas obesas y por tanto, apoya la necesidad de intervención frente a este factor.

De la misma manera, otros estudios no directamente relacionados con la obesidad, como la investigación desarrollada por Guzmán y Roselló (2003), sobre los Factores socio culturales asociados al consumo de frutas, encontrándose como factor principal la autoeficacia, apoyan el planteamiento propuesto en este informe a partir del análisis de los resultados en cuanto a la relación de la autoeficacia con la adopción de hábitos alimentitos saludables y por ende en la disminución del peso corporal.

En cuanto a las habilidades sociales, que en el presente estudio se evaluaron a partir de la condición de déficit, por cuanto se parte de la hipótesis de que se trata de conductas deficitarias en la obesidad, se encontró que el 52,5% de los sujetos del grupo A puntuaron alto en evitación y ansiedad social

y el 26,2% de las personas del grupo B puntuaron alto en la misma prueba, la diferencia de los resultados entre los dos grupos es estadísticamente significativa, esto demuestra, que las personas con obesidad sí tienen una mayor tendencia a presentar déficit en las conductas relacionadas con las interacciones sociales, especialmente en lo referente a ansiedad social.

Los anteriores datos contrastan de cierta manera los resultados de investigaciones anteriores como las de Millar, Rothblum, Barbour, Brand y Felicio (1990-1995) que no encontraron diferencias significativas en el comportamiento social de las mujeres obesas y las no obesas, esta diferencia en los resultados de los estudios, puede deberse a la metodología utilizada por cada uno, pues las investigaciones de Millar, Rothblum, Barbour, Brand y Felicio (1990-1995) utilizaron una metodología más de enfoque cualitativo, evaluando aspectos generales a través de instrumentos no estandarizados.

Por otra parte, aportes como el realizado por Vázquez (2004) apoyan los resultados arrojados en el presente estudio, señalando que, los pacientes obesos padecen una elevada ansiedad y conductas de evasión y agresión, aspectos que están relacionados con las interacciones sociales, que era específicamente lo estudio quería evaluar.

Los resultados de la presente investigación y los de estudios anteriores ya mencionados en cuanto al aspecto de la ansiedad y la evitación social, se pueden justificar desde los planteamientos de Kirschenbaun, Jonson y Stalonas (1990) y Olivari y Urra, (2007),

quienes han indicado que los pacientes obesos, tienen ideas irracionales sobre sí mismos, que pueden ser reforzadas por el medio y esto conlleva a que se autoexcluyan y establezcan relaciones con otros desde un lugar desigual por su baja autoestima.

Desde otro punto de vista, los resultados de la evaluación de la ansiedad y la evitación social se puede fundamentar en el planteamiento de Mc Fall (1982), quien proponía la existencia de dos presunciones subyacentes a los conceptos de habilidades sociales, la primera que supone el comportamiento socialmente habilidoso como un rasgo o una característica de personalidad, y la segunda como característica del desempeño de una situación interpersonal dada; por lo cual, en el primer caso, la habilidad social es entendida como un atributo innato del individuo, y el segundo como una relación entre éste y la situación particular resultante de la experiencia con las diferentes situaciones sociales, aspecto con el que podría estar directamente relacionada las altas puntuaciones en evitación social de los pacientes con obesidad.

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación, los resultados permiten concluir que, sí se encuentran diferencias entre el grupo A y el grupo B en los aspectos evaluados y aunque no todas sean estadísticamente significativas, sí indican que existe una tendencia de las personas con obesidad a puntuar más alto en las pruebas, lo que implica que sí se generan algunas alteraciones a nivel psicológico en esta población, que deben ser

abordadas e intervenidas desde el ámbito de la psicología. De esta manera, se logran confirmar en cierta medida algunas de las hipótesis de trabajo planteadas al inicio de la investigación, puesto que se encontró que las personas con obesidad presentan mayores niveles de ansiedad que las no obesas, de igual manera presentan puntuaciones inferiores en autoeficacia con relación a las personas sin obesidad y muestran un deterioro en las habilidades sociales. Sin embargo, dadas las limitaciones del estudio en cuanto al tamaño de la muestra y los análisis realizados, estos datos no son concluyentes.

Los hallazgos de este estudio se presentan como aportes empíricos que contribuyen a ampliar el panorama teórico de la psicología de la salud en lo referente a la relación entre los aspectos psicológicos y la enfermedad, en este caso la obesidad, que actualmente, es considerada una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia y progresión rápida, esto, con el ánimo de seguir fomentando el interés investigativo y de esta manera implementar protocolos de intervención psicológica para la población objeto de estudio.

10. CONCLUSIONES

El presente estudio permite tener una panorámica general de algunos déficit relacionados con aspectos psicológicos que se dan en los pacientes con obesidad y que se deberían tener en cuenta para establecer parámetros en la creación de protocolos de intervención para esta población.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede afirmar que, si bien estos datos no son concluyentes, sí constituyen una evidencia de las diferencias entre los sujetos obesos y los no obesos. Esto se hace manifiesto sobre todo en las escalas de autoeficacia y en la de evitación y ansiedad social.

En la evaluación de la ansiedad rasgo y la ansiedad estado, se encuentra una diferencia entre las personas obesas y no obesas, que no es estadísticamente significativa pero representa una tendencia a mayor puntuación en los pacientes obesos y marca la pauta para ser considerado como un factor de alto riesgo en esta población, que puede verse relacionado con las conductas poco adaptativas para el establecimiento y mantenimiento de dietas.

A través de los resultados de la investigación se puedo establecer que las personas obesas tienden a ser menos eficaces que las personas no obesas, sin decir que se caracterizan por ser ineficaces; esta tendencia está relacionada con la capacidad que tienen los sujetos para llevar a cabo conductas saludables.

En cuanto a las habilidades sociales que fueron evaluadas en su aspecto deficitario a través de la evitación y la ansiedad social, se puede decir que, las diferencias en cuanto a la

presencia de la ansiedad social son marcadas entre las personas con obesidad y las personas sin obesidad, considerándose que las personas obesas tienden a presentar mayores dificultades en este aspecto, asimismo, se encuentra que existe una tendencia de las personas obesas a ser más evitativas en cuanto al establecimiento de relaciones interpersonales.

A nivel general, se puede concluir que la obesidad sí tiene un carácter de comorbilidad con factores psicológicos que generan alteraciones en la conducta del individuo haciéndolo vulnerable a aquellos factores de riesgo que puede aumentar esta problemática.

11. RECOMENDACIONES

Este estudio es susceptible de ser utilizado como punto de partida en el planteamiento de nuevas preguntas de investigación, algunas de las cuales pueden vincularse con la identificación y comparación de falencias en los autoesquemas presentes en personas con y sin obesidad y con la tipificación del locus de control.

Cabe señalar que existen otras dimensiones que podrían estar relacionadas en la demarcación de las diferencias entre las personas obesas y no obesas, tales como la depresión, los hábitos alimenticios, la sexualidad, el sueño y la dinámica familiar, por lo cual, sería importante trabajar en futuros estudios que den cuenta de estos aspectos.

Se recomienda que para la realización de nuevas investigaciones se trabaje con población no afectada y población afectada, subdividiendo la segunda en diferentes categorías, es decir, seleccionar grupos de personas obesas que no estén vinculadas a ningún tratamiento para control de la obesidad, grupos de personas obesas vinculadas a un tratamiento físico y grupos de personas obesas vinculadas a un tratamiento psicológico, esto permitirá tener una mejor discriminación y abordaje de los datos.

A partir de los datos obtenidos en el presente estudio, se recomienda iniciar la implementación de protocolos de intervención que aborden, aspectos relacionados con la autoeficacia y las conductas de evitación y ansiedad social, de tal manera que se pueda realizar un estudio que evalúe la eficacia del tratamiento

de estos aspectos, a partir de los resultados que se obtengan de la evolución de los pacientes.

REFERENCIAS

Acuña, L. (2006). *Programa de Intervención para el Desarrollo de Habilidades Sociales como Estrategias de Afrontamiento en la Vida Militar*. Trabajo de grado, Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.

Alvarado, A. Benavides, G. & Gonzáles, M. (2005). *Obesidad ¿Baja Autoestima? Intervención Psicológica en Pacientes con Obesidad*. Universidad de Monterrey.

Asociación Colombiana de Obesidad y metabolismo. (2007). *Obesidad y Riesgo Cardiocirculatorio.* Documento html: www.encolombia.com/ascom. Recuperado el 5 de noviembre de 2007.

Bandura, A. (1991). Self-efficacy Mechanism in Psychological Activation and Helath-Promoting Behavior. En J. Madden (Ed). *Neurobiology of learning, Emotion and Affect* (pp.229-270). Nueva York: Raven Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. Nueva York: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (1999) *Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. Zarautz, España: Desclée De Brouwer.

Bandura, A. (2001). *Manual for the construction of self-efficacy scales*. Department of Psychology, Stanford University, documento html: www.revistaevaluar.com.ar/edgardo/bandura, recuperado el 15 de diciembre de 2007.

Bandura, A & Walters, R. (1982). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad,* Madrid: documento htlm: www.scielos.org Recuperado el 18 de noviembre de 2007.

Barajas, M. Robledo E. Tomás, N. Sanz, T. García P y Cerrada I. (1998). *Calidad de Vida Relacionada con la Salud y La Obesidad*, Madrid: documento htlm: www.scielosp.org Recuperado el 12 de noviembre de 2007.

Bustamante, H. (2002) *Autoeficacia y Educación. Santiago de* Chile, documento htlm: www.inaf.cl Recuperado el 18 de noviembre de 2007.

Blair, C. (1999). *Cardiorespiratory Fitness*, documento html: www.deaconesshealth.com, recuperado el 17 de noviembre de 2007.

Bradburn, M. (1969) *The Structure of Psychological Well – Being*. Chicago: Aldine.

Caballo, V. (1995). *El entrenamiento en habilidades sociales. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta.* Madrid: Siglo XXI.

Caballo, V, Andrés, V. & Bas, F. (1997) Fobia social. *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos.* Madrid. 1, 403 – 410.

Campos, S. & Pérez, J. (2007) Autoeficacia y Conflicto Decisional frente a la Disminución de Peso Corporal en Mujeres. *Revista Chilena de Nutrición* [revista electrónica], 34, 1-17, documento html: www.revistachilena.com, recuperado el 11 de febrero de 2008.

Carvajal, C. Duperly, J. Gempeler, J. Kattanh, W. Llano, M. & Zundel, N. (2004). *Obesidad un Enfoque Integral*. Colombia: Centro Editorial Universidad del Rosario.

Casado, M. Camuñas, N. Navlet, R. Sanchez, B. & Vidal, J. (1997).

Intervención Cognitivo Conductual en Pacientes Obesos, Implantación de un Programa de Cambios en Hábitos de Alimentación. Universidad Complutense de Madrid. *Revista Electrónica de Psicología*, 1, documento html: www.revistaelectronicadepsicologia.com, recuperado el 23 de noviembre de 2007.

Casttell, B. & Scheier, H. (1961). *The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*. New York: Ronal.

Chavarria, M. (2005). La Obesidad se Asocia a los Nuevos Hábitos Alimentarios, *Fundación Eroski*, documento html: www.consumer.es, recuperado el 13 de noviembre de 2007.

Cormillot, A. & Zukerfeld, R. (1997) *Obesidad*. Buenos Aires Argentina: Medica Panamericana.

Daza, C (2002). *La Obesidad: un Desorden Metabólico de Alto Riesgo para la Salud*, Universidad del Valle, Cali.

Del Prette, Z. & Del Prette, A. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales: Terapia y Educación*. México: Manual Moderno.

Diener, E. (1994). El Bienestar Subjetivo. *Intervención Psicosocial*.8 (3), 63-113.

DSM – IV TR (2000). *Manual de Diagnostico Y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.

Echeburúa, E (1993) Ansiedad Crónica, Evaluación y Tratamiento, Madrid, Eudema.

Ekman, P. (1994). *Moods Emotions and Traits, The nature of emotion fundamental questions*. Oxford University. New York.

Eleazar, L. (2007). *Mitos y Verdades: Las Enfermedades*, documento html: www.midieta.com, recuperado el 12 de diciembre de 2007.

Fernández, R. & Carrobles, J. (1991). *Evaluación conductual*. Madrid. Pirámide 6a edición.

Fundación Salud en la Red (2003). Psicología y Salud, Integración Mente y Cuerpo, *Psicología de la Salud,* documento html: perso.wanadoo.es, recuperado el 10 de noviembre de 2007.

Garcés, M. (2004). *Fundamentos Filosóficos de la Psicología 3, recopilación de textos*, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

Guimón, J. (2004). ¿Hacia un Espectro de la Timidez?. *Revista Internacional Avances en Salud Mental Relacional*, 3, documento html: www.bibliopsiquis.com

Gómez, L. & Rojas, M. (2007). *Evaluación de la Funcionabilidad del Modelo de Habilidades Sociales de Caballo 1993 en el Proceso de Adaptación al Sistema Penitenciario*. Trabajo de Grado, Universidad Pontificia Bolivariana, Floridablanca.

Guzmán, S. & Reselló, M. (2003). *Factores Socio Culturales Asociados al Consumo de Frutas en la Población Adulta Costarisence.* Revista Costarricense de Salud Publica, 12 – 23.

Group Healthy, Cooperative en Seattle (2006) *Archives of General Psychraty*, documento htlm: www.infoansiedad.blogspot.com, recuperado el 26 de enero de 2008.

Hofstetter, C. Sallis, J. & Hovell, M. (1990). Some Health Dimensions of Self-efficacy, Analysis of Theoretical Specificity. *Social Science Medicine*, 31, 1051-1056.

Iruarrizaga I. Gómez J, Criado T, Zuazo M & Sastre E (1997) Reducción de la Ansiedad a través del Entrenamiento en Habilidades Sociales. Universidad Complutense de Madrid. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción. 2. 1 – 19.*

Jeffrey, A. (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Kirschenbaum, D. Johnson, W. & Stalonas, P. (1990). *Tratamiento de la Obesidad en Niños y Adolescentes*. Barcelona: Martínez Roca.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians, Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Otawa*. Documento html: www.healthpromotionagency.org.uk, recuperado el 10 de enero de 2008.

Macias, D. & Méndez, F. (1997). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta*. México: Pirámide.

Madrid, J. (1998). *El Libro de la Obesidad y su Tratamiento*. El Palmar Murcia: Aran.

Mancilla, J. Durán, A. Téllez, T. & López, B. (1992). Rasgos de Personalidad Comunes en Obesos, *Salud Publica de México*. Universidad Nacional Autónoma de México. 34, 533-539.

Martínez, F. y Fernández, J. (1994). Emoción y salud. Desarrollo en Psicología Básica y Aplicada. *Anales de Psicología*. 10, 101-110.

Mc Fall, M. (1982). *Una Revisión y Reformulación del Concepto de Habilidades Sociales. Evaluación del Comportamiento*. México: Pirámide.

Michelson, L. Sugai, P. Word, R. & Kazdin, A. (1993). *Las Habilidades Sociales en la Infancia: Evaluación y Tratamiento*. Barcelona: Martinez Roca.

Miller, C. Rothblum, E. Barbour, L. Brand, P. & Felicio, D. (1990). Social Interactions of Obese and Nonobese Women. University Vermont. *Journal of personality*. 58, 365-380.

Miller, C. Rothblum, E. Barbour, L. Brand, P. & Felicio, D. (1995). Do Obese Women Have Poorer Social Relationships Than Nonobese Women? Reports by Self, Friends, and Coworkers. *Journal of personality*. 63:1, 65-85.

Mischel, T. (1968). *Evaluación y Personalidad*. Cuba. Documento html: www.sapiens.com, recuperado el 2 de febrero de 2008.

Monjas, M. Gonzáles, B. (1998). Las Habilidades Sociales en el Currículo. *Centro de investigaciones y Documentación Educativa CIDE*. Bogotá, Colombia. Documento html: www.mec.es, recuperado el 15 de febrero de 2008.

Montoya, S. (2007). *Problemas Psicológicos por Obesidad*, documento html: www.saludmedicinas.com.mx recuperado el 15 de noviembre de 2007.

Muñoz, A. (2005). Fobia Social (Ansiedad Interpersonal o Social). *Revista Cepvi*, documento html: www.cepvi.com, recuperado el 1 de marzo de 2008.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Obesidad y Sobrepeso*, documento html: www.who.int, recuperado el 5 de noviembre de 2007.

Organización Mundial de la Salud. (1960). *Constitución de la OMS, Ginebra OMS*, Documento html: www.OMS.org.com, recuperado el 10 de diciembre de 2007.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Obesidad en la Actualidad: Noticias Obesidad,* Documento html: www.blog-medico.com.ar, recuperado el 5 de noviembre de 2007.

Olivari, C. & Urra, E. (2007). Self-Efficacy and Health Behaviors. *Revista Scielo*, documento htm: www.scielo.org.com, recuperado el 10 de noviembre de 2007.

Orenstein, H. Orenstein, E. & Carr, J. (1975). Assertiveness and Anxiety: a Correlational Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6,* 203-207.

Palmero, E. & Fernández, A. (2002). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel S.A.

Palmero, E. y Fernández, A. (1998) *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel S.A.

Paxtón, S. & Sculthorpe, A. (1999). Weigth and Health Locus of Control Beliefs in an Australian Community Sample. *Psycholy Health*, 14, 417-431.

Prieto, N. (2003). *La Autoeficacia en el Contexto Académico : Una Revisión Conceptual,* Madrid: Roca.

Richaud de Minzi, M. Barrionuevo, D. (2001). La Autoeficacia General: un Instrumento para su Evaluación. *28 Congreso Interamericano de Psicología*, Santiago de Chile.

Richaud de Minzi, M. Barrionuevo, D. (2001). *Cuestionario de Autoeficacia General,* Santiago de Chile.

Rodríguez, A. Goñi, A. & Ruiz, S. (2006) Auto-concepto Físico y Estilos de Vida en la Adolescencia. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. *Intervención Psicosocial*. 15.1, 81-94.

Rodríguez, J. (2002). *Un Nuevo Paradigma para la Andragogía en Salud: Locus de control, Valoración y Atribución de Frecuencia de Riesgos de la Salud*. Universidad de los llanos orientales.

Ruiz, N. Berrocal, C. López, A. & Rivas, T. (2003). Autoeficacia en el Control de la Conducta de Ingesta, Adaptación al Castellano de la Eating Efficacy Scale. Universidad de Málaga. *Revista Psicotema*, 15, 36-40.

Sargadoy, R. (2008). *El Sobrepeso Infantil Llega al Senado. Reporte de Entrevista.* Documento htlm:www.infocop.es, Recuperado el 28 de Febrero de 2008.

Sánchez, J. (1969). *Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA.

Schwartz, R. & Gottman, J. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 910-920.

Sánchez, C. (2007). *Entrenamiento en Capacidades Personales y Sociales*. Psicología Clínica, 8141. Documento html: www.csalto.net, recuperado el 1 de marzo de 2008.

Sánchez, J. (2003). *Obesidad y Autoestima en Psicoterapia Gestalt*. Universidad Gestalt de America.

Scherer, K. (1990). Emotional and Behavioural Difficulties: *Theory to Practice*, 3, 2-38.

Scherer, k. (1990) Stress et Coping: Nouvelles Approaches. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 9, 147-154

Seijas, D. & Feuchtmann, C. (1997). Obesidad factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín de la Escuela de Medicina*. Universidad católica de chile. 26, 1-5.

Simaro, M y García, E (2003). *La Obesidad Induce a la Aparición de Trastornos Psicológicos como la Depresión o la Ansiedad.* Nota de prensa, documento html: www.acceso.com, recuperado el 18 de noviembre de 2007.

Silvestre, E. & Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad – Importancia de su identificación y abordaje desde un enfoque Interdisciplinario*, Universidad Favaloro, Cordoba.

Smith, A. & Lazarus, S. (1993). Appraisal Components, Core Relational Themes and the Emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 233-269.

Spielberger, D. (1972). Reacciones Emocionales del Estrés: Ansiedad e Ira. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 26-41.

Spielberger, D. Gorsuch,R & Lushene, R. (1972). *Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo, a adaptación Española.* Consulting Psychologists Press, Inc California.

Stotland, S. & Zuroff, D. (1991). Relations Between Multiple Measures of Dieting Sef-Efficacy and Weight Change in a Behavioral Weight Control Program. *Behavior Therapy*, 22, 47-59.

Tapia, A. (2006). Ansiedad un Importante Factor a Considerar para el Adecuado Diagnostico y Tratamiento de Pacientes con Sobrepeso y Obesidad. Revista Chilena de Nutrición Versión on – line, 33 -2.

Tobal, A. (1990). *Papel Modulador de la Competencia Percibida Sobre el Afecto y el Estrés*. Barcelona: Roca.

Umbert, G. (2007). *Comunicación y Habilidades Sociales*, documento html: www.gena.galeon.com, recuperado el 12 de febrero de 2008.

Vásquez, U. & López, J. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9, 91-96.

Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los Problemas Psicológicos, Sociales y Familiares que Deben ser Considerados en el Diagnostico y Tratamiento del Paciente Obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición.* 12. 136 – 142.

Villaseñor, S. Ontiveros, C. & Cárdenas, K. (2006). *Investigación en Salud Mental Y Obesidad*. Universidad de Guadalajara, México. Documento html: www.redalyc.com, recuperado el 18 de febrero de 2008.

Watson, D. & Friend, R. (1969). *Escala de Evitación y Angustia social – SAD*. Fundación Universitaria Empresa.

Warzizki, M. Sereika, S. Styn, M. Music, E. Burke, L. (2008). Changes in Self-efficacy and Dietary Adherence: The Impact on Weight Loss in the PREFER Study. *Journal of Behavioral Medicine,* 31, 1. 81-92.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA INVIESTIGACION DE: EVALUACIÓN DE AUTOEFICACIA, ANSIEDAD, EVITACIÓN Y AMSIEDAD SOCIAL, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON Y SIN OBESIDAD DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA

Yo_____, con documento de identidad No._____, por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación Evaluación de Autoeficacia, Ansiedad, Evitación y Ansiedad Social, en Una Muestra de Pacientes Con y Sin Obesidad de la ciudad de Bucaramanga, cuyo objetivo es realizar un estudio descriptivo y comparativo de los diferentes aspectos mencionados.

Se me ha explicado que mi participación consiste en diligenciar los respectivos cuestionarios. Se me ha garantizado que el tratamiento de los datos será confidencial y se me ha informado que los resultados serán arrojados de manera general pues el estudio no es de diagnóstico, por lo tanto no se entregan resultados de manera individual.

Adicionalmente, los investigadores Carolina Molano Rojas y Adriana del Pilar Niño Carrillo, estuvieron atentos en todo momento a responder las dudas y preguntas en caso de presentarse.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme en cualquier momento del proceso si lo considero conveniente sin que esto tenga ninguna consecuencia.

Se me ha dado seguridad de que no se me identificará en ninguna de las publicaciones que se deriven del estudio, pues se garantiza mi derecho al anonimato.

_____ _____

Firma del Paciente

_____

Firmas Investigadores

ANEXO 2

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, es decir, **en éste momento.** No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente, tenga en cuenta que:

0 = NADA; 1 = ALGO; 2 = BASTANTE; 3 = MUCHO.

1	Me siento calmado	0	1	2	3*
2	Me siento seguro	0	1	2	3*
3	Estoy tenso	0	1	2	3
4	Estoy contrariado	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3*
6	Me siento alterado	0	1	2	3
7	Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansado	0	1	2	3*
9	Me siento angustiado	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3*
11	Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3*
12	Me siento nervioso	0	1	2	3
13	Estoy intranquilo	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajado	0	1	2	3*
16	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
17	Estoy preocupado	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3*
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3*

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas de las expresiones que la gente usa para describirse así mismo. Lea cada frase y señale con una X (equis) la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. EN GENERAL,** es decir, **en la mayoría de las ocasiones.** No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente Ud. generalmente, tenga en cuenta que:

0 = CASI NUNCA; 1 = A VECES; 2 = A MENUDO; 3 = SIEMPRE.

21	Me siento bien	0	1	2	3*
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como los otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansado	0	1	2	3*
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3*
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy feliz	0	1	2	3*
31	Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33	Me siento seguro	0	1	2	3*
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3
35	Me siento melancólico	0	1	2	3
36	Me siento satisfecho	0	1	2	3*
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3*
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

ANEXO 3

ESCALA DE EVITACIÓN Y ANGUSTIA SOCIAL
(Social Avoidance and Distress Scale) SAD
Watson, D y Friend, R (1969)

INSTRUCCIONES:
A continuación encontrara una serie de ítems, usted deberá responder para cada uno de ellos verdadero o falso, según si reflejan o no sus reacciones.

ITEM	VALOR 1	VALOR 2
1. Me siento relajado incluso en situaciones sociales no familiares	P	
2. Trato de evitar las situaciones en las que debo ser muy sociable.	N	
3. Me resulta fácil relajarme cuando estoy con extraños.	P	
4. No tengo ningún deseo en especial de evitar a la gente.	P	
5. Normalmente los encuentros sociales me resultan incómodos	N	
6. Normalmente me siento tranquilo y cómodo en los encuentros sociales.	P	
7. Normalmente estoy cómodo cuando hablo a alguien del sexo opuesto.	P	
8. Trato de evitar hablar con las personas, a no ser que las conozca bien.	N	
9. Si tengo la oportunidad de conocer gente, normalmente la aprovecho.	P	
10. Frecuentemente me siento nervioso en reuniones informales en las que estén presentes personas de ambos sexos.	N	
11. Normalmente me pongo nervioso con las personas, a menos que las conozca bien.	N	
12. Normalmente estoy relajado cuando estoy con un grupo de personas.	P	
13. Frecuentemente deseo huir de la gente.	N	
14. Frecuentemente me siento incomodo cuando estoy con un grupo de personas que no conozco.	N	
15. Normalmente estoy relajado cuando estoy con alguien por primera vez.	P	
16. Ser presentado a alguien me pone tenso y nervioso.	N	
17. Aunque una habitación este llena de personas no conocidas, puedo entrar sin ningún problema.	P	
18. Evitaría acercarme a un amplio grupo de personas y unirme a ellas.	N	
19. Cuando mis superiores quieren hablar	P	

conmigo, lo hago gustosamente.		
20. Frecuentemente me siento nervioso cuando estoy con un grupo de gente.	N	
21. Tiendo a huir de la gente.	N	
22. No me importa hablar con la gente en reuniones informales y encuentros sociales.	P	
23. Raras veces me siento cómodo con un amplio grupo de personas.	N	
24. Frecuentemente invento excusas para evitar compromisos sociales.	N	
25. Algunas veces toma la responsabilidad de presentar a la gente.	P	
26. Trato de evitar los encuentros sociales formales.	N	
27. Normalmente voy a cualquier compromiso social que tenga.	P	
28. Tengo facilidad para relajarme cuando estoy con otras personas.	P	

ANEXO 4

AUTOEFICACIA GRAL.

A continuación se presentan una serie de enunciados que representan situaciones en las cuales usted podría encontrarse. Nos gustaría saber qué opina de ellas. Por favor conteste usando la escala de 4 ítemes que sigue:

	Nunca	Pocas Veces	Con Frecuencia	Siem-pre
1- Cuando estoy triste o deprimido me es difícil seguir con mis actividades.				
2- Creo tener las fuerzas suficientes para sobreponerme a un malestar físico.				
3- Puedo relacionarme con grupos con conductas de riesgo (tomar, fumar, comer en exceso) sin caer en ellas.				
4- Aunque esté ¨loco de contento¨ por alguna situación puedo seguir trabajando como de costumbre.				
5- Aunque me haya peleado con otra persona, inmediatamente puedo seguir haciendo eficazmente mis tareas.				
6- Cuando tengo mucha presión en contra cambio fácilmente mis proyectos de trabajo.				
7- Busco la manera de seguir con mis actividades aunque esté angustiado.				
8- Cuando me siento decaído físicamente dejo todo por importante que sea.				
9- Cuando me involucro en situaciones de riesgo temo perder el control.				
10- Cuando estoy pasando por alguna situación de extrema alegría dejo de hacer cosas por un tiempo.				
11- Cuando discuto con alguien que quiero me cuesta seguir con mis actividades habituales normalmente.				
12- Cuando estoy preocupado dejo de lado mis obligaciones.				
13- Soluciono todo lo que aparece en mi camino aunque esté fatigado.				
14- Aunque caiga en situaciones transgresoras o límites sé que puedo salir sin problemas de ellas.				
15- Pierdo eficiencia en situaciones de máxima felicidad.				
16- Puedo seguir adelante aún cuando haya tenido problemas con gente que quiero (amigos, esposa, padres, hijos).				

17- Cuando estoy empeñado en terminar un trabajo continúo aunque alguien intente cambiar mi opinión.				
18- Aunque esté atravesando una situación difícil sigo adelante con mis objetivos.				
19- Cuando tengo algún dolor me cuesta pensar con claridad.				
20- Cuando estoy muy feliz porque he obtenido un éxito importante para mí me cuesta mucho volver a mis actividades habituales.				
21- Aunque la alegría me desborde por algún logro afectivo o laboral, soy capaz de seguir con mi trabajo sin que me sienta perturbado o distraído.				
22- Me cuesta trabajar con eficiencia cuando tengo problemas personales con mis compañeros.				
23- Cuando alguien se me opone con firmeza dejo de luchar por mis convicciones.				
24- Cuando intento cambiar algo perjudicial para mí sigo adelante aunque alguien se me oponga.				