

4. Como, luego existo

Revisión de las emociones de enojo y tristeza y el índice de masa corporal

La condición de peso corporal se puede mostrar a través de los trastornos de la alimentación (DSM V, 2013), obesidad y sobrepeso, la medición antropométrica del índice de masa corporal (IMC) y las autorreferencias ante estímulos gráficos. Como factor psicológico de riesgo asociado a la condición de peso corporal están las emociones: como las morales, negativas o en su carácter de desorden (Reyes-Hernández, 2013). Fox & Froom (2009) señalan la importancia de las emociones en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Entre estas emociones básicas se encuentran el enojo y la tristeza: la importancia que tiene para la persona el ser percibido con sobrepeso u obesidad, genera tristeza. La tristeza es un variable predictora de los TCA; asociada con la anorexia (Fox, 2009); de la depresión (Power & Tarsia, 2007), y la obesidad es un factor de riesgo asociado con la depresión (Preiss et al, 2013.; Hoare et al., 2014); la obesidad y la atención de las expresiones faciales de tristeza (Cserjesi et al., 2011). La percepción de individuos con sobrepeso u obesidad de ser juzgados por su peso por otras personas es una influencia negativa para la pérdida de peso (Gudzune et al., 2014). La tristeza se vincula más a las mujeres que a los hombres (Kelly & Hutson-Comeaux, 1999).

Alcázar-Olán et al. (2012), elaboran el inventario para la medición del enojo en niños mexicanos bajo el modelo de Spielberger (2009) y evaluaron a 592 niños. Mostraron cuatro factores ira estado; temperamento-rasgo; ira-externa; y control de la ira, con alfas de .776, .73 y .88, respectivamente. El enojo es emoción predictora de la agresión en niños y adolescentes (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002). Los niños en que predomina el enojo tiene mayor riesgo de conductas violentas, dificultades en sus relaciones interpersonales (Fabes & Eisenberg, 1992; Strayer & Roberts, 2004) y padecimientos psicobiológicos (Goleman, 1998). De la Serna (1998), observa que el paciente con bulimia nerviosa, después del periodo de atracón, se enoja consigo mismo, pudiendo actuar contra él mismo. Zeeck et al., (2011), afirman que quienes presentan atracón tienen sentimientos de soledad, disgusto, agotamiento, vergüenza o enojo. Spielberger et al. (2009) evalúan la emoción de enojo junto con la ansiedad, la depresión y la curiosidad. Crane (1981) encontró que los pacientes hipertensos tuvieron puntajes significativamente altos en la escala de enojo.

Platas & Gómez-Peresmitré (2013) en la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios en preadolescentes, de 9 a 12 años de edad, el factor 1 de sobre ingesta por compensación psicológica, se encuentra la emoción de enojo.

En 2014, Alcázar-Olán et al., desarrollaron una escala para evaluar el pensamiento de enojo en adultos mexicanos, utilizaron

el IMC autorreportado (Stunkard & Albaum, 1981). Rodríguez & Rodríguez (2001), encontraron correlaciones de 0.64 y 0.82, entre el IMC reportado y la percepción de la imagen corporal con las figuras de Stunkard (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983). La Satisfacción de la imagen corporal (Guillén-Riebeling, 2015) y el Pictograma de Stunkard (Stunkard et al. 1983). Guillén-Riebeling (2015) empleó el IMC autoreportado con el pictograma de Stunkard, (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983), La emoción de culpa con el pictograma del grupo de adolescentes ($p < 0.05$; 0.500), con adultos ($p < 0.05$; 0.526), y adultos de la tercera edad ($p < 0.05$; 0.635); La emoción de vergüenza ($p < 0.05$; 0.306) con el IMC percibido en los adolescentes. El pictograma de Culpa del grupo de niños con el pictograma de vergüenza de adultos de la tercera edad ($p < 0.01$; 0.215).

La presión sociocultural por estar bajo el estilo de una figura ideal delgada, mantener una condición físico-atlética y un peso corporal bajo, lleva a los individuos, tanto hombres como mujeres, a generar evaluaciones cognoscitivas, procesos emocionales y acciones finales para hacer frente a tal presión poniendo en riesgo su salud y bienestar integral. Estos procesos adaptativos están relacionados con el aprendizaje y la experiencia; el proceso emocional y las emociones negativas tienen un papel muy importante en el desarrollo de trastornos psicológicos y de la conducta alimentaria (Tanofsky et al, 2007; Zeeck et al, 2010). Ante la inadecuación o fracaso a lo impuesto por la cultura, la sociedad sanciona al individuo que está fuera de la norma (Crandall & Martínez, 1996); la persona, ante la incapacidad para cubrir la norma planteada por la cultura, genera enojo autopunitivo o se autojustifica. Hacia el interior al enfocarse en una autoevaluación negativa al no cumplir con la norma; hacia el exterior al enfocarse en el juicio de los otros (Gilbert, 1998). El aprendizaje adquirido en las diversas etapas del desarrollo posibilita al individuo el hacer frente a los requisitos del ambiente, de sus propias necesidades y de su propio autoconocimiento.

Particularmente el enojo es un concepto que señala un estado emocional, que incluye sentimientos que varían de intensidad, desde una leve molestia o irritación hasta la furia o la ira, que es acompañado de la excitación del sistema nervioso autónomo. Grieger (1986, en Ortega, Duran, Arrieta, Rivera & García, 2013), consideraba que la mayor parte de las reacciones de enojo son producidas por la baja tolerancia a la frustración (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Cordel, 1985; Sánchez, Retana y Carrasco, 2008, en Ortega, Duran, Arrieta, Rivera & García, 2013). Se puede considerar entonces, que ante situaciones que se perciben como frustrantes, el enojo propicia una fuerza que impulsa a superarlas. Bisquerra (2000, en Murillo, 2008), menciona que ante la emoción de enojo, se presenta una impaciencia por

actuar, una respuesta inmediata e irrefrenable, que en algunas ocasiones puede llegar a convertirse en un ataque físico o verbal.

Hansberg (1996, en López, 2013) clasifica al enojo en un grupo de emociones, entre las que se encuentran el enfado, la cólera, el furor, la rabia, la ira, el resentimiento, el rencor y la indignación. Y establece que dichas emociones no pueden distinguirse claramente unas de otras, la única diferencia radicaría en la intensidad que evoca cada una (por ejemplo, tener rabia es estar muy enojado) y las reacciones corporales que las acompañan, por las que se logra deducir la emoción que el individuo experimentó, es decir, el comportamiento o conducta es la única posible de percibir.

La manera en que las personas enfrentan sus emociones y las situaciones que las provocan se denominan estrategias de enfrentamiento (Lazarus y Lazarus, 2000). El enfrentamiento se considera como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que se evalúan como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El mejor enfrentamiento es el que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla (Lazarus y Folkman, 1986). Si bien estas emociones se dan ante una valoración moral y tienen que ver directamente con el ámbito social y cultural, actualmente son escasos los estudios relacionados con la condición corporal clasificada por el índice de masa corporal o IMC (Guillén-Riebeling, 2014).

La emoción de tristeza se caracteriza por un embotamiento general de la persona, sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo. La tristeza puede presentarse como profunda, crónica, patológica (con alteración de la afectividad, falta de ánimo y de motivación a la acción); sus síntomas son: llanto, estrés y abatimiento moral.

De acuerdo con Fregoso (2009), la tristeza es un dolor psíquico evocado por un sentimiento de vacío, después de experimentar una herida o pérdida (la muerte de un ser querido, una separación o el despido del trabajo), y la característica de la tristeza es que las situaciones que la generan son conscientes.

Algunas situaciones provocadoras de la emoción de tristeza son la separación, la pérdida, la desilusión, así como el fracaso en alguna meta (Izard, 1991, en Nájera, 2011).

La reacción del individuo ante una situación desafortunada, puede manifestarse de diferentes formas, una de ellas es encubriendo la tristeza con otras emociones como la rabia o ansiedad, o permaneciendo en un estado de tristeza o angustia permanente (Fregoso, 2009).

Las alteraciones fisiológicas presentes en el organismo ante la emoción de tristeza afectan al sistema nervioso autónomo, provocando la disminución general de la energía vital, así como debilitamiento del sistema inmune. Si este estado emocional es intenso y prolongado, tendrá como consecuencia un círculo vicioso, entre la fisiología y la emoción, en el que el individuo tendrá la sensación de que sus desdichas o problemas están enlazadas unas con otras (Fregoso, 2009), ocurriendo una baja en los niveles de motivación, la cual ayudaría al sujeto a la

recuperación frente al dolor, y la actividad mental para resolver problemas, debido a ello, la tristeza induce a la apatía y al llanto (Frijda, 1986).

Nájera (2011) menciona que las emociones de enojo, tristeza, miedo y alegría, comparten patrones específicos como:

- Las tendencias de acción.
- La activación fisiológica.
- Causas o situaciones que las provocaron.
- La evaluación de la situación.
- La experiencia subjetiva o sentimiento.

El enojo, la tristeza y el miedo son emociones negativas que advierten de la existencia de un problema y motivan a realizar conductas para enfrentarse o alejarse de los objetos que constituyen una amenaza. En el caso de la alegría es una emoción considerada positiva que motiva al individuo a acercarse a un objeto agradable (Arnold, 1970, en Nájera, 2011).

La función social que cumple la tristeza está relacionada con la conducta altruista o de ayuda de otros miembros del grupo social hacia el individuo que la experimenta, ya que la tristeza se puede interpretar como una petición o demanda de ayuda. La función individual que cumple esta emoción es permitir que el individuo reflexione y haga un análisis sobre su situación, su futuro y su vida en general. La evaluación de la situación vivida influye en la intensidad de la tristeza, debido a que el individuo acepta los hechos ocurridos con resignación y cree que poco o nada puede hacer para cambiarlos o resolverlos (Palmero et al., 2002; Lazarus, 1991, en Nájera, 2011).

López (2009) menciona que la tristeza es una de las emociones que experimenta todo ser humano, pero si esta emoción es dominante, el estado saludable del individuo se pierde y es incapaz de responder, lo que hace la distinción entre un sujeto deprimido y otra condición emocional.

Por ello, la tristeza que se considera patológica se diferencia de la tristeza reactiva, por el hecho de que el individuo no puede deshacerse de ella, aun siendo de forma momentánea, para experimentar una situación agradable, es un dolor moral que se asocia con el pesimismo y la autodevaluación, en el que el sujeto se siente incapaz, inútil y vacío, por ello la tristeza influye en el autoconcepto y la percepción que el individuo tiene del mundo (Juárez, 2000).

Cuando un individuo experimenta tristeza, tiende a presentar conductas en las que se aísla y es inactivo, es decir, un menor nivel de ejercicio, así como una mayor tendencia a "picar algo" es decir a tomar sólo pequeñas cantidades de alimento. En cuanto al pensamiento, cuando se experimenta tristeza, se tiende a pensar que cualquier objetivo o acción a realizar es más difícil e inaccesible, si esto se asocia al seguimiento de una dieta, es posible que el individuo no haga el esfuerzo por seguirla, ya que no valdría la pena porque no se conseguirá nada. Cuando se siente tristeza, se tiende a buscar algo que haga sentir mejor al individuo de forma inmediata, en este punto la comida, en especial la que es abundante en hidratos de carbono y azúcares, logran la sensación de estar satisfecho, mejorando también el estado de ánimo, calmando la sensación de vacío interior (Guía Obesidad, 2014).

Las emociones de enojo y tristeza son básicas y tienen funciones adaptativas para el individuo: enojo como autodefensa, movilización de energía e inhibición de conductas socialmente inadecuadas.

Tristeza como reintegración: aumenta la cohesión con otras personas, posibilita la valoración de otros aspectos de la esfera de la vida, reclama el apoyo de otras personas y fomenta la aparición de la empatía. Emociones discretas: por afrontamiento, expresión facial, adaptación e independencia atribucional.

Se requiere profundizar en el papel que ejercen estas emociones en la condición de peso corporal en su origen y mantenimiento, para así comprender mejor al paciente y la intervención oportuna.

Referencias

- Alcázar-Olán, R.J., Deffenbacher, J. L., Reyes Pérez, V. & Pool Cibrián, W.J. (2012). Desarrollo de un Inventario para la Medición de la Ira en Niños Mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(2), 303-313.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (V ed.). Washington, DC.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A., & Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar *Salud Mental*, 25 (3), 27-40.
- Crandall, C. S. & Martinez, R. (1996) Culture, ideology, and antifat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1165–1176.
- Crane, R. S. (1981). *The role of anger, hostility, and aggression in essential hypertension*. Doctoral dissertation, University of South Florida. Dissertation Abstracts International, 46, 3212B
- Cserjesi, R., Vermeulen, N., Lenard, L., and Luminet, O. (2011). Reduced capacity in automatic processing of facial expression in restrictive anorexia nervosa and obesity. *Psychiatry Res.* 188, 253–257
- De la Serna, I. (1998). *Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad*. Madrid: Litofinter.
- Fabes, R. A. & Eisenberg, N. (1992). Young children's coping with interpersonal anger. *Child Development*, 63 (1), 116-128.
- Fox, J.R. & Froom, K. (2009). Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 328–335
- Fox, J.R.E. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 276–302.
- Fregoso, A. (2009). *Diferencias de hostilidad, ansiedad y tristeza entre dos muestras de mujeres de diferente condición social*. (Tesis inédita). Facultad de psicología, UNAM, México.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3-38). New York, NY: Oxford University Press.
- Goleman, D. (1998). *Inteligencia emocional*. México: Javier Vergara Editor.
- Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., and Bleich, S. N. (2014). Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev. Med.* 62, 103–107.
- Guillén-Riebeling, R.S. (2014) *Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción del índice de masa corporal en mujeres y hombres*. México, FES Zaragoza, UNAM.
- Herrero-Virto, G. (2014). La tristeza y comer en exceso. Guía Obesidad. com Disponible en <http://www.guiaobesidad.com/sobre-nosotros>.
- Hoare, E., Skouteris, H., Fuller-Tyszkiewicz, M., Millar, L., & Allender, S. (2014). Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: a systematic review. *Obes. Rev.* 15, 40–51.
- Juárez Hernández, G. (2000). *Asociación de tristeza y escala de depresión geriátrica (GDS)*. (Tesis para subespecialidad). Facultad de Medicina, UNAM, México.
- Kelly, J., and Hutson-Comeaux, S. (1999). Gender-emotion stereotypes are context specific. *Sex Roles* 40, 107–120
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, S. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- López López, G. (2009). *La depresión como un proceso de construcción corporal*. (Tesis inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Estado de México.
- López-Jaramillo, O. (2013). Las creencias sobre las emociones en familias antioqueñas. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 195-216.
- Murillo-Aguilar, O. (2008). El enojo en madres y padres de hijas adolescentes: propuesta de intervención desde la TREC y la inteligencia emocional. *Revista Electrónica Instituto de Investigación en Educación*, 8(2), 1-30. Disponible en <http://revista.inie.ucr.ac.cr>
- Nájera Nájera, C. (2011). *Estrategias de auto-regulación en niños de 9 a 12 años para las emociones de enojo, tristeza, miedo y alegría*. (Tesis inédita). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Palmero, F., Breva, A. y Landeta, O. (2002). Hostilidad defensiva y reactividad cardiovascular en una situación de estrés real. *Ansiedad y Estrés*, 8, 115-142.
- Platas-Acevedo, R.S. & Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.
- Power, M.J., & Tarsia, M. (2007). Basic and complex emotions in depression and anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 19–31.
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obes. Rev.* 14, 906–918.
- Reyes Hernández U (2013). *Patrones y culpa asociados en el desarrollo del comportamiento disocial en niños con normopeso y obesidad*. Tesis Licenciatura, México, Fac. de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
- Rodríguez, L.M. & Rodríguez, R. (2001). Percepción de la imagen corporal, índice de masa corporal y sobrepeso en estudiantes universitarios del Sureste. *Rev Mex Pediatr*, 68, 135-138.
- Spielberger, C. D. & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied psychology: Health and Well-being*, 1, 271-302.
- Spielberger, C.D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R.J., Jacobs, G. A. & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an Anger Expression Scale. In M.A. Chesney y R.H., Rosenman (Eds.) *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- Stunkard A, Sorensen T, & Schulsinger F. (1983). Use of a Danish adoption register for the study of obesity and thinness. *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Research publications (Association for Research in Nervous and Mental Disease). (pp 115–120). New York. Raven Press.
- Stunkard, A. J. & Albaum, J. M. (1981). The accuracy of self-reported weights. *Am J Clin Nutr.* 34(8), 1593-1599.
- Tanofsky-Kraff M, Goossens L., Eddy K. T., Ringham R., Goldschmidt A., Yanovski S. Z., Braet C., Marcus M. D., Wilfley D. E., Olsen C., Yanovski J.A. (2007). A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 75, 901-913.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H.W., Joos, A., Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19, 426–437.

DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO Y
RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING