

2 y
101



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD SOBRE LA OBESIDAD
TRATADA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO**

T E S I S

Qué para obtener el Título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a:

CLAUDIA LIRA CAMACHO

México D. F. Cd. Universitaria,

1989

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Indice

I N D I C E

	PAG.
1. Agradecimientos y reconocimientos.	3
2. Introducción.	9
3. Capítulo I. Ansiedad.	11
4. Capítulo II. Obesidad	28
5. Capítulo III. Carácter del Obeso	44
6. Capítulo IV. Experimentos Realizados	50
7. Capítulo V. Psicoterapia de Grupos.	65
8. Capítulo VI. Investigación.	69
8.1 Psicoterapia Grupal.	76
8.2 Tratamiento Estadístico.	109
9. Conclusiones y Sugerencias.	118
10. Bibliografía.	122
11. Apéndices	130
11.1 Entrevista	127
11.2 Relación de pesos y medidas del grupo.	132
11.3 Cuadro de puntos obtenidos en el Machover.	134
11.4 Gráfica de autovigilancia de la necesidad de comer	135
11.5 Gráficas.	136
11.6 Aplicación Representativa.	140

Introducción

INTRODUCCION

Se pretende investigar que influencia tiene la reducción de ansiedad sobre la obesidad tratada en psicoterapia de grupo.

Uno de los múltiples objetivos dentro de la psicología es la salud del individuo, la integración en las diferentes áreas de su vida, así como la búsqueda de respuestas a las marcadas defensas psicológicas de los individuos.

La importancia primordial del estudio radica en que al estudiar tanto la obesidad como la ansiedad, se facilita la prevención en pro de la salud mental, básicamente en lo que se refiere a los conflictos generados tanto por la obesidad como por la ansiedad que viven algunas personas, mismos que no les permiten resolver sus alteraciones psíquicas y emocionales, llenando en detrimento de su persona, de la familia y de la sociedad.

El proceso de convertirse en la persona que se ha de ser y ponerse en condiciones de comenzar nuevamente a vivir, el aprender a controlar los estados de ánimo que se esconden detrás de la necesidad de comer, el reducir la tensión psicológica que se enfrenta día y noche al evidente recordatorio de haber fracasado en satisfacer las propias expectativas sobre el peso, manifiestan la necesidad imperiosa de alternativas de estudio, ya que la simple pérdida y aumento de peso amenaza las defensas psicológicas de los individuos, produce alteraciones psicológicas y emocionales provocando menor duración de vida, mayor índice de mortalidad, mayor susceptibilidad a enfermedades degenerativas y aumenta en un cincuenta por ciento el riesgo de muerte por problemas cardiovasculares entre otros de los desajustes.

Por lo que la prevención de conflictos generados tanto por la obesidad como por la ansiedad, ya sea a un nivel físico-biológico como mental-emocional y social, es importante para que las personas reduzcan sus "problemas" provocando la disminución de éstos. En éste caso el problema de obesidad.

Esto sólo se logra a través de constante investigación.

Al pasar del tiempo, se han propuesto diferentes tratamientos, en esta ocasión, se trabajó en sesiones grupales por ser un marco natural para la experimentación y elaboración de los conflictos intrapersonales e interpersonales.

Para realizar la investigación se seleccionaron a los sujetos, que reunieron las características apropiadas, se aplicó un pre-test y un post-test (Prueba de Personalidad de Karen Machover y el IDARE), se trabajó en sesiones grupales y se analizaron los resultados cualitativa y cuantitativamente.

Ansiedad

Capítulo 1

A N S I E D A D

Ya que se pretende investigar la influencia que existe entre la ansiedad y la obesidad, es necesario reconsiderar la importancia de la ansiedad, qué es, qué la produce, cuáles son sus manifestaciones y en general todo aquello que nos pueda auxiliar para la realización de la presente investigación, razón por la cual mencionaré algunos de los diferentes usos que se han dado sobre el término ansiedad y algunas de las definiciones empleadas por los teóricos sobre el tema.

Dentro de las definiciones que le han dado, muchos psicólogos tratan el término ansiedad como sinónimo de angustia, stress o tensión. Así como para los tipos disfuncionales de ansiedad ha sido utilizado el término angustia.

En la presente investigación se empleará en forma indistinta los términos ansiedad y/o angustia, como se mencionan en la teoría.

La palabra ansiedad y/o angustia, es un término que se emplea en el lenguaje cotidiano y se asigna a la persona que manifiesta fuertes sentimientos de aflicción o congoja.

Otra forma común es verla como un sentimiento que avisa sobre el futuro, un mal sentimiento que hace daño y que es difícil de identificar.

También la encontramos cuando alguien y no uno, es quien la describe en nosotros: "Te ves ansioso".

En ocasiones la angustia sea potencial o manifiesta puede ser reprimida por varios motivos, manifestandose sólo en sueños, en síntomas físicos concomitantes, o en una nerviosidad general, sin ser experimentada conscientemente.

Entre las definiciones empleadas, iniciamos con la que define el origen de la palabra según el latín:

ANXIETAS que significa Deseo Ardiente.

dice que es "una reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos o subjetivamente percibidos como cargados de peligro, aunque solo sea por la circunstancia de aparecer inciertos. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales."

Dr. Autores Varios. DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL, TOMO I y III (1960) Ed. Dignemí Santillana, México.

Ampliando lo anterior, la definición que los autores de diferentes especialidades dan sobre ansiedad dice:

"Es un sentimiento de tensión que acarrea consigo preocupaciones, falta de atención, distracción, olvido, etc. Es el temor a alguna experiencia temida sin embargo, la experiencia que produce ansia es vaga y amorfa, mientras que aquella que crea temor es específica y bien determinada; aun así, el organismo se prepara a responder, el resultado es una especie de torbellino cognoscitivo, fisiológico y conductual en el cual todos los sistemas están activos y totalmente improductivos".(2)

Los diferentes autores en el DSM III(3) dicen que ansiedad es una "aprensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro interno o externo".

Para Calvin S. Hall,(4) la angustia "es una experiencia emocional penosa producida por excitaciones de los órganos internos del cuerpo, provocada por estímulos internos y externos gobernados por el sistema nervioso autónomo. Es un estado consciente que puede ser distinguido subjetivamente por la persona de otras experiencias de dolor, depresión, melancolía y tensiones producidas por el hambre, sed, sexo y otras necesidades corporales".

Mientras que Freud (5) ampliando sus estudios la define como "señal de peligro pero a un peligro interno. Es una señal de defensa del yo, distingue tres tipos de angustia: Angustia Real u objetiva. Angustia Neurótica Angustia Moral.

Todas son desagradables y difieren sólo de sus fuentes. En la angustia real, el peligro está en el mundo externo, en la angustia neurótica, existe miedo al ello o la amenaza es una relación objetual instintiva del ello; en la angustia moral, la fuente de la amenaza es la consciencia del sistema superyoico o miedo al superego".

Para Karen Horney, (6) la angustia "es una respuesta emotiva al peligro lo mismo que el miedo, pero lo que se ve en peligro pertenece a la esencia o médula de la personalidad. Se caracteriza por un sentimiento de desamparo frente al peligro, éste desamparo puede ser causado por factores externos o internos".

2) Op. cit.

3) Pichot P., Valdez M.M., et al., D.S.M. III, MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (1974) Edit. Masson México.

4) Hall S., Calvin, COMPENDIO DE PSICOLOGIA FREUDIANA. (1979) Edit. Pauline Buenos Aires 197 pp.

5) Freud Sigmund, Obras Completas, INHIBICION SINTOMA Y ANGUSTIA.

6) Horney Karen, EL NUEVO PSICANALISIS (1970) Edit. F.C.E.

Para diferenciar aspectos más profundos de ansiedad, Hall(7) da como definición de angustia neurótica: "aparente ausencia de un peligro que la provoque o desproporción entre el peligro aparente y la intensidad de la angustia".

Sullivan (8) distingue de otros tipos la angustia secundaria diciendo que "se presenta después de que se ha establecido el sistema yoico, y entonces todas las tendencias del individuo que no se adaptan a él procuran disociarse. Cada vez que existe la probabilidad de que los pensamientos o sentimientos disociados se hagan conscientes, se cierne la amenaza sobre el sistema yoico y aparece la angustia". El reconocimiento de los impulsos provoca la angustia.

La definición anterior se reafirma con la que da Karen Horney(9) en la que expresa que la angustia secundaria "se origina a partir de las defensas mismas erigidas contra la angustia formandose un círculo vicioso". Explica que la angustia produce defensas y estas provocan angustia, y así, las defensas pueden aumentar la vulnerabilidad o incrementar la angustia entrando en conflicto recíproco, (quiere y no quiere).

Entre los usos más comunes del término ansiedad, existe según los profesionales sobre el tema lo que sería Ansiedad Flotante, o sea "aquella que no está vinculada a claves o señales bien precisas del medio, y que es suscitada por claves imprecisas y difusas ambientales, que justo por su imprecisión son confusamente percibidas por el sujeto por lo quequier".(10)

En general, hablamos del afecto, la motivación, la conducta y de cambios fisiológicos relacionados con la ansiedad. Para el manejo de la presente investigación se empleará una definición de ansiedad y una de angustia, las que expresan:

"Ansiedad es un sentimiento de tensión que acarrea consigo preocupaciones, falta de atención, olvido, etc. Es el temor a alguna experiencia temida, sin embargo, la amenaza que produce ansia es vaga y amorfa, mientras que aquella que crea temor es específica y bien determinada; aún así el organismo se prepara a responder, el resultado es una especie de torbellino cognoscitivo, fisiológico y conductual en el cual todos los sistemas están altamente activos y totalmente improductivos".(11)

7). Op. Cit.

8). Thompson Clara. LL. Edit. Breviarios de F.C.E. Pág. 122-140.

9). Op. Cit. (Varice)

10). Ibidem.

"Angustia es una respuesta emotiva al peligro lo mismo que el miedo, pero lo que se ve en peligro pertenece a la esencia o médula de la personalidad. Se caracteriza por un sentimiento de desamparo frente al peligro, éste desamparo puede ser causado por factores externos o internos".⁽²⁾

Se eligen como las más representativas ya que hablan tanto de los factores internos como de los externos encuadrando con la teoría expuesta más adelante, principalmente en cuanto a la tensión manifiesta, y como respuesta al conjunto de sensaciones en las diferentes áreas del hombre, como por el manejo que se hace de la productividad y actividad como señal de alivio.

IMPORTANCIA DE LA ANSIEDAD

La importancia de la ansiedad radica en que permite al ser humano darse cuenta de que algo no funciona como debería, llevándole a conductas, emociones y sensaciones insanas, por ejemplo dependencia en contraposición con la ausencia de ansiedad que permite vivir plenamente con salud y autonomía.

Cumple con la función indispensable de alertar a una persona ante la presencia del peligro, ya sea interno o externo, y, una vez alerta la persona hace algo para protegerse o evitar el peligro. Si la persona no hace nada, se invade de ansiedad y se acumula la angustia, por último abruma a la persona, cuando esto ocurre se dice que la persona ha sufrido un colapso nervioso.

E T I O L O G I A

Dentro de las explicaciones que se han dado sobre el origen de la angustia, encontramos a Freud, quien al estudiar el tema, coloca a la angustia fuera del dominio de las neurosis, ya que pensaba que se producía como resultado de la frustración o descarga incompleta del orgasmo sexual "la obstrucción de la descarga sexual produce disipación subcortical de la excitación somática, la cual se experimenta como angustia" y, la curación consistiría en la adaptación práctica a la vida sexual normal. (e)

En sí, considera una doble etiología, ya que maneja tanto una represión de las experiencias infantiles, como una frustración de la vida sexual común, concluyendo que la presencia de inhibiciones hace que la persona se vea colocada en una situación de frustración sexual, y que por eso mismo se vuelve más susceptible a la angustia.

Posteriormente en 1926 en su libro Inhibición, Síntoma y Angustia, presentó su nueva teoría en la que asigna a la angustia un lugar en el desarrollo de los trastornos neuróticos. Diciendo que el comportamiento neurótico se desarrolla al tratar de hacer frente a la angustia, y llegando a la conclusión de que la angustia es una señal de peligro interno, siendo una señal para la defensa. Y los tipos de defensa que provoca son los síntomas y defensas del carácter del yo.

Por ejemplo, algunos individuos se ven con este peligro y lo proyectan o bien emplean la represión y la formulación de defensas, ya que éstas impedirán el retorno a la conciencia encubriendo la verdadera naturaleza del peligro y moverán las fuerzas de la personalidad en contra de un sustituto.

Harán aparecer el peligro como un peligro exterior.

Freud describió del siguiente modo la situación que produce la angustia:

"Una fuerza interior de la persona o varias, amenazan con perturbar su relación con el mundo exterior. Estas fuerzas peligrosas provienen de dos partes:

a) La potencia de los instintos y la severidad del superyo.
b) La potencia de los instintos amenaza con sobrepasar al yo y obligarlo a cometer acciones inaceptables en el mundo exterior.

Tales amenazas se presentan de diversos modos en las diferentes etapas del desarrollo".

En los primeros años amenazan la personalidad todavía no madura, con la pérdida del amor. Para el niño significa pérdida de la madre, que es quien lo alimenta y lo protege; esto lo considera una catástrofe.

En una etapa posterior, la irrupción de los instintos prohibidos expone al niño a la amenaza de la castración.

Mas tarde, el proceder prohibido, merced a la reprobación de la sociedad, lo que produce temor al castigo, la severidad del superyo se conecta con este temor, porque no teme la reprobación social, sino las actitudes sociales que ha incorporado a si mismo. Esta consciencia comprende cosas irracionales y más rígidas que las sociales.

Asi con el tiempo según Freud, "la angustia se produce por la lucha interna que sostiene el individuo entre el rigor del superyo y el poderio de los instintos prohibidos".

Las fuerzas del ello adquieren proporciones peligrosas, siendo mayor o menor el peligro que representan, conforme al poderio relativo del yo.

Ya transcurrido el tiempo, el yo se ha hecho más poderoso, pero no es capaz de advertirlo ya que la señal de angustia actúa automáticamente para responder al peligro con el patrón antiguo. El cuerpo se prepara otra vez automáticamente a través de sus mecanismos fisiológicos para huir o para atacar.

A su vez, Freud considera que el hombre se halla poseído por dos pulsiones poderosas, el instinto de vida (libido) y el instinto de muerte.

Y dice que el hombre debe luchar por controlarlos toda su vida para mantener una posición firme en la sociedad. Y, ante el peligro de perder el control sobre éstos impulsos, se produce la angustia.

En general todos los psicoanalistas convienen en que la hostilidad reprimida es una fuente de angustia; y la mayor parte de las exigencias peligrosas las causan la ira y la hostilidad que surgen como reacción ante la frustración.

Psicoanalistas como Sullivan, Fromm y Horney, sustentan que la naturaleza de la amenaza interna es producto de las exigencias culturales y no de lo que dice Freud.

Para Sullivan, la angustia básica o modelo primitivo de la angustia surge por "la necesidad de obtener aprobación de las riguras adultas significativas", ya que el crecer con aprobación constituye el clima esencial para que se desarrolle el joven organismo humano, y, "cuando el clima de aprobación se hace presente, el niño adquiere un sentimiento de bienestar llamado euforia; la desaprobación en cambio, produce inmediatamente la pérdida de euforia, la cual es un estado de malestar que el niño acaba por reconocer como angustia". El niño trata de comportarse de tal modo que solo merezca la aprobación o sea el sentimiento de euforia.

Pero, al mismo tiempo, los padres enseñan aspectos inadecuados o contradictorios de las costumbres de la cultura específica a la que pertenecen. Así, el niño aprende con objeto de evitar la desaprobación y huir de la angustia.

Para Fromm, el patrón primitivo de la angustia nace del conflicto entre la necesidad de protección y de desaprobación y la necesidad de ser independiente. Hace notar que algunas de las potencialidades positivas del individuo pueden chocar con la reprobación de un padre destructivo, o, pueden ser sacrificadas en aras de una sujeción a las normas de una cultura determinada.

En estas circunstancias, cualquier intento que haga el niño para expresar estas potencialidades positivas, pueden producirle angustia, entonces se presentan tres alternativas:

1. Que el niño se defienda en una lucha abierta.
2. Que mantenga en secreto su potencialidad.
3. Que acepte la decisión de otro y se niegue.

En las dos primeras, se pierde algo del libre poder de creación, pero, en la última, se inhibe por completo el niño.

Para Karen Horney, la angustia básica surge por la hostilidad y dice que la "frustración tiende a hacer hostil al niño, lo que a su vez, hace que sienta que el mundo le es hostil, y esta creencia aumenta su sentimiento de desamparo" y este sentimiento le crea angustia.

Fromm, Freud y Sullivan, concuerdan en que los impulsos internos del niño amenazan su relación con otros, en cuanto pueden significar pérdida de amor, castigo o apartamiento.

Otra distinción que hacen de la angustia primitiva es la angustia secundaria.

Freud señala como angustia secundaria, "la activación de que un antiguo peligro acecha (la fuerza del instinto), irrumpiendo el yo antes de que el peligro pueda hacer daño".

Para Sullivan, todo lo que se necesita para producir la angustia secundaria, se da al reconocer cualquier impulso que modifique, en cierta manera la naturaleza del sistema yoico, respondiendo el organismo ante esta modificación.

Para Karen Horney, la angustia secundaria se desarrolla a partir de las mismas defensas contra la angustia, formándose un círculo vicioso ya que la angustia provoca defensas, estas provocan angustia y así. La conservación del sistema de defensa se traduce en una responsabilidad adicional, entonces el individuo no tiene que enfrentarse a otros, sino realizar el acoplamiento sin perturbar en nada su sistema de defensa, haciendo con otros las relaciones peligrosas e inflexibles.

Las defensas neuróticas incrementan la angustia entrando en conflicto recíproco.

Considera que cualquier amenaza a nuestra relación satisfactoria con el prójimo puede producir angustia, y que toda amenaza contra la represión de nuestras potencialidades también la provoca. Así, la angustia secundaria también se produce ante cualquier amenaza contra nuestras ilusiones o contra nuestras potencialidades.

Las fuentes de peligro son las exigencias irracionales de la sociedad, que experimentamos con los padres, y, después acumulando dificultades internas.

Dentro de los tipos de Angustia que Freud distinguió, se encuentran los siguientes tipos: angustia real u objetiva, angustia neurótica y angustia moral.

Plantó que las exigencias que colman de angustia se llaman traumáticas, porque reducen a la persona a un estado infantil de desvalidez. El prototipo de todas las experiencias traumáticas es el trauma del nacimiento, donde el recién nacido es bombardeado por una estimulación excesiva proveniente del mundo externo, para lo cual su protegida existencia fetal no estaba preparada. Durante sus primeros años el niño se encuentra con otras situaciones que no puede enfrentar y, estas experiencias traumáticas ponen la base para toda una red de miedos

Angustia Neurótica.

Se basa en la angustia real. El niño adquiere la angustia neurótica cuando se le castiga por ser impulsivo. Todos los comportamientos tienen como fin liberar a la persona de una angustia neurótica excesivamente penosa, haciendo lo que el ello exige a pesar de las prohibiciones del yo y del superyo.

La angustia neurótica puede manifestarse de tres formas:

1. Tiene miedo de su propio ello.
2. Miedo intenso irracional llamado fobia, donde la intensidad del miedo no guarda proporción alguna con la peligrosidad real del objeto que la persona teme.
3. Se observa en relaciones de pánico o cuasi pánico.

Estas reacciones se manifiestan repentinamente, aparentemente sin ser provocadas.

Angustia Moral.

Angustia que se experimenta como sentimientos de culpa o de vergüenza en el yo, es suscitada por la percepción de un peligro proveniente de la conciencia moral. El miedo es objetivo, miedo a los padres que castigan. La persona no puede evitar los sentimientos de culpa tratando de huir de ellos. El conflicto es puramente intrapsíquico y no implica una relación entre la persona y el mundo. Freud:

Después de revisar las diferentes etiologías y dada la gama existente, se sugiere se indague para encontrar el origen individual de la angustia a partir de la vida de cada persona, de su estado corporal y psíquico, ya que las causas pueden residir tanto en la temprana infancia, como en etapas posteriores de la vida. Así como el estado de ánimo básico que presente una persona puede contribuir o no a la formación de síntomas psicósomáticos por la angustia. Por ejemplo, la diarrea o la ingestión exagerada de los alimentos conducente a una obesidad se explican como procesos regresivos, determinados por la angustia, hacia modos de comportamiento de la temprana infancia.

M A N I F E S T A C I O N E S

La ansiedad se manifiesta típicamente en forma de preocupación sobre la propia competencia en muchas áreas, siendo el punto de referencia lo que pensarán los demás sobre lo efectuado.

Existe exagerada autoevaluación o susceptibilidad a sentirse humillado o en una situación embarazosa, así como acusados sentimientos de tensión o incapacidad para relajarse. Son frecuentes las dificultades en conciliar el sueño.

También pueden existir tendencias perfeccionistas, con dudas excesivas o un suceso de conformismo y una constante búsqueda de aprobación.

Algunas veces hay un exceso de actividad motora, o hábitos nerviosos que se manifiestan en conductas del tipo de morderse las uñas o arrancarse el cabello.

En los niños con este trastorno se expresa en forma persistente el sentirse nerviosos; cuando un niño tiene ansiedad es fácil que lo llamen como hipermaduro, debido a sus "precoces" preocupaciones.

En algunos casos, aparecen concomitantes somáticos de la ansiedad manifestados como quejas de tener un tumor en la garganta, disfunción gastrointestinal, cefaleas, disnea, náusea, vértigo u otros trastornos somáticos.

En general, la angustia puede manifestarse de un modo extraordinariamente variado y afectar a casi todas las funciones vegetativas y a casi todo órgano.

Pero actúa también sobre las funciones corporales aún cuando no sea percibida por el sujeto, esto ocurre cuando las personas se sienten libres de ansiedad y con su presencia denotan la expresión tensa del rostro, la dilatación de las pupilas, lo precipitado del gesto o de los actos de comer o beber, o bien, por la respiración entrecortada, por lo que los demás logran percibir en el ansiedad. Por ejemplo, un hombre recién casado que por las nuevas responsabilidades y experiencias genera ansiedad y come más que antes, aumentando de peso, aunque manifiesta verbalmente que es debido al matrimonio.

Otras personas logran enmascarar del tal modo su angustia que ni ellos mismos son ya conscientes de ésta, ni tampoco se revela a los ojos de los demás, encontrando alteraciones localizadas sobre todo en el tracto intestinal y genitourinario.

Así, la angustia tiene múltiples posibilidades de manifestación en el sector psicosomático, surgiendo unas veces en forma consciente y bien patente, y otras, de modo inconsciente y enmascarado; otras veces en forma generalizada y, otras veces en forma localizada.

En general los síntomas los encontramos en fenómenos expresivos del cuerpo, y síntomas por parte del sistema nervioso vegetativo, de índole simpático y parasimpático. «1»

Los síntomas generales son: Inquietud y tensión interiores, temblor sobre todo de las finas oscilaciones, opresión cefálica y cefalea (dolor de cabeza), palidez facial, crisis sudorales, sequedad de boca, sensación de vértigo, o sea una sensación subjetiva de desplazamiento de los objetos externos con relación al cuerpo o de desplazamiento de éste con relación a los objetos externos; pudiendo llegar a provocar la caída del enfermo. Alteraciones del sueño y pavor nocturno en los niños.

Son síntomas manifestados en el área de:

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

Aumento sensorial general, dilatación pupilar, parpadeo constante, ensanchamiento y hendidura de los párpados (ojeras), visión de pequeñas manchas oscuras, ceguera parcial (tensión a nivel retina).

SISTEMA CIRCULATORIO:

Ansiedad y opresión a nivel medular, taquicardia, autopercepción del pulso, jaqueca.

SISTEMA RESPIRATORIO:

Sensación de ahogo, asma bronquial y taquipnea, llamada también polipnea, que es una alteración de la respiración caracterizada por una notable aceleración de las excursiones respiratorias cuya frecuencia sobrepasa la normal de 18-20 por minuto. Hiperventilación, aumento de la ventilación pulmonar, es decir, de los cambios gaseosos que se producen a nivel de los alveolos pulmonares entre la sangre y el aire atmosférico intraalveolar introducido mediante la inspiración. Se manifiesta por una respiración más profunda, más amplia y libre, éste término es sinónimo de hiperpnea.

Irribarren, Paul. ANGSTIA: ASPECTOS PSICICOS Y SOMATICOS. (1970)

Esp. Medica. Madrid España. 214p.

TRACTO GASTROINTESTINAL:

Sequedad de boca, hipo, cólicos, diarrea y estreñimiento, anorexia, o sea, pérdida del apetito por miedo a la obesidad, o en mujeres jóvenes por problemas psicoafectivos. Bulimia, o sea, episodios recurrentes de voracidad con consciencia de que el patrón alimenticio es anormal; la comulona termina generalmente con dolor abdominal, sueño, irrupción de la vida social o con provocación del vómito, usan laxantes, diuréticos, vómito, barbitúricos y anfetaminas; aparece menosprecio, autocrítica y estado de ánimo depresivo. Meteorismo, que es la distensión de la pared abdominal consecutiva a la dilatación del estómago y del intestino, o de ambos a la vez, por los gases producidos en su interior a consecuencia de diversas causas. Opresión gástrica, que es la sensación de plenitud.

SISTEMA UROGENITAL:

Poliuria que es un aumento de la secreción urinaria por parte del tejido renal y emisión de una gran cantidad de orina con bajo contenido de azúcar o albúmina (diabetes incipida).

Polaquiuria, que es la extrema frecuencia en la micción, que puede no asociarse al aumento de la cantidad de orina emitida en las 24 hrs. siendo de naturaleza vesical. Espasmo del esfínter vesical, o sea, contracción del esfínter que en el lenguaje común se traduce a deseos de orinar o defecar.

Trastornos de la menstruación, a su anulación momentánea se le denomina amenorrea, trastornos de su ritmo oligomenorrea y polimenorrea, en la cantidad de flujo hipermenorrea, hipomenorrea y menorragia; y el invremento de la sintomatología dolorosa dismenorrea.

Dismenorrea, o menstruación precedida o acompañada de una sintomatología dolorosa como son dolores pélvicos, lumbrosacros, la hemicránea, etc.

PIEL:

Dermografismo, o aparición con facilidad de moretones o marcas en la piel, sin motivo aparente o por una simple rozadura.

Prúrito, es aquel trastorno sensitivo de la piel que induce al rascado de la misma; puede ser síntoma de afecciones locales o generales, de origen interno o externo.

Fenómenos alérgicos.

En la angustia consciente generalizada, el modo clásico de manifestación es la crisis aguda de ansiedad del neurótico angustiado, así como la depresión angustioso-agitada.

En la angustia consciente localizada, la aparición somáticamente localizada es rara, casi siempre se alteran varias funciones vegetativas, aunque limitadas a un determinado sistema orgánico. El estado de ánimo se relaciona con las funciones circulatoria y respiratoria, los cuales se caracterizan por un alto grado de consciencia.

En la angustia inconsciente generalizada, las personas se ven con frecuencia con síntomas vegetativos diversos, en un principio sólo es posible deducir de modo indirecto la presencia de transfondo de angustia, en ocasiones la angustia se abre paso en forma de crisis más o menos enmascaradas para él mismo. (Tetania por hiperventilación, acceso de asma, acceso histérico).

En la angustia encubierta localizada, la angustia se manifiesta a través de un síntoma psicósomático aislado que puede presentarse de un modo agudo, o crónico, como un dolor de cabeza.

En los obesos una actitud permanentemente angustiada puede enmascararse bajo una búsqueda de satisfacción constante, compulsiva e incontrolada del apetito, aunque se manifiesten exteriormente como en especial sossegados y equilibrados.

En todo síntoma psicósomático es necesario comprobar la correspondiente significación por lo que se refiere a la angustia, ya que pueden corresponder funciones muy diferentes al sistema corporal, así tenemos:

- a) El trastorno psicósomático, o constituye parte de la angustia misma, o es un sistema concomitante de esta.
- b) El trastorno psicósomático, surge en lugar de la angustia cuya presencia no es comprobable ni subjetiva ni objetivamente.
- c) El síntoma psicósomático unido a la angustia posee una función defensiva. Cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece; si el síntoma en cambio es reprimido, la angustia se manifiesta de nuevo.
- d) Angustia a consecuencia de un acontecer corporal; lo que lleva a un círculo vicioso de: angustia-síntoma corporal-angustia.

De las diferentes manifestaciones la ansiedad puede ser experimentada cuando el individuo intenta controlar los síntomas en forma consciente o inconscientemente sin lograr controlarla. (Como ocurre al enfrentarse a un objeto ó a alguna situación temida de los transtornos fóbicos, o bien al resistir las obsesiones y compulsiones en los transtornos obsesivos compulsivos).

Generalmente los estados de ansiedad ó neurósis de ansiedad son catalogados como:

- Transtornos por angustia.
- Transtornos por ansiedad generalizada.
- Transtornos obsesivos compulsivos ó neurósis obsesivo compulsiva.
- Transtornos por stress postraumático agudo.
- Transtornos por stress postraumático crónico o retrasado.
- Transtornos fóbicos ó neurósis fóbicas. (Fobia social, simple y agorafobia).
- Transtornos por ansiedad atípicos.

Con toda la información recopilada podemos comprender mejor, como operan los diferentes aspectos de ansiedad en general, sobre cada caso en particular, lo que nos facilita y posibilita el mejor manejo de la investigación así como de los problemas que surgen en toda psicoterapia grupal.

Obscured

Capítulo 2

O B E S I D A D

La búsqueda de respuestas a los conflictos generados por la desintegración existente en las diferentes áreas del ser humano, y, en este particular, en la prevención de conflictos generados por la obesidad, manifiestan la necesidad de estudio, y, para una mejor comprensión de los términos empleados para este capítulo mencionaré algunas de las definiciones que se han dado sobre la obesidad, tanto del origen de la palabra, como en las áreas física, fisiológica o físico-orgánica y psicológica.

Dentro del latín, se encuentra OBESIDAD, derivada de dos raíces OB y EDERE, donde OB significa, a causa de. Y, EDERE significa comer.

Tenemos así: OBESIDAD= a causa de comer.(1)

Existe cierta dificultad en cuanto a la definición de obesidad en el área fisiológica u orgánica, ya que diferentes autores le tratan como entendida, omitiendo una definición como tal, hablando de sus consecuencias y funcionamiento orgánico.

Salvo pocos casos en que se le define como tal (mencionados a continuación), donde se brinda importancia a todos aquellos aspectos orgánicos que por una inadecuada alimentación alteran el buen funcionamiento corporal.

Las definiciones encontradas son:

Obesidad: "Cuando la ingestión de calorías es excesiva, en relación al gasto de energía. Se explica por alteraciones en la absorción ó en la utilización de la energía". (disfunción tiroidea hipofisiaria y alteraciones del hipotálamo).(2)

Obesidad: "Aumento patológico de la grasa del cuerpo que determina un peso superior al normal."(3)

En cuanto a las definiciones psicológicas al respecto, los diferentes autores le brindan gran importancia a los aspectos mentales, emocionales y conductuales como expresión de conflicto, y que relacionados a los aspectos físico-orgánicos brindan respuesta al conflicto de la obesidad, otorgándole a esta área un papel fundamental en la resolución de este problema, por lo que en este capítulo trataré de mencionar los aspectos que considero como relevantes sobre los hechos que sobre obesidad se han tratado

1) DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE EDUCACION ESPECIAL TOMO I Y III.

2) De la Fuente Muñoz Ramón. PSICOLOGIA MEDICA. (1981) México.

3) Stuart, B. Richard. COMPORTESE DELGADO CONSERVESE DELGADO. (1981). México Edit. Diana.

Comenzaremos por comprender el término, para lo cual resulta importante revisar algunas de las definiciones que sobre obesidad se han dado, así tenemos:

Obesidad: "La ingestión exagerada de alimentos es la causa predominante y en ella juegan un papel importante los factores psicológicos al lado de los mecanismos genéticos y regulaciones bioquímicas". Señalan el hecho de que "aunque el hambre esta normalmente producida por la acción de los mecanismos homeostáticos sobre el centro hipotalámico, el apetito puede ser despertado por estímulos mediados corticalmente: pensamientos, afectos, percepciones, etc." (4)

Obesidad: "Aumento en el impulso coercitivo que lleva al individuo a comer". (5)

Obesidad Reactiva: "Problemas de sobrepeso que se presentan en forma repentina después de un incidente psicológicamente traumático en personas que hasta entonces no habían sido corpulentas aunque antes ya han reaccionado al stress comiendo en exceso". (6)

Debido a que la alimentación es una necesidad del hombre, y que éste consume alimentos tanto por hambre como por apetito, ya que en el lenguaje común se tratan como sinónimos aún cuando existe gran diferencia, debido a que el apetito es generado por aspectos mentales y/o motivacionales, mientras que el hambre es generada por una necesidad real de alimento. Y, como para la presente investigación esta diferencia resulta importante tanto para el grupo con el que se trabajará, en cuanto a su ejecución cotidiana de alimentación, como para un mejor control de términos empleados; mencionaré las definiciones que para estos términos se han descrito:

Hambre:

"Es motivada por la necesidad física de alimento. Por lo común no surge antes de seis horas, después de una comida adecuada, permanece solo un corto tiempo después de desaparecer y trae consigo debilidad, pérdida de la concentración y otros síntomas corporales. La mayoría de nosotros jamás ha experimentado hambre, dejar de comer produce complejos desagradables, vacío, dolor de cabeza, mal humor, etc. Todo desaparece con el consumo de alimentos". (7)

4) Op. Cit. (De la Fuente)

5) Kolb C. Laurence. PSIQUIATRIA DINAMICA. (1970) México.
Edit. La Prensa Médica Mexicana.

6) Op. cit.

7) Op. Cit. (Stuart)

Hambre:

"Fenómeno de escasas siendo su satisfacción una necesidad". (8)

Apetito:

"Aparece cuando nuestras mentes desean comer, no cuando nuestros cuerpos nos indican que hace falta. El apetito es estimulado por nuestros pensamientos, sentimientos, proximidad de los alimentos, hábitos y virtualmente con cualquier cosa que hemos aprendido a asociar con los nutrimentos. El apetito es uno de los eslabones de la larga cadena que conduce a la alimentación problemática. Es más selectivo, psicológico, se puede diferenciar." (9)

Apetito:

"Fenómeno de abundancia y su satisfacción es una expresión de libertad y productividad, ya que se trata de una expresión gustativa deleitosa acompañada del placer denominado gozo". (10)

Relacionando el hambre con la obesidad podemos decir, que las personas obesas creen sentir hambre todo el tiempo y dicen sentirse con una necesidad de comer física, aunque como se advierte en la definición esto es irreal, y consumen alimentos por apetito, empleando la comida principalmente por un efecto placebo, ya que al comer sienten que reducen su "molestia" llamada por ellos hambre y eliminan de esta forma el conjunto de sensaciones y pensamientos que les indican que algo anda mal, esto es, prefieren comer y sentirse "bien" cediendo a su problemática, que enfrentarse y "sufrir" al darse cuenta de la muy necesaria autoayuda y búsqueda de auxilio externo, porque al hacer esto, se sienten débiles, teniendo que romper la imagen de fortaleza que habían creado ante ellos mismos y supuestamente ante los demás.

En contraparte al hambre y al apetito, se encuentra la saciedad, misma que se define como complemento y para mayor claridad de la temática expuesta en esta investigación:

Saciedad:

"Falta de hambre y/o rechazo de los alimentos". (11)

8) Fromm M. Erick, (1980) ETICA Y PSICOANALISIS. México. F.C.E.

9) Op. Cit. (Stuart)

10) Op. Cit. (Fromm)

11) Ibidem.

E T I O L O G I A

Dentro de los factores predisponentes de obesidad encontramos diferentes tipos de causas como son:

Orgánicas.
Psicológicas
Reactivas
Sociales
Genéticas.

CAUSAS ORGANICAS:

Algunos individuos logran conservar curvas de peso cercanas a lo normal, pero solo cuando tienen en la vida el firme propósito de tratar de conservar la cifra adecuada por medio de la privación o reducción de alimentos, recurso que para el ser humano es inadecuado.

Los ciclos biorrítmicos hormonales, afectan la agudeza de todos nuestros sentidos en diferentes momentos durante cada período de veinticuatro horas. así, se puede encontrar irresistible el sabor de ciertos alimentos en la noche, aún cuando en el día éstos mismos parecen desagradables.

En muchos casos el exceso de ingestión ocurre por la noche, con insomnio y se acompaña de anorexia matutina.

Como consecuencia al pasar por alto las comidas al iniciarse el día, determina el que por la noche coman demasiado.

Se ha observado que cuando las personas obesas no han tenido oportunidad de estimular sus papilas gustativas, de ejercitar los músculos de la masticación, de experimentar la sensación de alimento que entra al estómago, se crea la sensación de hambre, estas personas no necesariamente tienen hambre física, ya que su organismo tiene una más que adecuada reserva de energía en forma de grasa, pero las sensaciones físicas son importantes y la ausencia de éstas puede ser inquietante obligándose a comer.

Como parte importante dentro de las causas fisiológicas tenemos el funcionamiento del metabolismo y el gasto calórico que desempeña la persona.

El cuerpo humano es un sistema termodinámico que recibe masa y energía del medio ambiente:

MASA para crecer, para reemplazar lo consumido y para la reproducción.

ENERGIA, para mantener los procesos químicos que tiene lugar en el organismo y para el trabajo.

Ambas cosas son aportadas por los alimentos y cuando este sistema humano funciona en condiciones de equilibrio (sin pérdida ni ganancia neta de masa y energía) lo consumido viene compensado por lo ingerido, la demanda por la oferta.

Los alimentos influyen así sobre la salud, la duración de la vida, el estado físico, el tamaño del cuerpo y el desarrollo mental.

* Falta de apetito por la mañana.

Las desviaciones del equilibrio son peligrosas; ingestas demasiado pequeñas dan lugar al hambre y a la inanición, si por el contrario, éstas son excesivas sobreviene la obesidad y el fallo cardíaco.

Las necesidades del hombre en función del metabolismo basal son previsibles, ya que existe muy marcada relación entre superficie corporal y calorías necesarias para su metabolismo basal (calorías para mantener la circulación, respiración, secreción, crecimiento, etc.).

Los consumos calóricos variables corresponden a actividades de la vida diaria, varían entre personas y pueden ser aumentados, disminuidos o suprimidos cuando así se desea.

Esto es, si las necesidades representan para un individuo 1,200 Kcal., un aporte excesivo por encima de este nivel deberá gastarse mediante la actividad física y mental, si éste quiere mantener su peso.

Los excedentes ingeridos y no utilizados se almacenan en forma de grasa en el tejido adiposo.

Los resultados del balance calorigeno son:

1. Cuando la ingestión supera al gasto hay acumulación, y se denomina balance positivo.
2. Cuando la ingestión es igual que el gasto, el balance es igual, no hay cambio.
3. Cuando la ingestión es menor al gasto, el balance es negativo y hay pérdida neta.

Si un adulto está en balance positivo, se dice que llega a la obesidad y en caso contrario, es desnutrición.

Es importante el tamaño del organismo relacionado conjuntamente con la edad, sexo, actividad física, salud, eficiencia de utilización, costumbres, etc., los requerimientos se evalúan y son diferentes para cada persona de acuerdo a lo anterior, (dependiendo de su actividad y consumo, el peso que mantengan, etc.).

Generalmente se encuentra tejido adiposo en hombres de un 12-15%; en mujeres de 15-18% y se llama exceso a más de 19%.

El peso es buen indicador pero no quiere decir que es igual a tejido adiposo, ya que el aumento puede ser por aumento de lípidos (grasa), de agua (edema), de minerales (esqueleto pesado), ó de músculos (como en el caso de los atletas).

La obesidad siempre viene de un balance positivo de energía, siempre se está ingiriendo más de los que se gasta, o ingieren igual, pero su gasto baja, así, la ingestión es menor, pero el gasto también es mucho menor.

En los casos de stress y nerviosismo, puede haber pérdida de calor ó energía pero no por éste mismo, sino por las actividades que se desarrollan que reflejan dicho stress.

CAUSAS PSICOLÓGICAS

En cuanto a obesidad se trata, una de las causas más importantes es la psicológica. Se ha encontrado que existe influencia por parte de los progenitores sobre el desarrollo de la personalidad y que afecta la conducta frente al alimento en el niño.

El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en el que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida a través de su devoción hacia el niño, o sea, rodean la vida de sus hijos a través de su devoción hacia éstos. Esto es, rodean la vida de sus hijos con sus expectativas y no permiten al niño desarrollarse comúnmente tratándolos con una sobreprotección angustiada que incluye forzarlos a que coman; en éstos casos creen que dándole de comer, le demuestran amor, y, le brindan salud y protección, condicionándolos a comer para complacer a sus padres, y a su vez, poder recibir atención.

Con todo esto, el niño no logra desarrollar su independencia personal ni su autoestima, ya que predominan las ambiciones de los padres sobre él.

La madre con sus actitudes refleja los conflictos vividos como peligrosos en su niñez, los cuáles no ha resuelto, y por los cuáles despierta una señal de alerta en cada situación en la que cree que sus hijos pueden experimentar lo mismo o algo similar, esto aunado a sus resentimientos a la familia por reavivar sus conflictos y sus mecanismos defensivos, le hacen mostrar autocompasión tratando de salvar a sus hijos de experiencias similares.

El proceso anormal ocurre cuando la figura parental le dice al niño como siente él, y fuerza la ingestión de alimentos como un medio para aliviar la angustia del progenitor, sin tomar en cuenta las necesidades corporales del niño.

La apariencia del obeso es de un individuo sumiso y no agresivo, aunque generalmente se trata de personas insatisfechas y con marcadas carencias afectivas, que al vivir en conflicto, no se permiten ver y expresar sus propias potencialidades.

Algunos individuos utilizan el sobrepeso como medio de escapar a sus angustias, esto se complica más cuando sienten que sus familiares y amigos los rechazan por su obesidad, por lo que buscan el equilibrio a través de la comida, misma que se vive como expresión de amor y satisfacción. La comida les está representando algo (inconcientemente), formándose una necesidad que no pueden satisfacer, por lo que comen más y más; generalmente se trata de una necesidad no satisfecha de otra etapa. En muchos casos el obeso es un hijo cuyo nacimiento no se deseaba.

Otro incidente que sucede con frecuencia es el comer en exceso por la muerte de una persona querida o importante; o la angustia que se asocia a la posibilidad de perder a dicha persona.

La pérdida resulta dolorosa porque inconscientemente creemos que somos indignos de lo bueno, y vemos cumplidos nuestros temores más profundos; todos aquellos que generan la angustia.

Además que el sentirlo como un ataque externo y sufrir el sentimiento de pérdida y dolor, puede dar origen a una sensación de despojo suscitando agresión; como no la manifiestan abiertamente, comen para reducir sus sentimientos de culpa por ser malos e indignos.

El miedo inconsciente a la muerte del ser amado fomenta dependencia excesiva, y los temores de esta naturaleza incrementan la voracidad al comer, misma que se expresa a través de la utilización exagerada de la persona de quien se depende, por lo que se tornan egoístas, y, en ocasiones, heredan su patrón conductual y alimenticio a sus hijos para "resolver" su conflicto y que a su vez, sus hijos puedan resolver sus posibles conflictos (esto en forma inconciente).

Otra de las causas psicológicas por las que surge la obesidad, se da porque los obesos se encuentran aburridos, con pocas atenciones que compitan en su atención con la comida, como no socializan para no ser rechazados y la actividad física se reduce por su dificultad de movimientos y su propia devaluación corporal-emocional, tienen mucho tiempo libre que cubren con alimentos.

Cuando se ponen bajo cierto régimen alimenticio ya sea por prescripción médica o por autoprescripción, al no tomar alimentos durante el día, generan una habilidad especial para llevar a cabo la contabilidad de las deudas, incrementando sus anteriores "deudas psicológicas de calorías" y en cuanto suspenden su régimen se recompensan generosamente, esto con la consecuente ganancia de peso, aunada a que generalmente no existe veracidad en cuanto a lo consumido pero sí en cuanto a los alimentos omitidos.

La mayoría de éstos casos, suceden en la relación del sujeto con su familia y consecuentemente en la actividad social que realizan, resultando muy importante tomar en cuenta éstos aspectos para comprenderlos, así como para el tratamiento y diagnóstico del obeso.

Dentro de las causas que explican el problema de la obesidad encontramos que Fromm la trata como una búsqueda de placer por parte del sujeto, dando como definición: "Placer es la sensación que acompaña al alivio de una tensión penosa" (en este caso el hambre).

Los placeres derivados de la satisfacción de las necesidades fisiológicas provienen de una satisfacción real, son normales y constituyen una condición para la felicidad, opuestamente los deseos neuróticos corresponden a una mitigación temporal de la necesidad, e indican un funcionamiento patológico y un estado de infelicidad fundamental.

Los deseos irracionales, también radican en deficiencias, por ejemplo:

Una persona puede tener hambre intensa, sed o apetito sexual exagerado que no es causado por la necesidad normal fisiológicamente condicionada del organismo, sino por necesidades psíquicas de mitigar un estado de ansiedad o depresión; aunque estas pueden ser concomitantes de procesos físico-químicos anormales. Lo que explicaría el impulso de comer en el obeso al obtener ese placer como medio de reducir ansiedad y/o depresión y por su propia necesidad de gratificación.

Para Fromm el placer derivado del cumplimiento de los deseos inmoderados, radica en la carencia fundamental de productividad, ya que tanto las necesidades fisiológicas como las necesidades psíquicas irracionales forman parte de un sistema de escases; empleando estos conceptos sería útil aplicar la productividad como alternativa para cubrir el vacío existente por la improductividad en los diferentes aspectos del hombre.

A su vez Fromm, describe el apetito como un fenómeno de abundancia y a su satisfacción no una necesidad sino la expresión de libertad y productividad, ya que se trata de una "experiencia gustativa deleitosa" y al placer que la acompaña le denomina "gozo"; y define el hambre como un fenómeno de escasez siendo su satisfacción una necesidad".

Resumiendo, podría decirse que la productividad es lo más importante para Fromm en el ser humano, y la felicidad la indicadora de que el hombre resolvió el problema de su existencia.

En cuanto a las razones psicológicas por las que surge la obesidad, los diferentes autores parecen convenir en que los aspectos conflictivos así como las ambiciones de los padres se traslapan a los hijos afectando su desarrollo, independencia y autoestima, primordialmente cuando no los esperaban, creando en sus hijos sentimientos devaluatorios con fuertes carencias y sensación de falta de potencialidades, sintiéndose indignos de lo bueno.

En general parecen brindarle a la comida una expresión de amor, protección y dominio, además del manejo de agresión y culpa en huida de la angustia, así como de un proceso reparador ante el sentimiento de pérdida.

CAUSAS REACTIVAS

Como parte importante dentro de las causas psicológicas, tenemos los casos en que se desencadena la obesidad en forma reactiva dando principalmente en:

- Personas con períodos de inanición en su vida.
- Personas presas en campos de concentración sin amor y sin felicidad y sin que nadie reconozca sus méritos; estos individuos sustituyen todas las satisfacciones con el hecho de comer.
- En las psicosis incipientes el comer adquiere un papel protector.

C A U S A S S O C I A L E S

La dieta occidental (el tipo de comida), la vida sedentaria y la premisa del menor esfuerzo, han dado lugar a la obesidad entre otras de las enfermedades. Por causa del trabajo y de la situación económica actual, las personas permanecen en actividades totalmente sedentarias, o con poca actividad física, etc.

Por lo mismo parece no importar el concepto que existe de salud, y para las personas obesas, el concepto tanto de salud como de la gordura es erróneo ya que no asocian de ningún modo el sobrepeso como un problema de salud.

Otra situación que mantiene la obesidad se da cuando la persona obesa se ve expuesta a frustraciones sociales con el consecuente sentimiento de hostilidad, lo que la lleva a buscar satisfacción comiendo, expresando simbólicamente así su agresión, como si la comida representara para la persona la demostración de que es a él a quien más quieren.

En ocasiones la persona obesa come por la noche porque se presenta un menor control social y situacional, mismo que le ayudaría a frenar los problemas relacionados con el control de la alimentación. Con frecuencia lo hacen solos debido a que los demás miembros de la familia están ocupados o dormidos, evitándose el sentimiento de culpa.

La televisión es otra de las causas que mantiene a las personas con problemas de sobrepeso, ya que con trucos publicitarios, con los anuncios, hacen presión social para que asocien determinados alimentos con diferentes factores "beneficos" como la "buena alimentación" y otros mensajes psicológicos donde por el alimento obtendrán amor, status económico, lo mejor de lo mejor, etc.

Resultando que por las ideas generadas socialmente, o bien, debido a que muchas de las personas no están concientes de que están obesas, y no tienen registro de lo que se comen, éste mal comienza alterando a los niños y posteriormente a la vida adulta, siendo más fácil justificarse para el adulto por la supuesta presión social en que se desenvuelve, ya que dice que "debe quedar bien", o, "no desairar a", tanto en reuniones de trabajo, comidas, compromisos importantes, etc.

Otra causa social común es la tradición, que ocupa un papel importante en cuanto a las causas del sobrepeso se refiere, ya que principalmente en México, existen festividades marcadas que se relacionan con la comida, siendo para los obesos un motivo difícil de rechazar.

Otra de las causas que encontramos es la poca educación social existente en cuanto a la utilización del tiempo libre y las actividades a realizar por el común de la gente en sus encuentros, ya que por regla general se festeja comiendo y bebiendo, reactivando su conflicto y educación en cuanto a comida se refiere.

Podríamos concluir que las causas sociales tienen como origen la falta de conciencia en cuanto a la salud y al tipo de alimentación que requiere cualquier ser humano, ya que lejos de existir una preocupación real existen multivariados factores que impiden se le brinden la importancia que requiere, dando por resultado tanto la obesidad como otras alteraciones físicas con fuertes justificantes (injustificados) como son los mencionados anteriormente.

CAUSAS GENÉTICAS

Dentro de la obesidad se considera la genética como frecuente en familias de obesos, aunque en realidad es transmitida de padres a hijos principalmente por la tendencia que existe a transmitir hábitos y costumbres, adecuando la probabilidad de tendencia genética, aunque no está comprobada.

Además de que los genes por lo común influyen en la talla de la estructura del cuerpo, pero rara vez en el patrón de la gordura por sí.

Cuando se presenta la obesidad "genética", por lo general está acompañada por una variedad de malformaciones óseas y un retraso mental.

TRANSTORNOS

La ingestión inadecuada de alimentos, da lugar a diferentes trastornos como son la malnutrición, obesidad, y otras enfermedades, además de la desfiguración estética.

Para esta investigación, resulta importante conocer algunos de los trastornos que por la obesidad se encuentran comunmente, dentro de éstos encontramos, los trastornos físicos y los psicológicos.

TRANSTORNOS FISICOS

En general el exceso de peso está correlacionado con una menor duración de vida, puede acarrear graves problemas como alteraciones del aparato locomotor, cardiovascular, respiratorio, propensión a infecciones, siendo el mayor índice de mortalidad frente a enfermedades degenerativas como diabetes, cirrosis hepáticas y enfermedades del corazón.

El exceso de peso aumenta en más de un cincuenta por ciento el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares o renales. Por el contrario, en los obesos, los fallecimientos por tuberculosis y úlceras, así como los suicidios, son inferiores a la media.

El sobrepeso eleva el riesgo en cirugías y partos, además de que estas personas pueden ser más propensas a sufrir accidentes.

TRANSTORNOS PSICOLOGICOS

Generalmente cuando una persona padece de algún mal, éste se refleja a través de su físico y de su conducta, en este caso, la persona que padece por su peso sufre trastornos importantes en su interno, esto es, altera la estructura de su psique.

En ocasiones esto sucede desde la temprana infancia por la relación que la persona obesa tiene con sus padres y demás personas en esta etapa, es determinante debido a que las evaluaciones que hacen sobre las conductas del niño algunas veces positivas y otras negativas, le hacen diferenciar entre las acciones y sentimientos que tienen valor porque son aprobadas y aquellas sin valor por ser desaprobadas, como el niño desea agradar, va a tratar de ser lo que los demás quieren que sea, en lugar de tratar de ser lo que realmente él es; pero al negar sus sentimientos reales, no implica que éstos desaparezcan, sino que seguirán influyendo de diversos modos sobre su conducta, aun cuando esto no sea en forma inconciente; esto le creará un conflicto entre los valores concientes falsos e introyectados y, los genuinos valores inconcientes. Si los verdaderos valores de una persona son crecientemente reemplazados por valores recibidos o tomados de otras personas y percibidos, sin embargo como propios, el si mismo se convierte en algo semejante a una familia dividida y en pugna. En tal caso, la persona se sentirá tensa, desasosogada, como si no supiera en realidad que es, ni que desea.

Poco a poco y a lo largo de toda la niñez, el autoconcepto se deforma cada vez más, debido a las evaluaciones de los demás.

Por consiguiente una experiencia en desacuerdo con el autoconcepto se siente como una amenaza y provoca ansiedad (las personas obesas mantienen una incongruencia entre la imagen que tienen de si mismos y la forma en que su organismo se desarrolla, al sentirse incongruentes se sienten amenazados y ansiosos, por lo que se comportan defensivamente y se vuelven tensos y rígidos).

Las manifestaciones de congruencia-incongruencia o sea el grado de correspondencia entre el si mismo tal y como es y el si mismo ideal, que representa lo que la persona desearía ser, indican si la realidad subjetiva y la realidad externa están o no en discrepancia, si esta es excesiva, el sujeto esta insatisfecho y mal ajustado.

Como se sienten mal consigo mismos y ante los demás, avivan el odio y la agresión contra de si mismos y su superyo entre en acción, acrecentando el malestar que sienten, como esto no les permitiría vivir, actúan los mecanismos de defensa y gran parte de la función del superyo queda excluida por la preocupación conciente; porque existen poderosos motivos para suprimir e ignorar los aspectos susceptibles de causar dolor y de interferir en las gratificaciones. A todas estas experiencias amenazadoras se les niega simbolización o se les proporciona una simbolización deformada para proteger de éste modo la integridad del autoconcepto.

La relación con la madre que por lo general se muestra dominante y agresiva, desarrolla en el niño el concepto de que es especial y poderoso, lo cual asocia más adelante a su tamaño físico y hace que su vida psicológica se llene de ensañaciones, principalmente si sufre derrotas en sus mayores aspiraciones constantemente.

Al pasar del tiempo la imagen del obeso llega a tener un significado emocional para él, ya que le va a representar el deseo de ser fuerte y poderoso. y, en la vida real esto proporciona satisfacción. Así, la pérdida de peso se vuelve difícil no solo al enfrentar el hambre y las defensas, sino que también la pérdida simbólica del amor que es compensada por la venganza que proporciona el hecho de comer y posteriormente debido al miedo de perder el poder que simbólicamente representa la figura obesa.

Cuando las experiencias simbolizadas que constituyen el sí mismo reflejan fielmente las experiencias del organismo se dice que la persona está bien ajustada, ha alcanzado madurez y funciona por completo. Esa persona acepta la gama total de la experiencia orgánica sin temores ni ansiedades y es capaz de pensar de un modo realista. Demuestra la eficacia del yo y puede sentir autoestima y confianza en sí mismo.

En cuanto a los trastornos causados por la obesidad, observamos como afectan las diferentes áreas del ser humano, ocasionando graves dificultades físicas, sociales y psicológicas. Dificultades que por el propio medio familiar se podrían disminuir alterando los patrones negativos de conducta, principalmente en lo referente a la aceptación y rechazo del infante por medio de la comida, y, en cuanto a la transmisión de hábitos y conflictos de padres a hijos, que por una supuesta prevención del dolor para estos últimos, en realidad terminan por causarles mayor daño.

DIETAS GENERALMENTE EMPLEADAS

Dentro de los tratamientos usados generalmente con y sin prescripción médica, el de la "dieta" es el más común, la mayoría de las personas emplean este método porque desconocen las afecciones de que pueden ser víctimas, como no se informan y desean un rápido descenso del peso, no toman en cuenta el precio que su cuerpo paga, primordialmente cuando la dieta es deficiente en energía ya que resulta más peligrosa.

Una dieta alta en grasa es efectiva, pero es baja en energía, por lo que no es conveniente emplearla, ya que provoca cetoacidosis, que consiste en la comunmente llamada acidez estomacal, que es mala pero se usa porque provoca que se deje de comer más, al generarse rápidamente la saciedad. Es peligrosa si la persona metaboliza las grasas.

Otro tipo de tratamiento en cuanto a dietas se refiere es la dieta reducida en alimentos, esta genera angustia porque como ya se habló, no se permiten "pérdidas" y tratan de compensarse casi siempre, por lo que posteriormente sienten mayor necesidad de ingestión. Aquí se reafirma la teoría de Karen Horney donde dice que a mayor angustia, se despiertan las defensas y al despertar éstas se genera la angustia, es este caso, a mayor angustia por dejar de comer, surge la necesidad de comer para protegerse contra la pérdida y así reduce la angustia manteniéndose un círculo vicioso difícil de romper por sí mismos.

Las dietas severas no pueden ser mantenidas para siempre, de tal forma que es un error tratar de reducir peso con una dieta que no es compatible con la vida diaria.

Pero en el caso de emplear dietas, lo mejor es emplear la dieta de 1/3, en que se dan por varias ocasiones al día (3 veces) bajas cantidades de alimento, sin alterar sus funciones digestivas y a su vez disminuyen la angustia.

Otro de los tratamientos usados por las clínicas para control de peso, con experiencia en investigaciones sobre el tema y que se podrían considerar íntimamente ligados a la psicología, es el infundirles a los pacientes sentimientos de culpa, servirles comida no muy agradable, presentar la mesa restringida en cuanto a alimentos se refiere, eliminar los postres, o presentarlos desagradablemente a la vista, ya que con todo esto se obtiene el resultado deseado: que coman menos.

En las diferentes formas de control de peso, la más dañina es a través de pastillas (la mayoría anfetaminas) ya que crean adicción, requiriendo de mayores dosis cada vez, además de transtornar el sistema nervioso central, modificar las relaciones químicas de los neurotransmisores, reguladores de las funciones cerebrales, provocando en ocasiones problemas emocionales serios y hasta psicosis, además de causar falso estado de alerta entre otras consecuencias.

Cuando consumen hormonas tiroideas injustificadamente, condicionan hipertiroidismo provocando que con el tiempo deje de funcionar esta glándula.

Otro método mal empleado es la ingestión de nicotina por su efecto depresor del hambre, y al igual que las pastillas, no se recomienda.

Los masajes reductivos son otro de los tratamientos generalmente empleados, éstos causan daño a los tejidos provocando microhemorragias, además de que al exprimir la masa de adipositos éstos pasan al torrente sanguíneo provocando en ocasiones oclusión de vasos y venas con la propia grasa.

En general podríamos decir que el mejor tratamiento hasta hoy empleado es el control entre el gasto calórico y la ingesta diaria. Esto es, de acuerdo a la actividad desarrollada, es el consumo de nutrientes, lograndose un adecuado balance.

Dentro de los tratamientos psicológicos tenemos la psicoterapia en sus diferentes gamas (individual, grupal, de apoyo, psicoanalítica, etc.).

En este problema "obesidad" la psicoterapia pretende llevar al paciente al conocimiento de si mismo, esto lleva implícito el crecimiento del obeso en todas las áreas de su vida.

Dentro de la psicoterapia es importante que el paciente tenga claro los factores psicológicos que le hacen estar obeso, así como que clarifique los procesos que le producen aumento de peso, el que le está llevando a la gula, cómo lo maneja, su compulsión al comer, etc.

Al definir sus problemas, el paciente puede encontrar nuevas soluciones o alternativas que le ayuden a enfrentar de otro modo sus problemas y situaciones de modo que pueda ir reduciendo de peso.

Uno de los fines de la terapia es que el paciente vuelva a verse y a aceptarse como él es, que se vea a sí mismo bien y feliz, ya que de esta forma poco a poco se romperá la imagen de obeso, o sea, se busca que el paciente reintegre su nueva imagen paulatinamente.

Se educa al paciente en su alimentación y se le lleva a una pérdida de peso paulatina, donde se vaya adaptando a todos los elementos, tanto metabólicos como psicológicos para llegar al peso que debe tener.

Se busca que la persona reintegre su nueva imagen de sí mismo, que maneje su compulsión a comer y que tenga un mejor manejo de la autoagresión que se hace; por la imagen que tiene de él, se vive como rechazado y con un sentimiento de hostilidad, esto lo irradia a los demás y es lo que recibe.

Generalmente las personas con este tipo de problemas tienen rasgos de personalidad mal definidos, y requieren de un cambio, tanto de su imagen corporal como físico por sí mismos es muy difícil; las personas con estos problemas, definitivamente necesitan de un apoyo y una motivación psicológica para poder transformarse, de otro modo, los seguros fracasos que vivirá le harán desertar, por su propia autocrítica, mientras que apoyado, paulatinamente se acercará al objetivo dejando a un lado los mecanismos que condicionó y reforzó a lo largo de su vida.

El obeso lo seguirá siendo mientras no aprenda a modificar su conducta desde el punto de vista de hábitos alimenticios y de lo que le representa afectiva y emocionalmente la comida, por lo que uno de los puntos que se revisan en la psicoterapia es el área afectiva, ya que al igual que la comida degluten todo tipo de emociones, alegría, tristeza, angustia, soberbia, complejos, traumas, hasta el amor; por los conflictos emocionales comen y comen.

Para esto, se tendrá que revisar desde el nacimiento de la persona con problemas, ya que cuando este nace quien le da los nutrientes es la madre y a través de la boca aprende a representar su cuerpo; si existieron problemas tendremos una desintegración entre lo que es su imagen corporal y su mente o sea, desintegra su imagen corporal ideal de la imagen real de él mismo.

Un punto importante en cuanto al tratamiento psicológico se refiere, es el manejo de los mecanismos defensivos, ya que por regla general negarán su realidad, negarán enfrentarse a sus problemas etc. Dicen que no les importa su gordura, pero internamente sufren mucho y se angustian.

La agresión es otro factor primordial en la vida de un paciente con sobrepeso, ya que cuando está comiendo, le brindan atención pero agrediendo de diversas formas, una es con dobles mensajes, otra hostigándolo. Como respuesta comen más, estas agresiones son muy severas y les causan daño, principalmente debido a que se trata de personas de su contexto familiar o bien de su pareja.

Es tópico fundamental en psicoterapia la sexualidad; el obeso por su gran masa corporal merma la posibilidad de tener relaciones de este tipo y el apetito sexual disminuye; teme al rechazo porque "no es sexy" y evade toda posibilidad, este manejo es importante, ya que no solo proporciona placer sino que también protege contra los temores y sentimientos de culpa, y estimula las fantasías de reparación; por el manejo de agresión, proporcionando sentimientos de gratitud y seguridad, los que a su vez incrementan sus poderes creadores en otros campos e influyen favorablemente sobre su capacidad para el trabajo y otras actividades.

Por otra parte, el manejo de gratificadores resulta importantísimo, ya que uno de los compensadores que tiene el individuo con tendencia al sobrepeso es la comida, si está ansioso come, si está alegre come, si se quiere gratificar come, entonces la comida adquiere un valor simbólico más importante que el nutricional; cuando le restringimos la posibilidad de gratificarse, de descargar su angustia, es muy difícil para él poder ser capaz de lograr el descenso de peso, si a esta restricción no se le sustituye por algún otro gratificador.

Cuando el sobrepeso es poco, la gratificación que se tendrá será verse delgado, pero cuando es demasiado, es importante analizar las motivaciones de cada individuo por ejemplo en el área social, salir con amistades; o la lectura, el deporte, el arte, etc. En lo sugerido se debe cuidar que no se sienta ridiculizado, porque si es así, no efectuará nada y reciclaremos el problema.

Es importante analizar el curso de los tratamientos que se han seguido, ya que de esta forma se podrán detectar con mayor facilidad las fallas o hábitos en que se ha vivido, así como algunos posibles apoyos.

Y si de apoyos se trata, la familia es uno de los más importantes, se debe buscar hacer de la familia un contexto de ayuda bien definido y de colaboración real y sincero. En ocasiones hasta el punto de recibir terapia familiar como único medio de resolver el problema. Así como en las ocasiones en que toda la familia sufre la afección.

Debido a que la obesidad se genera por diferentes causas y una de las más importantes es la psicológica, se tratará de observar si reduciendo ansiedad a través de la psicoterapia existe reducción de peso, para lo cual se emplearán los conceptos aquí expuestos.

Correio del Oitavo

Ano 3

C A R A C T E R D E L O B E S O

Dentro de los estudios sobre el carácter de Fromm, encontramos diferentes tipos para cada persona, el que encuadra con el problema de la obesidad, es el carácter de orientación receptiva.

Fromm distingue "carácter" de "rasgos de conducta", explicando que el carácter "es el patrón de conducta característico de un individuo dado. Y, los rasgos de conducta "acciones observables por una tercera persona".

Para Fromm el hombre se relaciona de dos formas:

1. Relacionándose con otras personas y consigo mismo: proceso de socialización.
2. Adquiriendo y asimilando objetos por medio del proceso de asimilación.

De esta relación determina los caracteres en dos tipos de orientaciones: Orientación Improductiva
Orientación Productiva.

I ORIENTACIONES IMPRODUCTIVAS

1.1 ORIENTACION RECEPTIVA

La persona siente que la fuente de todo bien se halla en el exterior y cree que la única manera de lograr lo que desea -ya sea algo material, sea afecto, amor, conocimiento o placer- es recibiendo de esa fuente externa.

Estas personas muestran una clase particular de lealtad, en cuya base se encuentran la gratitud por la mano que los alimenta y el temor a llegar a perderla. Como necesitan de muchas manos para sentirse seguras, deben ser leales a numerosas personas, resultándoles difícil decir no.

El tipo receptivo se caracteriza por su gran afición a la comida y a la bebida.

Tales personas tienden a compensar su ansiedad y depresión comiendo y bebiendo; su boca constituye un modo de prominencia lingüar y es con frecuencia el más expresivo; los labios tienden a permanecer abiertos como en estado de espera constante de alimentos.

En sus sueños, el ingerir alimentos es un símbolo frecuente de ser amado; el sufrir hambre, una expresión de frustración o desengaño.

En general son optimistas y cordiales; tienen cierta confianza en la vida y sus bondades, pero se tornan ansiosos y atolondrados cuando ven amenazada su "fuente de abastecimientos".

A menudo tienen un deseo genuino de ayudar a otros, pero el hacer algo por los demás lleva al propósito de asegurar su favor.

1.2 ORIENTACION EMPLOYADORA.

Siente que la fuente de todo bien se encuentra en el exterior, pero no espera recibir cosas de los demás en calidad de dádivas, sino quitandoselas por medio de la violencia o la astucia. Esta orientación abarca todas las esferas de actividad.

1.3 ORIENTACION ACUMULATIVA.

Su seguridad se basa en la acumulación y en el ahorro, en tanto que cualquier gasto se interpreta como una amenaza.

Los individuos que corresponden a esta orientación se rodean a sí mismos de un muro protector, y su fin principal es introducir todo lo que puedan en su posición fortificada y permitir que salga de ella lo menos posible. Su avaricia se refiere tanto al dinero y otros objetos como a los sentimientos y pensamientos.

Estas personas tienden a la suspicacia y a poseer un singular sentido de la justicia, el cual podría ser expresado por "lo mío es mío y lo tuyo es tuyo".

1.4 ORIENTACION MERCANTIL.

Orientación del carácter que está arraigada en el experimentarse a uno mismo como una mercancía, y al propio valor, como un valor de cambio.

El éxito depende en grado sumo de cuan bien puedan "introducir" su personalidad, de la clase de envoltura que se tenga; de si se es jovial, profunda, agresiva, digna de confianza o ambiciosa y aún más, de cuáles son sus antecedentes de familia, a que clubes pertenece y si está conectada con gente influyente.

Deben llenar la condición: "Estar en la demanda".

La persona no se preocupa tanto por su vida y su felicidad como por ser "vendible".

Desarrollan las cualidades que pueden venderse mejor, no predomina ninguna actitud particular, sino el vacío que puede llenarse lo más prontamente posible con la cualidad deseada.

Un tipo de actividad improductiva es la reacción frente a la ansiedad, ya sea aguda o crónica, conciente o inconciente y que esta frecuentemente en la raíz de las preocupaciones del hombre actual.

II ORIENTACION PRODUCTIVA

La orientación productiva se refiere a una actitud fundamental, a un modo de relacionarse en todos los campos de la experiencia humana, incluye las respuestas mentales, emocionales y sensoriales hacia otros, hacia uno mismo y hacia las cosas.

Para Fromm, la etapa de la madurez sexual es aquella en la cual el hombre tiene la capacidad de producción natural, por la unión del espermatozoide con el óvulo se produce una nueva vida. "Mientras este tipo de producción es común al hombre y al animal, la capacidad para la producción material es algo específico del hombre". Y explica:

Productividad es la capacidad del hombre para emplear sus fuerzas y realizar sus potencialidades congénitas. Debe ser libre y no dependiente es -lo verdaderamente opuesto tanto al realismo como a la locura".

Todas las orientaciones forman parte de la dotación humana, y el predominio de cualquier orientación específica depende en gran parte de las peculiaridades de la cultura en que vive cada persona.

Dar vida a las potencialidades intelectuales y emocionales del hombre, el dar nacimiento a su yo, requiere actividad productiva.

Freud lo definió como la estructura del carácter de una persona en la cual la libido oral y anal han perdido su posición de predominio y funcionan bajo la supremacía de la sexualidad genital, cuyo fin es la unión sexual con un miembro del sexo opuesto, un individuo que es capaz de funcionar bien sexual y socialmente.

En general las orientaciones no se presentan solas, siempre se trata de combinaciones, pues un carácter jamás representa exclusivamente a una de las orientaciones improductivas o a la orientación productiva.

No existe ninguna persona cuya orientación sea enteramente productiva, ni nadie que carezca totalmente de productividad, pero el grado de intensidad de la orientación de cada persona varía y determina la cualidad de las orientaciones.

Dentro del carácter del obeso, trataré de esbozar los mecanismos de defensa, que al igual que en la ansiedad, pasan la vida intentando mantener equilibrio entre las fuerzas vitales y los elementos destructivos que coexisten en cada ser humano.

Los mecanismos más utilizados por los sujetos en el problema de obesidad son: a) Introyección
b) Proyección
c) Correlacionados a y b.

Las defensas se originan dado que el bienestar del lactante depende principalmente de su boca y de la leche, esto es, el proceso de incorporar y obtener adquiere gran significación como medio de alejar el dolor y el peligro.

El impulso de ingerir algo bueno para incrementar la sensación interna de bienestar está vinculado a la introyección. La acentuación en el deseo de ingerir como defensa contra la desintegración interna se constituye en un factor importante cuando existe voracidad.

Lo anterior, junto con la gratificación real, la prueba de ser bueno, rebosantes de bondad y dignos de amor, respeto y honor, sirve contra el temor de hallarse internamente vacíos o bien contra los malos impulsos que hacen sentirse lleno de maldad y dañino para sí mismo y para los demás. Además que defienden del miedo a la venganza, castigo o retribución que los demás pudieran infligir en el terreno moral o material en nuestros afectos y relaciones amorosas.*

Empleando la proyección, se permite obtener placer porque se pueden gratificar los impulsos agresivos sin que ocasionen daño alguno.

La desvalorización de lo bueno y la pérdida de fe en ello, nos sirve como mecanismo útil para soportar desengaños sin volvernos agresivos.

La proyección es esencial e invariablemente una medida de seguridad, salvando mediante el rechazo de la realidad, la vida interna amenazada, pero además tratando de asegurarse placer. Como ejemplo de defensa tendríamos cuando no se quiere ver la cantidad de grasa real en el cuerpo de uno, cuando se encuentra excedido en peso, pero sí en los demás.

* Klein Melanie, Joan Riviere (1975) AMOR, ODIO Y REPARACION. EMOCIONES BÁSICAS DEL HOMBRE. Buenos Aires. Edit. Paidós.

Por lo general, odiamos figuras que forman parte de nuestro interno o figuras resultantes de nuestra propia agresión hacia las figuras parentales en otras etapas; sin embargo, lo que más odiamos, es el odio interno en sí, lo tememos tanto que nos defendemos proyectándonos. Esto es, lo que no nos agrada de nosotros mismos; principalmente las emociones negativas. Buscamos esconderlas de los demás, pero principalmente en nosotros mismos, entonces se genera la defensa y vemos en otros, lo que poseemos y tenemos poseer, resultando más fácil verlo en otro y "olvidar" que uno lo tiene.

La introyección con la proyección, consisten en expulsar psíquicamente hacia afuera todo lo que nos parece malo y pernicioso internamente.

Esto explica el por qué la necesidad de asegurarnos contra las pérdidas y los peligros internos y externos, induce a veces a acumular y almacenar todo lo bueno de que logremos proveernos (en este caso comida).

Al manejar sentimientos de agresión y de culpa, pueden surgir dentro de los obesos el complejo de inferioridad, ya que temen ser un peligro para los que aman por su carga de impulsos agresivos, y por los deseos y fantasías de rivalidad y odio contra la madre. El infante aunque odie a su madre, también la ama, cede a sus hermanos y hermanas porque son rivales en el amor de sus padres, sin embargo también los ama y aquí de nuevo surge el conflicto entre los impulsos agresivos y los sentimientos de amor. "Ésto provoca culpa y origina nuevos deseos de hacer sacrificios para reparar a las personas amadas que en la fantasía han sufrido daño o destrucción".

Como respuesta a todo esto, surge el deseo de brindarles felicidad a los demás, ligado a un fuerte sentimiento de responsabilidad e interés por ellos, que se manifiesta en simpatía, identificarse con ellos y capacidad de comprenderlos tal como son.

Esto se explicaría de acuerdo al carácter que atribuye Erick Fromm, del cual se habló anteriormente.

Otra de las reacciones que se presentan como defensa en la obesidad, es el tratar de eludir responsabilidades, buscar que otro se haga responsable de los actos que uno realiza y a veces hasta de las opiniones y pensamientos, evitando así la actividad productiva.

Las defensas psicológicas se ven amenazadas y activadas con la simple pérdida de peso, cuando logran reducirlo ya que las personas esperan cambios en los demás así como en su vida. y, cuando no se logran satisfacciones ni a través de la fantasía, ni adelgazando, es obvio que reaparezca el peso, ésto sucede ya que no trataron de cambiar el origen sino la consecuencia: estar gordos, olvidando que son seres integrales y por lo tanto cada área de su vida merece especial atención.

Experimentos

Realizados

Capítulo 4

E X P E R I M E N T O S R E A L I Z A D O S

Debido a que esta investigación se enfoca al tema de la obesidad conjuntamente con el de ansiedad, y ya que han sido estudiadas en sus diferentes aspectos, parece importante mencionar algunas de estas investigaciones, gracias a las cuales, el enfoque de la presente resulta más claro, así como la realización de la misma.

Dentro de las investigaciones realizadas encontramos diferentes puntos de vista entre los que se encuentran del tipo:

- a) Fisiológico
- b) Psicológico
- c) Por el tipo de alimentos
- d) Por la actividad desarrollada y el consumo.

Mismos que se tratarán a continuación.

Walter B. Cannon de la Universidad de Harvard y Anton J. Carlson de la Universidad de Chicago sostenían que las contracciones del estómago era la principal señal que daba la sensación de hambre, aunque se demostró por vía quirúrgica del estómago que no es verdadero; se pueden retrasar las punzadas de hambre, pero eliminar la sensación global de hambre, no.

Carlson, planteó que un nivel bajo de azúcar en sangre era la causa de las contracciones estomacales, pero se descartó. El apetito voraz de los diabéticos con un alto nivel de azúcar en sangre parece también invalidar esta idea.

En la década de los 40s. S.W. Ranson y Col. de la Universidad de North Western, descubrieron que los animales se volvían obesos con la destrucción del Area central (ó medial) del hipotálamo, una parte del diencefalo.

John R. Brobeck y Col. de la Universidad de Yale demostraron que la destrucción de las áreas laterales del hipotálamo ocasionaba rechazo de los alimentos.

En el departamento de nutrición de la escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, se hizo una exploración somática de cómo operaban los centros reguladores del hipotálamo, demostrando que el área central del hipotálamo es un centro de saciedad que normalmente actúa como inhibidor del área lateral cuyo estímulo para comer es constante. En otras palabras lo que está regulado no es el hambre sino la saciedad. Se estudió cómo actuaban los centros de saciedad del hipotálamo, para determinar, cuando se ha satisfecho el hambre del organismo, suponiendo que los centros de saciedad sean sensibles a la disponibilidad del azúcar en la sangre y que su utilización de azúcar pueda ser una medida de hambre.

Encontraron que las sensaciones individuales de hambre se calmaban cuando disminuía el ritmo de utilización del azúcar.

Albert Stunkard de la Cornell University, encontró que cuando la diferencia en los niveles de azúcar en las arterias y en las venas era pequeña lo que indicaba una disponibilidad reducida de azúcar el sujeto tenía contracciones en el estómago y una sensación subjetiva de hambre, mientras que una reversa coincidía con la saciedad.

Stunkard y Col. encontraron que la administración de glucagón (hormona pancreática) aumenta el nivel de azúcar en la sangre sin disminuir su utilización, eliminaba invariablemente las contracciones gástricas y las sensaciones de hambre.

Los impulsos procedentes de las células de la saciedad del hipotálamo al alcanzar la corteza cerebral son interpretados y traducidos allí en forma de sensaciones de saciedad o de hambre. No obstante, otros factores -tanto psicológicos como fisiológicos- pueden intervenir modificando el apetito por lo menos temporalmente. En especial debe tenerse en cuenta los reflejos condicionados y los hábitos. El esquema global es de una gran complejidad y por tanto es de esperar que un cierto número de disfunciones puedan dar lugar a que una persona coma en exceso. La disfunción puede afectar tanto a los centros reguladores como el metabolismo general.

El Psiquiatra Albert Stunkard trabajó acerca de la relación entre la obesidad y la movilidad gástrica (contracciones estomacales) en el hombre. En su experimento, los sujetos empezaron su trabajo a las nueve de la mañana sin haber desayunado, e ingirieron un balón gástrico, mecanismo utilizado para medir las contracciones estomacales; supervisados en forma continua en un periodo de veinticuatro horas, se les preguntaba cada 15 minutos si sentían hambre y ellos contestaban simplemente si o no.

El grado de correspondencia entre el reporte verbal si y la presencia o ausencia de contracciones estomacales se comparaba en relación con un grupo de sujetos de talla normal y otro grupo de sujetos obesos.

Los sujetos de talla normal presentaron un alto grado de correspondencia entre la ausencia de contracciones estomacales y el reporte NO; por otra parte, los sujetos obesos presentaron una correspondencia muy baja entre las contracciones estomacales y el reporte verbal. En pocas palabras, la conducta verbal de los sujetos recibió influjo relativamente pequeño de su propia condición fisiológica.

En un experimento con ratones y ratas, se usaron ratones genéticamente obesos y se buscó que tuvieran determinados genes. Se tomaron grasas en ratas normales y se implantaron en ratones con esos genes, los cuales se esperaban que engordaran y no sucedió nada, se hizo a la inversa y no sucedió nada de nuevo; lo que quiere decir que es un factor externo. Esto se hizo también con Diabetes Mellitus, con una transfusión y se encontró que quizá exista una relación genética. (U. A. M.).

A voluntarios de peso normal y excedente se les proporcionó la misma cantidad de alimento, a algunos se les pidió que comieran rápido y a otros despacio.

Se descubrió que una hora más tarde estos últimos tenían menos hambre que los primeros.

Los estudios han puesto de manifiesto que se requieren veinte minutos para que el alimento descienda hacia el estómago se transforme y por tanto pueda ser absorbido hacia el torrente sanguíneo; llevada a cabo la absorción, la sangre acarrea hasta los centros cerebrales correspondientes el mensaje de que dicho alimento ha llegado al estómago.

Una sorprendente pequeña cantidad de comida es suficiente para desatar la señal "me siento satisfecho" sin embargo, si el paso de la alimentación es rápido, durante esos veinte minutos, se puede embutir una inmensa cantidad de nutrimentos.

Por cada minuto que transcurre en cada comida, comen los obesos más que los delgados, y al no masticar bien el alimento tarda más en ser digerido y absorbido, y dada su prisa lo disfrutan menos.

De las investigaciones de tipo fisiológico que se han revisado podemos notar en general que los investigadores coinciden en que el hipotálamo es el principal centro conectado con la función de ingerir alimentos, fundamentalmente como señal de saciedad.

Otro punto tratado se refiere al empleo del azúcar en el cuerpo como activador o desactivador del hambre, por lo que es importante el manejo de un régimen alimenticio balanceado, ya que de otra forma se descompensarían los niveles que el organismo requiere y recibe de los diferentes alimentos.

El ingerir rápidamente los alimentos, también altera al organismo y facilita la obesidad, misma que según lo investigado no es de ningún modo hereditaria.

Por lo anterior podemos concluir que la salud fisiológica es muy importante y sobre todo parte integral del ser humano, por lo que si pretendemos reducir peso y ansiedad, debemos tomar en cuenta los procesos que desencadenamos al "sentir hambre" y/o comer.

(B) PSYCHOLOGICALS.

Rodin, discípulo de Schachter, demostró que los sujetos obesos resultan mucho más afectados por la distracción, en la ejecución de tareas rutinarias. Esto se explica si se supone que la mayor influencia que ejercen los indicios externos del sujeto obeso, se deben a que éste se encuentra más "ligado al estímulo", que su conducta está más sometida al control de los estímulos externos que en el caso una persona normal.

Hizo que los sujetos corrigieran pruebas. Los obesos tuvieron un desempeño mejor que los normales cuando no hubo distracción; pero su rendimiento es inferior al de los normales, cuando hay un alto grado de distracción.

Así, los sujetos obesos están más ligados al estímulo, cuando mayor es el grado de la tendencia a reaccionar de los sujetos obesos.

A niveles bajos de estimulación los sujetos obesos estarían menos activos o tendrían menos tendencias a reaccionar que los normales, pero a niveles altos dicha tendencia sería mayor.

Esto es, de acuerdo a la intensidad del estímulo (comida agradable) será la intensidad de respuesta (mayor ingestión).

Los mismos investigadores, colocaron a un grupo en dos mitados, normales y obesos, electrodos a las 4:30 y al final del experimento, pero su reloj se modificó y se les manifestó angustia.

Los normales con y sin angustia comieron poco, los obesos sin angustia comieron poco y los obesos con angustia comieron mucho.

A.C. Kaplan y H.E. Kaplan, en el laboratorio han demostrado que el apetito puede ser condicionado de tal manera que pueda suscitarse, por estados emocionales que originalmente están conectados con la situación alimenticia. Por otra parte es una observación clínica frecuente que el comer es un método eficaz y frecuentemente usado para reducir angustia.

En una investigación realizada en la Universidad de Columbia a mediados de los sesentas, expertos en control de peso encontraron que las personas con sobrepeso tienden a sentir la necesidad de comer cuando piensan que la hora de comer ha llegado; con estudiantes voluntarios en una sala experimental, se les observó y el tiempo que mostraba el reloj era artificialmente alterado.

Mientras que para unos se reguló que pasara despacio, a otros se les aceleró considerablemente.

Durante el experimento se les dió la oportunidad de comer galletas, el número consumido de éstas fue observado con cuidado por el equipo de investigación.

Se descubrió que las personas de peso normal no habían sido influenciadas por el tiempo manipulado, comieron la misma cantidad de galletas sin importarles el tiempo que transcurría en forma rápida o lenta. Las personas con sobrepeso parecieron estar bastante influenciadas por el tiempo aparente.

Comieron un número significativamente menor de galletas durante el tiempo en que pensaron que todavía no había llegado la hora de su comida normal y consumieron un número considerablemente mayor de galletas cuando creyeron que la hora de su comida ya había pasado.

Tomando como base los hechos anteriores, las comidas hechas bajo un horario pueden tener un efecto positivo importante sobre la necesidad de comer que experimentan las personas cuyo peso es excesivo.

En la Universidad de New York, se estudió la relación obesidad-clase social, y se encontró que es diferente entre las mujeres de una clase y otra, siendo seis veces más frecuente entre mujeres de clase baja.

Aunque la mayoría de los estudios se han realizado con la clase media, en individuos obesos en los que se encontró algún problema en su personalidad ligado a algún trastorno somático.

Otro estudio realizado por Kaplan sobre la dieta de 600 calorías arrojó que las personas con este tipo de tratamiento sufren cambios afectivos, perceptuales, sexuales y de alimentación, y que al perder peso les aparecieron síntomas de angustia y depresión así como actos agresivos u hostiles; éstos se presentaron sólo mientras el paciente se veía privado de calorías.

En una prueba psicométrica de dibujo se encontraron alteraciones perceptuales, acerca del tamaño corporal y permeabilidad de los límites yoicos. Subjetivamente decían sentirse obesos después de haber perdido peso. Aumentaron la psicopatología sexual, los sueños y las fantasías de alimentos o de comer, así como la expresión de conflictos en diferentes actos cuando los pacientes rompían la dieta. (acting out).

Myron L. Gluckman y un grupo de investigadores en Suiza, en 1972, aplicaron una escala que crearon para ver la influencia de la imagen de sí mismos en la obesidad, a un grupo de adultos excedidos de peso, al integrarse por primera vez en un programa de control de peso. Se calificaban según se consideraban a sí mismos (en cuanto a aceptarse) el primer día, y al mismo tiempo indicaron el tipo de evaluación que pensaron se darían una vez alcanzado el peso deseado.

En la escala, una puntuación de 50 indica perfecta aceptación de su cuerpo; una puntuación de 10 indica rechazo total y entre 33 y 27 indecisión.

Las evaluaciones finales proyectadas tenían un promedio de 14.5 puntos más, mostrando mayor satisfacción con el sexo, edad, la musculatura y estructura corporal. (Escala medida).

Cuando perdieron un promedio de 5 Kg., la evaluación corporal promedio tuvo un incremento de 5 puntos del test utilizado, por cada punto anterior de satisfacción con su peso.

Al final, aquellos cuya puntuación inicial osciló entre 15 y 20 puntos, se evaluarán a sí mismos una vez que empezó a aumentar la pérdida de peso, en el nivel 30. Aumentó en la satisfacción con su imagen corporal.

Concluyendo que resulta importante que la gente procure tanto un cambio en la imagen de su cuerpo como un cambio en su comportamiento al comer.

Conforme las personas lleguen a sentirse más satisfechas de su silueta, deberán modificar su conducta para que ésta esté acorde con su imagen. El peso es de una dimensión fundamental de nuestra imagen actual referente a la manera en que pensamos debe ser nuestra apariencia.

J.M. Price en 1972, en un estudio de laboratorio les permitió a voluntarios beber su ración de un líquido dietético que contenía todos los nutrientes y calorías necesarios, y aún así, su necesidad de comer casi no disminuyó; los sujetos no tomaron más de lo que necesitaban, pero estaban preocupados por comer y ansiaban alimentos sólidos. Esto implica, para poder limitar uno de los orígenes del hambre durante o entre comidas el comer una variedad de alimentos con diferentes presentaciones, sabores y texturas.

En otro experimento de la Universidad de California, se demostró que las personas gordas son vulnerables al encanto de los anuncios relativos a los experimentos.

Mostrarán algunas diapositivas de alimentos a sujetos pesados y normales, y algunas otras de paisajes bonitos a un grupo de sujetos de varios pesos.

A todos se les pidió más tarde evaluar el gusto de los bizcochos, y de indicar si lo comprarían o no.

Mientras que las personas con peso normal no parecerían haber estado influenciadas por las diapositivas, aquellas con sobrepeso estuvieron dispuestas a comprar más tipos de bizcochos después de haber visto las transparencias de alimentos que después de haberles mostrado los agradables paisajes.

La Doctora Susan Wooley, de la Universidad de Cincinnati, pidió tanto a sujetos cuyo peso era normal como aquellos con sobrepeso que recordasen la cantidad de alimento que habían comido durante una comida experimental.

Ninguno sobreestimó la cantidad de comida ingerida. Mientras que los de peso normal hicieron una subestimación acerca de lo ingerido de un 26 %, mientras que los obesos la hicieron de un 44 %.

Las mujeres respondieron considerablemente mejor al informar, un 7% menos de subestimación de lo ingerido las de peso normal, en comparación un 19 %, de las mujeres con exceso de peso.

Esto nos indica que bajo un estímulo controlado por las condiciones de laboratorio, los obesos tienden a subestimar lo que comen.

Al estar distraídos y no concentrados en lo que consumen es lógico que su precisión sea aún menos exacta.

Cuando las personas rollizas comen, experimentan un síndrome que ha sido llamado "cálido resplandor". Su receptividad hacia muchos diferentes estímulos se incrementa y se predisponen a sí mismos a aceptar ideas que en otras condiciones rechazarían.

Por ejemplo ver los comerciales de televisión mientras comen, aumenta la posibilidad de que crean lo que escuchan.

En general podemos concluir que las personas obesas son muy susceptibles a "creer" lo que se les presente, ya que atienden a multivariados estímulos a la vez, lo que les hace disminuir la calidad de su desempeño, no sucediendo esto cuando se abocan a una sola tarea. Esto se podría explicar por los mecanismos defensivos empleados para evitar la consciencia de las situaciones que hacen daño internamente, esto es, si comen más porque están distraídos, no sentirán tanta culpa como si están más atentos a lo que están consumiendo.

Otro punto importante es la angustia, ya que a mayor angustia, mayor ingesta y por lo tanto, comen para reducirla, siguiendo el círculo vicioso del que se habló en la teoría.

El tiempo y el tipo de alimentos, son temas que pueden ser empleados positiva o negativamente, ya que parece tener un efecto psicológico importante sobre la necesidad de comer, y como se mencionó, a menor conciencia del tiempo y la forma de comer, mayor cantidad de alimento ingerido y mayores problemas en general.

Otro punto importante sobre todo en ésta investigación se refiere al cambio en la imagen corporal, ya que básicamente reducen peso por diferentes tratamientos pero no tienen cambios mentales y emocionales sobre su persona, manteniendo inalterable su percepción, por lo que resulta importante cambiar tanto de imagen como de comportamiento.

C) POR EL TIPO DE ALIMENTOS.

Schachter y sus asociados llevaron más allá la hipótesis de Stunkard, haciendo la suposición de que los sujetos obesos recibían mayor influencia de los indicios externos y menos de los internos que los sujetos normales.

Decke en 1971, probó esta hipótesis utilizando el gusto del alimento como indicio externo. El buen sabor debía estimular a los sujetos obesos más que a los normales y el mal sabor debería tener el efecto contrario.

Ella les suministró a los sujetos leche normal batida con vainilla o leche con vainilla pero adulterada con quinina, de tal manera que quedaba con pésimo sabor. Los sujetos obesos consumieron más leche de buen sabor pero considerablemente menos de la mezcla de mal sabor.

Ross, discípulo de Schachter en 1969, sentó en una mesa a cierto número de sujetos normales y obesos y les puso a su disposición un gran recipiente que contenían cacahuates con cáscara y cuyo fondo estaba abundantemente iluminado, o, escasamente iluminado según el caso.

De acuerdo a las expectativas, comieron mucho más cacahuates con cáscara y cuyo fondo estaba bien iluminado y menos cuando la iluminación era deficiente, los sujetos gordos que los delgados.

En otro experimento, se dejó siete semanas en ayuno a sujetos delgados y obesos, a las siete semanas se daba un banquete que podría ser de dos tipos:

- a) Con todo lo que a uno le gusta
- b) Con todo lo que detesta.

Los normales con a) y b), comían. Los obesos se dispararon con a), comían demasiado y con b), no fue mucha su tolerancia hacia los alimentos que no les gustan.

En éstos casos, podríamos concluir que la presentación, sabor y tipo de alimentos es un factor muy importante a considerar, cuando uno está ocupado en reducir de peso y cuando una persona ansiosa come para reducir sus "problemas", ya que si esta información la empleamos adecuadamente le facilitaremos el no acceso a los alimentos beneficiando el tratamiento que se siga.

D). POR LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y EL CONSUMO.

Paul Fenton, de la Universidad de Brown, mostró que algunas líneas de ratones resultan muy obesas cuando se someten a raciones muy grasas.

La influencia del ejercicio es muy importante, encontrarón que obligar a hacer ejercicio a las ratas en un ergómetro tipo cinta sin fin, durante dos horas al día, prevenia la lenta pero progresiva obesidad típica de los animales normales recíuidos en jaulas normales pequeñas.

Sus estudios indican que el efecto del ejercicio se da también en los seres humanos. ...

Muchos jóvenes con exceso de peso, no comen más que los de su misma edad y peso normal, pero se caracterizan por una actividad física espontánea muy limitada e incluso por evitar totalmente el ejercicio.

Lo mismo ocurre con los adultos, la gente que no hace ejercicio de ordinario come tanto como los moderadamente activos.

Películas de cámara lenta en un campamento de verano para muchachas, demostraron que las excursionistas delgadas eran 10 % más activas, que aquellas cuyo peso era excesivo. Mientras jugaban volley ball; y un 250 % más activas cuando nadaban.

Una clave importante para controlar la obesidad del adolescente es por lo tanto, un cuidadoso y planeado incremento en el nivel de actividad física, paso por paso.

En otra investigación, se dió a varios recién nacidos chupones de biberones normales el primero y tercer día de su vida, el segundo día se les dió un biberón cuyo orificio del chupón era ligeramente más pequeño que los otros.

El segundo día los bebés de peso normal hicieron un mayor esfuerzo y obtuvieron la misma cantidad de leche que el primero y tercer día.

Sin embargo, los que tenían exceso de peso tomarón 20 % menos leche el segundo día que los otros días.

Por consiguiente no es de sorprenderse que más tarde se descubriera que los adultos con sobrepeso comieran menos nueces que exigieran ser peladas, y menos chocolates que tuvieran que ser desenvueltos, mientras que para el delgado un acceso fácil tenía poco o ningún efecto sobre las golosinas que comieran.

Por lo que el fácil alcance es un factor a considerar.

El jefe del Programa para controlar enfermedades del corazón del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, sugirió que el patrón del yo-yo, aumento y pérdida continua de peso, puede ser peor para la salud que simplemente conservar el peso excesivo que se tenía en primer lugar.

Señala que a los animales de laboratorio que se les permite permanecer delgados viven más que aquellos a los que se les da la facilidad de comer en exceso, hacer poco ejercicio y por ende engordar; pero que los que permanecían gordos viven más tiempo, que aquellos cuyo peso fluctuaba entre la delgadez y la gordura.

También indicó que cuando el peso se incrementa en forma de depósitos de colesterol o grasa en la corriente sanguínea, y, que no existe evidencia de que éstos depósitos desaparezcan cuando se elimina el exceso de kilos.

La destrucción del amor propio y la verdadera posibilidad de tener problemas mayores en la química de la sangre son simplemente dos de las consecuencias inoportunas de los intentos por perder peso de una manera rápida y fácil.

Por tanto habrá que no hacer caso a dietas maravillosas, artefactos y drogas que presumen haber descubierto el secreto de la naturaleza, antes sin descubrir.

Un grupo de investigadores de la Universidad de Vermont, realizó un intento por hacer que los hombres jóvenes de peso normal aumentarán el mismo al comer tres veces más de su acostumbrada dieta diaria, durante periodos de tres a cinco meses.

Al finalizar este tiempo aumentarán un promedio del diez por ciento del peso de su cuerpo.

Pero cuando el experimento se repitió en el ámbito de una prisión, los convictos aumentaron tanto como un veinticinco por ciento del peso de su cuerpo. Los investigadores concluyeron que la actividad limitada en el ambiente de la prisión evitó que los prisioneros incrementaran la salida de energía y así utilizar parte de las calorías extra; cosa que los sujetos delgados realizaron como un medio para limitar su aumento de peso.

El Dr. George Bray de la Universidad de Southern California. Realizó un cuidadoso registro del consumo de alimentos y de la salida de energía de pacientes que participaban en un programa de control de peso.

Sus pacientes disminuyeron el uso de energía al mismo tiempo que disminuían su consumo de calorías, también empezaron a desgastar menos de las mismas en forma de actividad. El resultado fue que anularon gran parte del beneficio que pudieron haber obtenido de sus esfuerzos dietéticos.

Estos estudios muestran que cuando las personas esbeltas consumen más calorías de las que su cuerpo necesita, parecen incrementar de una manera espontánea el nivel de su actividad, como un medio para quemar las calorías extra en lugar de permitir que se conviertan en grasa.

Mientras que las personas con sobrepeso parecen disminuir repentinamente el nivel de su actividad cuando comen menos, haciendo más difícil para ellas tener una disminución de 3500 calorías, la cual les permitiría disminuir cada uno de los gramos de grasa.

En general todos coinciden en que la actividad limitada, y la cantidad de ingesta debe controlarse, y que las personas que realizan ejercicio reducen la posibilidad de obesidad, mientras que el ser sedentario la incrementa.

Pero si al tratar de reducir de peso suben y bajan constantemente por falta de voluntad, determinación o una ayuda adecuada, resulta más nocivo.

Además del peligro que resulta del sobrepeso, en el tratamiento es importante tomar en cuenta la accesibilidad que sobre los alimentos se tenga.

Podemos concluir que existen vías metabólicas y vías reguladoras sobre la obesidad, las que nos indican de acuerdo a la situación en que nos encontremos, el tipo de "acción" a efectuar para regular a nuestro organismo, esto es, en cuanto al requerimiento de actividad, o alimentos, o bien el descansar por falta de ingestas, etc.

Podemos atribuir a la obesidad tres orígenes: Herencia, lesión y todos aquellos factores desfavorables de la persona.

Herencia, cuando las personas sufren algún tipo de alteración de nacimiento, y que les provoca sobrepeso entre otras características más importantes, como sería la deficiencia mental, etc.

Lesión. cuando algún órgano no funciona adecuadamente ya que sufrió alguna alteración o disfunción y esto provoca al organismo la mala absorción y asimilación así como eliminación, facilitándose la obesidad.

Factores desfavorables, como son el lugar de nacimiento, los malos hábitos alimenticios, el tipo de alimentos consumidos, la accesibilidad a estos, el tipo de actividad desarrollada, el tipo de vida, y principalmente los conflictos de tipo psicológico que junto con lo anterior dificultan en la persona la posibilidad de reducir de peso.

Perceções e Atitudes de Grupos

Capítulo 5

P S I C O T E R A P I A G R U P A L

Mucho tiempo antes de que el hombre aprendiera a emplear el fuego, ya efectuaba actividades grupales, a partir de entonces se ha estudiado esta conducta en el hombre.

Trigant Burrow *, realizó los primeros ensayos en grupos al emplear los conceptos psicoanalíticos en la psicoterapia de grupo, planteando que todo material verbalizado en el análisis individual era también verbalizado en los grupos, y que así mismo se presentaba la transferencia, los mecanismos de defensa y otros elementos del psicoanálisis individual.

A partir de esto, diferentes autores como Burrow, Kurt Lewin, Paul Schilder, J. Bierer, Foulkes, Slavson, J. L. Moreno, etc., exponen las razones y métodos que permiten la utilización de los grupos, cuyo objetivo es la salud mental del individuo, la integración en las diferentes áreas de su vida, y la prevención de los conflictos en todos los niveles del ser humano.

Esto con la constante búsqueda de respuestas a las marcadas defensas psicológicas, que no permiten a los individuos resolver sus alteraciones psíquicas y emocionales, llenando en detrimento de su persona, de la familia y de la sociedad.

El método de tratamiento de grupos se utiliza en hospitales para alienados, tanto gubernamentales como privados, en clínicas, hospitales generales, agencias sociales, escuelas, industrias, etc., dependiendo de la intención y metas con que se forme cada grupo.

Algunos de los tipos de grupo que existen son:

- Grupos psicoterapéuticos:
- a) Cerrados y abiertos.
 - b) Homogéneos, heterogéneos y mixtos.
 - c) De guía y de consejo.
 - d) De admisión y específicos.

a) Cerrados. No se permite a los miembros abandonar el grupo a voluntad, sino que se espera que satisfagan las necesidades del grupo durante cierto tiempo.

Abiertos. Pueden perpetuarse independientemente e indefinidamente, ya que aquellos miembros que completan el tratamiento y dejan al grupo son reemplazados. Por ejemplo el grupo de Alcohólicos Anónimos.

* KADIS L. Averb. et al. MANUAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO. F.C.E.
Mexico. Cap. II 213pp.

b) Homogéneos. Formados por personas diagnosticadas de la misma forma y padecimiento.

Heterogéneos. Formados por personalidades, patologías o problemas diferentes.

Mixtos. Formados por psicóticos y neuróticos.

c) Grupos de guía. Se centran en el problema común y su meta es hacer que el individuo funcione mejor en su situación vital. Por ejemplo, grupos de estudiantes con C.I. alto, de bajo rendimiento escolar.

Grupos de consejo. Los problemas y sentimientos se discuten libremente, pero las discusiones se orientan hacia las personas significativas fuera del grupo. Por ejemplo un grupo de padres con hijos inválidos.

d) Grupos de admisión. También llamados de recepción, de diagnóstico, de sostén o de orientación. Proporciona a los pacientes en espera de tratamiento una experiencia preliminar y constituye un medio para evaluar las necesidades del paciente y mantener contacto con él mientras se transfiere a otro lugar.

Grupos específicos. Son los grupos que satisfacen las necesidades de sus integrantes.

Generalmente en la primera sesión de la psicoterapia grupal, se formaliza sobre la hora, el día y el lugar donde se efectuarán las sesiones, se manifiesta la opción a tomar notas por parte del terapeuta, la utilización de observadores, honorarios, puntualidad, inasistencias y duración de las sesiones.

La sala de terapia deberá ser ventilada, cómoda, con buena iluminación, sin ruidos fuertes, de preferencia alfombrada, con sala de espera.

En el psicoanálisis la primera tarea del analista consiste en interpretar la resistencia del individuo contra la introyección de su inconsciente. El "inconsciente" del grupo está representado por todo aquello que no es comunicación compartida.

El grupo es más bien como un "teatro circular" para la proyección de la totalidad de la mente consciente e inconsciente; o sea del conjunto de imágenes personales, de padre y madre, hermano y hermana, amigo y enemigo, proyectándose el pasado en la realidad de hoy. El grupo más que ninguna otra situación, proporciona oportunidad para la individuación. Esto es, en la psicoterapia individual se es un "hijo único", mientras que en la terapia grupal se es un miembro de una familia. Así, la psicoterapia grupal se convierte en una experiencia terapéutica familiar correctiva.

Algunos de los fenómenos que surgen en el transcurso del tratamiento y que son llamados fenómenos grupales, porque sólo en el grupo es donde se presentan son:

Respuestas "G" o respuestas de grupo.

Transferencia Múltiple.

Acting Out.

Carambola

Subgrupos.

Fragmentación del grupo.

Cambio del "status de un miembro"

"Ataques" al terapeuta.

Intentos de "aniquilar" a un miembro del grupo.

Reacción ante el ingreso de un miembro nuevo.

Sensación de haber alcanzado una meseta.

Estos fenómenos grupales pueden presentarse de diversas formas y en diferentes momentos de acuerdo a la historia y al tipo de grupo de que se trate.

Como el ser humano es social, y el grupo permite vivir el vínculo que se establece cuando "comprendemos" a otro ser viviente, además de reducir el conflicto que crea el ansia de conocerse y encontrarse a sí mismo, siendo la meta de los grupos psicoterapéuticos el análisis de los conflictos en un nivel profundo, el dominio de la realidad y, que al logro de ésta, las personas reduzcan sus niveles de ansiedad provocando una disminución en su problema, los grupos terapéuticos parecen ser un marco natural para la experimentación y elaboración de los conflictos intrapersonales e interpersonales.

Investigación

Capítulo 3

M E T O D O L O G I A

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué influencia tiene la reducción de ansiedad como factor predisponente de la obesidad, después de 25 sesiones de psicoterapia de grupo?

H I P O T E S I S.

HIPOTESIS CONCEPTUAL.

Las personas obesas comen por ansiedad, por lo que se busca disminuir ansiedad y al hacerlo bajarán de peso, dejando de alterar tanto su cuerpo como su interno, para lo cual se empleará como tratamiento la psicoterapia grupal, donde expresarán sus conflictos y ansiedades, enfrentándose a ellas.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Ho. Las personas después del tratamiento no reducen ansiedad.

Hi. Las personas después del tratamiento si reducen ansiedad.

Ho. Las personas después del tratamiento no reducen de peso.

Hi. Las personas después del tratamiento si reducen de peso.

Ho. Las personas obesas no presentan alteraciones perceptuales acerca de su tamaño corporal.

Hi. Las personas obesas presentan alteraciones perceptuales acerca de su tamaño corporal.

V A R I A B L E S.

V.I. Psicoterapia de grupo.

V.D. Obesidad.

V.D. Ansiedad

V.Extrínsecas. Es externos no controladas en la psicoterapia.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

V.D. Personas que en relación a su peso y estatura se excedan de 10 kilos.

V.D. Personas con un puntaje mínimo de 60 en el IDAPE.

V.I. 25 sesiones de psicoterapia de grupo.

TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACION.

Se trata de una investigación de campo, donde las variables dependientes ya están dadas y donde se pretende ver que efecto tiene la V.I.

S U J E T O S

Fueron ocho mujeres de 25 a 35 años de edad, con sobrepeso, de nivel socioeconómico medio, mexicanas, amas de casa, con hijos casi todas y que presentan obesidad no orgánica y no menos de dos años con sobrepeso, reconociendo su problema como tal, deseando cambiar a través de psicoterapia de grupo.

Finalmente la muestra quedo integrada por ocho personas con conflictos en su familia principalmente en su infancia con sus padres, con problemas de autovalorización, de autocritica y perfeccionismo muy fuerte, así como con sentimientos de ansiedad e insatisfacción a lo largo de su historia, manifestando agresión encubierta.

E S C E N A R I O S

Se trabajó en un cuarto de 3 X 4 metros aproximadamente, las paredes sin estímulos distractores, con una ventana para ventilación, el cuarto alfombrado como se recomienda en el libro de Asya Kadis, para crear mayor confianza, distribuyendo a las integrantes en círculo con la ventaja de permitir a cada miembro ver a los demás, así como al terapeuta y reforzar el significado de círculo-unión.

Se colocaron a la vista pañuelos desechables y la báscula para registro del peso.

DESCRIPCION DE INSTRUMENTOS O MATERIAL.

1. Entrevista Inicial.
2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE.
3. Test Proyectivo de la Personalidad de Karen Machover.
4. Bascula para registro del Peso.
5. Tabla de Weight Watchers para registro de alimentos.

1. Se aplicó una entrevista inicial (la entrevista es una confrontación interpersonal en la cual una persona formula a otra preguntas cuyo fin es conseguir contestaciones relacionadas con el problema de investigación), en forma individual para cada integrante con fin de evaluar si cubrían los requisitos mencionados para la investigación, así como sus antecedentes personales.

El tipo de entrevista empleada fué estructurada no estandarizada, para lo cual se empleo un cuestionario. Ver apéndice número 1.

2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, del Dr. R. Diaz Guerrero y el Dr. C.D. Spielberg, para obtener puntuaciones sobre fenómenos de ansiedad.

La escala A-Estado, es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por los pacientes involucrando sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión, variando en intensidad y pudiendo fluctuar a través del tiempo.

La escala A-Rasgo, se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de respuesta.

La dispersión de las posibles fluctuaciones del IDARE varían desde una puntuación mínima de 20, hasta una máxima de 80 (total de posibles respuestas en las dos escalas).

Las puntuaciones crudas obtenidas por las aplicaciones, se transforman a puntuaciones "T" normalizadas para las dos escalas, esto a través de la confiabilidad y validez propia de la prueba (media igual a 100, y que se localiza en el Cuadro I del Manual-Instructivo de la Prueba, pag. 5) Ver apéndice número 6.

3. Test Proyectivo de la Personalidad de Karen Machover, para medir alteraciones perceptuales, acerca del tamaño corporal.

Basado en que cuando un individuo se propone dibujar una persona "tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que pueblan su mente.

Como quiera que la organización del propio yo, en cuanto a enfoque y actitudes, es eminentemente selectiva, es decir, es producto de las experiencias, identificaciones, proyecciones e introyecciones; la imagen compuesta y constituida por la figura, está íntimamente ligada al propio yo, y a todas sus ramificaciones".

También contribuyen a nuestra concepción de lo que es una persona, imágenes de estereotipos culturales y sociales: rasgos físicos con tipos de temperamento. Permitiendo el dibujo localizar el conflicto.

Lo que cada cual dibuja está íntimamente ligado a sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.

La figura dibujada es en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad, y el papel que ésta desempeña en su medio ambiente. Ver apéndice número 6.

Las instrucciones que se siguen al aplicar el Machover son:

- A. Colocar una hoja tamaño carta delante del sujeto y un lápiz.
- B. Se le pide que dibuje a un ser humano.
- C. Se le pide que en otra hoja dibuje a la pareja del ser humano anterior.
- D. Se le pide realice una historia acerca de los personajes de los dibujos efectuados, o bien que conteste un cuestionario relativo a dichos dibujos.

- 4. Una báscula para el registro del peso.

PROCEDIMIENTO

Se formó un grupo de 8 personas de afiliación constante pues no se permite a los miembros abandonar el grupo a voluntad, sino que se supone que han de satisfacer las necesidades del grupo durante cierto tiempo. El cual se estipuló desde el comienzo.

Los sujetos se obtuvieron en base a referencias de personas que se informaron del proyecto.

La duración de la terapia fué de veinticinco sesiones a fin de lograr reducir ansiedad y poder observar los resultados, con un margen de 1 1/2 horas a 2 horas por sesión, mismas que se efectuarán dos veces por semana.

Se realizó la entrevista inicial antes de la primera sesión.

Se aplicaron los pretest de ansiedad y personalidad (CIDARE y Machover), así como el registro del peso y estatura corporal de cada persona al iniciar la investigación, en forma colectiva.

Se brindaron las instrucciones comunes para trabajar en un grupo terapéutico y se realizó la dinámica grupal en forma continua. (ver psicoterapia).

Se aplicó un post-test de las dos pruebas, así como un registro del peso corporal final también en forma colectiva.

Se procedió al análisis de datos y al tratamiento estadístico, así como a la interpretación de los datos.

En el Machover, por ser una prueba proyectiva que no se puede cuantificar, se registrarán los signos alusivos al problema, son los que se enumeran a continuación:

1. Doble o confuso contorno del cuerpo: En mujeres con fantasías de hechizar a los hombres. A menudo destaca la preocupación por el peso.
2. Dibujo pequeñito: Evadir enfrentarse con el problema del cuerpo (sentimiento de inferioridad física).
3. Sombreamiento del contorno de las ropas (relacionando el conflicto relativo al ocultamiento corporal): Puede indicar un impulso y temor a exponer el cuerpo.
4. El cuerpo especialmente delgado como representación del propio sexo: usualmente resulta indicativo de descontento con el propio cuerpo; también aparece como compensación, cuando existe una desagradable redondez de la figura real.

5. Si se dibuja un personaje ridiculo como representación seria de una persona: indica una evasión ante los sentimientos de inferioridad física. Estas figuras serán por lo regular más pequeñas y estarán más hacia el lado introvertido -izquierda - de la página.

6. Énfasis en la línea media: sujetos con preocupación somática, sentimientos de inferioridad corporal, inmadurez emocional y dependencia materna. Preocupación por el cuerpo.

7. Super estilización de la figura: preocupación por el peso.

Se realizó con estos datos una evaluación cuantitativa y cualitativa de cada caso particular y en forma general.

Psychotherapy

Groupal

PSICOLOGIA DE LA OBESIDAD

PROCEDIMIENTOS

PRINCIPAL METADICA.

Presentación.

Aplicación de Pruebas psicométricas.

Registro de pesos y medidas.

Motivos de participación en el grupo.

Normas Grupales.

Las ocho integrantes del grupo (que para cubrir su identidad denominaré 1,2,3,4,5,6,7,8), que interesadas en cooperar en este estudio, proporcionaron su tiempo y entusiasmo, se presentaron en la fecha, hora y lugar indicado, disponiéndose en círculo como estaba previsto, se les administró el test proyectivo de la personalidad de Karen Machover y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, en forma grupal. (Se anexan), posteriormente se efectuó la presentación de cada una, así como sus datos generales y la razón principal que las motivo a estar en el grupo.

Dentro de los motivos se encontró:

- 1.- Bajar de peso
- 2.- Por ganas de verse bien.
- 3.- Por vanidad.
- 4.- Por prescripción médica de bajar de peso.
- 5.- Por intentar otro método de bajar de peso.
- 6.- Por lograr aceptación.
- 7.- Por reducir ansiedad al comer compulsivamente.
- 8.- Para evitar el rechazo familiar.
- 9.- Para tener un control y motivación porque sola no se puede.

Se les midió y se les registró el peso (se anexan).

Se finalizó hablando de la mecánica y procedimientos del grupo, como son retardos, ausencias, el respeto por las confidencias de todas las interesadas, el respeto del grupo, etc.

PRINCIPAL VENTAJA

Incremento de Ansiedad.

Mecanismos defensivos (reacción grupal al cambio por la situación de terapia).

Autoimagen.

Autoaceptación.

Actitud negativa de la figura materna.

Tabla de consumo de alimentos.

En esta segunda sesión, las pacientes ya identificadas entre sí, se integraron en forma espontánea al grupo, mostrando su necesidad de encontrar algo que satisficiera su propósito de conseguir bajar de peso. Esto significa un buen comienzo del grupo para el trabajo terapéutico, así como la manifestación del incremento de ansiedad que les causó el pertenecer al grupo.

Hablaban de sus deseos de abandonar el grupo, porque no sabían que iba a ocurrir y si iban a lograr mantenerse o no; si podrían cumplir, si podrían compartir sus conflictos, etc. anteponiendo así sus mecanismos defensivos, así como sus resistencias.

Ejemplos de algunas verbalizaciones:

"Soy muy influenciable no puedo hacer las cosas si a los demás (esposo y familia) no les parece".

Para reducir angustia se les explicó que son reacciones comunes dentro de cualquier grupo de terapia, que todas las personas que entran en cualquier grupo tienen reservas de un tipo u otro y que esto generalmente significaba algo que debían manifestar al grupo o bien en forma individual en terapia, para destruir falsas expectativas.

Advertí que el grupo aceptaba esto y continuaria.

Dentro de la sesión, la paciente número ocho, trató de "acaparar" la atención tanto del terapeuta como del grupo, hablando intensamente sobre su caso, sin permitir expresarse a las demás, necesidad de aceptación.

Otra de las integrantes, la número seis, con su no participación, con su "no tengo nada que decir" manifestó su resistencia, obligando al grupo a brindarle mas atención.

El tema que se trató fue sobre la autoimagen y la autoaceptación desde la infancia hasta la edad actual, sobre sus sentimientos de fealdad, de no merecer halagos y ante la actitud de sus madres, de tipo castrante, en muchos aspectos de su vida, principalmente al vestir.

Todas parecen haber vivido dicha experiencia aunque a diferente nivel perceptual.

Para finalizar la sesión, se pidió a cada una expresara sus sentimientos, pensamientos o ideas acerca de las demás.

Al parecer todas tuvieron una imagen adecuada de las demás, aunque la que habló en exceso recibió aprobación y más aceptación por parte de las demás para evitarle sentimientos de malestar, ya que al hacerle mención se sintió amenazada y culpable de no permitir que todas se expresaran tan libremente por su actuación tan apremiante de ser escuchada, se justificó manifestando que no sabía como se podía comportar ya que "hablaban poco y quise que no se arruinara el grupo y hable así, me sentía muy nerviosa".

Concluimos hablando de que somos un equipo, una familia donde vamos a encontrar cada vez más, todo aquello que se requiere para salir adelante.

Se les pidió que tratarán de observar que alimentos consumían, a que hora y que actividad realizaban comiendo, así como tentativas que hacían para no comerse lo que tenían frente a ellas; para esto se les proporcionó una tabla de auto-registro para su uso exclusivo. (Se anexa).

TERCERA SESION

PRINCIPAL TEMA: TAREA

Aspectos de la tabla de consumo.

Ansiedad ante la tabla.

Autoestima.

Autorespeto

Inseguridad.

Devaluación.

Dificultades que ofrece la familia a la terapia grupal.

En esta sesión nos reunimos en el lugar y hora convenidos, cada quien tomó un lugar diferente al que había tomado en las sesiones anteriores, hablando sobre sus experiencias desde la sesión anterior hasta ese momento.

Inmediatamente comenzaron los comentarios acerca de la "tarea" que se recomendó la tabla de registro sobre su consumo de alimentos. surgió el problema de escribir con el comentario de la número cuatro "negar las cosas es más fácil que enfrentarse a las cosas, les voy a ser sincera, los primeros días no escribí nada, hable con número 1, y me dijo hazlo, y tenía razón, y, lo hice"

Se brindaron apoyo, tanto porque resultaba necesario como por la ansiedad que generó el registrarse y ser responsables de sí mismas y de su conducta.

En general se habló sobre la decisión de hacerlo o no, de los momentos de asombro, de auto-aprobación y rechazo que vivieron al enfrentarse a sí mismas, a su propia honestidad, y a sus mecanismos defensivos.

Gracias a ello, surgieron temas sobre su autoestima, autorespeto e inseguridad; mismos que se trataron logrando consciencia de la constante devaluación que existe y se autoreforza sin ser capaces de reaccionar ante ella o de no permitir que sea manejada por otros, como permitir que otros tomen las decisiones en vez de uno.

Entre esto se habló de las diferencias o dificultades que ofreció la familia para su permanencia en el grupo, ya que les trataban de convencer que no necesitaban asistir a un grupo así, "Tú no estás loca y no necesitas ninguna ayuda para adelgazar, ya que eres fuerte y nunca lo has necesitado, por que se van a meter en tu vida?, no lo requieres"

Se dieron alternativas de respuesta y se decidieron a brindarle mayor importancia a su salud física y mental que a la dependencia y negación que habían venido viviendo, ya que se trató el tema de la obesidad como enfermedad.

Se finalizó la sesión solicitándoles una autoevaluación de los mecanismos que surgieran tanto por sus siguientes registros (para completar una semana y poder conocer sus hábitos y horas difíciles de control por comer) como por la sesión.

C U A R T A S E S I O N

PRINCIPAL TEMATICA

Dedicación a sí mismas.

Dependencia (manipulación y libertad)

Sexualidad.

Problemas en relación al sexo opuesto.

Manejo de ansiedad.

Comunicación disfuncional.

Iniciamos revisando los "problemas" surgidos al realizar los últimos días de su autoregistro sobre sus hábitos alimenticios y su necesidad de consumirlos. aparentemente no hubo problemas, y lograron registrar todas las ocasiones en que se vieron motivadas a ingerir cualquier tipo de alimento.

Lo que sucedió en forma casi unánime fue una constante necesidad de pensar en sí mismas.

Sujeto No. 3 "Por primera vez dedique días a pensar en mí, en lo que hacía, en por qué lo hacía y si yo quería o no hacerlo".

Una decisión importante, ya que se dedicaron a sí mismas momentos, aplausos, autoobservación y principalmente analizaron los por qué de su conducta.

Entre estos temas surgió: Sj. No. 8 "por qué me dice que me quiere así, si no es cierto, si ve a otras mujeres delgadas y arregladas y me engaña con ellas, por qué le creo que estoy bien, si después confirmo que no?"

A partir de esto surgen relatos sobre cómo les han manipulado, de el miedo a ser libres de sí, de actuar, de sentir y pensar, tanto por el grupo como por las personas cercanas a cada una (aquí se expresa claramente el miedo al cambio que sufre la familia).

Surgen los problemas sobre la sexualidad, hablan de que se les ha formulado una imagen mental desde pequeñas con miedo a expresar principalmente su sexualidad, ya que corrían el riesgo de ser violadas, engañadas, y, como el sexo no era algo deseable, perder el amor de los progenitores por expresar su propia sexualidad, lo que causó problemas de acercamiento con la figura del sexo opuesto, aumentando su sentimiento devaluatorio.

Sj. No.1 "Me decían, debes cuidarte de todos los hombres, nunca se sabe que intenciones tienen, nunca te comies, si pues es malo, y, si no, de todos modos van a tratar de desprestigiarte, ten cuidado".

Hablan de su pareja, del problema común de decifrar los mensajes que envía, ya que surge confusión por las dos partes acerca de la necesidad afectiva y la necesidad sexual. Esto es, en ocasiones expresar sus necesidades les hace vivir conflictos, disgustos, y pleitos porque se les "vé" como objetos sexuales y no como seres con necesidades emocionales surgiendo odio y resentimiento hacia la figura masculina.

Sj. No. 2 "Si me acerco siempre tiene que ser porque lo deseo sexualmente y no porque necesito su calor y protección o simplemente porque me hace. (Se siente atacada) se molesta si, yo luego no cedo, y yo me molesto porque no me trata con cariño, sólo es así cuando me desea, es horrible, me hace sentir vendida por un beso o un abrazo".

Se mencionan conflictos de la adolescencia, para relacionarse con los jóvenes, de la incapacidad de contacto físico por el sentimiento de culpa y el miedo al rechazo.

Sj. No. 7 "Mi padre me decía en la adolescencia, si te veo aunque sea platicando con un muchacho, te mato".

Se manejó fuerte ansiedad; finalmente tomaron conciencia de que gran parte de sus conflictos estaban directamente relacionados con el otro sexo, concientizando las relaciones interpersonales que habiendo pasado, ya no tienen poder sobre ellas, ya que son capaces de manejarlas con una adecuada comunicación y autoanálisis. Sus mecanismos defensivos están en posición diferente a cuando estaban en la infancia y sus temores son de otra magnitud.

QUINTA SESIÓN

PRINCIPAL TEMÁTICA

Mecanismos defensivos (evasión y resistencia)

Necesidades inconscientes- deseos conscientes.

Dar y recibir.

Amor igual a comida.

Autonegación.

Como decir NO.

Dobles mensajes.

Comenzamos resumiendo la sesión anterior, sugiriendo expresar sus experiencias emocionales surgidas sobre esto.

Existió respuesta, se refirieron a la posibilidad de evasión, expresaron sentir miedo; una fuerte sensación hacia lo desconocido, un temor a la nueva situación a la que se enfrentarían al ser delgadas, a la pérdida de las relaciones de dependencia, al si podrían después de haber sido tan devaluadas e inseguras, ser todo lo contrario, hablaban del miedo de perder tanto a su pareja como a su vida actual por haber cambiado.

Esto se manejo como resistencia y mecanismos defensivos manifiestos, se redujo ansiedad, se estableció la diferencia entre las necesidades inconscientes y los deseos conscientes.

SJ No. 8 "Puedo necesitar amor inconscientemente y por eso deseo agradarme comiendo, aunque conscientemente digo que no quiero comer, pero lo que hago para suplirlo es que me engano, no es así?"

Surgió el problema del recibir y del dar. Tanto en las cosas simples como en la sexualidad. Esta inquietud resulta de los comentarios que les hacen de que están bien, pero sienten que no, que están mal.

Se habla de si deben dar mas o escucharse a si mismas en cuanto que están mal al dar y no recibir, se viven devaluadas.

SJ. No. 6 "Cuando recibo es de mi mamá, me viene a ver y me dice, le traje estos chocolates o galletas, o lo que sea de comida, y siempre, antes le conte que estaba en un régimen alimenticio, esto es un problema".

Se trata del amor a través de la comida, se toma a la comida como un símbolo de amor, el aguantar, callar, cuidar, ver por otros y negarse a uno mismo como sinónimo de amor, y el problema de decir NO, ante el amor, si es algo que se necesita tanto.

Se manejan alternativas de solución y surge el tema de los dobles mensajes y de la comunicación disfuncional.

Sj. No. 4 "Yo he notado a mi mamá que me da doble mensaje en cualquier área de la vida, no solo en lo gordo, primero le cuento y me dice si hazlo, y, al poco tiempo, me dice, fíjate lo que haces, no está bien, por qué lo haces?, mide las consecuencias; si yo estoy confundida, con ella me confundo más, yo procuro no involucrarme en cargas emocionales que no me corresponden y en las que aparte ni me dejan interferir".

Concluyen, "Tu puedes mandar en ti, no en las demás, son decisiones de uno y no de los demás, son nuestros problemas por haberlos aceptado y no de los demás, debemos solucionarlos.

S E N T A S E S I O N

PERIODO: 1981-1982

Autoaceptación

Soportes

Salud

Necesidad de acción

Culpa.

Reforzamientos

Comunicación Funcional.

Durante esta sesión, se presentó una reacción grupal, se notaban tristes, les costo trabajo el iniciar.

Comenzaron con comentarios de la sesión anterior "Me sentí muy mal, como si en vez de recuperarme y estar bien por haber venido al grupo fuera todo lo contrario, creo que me deprimí, hasta estuve llorando".

Se comentó de reacciones similares, lográndose una participación abierta y franca; como respuesta se aceptaron como mujeres, como seres únicos, no como soporte de otros.

Sj. No. 5 "Tuve que pensar mucho en mí, me acordé del grupo de muestra poca capacidad de recibir y dar, y decidí que quería hacer de mí, me resolví a sanar, me es difícil, pero poco a poco lo voy a lograr, creo".

El grupo se fue animando y comenzaron a hablar de la importancia de estar bien, primero enfocada en general y después en cuanto al sobrepeso.

Sj. No. 2 "Lo tomo en serio porque sé que es muy difícil bajar de peso". "La obesidad es tan grave como el alcoholismo, yo tengo una lesión en la columna por los kilos de más, creo que, no soporto aguantarlos y hacer equilibrio".

Hablan de cómo responderían ante otros problemas como el cáncer, si tendrían la fuerza de voluntad para curarse y el por qué no del sobrepeso. Surgió la baja autoestima.

Sj. No. 8 "Este es el problema, nos devaluamos y no hacemos nada".

Se brindaron fortaleza y reconocimiento por las cosas que han logrado hasta ese momento, se motivan y se premian en forma verbal por sus logros.

Sj. No. 1 "Uno debe de trabajar por uno mismo, de nosotras depende para bien o para mal".

Tratan de manejar la culpa, hablan de como los demás seres que les rodean ayudan a que uno mantenga su minúscula.

Se les propone el estar alertas a cada estímulo que se presente para detectar sus respuestas tanto emotivas como físicas y verbales y poder en ese momento reprogramar la situación.

Premiarse y cambiar de hábitos lo más rápidamente posible. Hablar con sus parejas y no callarse los problemas relacionados a ellos.

SEPTIMA SESION

OPORTUNIDAD DE LA

Baja autoestima o minusvalía.

Rivalidad encubierta con la figura materna.

Respeto.

Dependencia.

Ganancias secundarias.

Como en cada sesión, se reúne el grupo y se inicia con un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior, de donde se desprende que la baja autoestima o la minusvalía viene desde la infancia, que sus problemas son desde pequeñas, hablan de rivalidades encubiertas con sus madres y un sentimiento de confusión y culpa ante éstas, hablan de sus hijos, de las cosas que les preocupan en relación a ellos para "no cometer los mismos errores".

Sj. No. 3 "Todo lo que voy a hacer, ella ya lo hizo (su madre), todo lo hizo primero ella y bien".

Sj. No. 7 "Mi hija se enoja si digo algo, dice, tu también mamá, tu también lo haces".

Se habla de la falta de respeto que se ha vivido entre madre-hija, en general las madres han recibido agresión e indiferencia; se les habla de una búsqueda de afecto y atención, de un reproche a las exigencias que el propio grupo impone al tener que exponer tanto lo bueno como lo malo y de la transferencia que se maneja.

Se hace reflexión sobre la dependencia, sobre como los demás manejan sus sentimientos y como permiten ser dañados por una ganancia secundaria.

Sj. No. 4 "Mi hermana bajo 30 Kg. vive en U.S.A. y va a venir después de años sin vernos, pregunto por mi peso, nunca viene, y ahora en vez de preguntar por mí, pregunta por mi peso, me dio coraje, siento que va a venir a compararse conmigo".

Se vive la falta de respeto y de rechazo por la familia, ya que desde pequeñas las compararon.

Sj. No. 8 "Mi mamá es delgada y guapa, y también me obsequia comida, me siento mal, pero sigue siendo mi mamá, siempre me critica".

Sj. No. 5 "Creo que de hecho ya nos damos cuenta, ahora debemos estar muy conscientes de que cuando nos encontremos con esas personas de no caer y que no nos afecten".

Se plantea un análisis en cuanto a con quién están enojadas o por qué viven ese sentimiento de competencia con tanto dolor.

Por que es tan importante lo que los demás crean y no lo que cada uno piense. Se habla de las ganancias secundarias, que en cada situación existen y que es lo que a cada quien le es más importante.

OCTAVA SESIÓN

PRINCIPAL TEMÁTICA.

Retorno a etapas primarias.

Programación.

Negación de sí.

Sobrenombres.

Chantajes.

Manipulación exterior.

Complacencia.

Culpas.

Impulso al comer.

Se inició manifestando sus reacciones "Yo sentí que esto era como que tú tienes en tu poder la decisión y para mí es muy difícil porque no estoy acostumbrada a decidir".

Sj. No. 1 "Estamos acostumbradas a la relación médico-paciente, donde nos dice -mire vamos a hacer esto- no estamos acostumbradas a hacernos responsables, estamos acostumbradas al hecho de que nos manden y el hecho de que nos den la libertad y la capacidad de decisión no nos permite actuar."

Se les interpreta como su deseo de volver a ser niñas, de tener una madre (terapeuta) que les brinde todo, sin molestarse en buscar, así como el deseo de no encontrarse a sí mismas por el miedo a involucrarse en su figura de mujeres y resolver su conflicto.

Se les motiva a ser ellas mismas, a no depender de nadie, a olvidar que deben negarse a sí mismas para que los demás las acepten, a no dejarse llevar.

Se habla de las "programaciones" que desde pequeños tiene todo ser humano, y de como a ellas se les programó.

Sj. No. 2 "Mi abuela me daba lo mejor de la comida cuando era niña, decía: lo mejor para la niña, las tortillas para la niña, era todo hecho a mano, el pinole para la niña, la fruta, de todo, porque quería verme feliz y bien, todos comían mucho, y yo también."

Hablan de cómo les comienzan a poner sobrenombres en general, "gordita", "gorda", etc. y de cómo se niegan el problema aunque el espejo les demuestre que existe.

Sj. No. 5 "Mientras que el Chola gordita, hola gordis, mi amor) hace creer que nos vemos bien y nos quieren, nos sentimos peor, o al menos yo me siento peor".

Sj. No. 1 "Generalmente uno va a buscar a la pareja que le refuerza eso cuando uno está acostumbrado así, y no nos damos cuenta".

Expresan su similitud en cuanto al trato de las parejas hacia ellas, de lo mucho que se parecen los casos y los tipos de "chantajes", empleados para no permitirles salir del círculo vicioso de complacer y sentir culpa, no complacer y sentir culpa, y como consecuencia, al sentir culpa comer.

Sj. No. 7 "Mi esposo y mis hijos me dicen, mira que sabroso, cometelo, pruebalo, por qué no quieres? te lo traje a ti, ya no te vuelvo a traer nada si no te importa lo que hago"

Sj. No. 2 "A mí me dice, come, te vas a poner flacucha y no me vas a gustar, que esperas, no te preocupes, a mí a sí me gustas, y luego ya que comí, me dice, ya estas engordando cuidate eh!!"

Finalizamos cuestionando si comen porque lo desean, por autogratificación, por costumbre o por miedo, o por qué motivos sociales parecen existir para hacerlo.

PROBLEMAS DE LA NIÑA

Ansiedad

Coraje

Agresión y dirección

Inconformidad Física.

Tratamientos empleados.

Hábitos de alimentación.

Autovalorización.

Castigo.

Retomando la sesión anterior se resumen los principales puntos tratados entre los que se encuentran el manejo de autoreponsabilidad, de su deseo de retornar a etapas anteriores y gracias a esto el papel que adquieren de Infantes por momentos, así como socialmente de minusvalía y la forma en que se les hable (sobrenombres) por su forma de comportarse al comer.

Finalizando este, retoman la última cuestión planteada acerca del motivante al comer, donde expresan con dificultad.

Sj. No. 8 "Cuando tengo un problema me da por comer y comer hasta hartarme, hasta me digo, ya no puedo más, pero esta delicioso y, sigo comiendo, es una necesidad".

Sj. No. 3 "Yo como por gusto, no es que no me importe, simplemente pienso que satisfago una necesidad que en ese momento es importante".

Aquí se manifiesta la necesidad de satisfacer "algo" que no fue satisfecho en su infancia y la necesidad de reducir la ansiedad generada por los conflictos sin que exista un control del impulso gratificador, en este caso la comida.

Sj. No. 5 "Cuando como y me dicen algo, me escondo y me cuido, no quiero que me vean ni los quiero ver", (se siente agredida y con coraje).

Sj. No. 7 "Cuando no llega mi esposo porque se atrasa en la oficina o porque tomó, yo me pongo a comer y comer, creo que me consuelo comiendo".

Sj. No. 4 "A veces me ve mi esposo bien, o le digo que bajé tanto de peso, y me dice, esto amerita festejar, no lo quiero lastimar, pero a veces cuando me invita no puedo evitarlo y como".

Manifestaron su inconformidad física y la confusión en cuanto al origen de su sobrepeso, se sentían descontentas, agredidas y comenzaron a hablar de los tratamientos que antes habían seguido, entre estos variaban las diferentes clases mencionadas en la teoría, y se habló de las consecuencias de cada uno así como de la insatisfacción al verse por un momento más delgadas e inmediatamente después, regresando a su peso inicial.

Esto trajo consigo la importancia de la reeducación sobre los hábitos de alimentación, mencionaron entre otras cuestiones lo mal habituada que estaban a comer por comer, a no verse ni a ver qué cantidad de alimento ingerían realmente.

Se les manifestó la importancia que revisten como seres humanos donde no necesitan ningún tipo de soporte externo como no sea el genuino deseo de estar sanas, de ser íntegras, felices de ser quienes son.

Se regresó al principio cuestionándose sobre su auto-agresión.

Sj. No. 1 "A veces como demasiado para que ya no me digan nada, para rechazar a mi esposo, para mostrarle mi inconformidad, y molestarlo, a veces me doy cuenta y me siento mal, pero en otras no."

Se plantean por qué necesitan castigarse y/o castigar a los demás, y se concluye que el valor y el respeto por uno y por los demás no se ha dado como tal.

PSICOPEDAGOGIA Y EDUCACIÓN

Sentimientos.

Incongruencia mente-acción.

Desintegración entre imagen corporal e imagen interna de sí.

Involucrarse.

Actividad-Inercia.

Publicidad y trucos sublimales.

En esta sesión como en todas, se resumió lo sucedido en la sesión anterior, inmediatamente manifestaron sus dudas acerca del por qué si todas han reducido con diversos tratamientos igualmente han recuperado su peso inicial. hablaban de lo que debían hacer con su alimentación y se les planteó manejar su sentir, regresar un poco a esos momentos y expresar sus conductas y sentimientos cuando se sentían en mejor peso o con un mejor físico, esto les sorprendió un poco, pero reaccionaron favorablemente manifestando una incongruencia en sus actividades (en ese momento) y sus reacciones mentales.

Sj. No. 2 "Yo me sentía gorda, la gente me decía que bien te ves, y no les creía, en parte me sentía bien, pero me veía como antes, me daba miedo caer a mi sobrepeso y no quería pensar así, pero siempre pensaba como gorda".

Sj. No. 8 "Yo aunque fuera cerca o esperará poco, me buscaba un asiento comodo, veía que me aguantara, era tonto porque ya estaba delgada, después ya no estaba así, y, si tenía que aguantarme el sillón."

Sj. No. 5 "Fui a la tienda y pedí un vestido grande, no le atinaba a que talla era la mía, no sabía, me sentí mal".

En general manifestaron su incongruencia o desintegración entre la imagen de sí mismas y su imagen corporal, y como no tenían un tratamiento que les reflejara esto, no eran conscientes y regresaban a su estado primario, defendiéndose mentalmente ante esta ruptura, por lo que se trató sobre el conocimiento de uno mismo como algo de fundamental importancia para lograr no involucrarse en aquello que no les pertenece (en este caso en la comida), de estar atentas a lo que hacen y no a permitir que la inercia se adueñe de uno y lo transforme en comida, o en otros factores especiales para caer en ella, como son la publicidad, las tiendas, la televisión, etc.

Manejaron ejemplos y situaciones que han experimentado continuamente por no permitirse a sí mismas un análisis del por qué de sus conductas.

DECIMOPRIMERA SESION

PRINCIPAL TEMATICA

Auto-observación.

Ansiedad.

Gratificantes.

Resistencia.

Retomando un poco sobre la auto-observación, plantaron los sucesos vividos con esta experiencia. "Me prometí no caer en el juego de las bromas acerca de mi peso, les pedi respeto, ¿si yo a ti te respeto por qué tú a mí no?" recordaba a cada momento no involucrarme, fue muy placentero".

Sj. No. 3 "Me costó valorarme, pero no como al principio, ahora me sentía apoyada, con fuerza, con deseos de salir adelante, fué muy bueno."

Sj. No. 6 "Yo me comparaba con todo mundo, y, ahora dije, solo existe una como yo, porque me preocupó tanto?, deje de comer y me sentí acompañada."

Se les interpretó como un momento de seguridad, de valorización y como una respuesta grupal de avance, donde todas se sintieron una, y realizaron un paso adelante (no verse dentro del grupo como individuos sino como grupo, el bienestar de una refleja el de todas y viceversa).

Sj. No. 7 "Pensé, si no les escucho y no les hago caso pues por eso a mí no me entienden, recordé el grupo, respeta y que te respeten y lo hice."

Parecía todo como si se sintieran sanas, capaces de seguir adelante sin más sesiones, esto causó ansiedad y se manifestó preguntando que harían después del grupo, cómo obtendrían ayuda si se desbarataba, etc.

Se les planteó que éste solo era un escalón de toda una escalera, que era solo otro paso para su recuperación, pero que continuaríamos.

Se les explicó que era importante que manifestaran cuales eran las cosas más gratificantes y que no realizaban por diferentes motivos, se les pidió que buscarán soluciones para poner en práctica aquello que tanto deseaban ya que el tener actividades gratificantes redundaría en beneficio no solo de su salud mental, sino también física.

Entre los gratificantes encontrados fue leer, bailar, estudiar, correr, entre otros, los demás, les daban "flojera", se les sugirió tener fuerza y llevar a cabo por lo menos hasta la próxima sesión algo de estas actividades.

DECIMO SEGUNDA SESION

PRINCIPAL TEMATICA

Pequeños logros.

Plan de acción individual.

Capacidad de logro.

Balance dietético-placer.

Se comenzó con los gratificadores manifestados en la sesión anterior, donde se plantearon fracasos y frustraciones "me sentí muy mal, la sesión anterior fue tan buena que sentí que estaba lista para seguir, ahora me siento mal, trate de olvidarme de comer, de los nervios, de lo que hace mi esposo y no comer, de leer, cada que iba a empezar me paraba, me puse de mal genio, fue horrible, no hice nada, antes leía aunque fuera un poco"

Algunas tuvieron triunfos pero no totales, se les planteó que en este momento no es importante el triunfar absolutamente, sino el comenzar, el intentar, se les recordó que es un problema que han tenido toda la vida y que no se puede resolver de un día a otro, se les propuso seguir un plan de acción individual donde revisarán sus momentos de debilidad y las alternativas que emplearían para resolver el problema.

El grupo planteó alternativas de solución hacia el comer en exceso.

Sj. No. 5 "Yo voy a comprar la comida después de haber comido, porque todo se me antoja y luego para que no se desperdicie me lo como".

Sj. No. 1 "Cuando paso por la pastelería o los tacos, o quesadillas me dá hambre, voy a darle la vuelta a la calle y a no pasar por ahí"

Sj. No. 6 "Le voy a decir a mi familia que no me regalen nada, ni que me ofrezcan nada, voy a tratar de decir NO, o cuando me regalen algo, lo voy a regalar o a tirar a la basura, por que siempre me lo como".

En general hablaban de su capacidad de lograr uno ó alguno de los objetivos planteados en busca de su aceptación y valorización.

Se les recomendó ingerir un poco menos de los alimentos consumidos generalmente, a fin de balancear su dieta alimenticia y mantener el placer que conlleva la propia variedad.

PROFICIPAL TEMATICA

Evaluación grupal.
Somatización-ansiedad.
Proyección.

Obesidad-enfermedad.
Necesidad de atención.
Necesidad de acción.

Como en cada sesión, se resumió lo sucedido en la reunión anterior, mencionando que trataríamos de realizar una evaluación de los sucesos grupales ya que íbamos aproximadamente a la mitad del tratamiento.

Ocurrió que una de ellas había perdido a su abuela "me sentía triste, con dificultades para controlar tanto el ánimo, como la comida, como los malestares físicos", en repetidas ocasiones manifestaba un dolor físico cada vez que sentía angustia o ansiedad; "Con el grupo he mejorado, pero ahora sentí que se me venía todo, no lo entiendo".

Se le interpretó por las integrantes del grupo como una somatización por ansiedad que manejo por la pérdida de un ser querido, y por el miedo de enfrentarse a sus fallas estudiadas en la sesión anterior.

Se les interpretó como una necesidad de exiliar la situación en una integrante por el miedo de perder al grupo, de enfrentarse a sí mismas al descubrir su progreso o la capacidad de avance para sí mismas en esta situación.

Se habló de los cambios originados en su medio y en su persona, sentían que lo que ocurría a las demás era como si hablarán de ellas (proyección) ya que muchas cuestiones se comprendían y se vivían a través de otra.

Comenzaba a manifestarse ansiedad por lo que se pasó al tema de la obesidad como enfermedad (sesión número tres).

Sj. No. 2 "A mí me ayudó mucho pensar en lo que me evitaba el tratar de controlarme, no quiero padecer como tú"

Sj. No. 4 "Ahora no puedo cargar, ni hacer casi nada por la columna vertebral dañada"

Surgiendo la necesidad de actividad y la notoria dificultad de comenzar.

Sj. No. 1 "Tengo ánimo de hacer muchas cosas, cuando empecé lo hago con gusto, pero me canso con facilidad."

Se interpretó la búsqueda de malestares físicos como una reacción regresiva de necesidad de atención y una manifestación física de su ansiedad como respuesta defensiva ante el sentimiento de pérdida de una situación aprendida hacia una por aprender y vivir. (véase teoría).

Se finalizó con entusiasmo para continuar.

DECIMO CUARTA SESION

PSICOPEDAGOGICA

Alternativas.
Conflictos internos.
Reestructuración grupal.
Autocontrol.
Respiración.

Hambre-apetito.
Alimentos dietéticos.
Negación.
Carencias.
Salud Mental.

Durante esta sesión, el grupo inició manifestando una necesidad de alternativas conjuntas para eliminar más rápidamente el sobrepeso además de la psicoterapia. Mencionaron entre otros puntos el que manejaban conflictos internos parecidos a los dobles mensajes que se efectuaban en la comunicación.

Sj. No. 8 "Sentí ambivalencia, quería comer y sentía que no era suficiente control, quería y no quería".

Mencionaron importante tener otros lineamientos en cuanto a comida se refería para un adecuado manejo o bien para su más fácil aplicación.

Surgieron diferencias en cuanto a la interpretación ya que por un lado parecía una petición sobre una necesidad de reestructuración de las normas grupales y por el otro se negaba esto y se hablaba de una petición como tal, de alternativas prácticas en el proceso de autocontrol.

Motivo por el cual se practicó un método de respiración (reduce ansiedad), en el que lograsen reducir su impulso y pensar o analizar mejor sus motivos.

Se habló sobre el hambre y el apetito, nuevamente sobre los deseos inconscientes y los conscientes, y, se les sugirió el empleo de alimentos bajos en calorías o dietéticos como las gelatinas dietéticas, los refrescos dietéticos o bien las paletas elaboradas por ellas mismas con endulzantes artificiales.

Así como el método más eficaz para realizar sus compras.

Esto redujo ansiedad y se continuó tratando el tema sobre el miedo que sienten al mostrar su cuerpo, mismo que se interpretó como una negación y un miedo a demostrar sus carencias a los demás escondidas a través de su propio ser y reflejadas en su cuerpo.

Sj. No. 2 "Me da pena ponerme en traje de baño, prefiero no salir de vacaciones o a nadar, si sé que me van a ver, me siento ridiculizada, me siento mal".

En general se concluyó la importancia de la sesión anterior y esta en cuanto a la salud mental y al no permitirse regresar cuando están avanzando.

DECIMO QUINTA SESION

PRINCIPAL TEMATICA.

Autoagresión-negación.
Insatisfacción.
Dificultades de expresión.
Necesidad de atención.
Devaluación.
Rechazo familiar.
Castigo-positividad.

Para comenzar como en todas las anteriores sesiones, se hizo un breve resumen de lo acontecido en la sesión pasada, esto con el fin de lograr una mejor integración y cohesión del grupo.

A partir de esto, se mencionó la necesidad de auto-agresión al darse cuenta de su insatisfacción con su imagen corporal, hablaban de su dificultad primordialmente en la infancia para expresar sus deseos, el no ser escuchadas, "me consentian, pero no me escuchaban, tenía que ser como querian ellos y no lo que a mí me gustaba, siempre estaba sola, creí que tenía algo malo dentro de mí y trataba de hacerlos reír, de que se sintieran bien para que me escucharan".

SJ. No. 7. "Cuando hacía algo en la escuela, un trabajo manual, mi madre me decía, lo hubieras hecho así, te hubieras fijado".

Se les interpretó que esta constante devaluación y rechazo que sentían les enseñó que no eran merecedoras y por lo tanto no eran dignas de ser aceptadas como son, con la consecuente autoagresión, empleando su negación para no enfrentar la amenaza existente contra su persona y sus potencialidades.

Se habló de autorechazo por caer y ver que los demás no caían en los mismos hábitos erróneos, esto se complementó con lo anterior.

Se les solicitó que lejos de castigarse tratarán de analizar sus emociones sin involucrarse con los demás, tratar simplemente de ser felices y así poco a poco ir rompiendo con esa imagen tan deteriorada.

Mencionaron las bromas en las que ellas mismas se hacían presa "me molesta tanto que me diga que estoy gorda, pero yo misma lo provoqué, luego le digo, mira aquí te va a caer tu gordis y te voy a aplastar y me contesta, no, lo que va a pasar es que va a temblar, hasta me he reído de mí".

Se trata de explicar la forma en que caen en estas conductas.

Se concluye que se involucran para defenderse y no ver su realidad.

PRINCIPAL TEMATICA

Moda.
Rechazo social.
Aprobación.
Voluntad.
Culpa.

Retomando lo acontecido en la sesión anterior iniciamos hablando de la moda. (al parecer se generó conflicto en cuanto a la imagen corporal en la sesión pasada) y consecuentemente de la dificultad que pasan para encontrar ropa de su medida. Hablaban de cómo no tener rechazo ni sentirlo, si es la misma sociedad la que les rechaza.

Sj. No. 3 "Todo el problema empieza socialmente. nos dicen en la televisión. toma "X", la moda dice "X" y uno a ver que hace, si todo fuera equilibrado sería diferente."

Manifiestan su agresión en contra de quienes les han rechazado simbólicamente y plantean que a pesar de todo han recibido aceptación social. "me dijeron en la clínica. te ves mas delgada. y yo lo noto en la ropa".

Sj. No. 6 "A mi no dijeron. no te había visto. pero qué bien te ves. sigue haciendo lo que estes haciendo".

Asi como aprobación. se cuestionan acerca de esta y la propia aprobación.

Sj. No. 4 "Por que no elegir amarse uno a uno mismo?. por qué siempre elegimos destruirnos. ya sea preocupandonos o comiendo o chorriones de otras formas. ya hay que pararle."

Plantean muy importante su propia aprobación así como de la fuerza de voluntad para no caer nuevamente.

A raíz de esto. se hablaba sobre la culpa que sienten al medirse la ropa. al bajar o al subir de peso. de la culpabilidad o preocupación al no escuchar a otros en cuanto a cambiar la imagen sobre uno mismo. interpretandose como una respuesta aprendida. (Crease teoría) a sentirse malas o indignas y no merecer. (En este caso usar y comportarse como personas mas delgadas).

PRINCIPAL TEMÁTICA

Autoestima.
Independencia.
Dependencia.
Presente.
Toma de decisiones.
Responsabilidad.
Integración individual.

En el curso de esta sesión se retomó el contenido anterior expresándose nuevamente el conflicto de la infancia y en la adolescencia sobre la autoestima, aunque en esta ocasión asociado a la falta de independencia otorgada por padres y hermanos.

Sj. No. 3 "Cuando yo quería hacer algo como ir al cine o simplemente ver un programa en la televisión, me decían, que vas a ver, por qué?, que ya no tienes que hacer?, mejor haz..., ó vé esto, y nunca me dejaban elegir".

Sj. No. 5 "¿Recuerdas a un niño enojón, cuando no le permiten ser el que luchabas por ser independiente y ser capaz de elegir, pero no era permitido, te cercaban y no escuchabas".

Sj. No. 1 "A mí me impuso mi mamá a mis novios, hasta que me gusto uno y dije esto, me sentía culpable y terminé con él, creo que fue un gran error".

En general habían de que al casarse pasaron a ser dependientes emocionalmente de sus parejas, que esto les dañó porque no rompían con el pasado sino lo cargaban y lo reforzaban.

Se manifestó la necesidad plenamente en su presente, el dejar atrás los convencionalismos impuestos por otras personas sobre cada uno, que les impiden ser libres, independientes y con valores reales, para esto, se sugiere tratar de tomar pequeñas decisiones tanto en su vida cotidiana como en las demás áreas de su vida afectiva, social, sexual, emotiva, de comida, etc. a fin de darse cuenta del resultado de ser responsable sobre los propios actos, sin depender de ninguna persona, situación (aprobación, etc.), o cosa (dependencia).

Para irse integrando como individuos hasta el momento de habituarse a decidir y no esperar nada ni a nadie a que decida sobre el cuerpo y la vida que les pertenece.

Se manifestó un deseo por romper el miedo y explorar lo desconocido al cambiar la situación.

DE CUIN D T A V A S E S I O N

PRINCIPAL NEGATIVA

Motivaciones.
Necesidad de complacer.
Actuar y no pensar en.
Autovalorización.
Resentimiento.

A raíz del resumen de la sesión anterior, se cuestiona sobre "las motivaciones" que les llevaban a actuar de tal o cual forma.

La cuestión presentada "de dónde provienen estas motivaciones, por qué hacemos esas cosas y no lo que queremos, de dentro de nosotras o de afuera?"

A partir de esto surgieron diferentes opiniones. En general se concluye que fueron los factores externos los que motivaron conflicto y no los internos; se sugiere que si el medio es nocivo, se trate de emprender algo para que no sea tan aversivo, se plantea el cómo podría ayudar la familia o la pareja.

Sj. No. 8 "Si ellos actúan inconscientemente, nosotras podemos hacer algo para que se den cuenta de lo que les pasa, no a cambiarlos, pero si a solicitar su ayuda".

Se interpreta como una necesidad de dependencia, misma que es negada ya que proponen que sea una forma activa de invalidar cualquier forma negativa hacia el avance participando con la familia, posteriormente se concluye que es una necesidad de complacer y no una motivación real, ya que se establecieron reglas tiempo atrás para lograr aceptación y protección.

Mencionan a sus familias como su problema actual, como búsqueda de en quién colocar la culpa; se les motiva a pensar y hacer, y no a emplear su tiempo en pensar de.

Sj. No. 7 "Cada quien tiene un tiempo para aprender y para equivocarse, yo me estaba equivocando con mis hijos".

Se sugiere que realicen mas actividades ya que esto les proporcionará el valor, que el culpar a otros no les proporcionará.

DECIMO NOVENA SESION

PRINCIPAL TEMATICA

Ejercicio de autoreconocimiento.

Revisión de sí mismas por áreas.

Relatividad.

Absolutizar.

En ésta sesión se resumió lo acontecido en la terapia anterior, dada la sugerencia final, se planteó la diferencia entre el propio valor y el comportamiento que se tiene o tienen con uno:

Sj. No. 6 "no es lo mismo que uno, o yo, sea mala, a que me haya portado mal con él".

Manifestaron las veces que se han reprochado y negado cuando en realidad era una parte de su persona la que no les agradaba y no el conjunto en sí.

Sj. No. 2 "Yo decía, soy.... y no es cierto, ahora me doy cuenta, bueno, en ese momento sí era"

En ésta etapa se planteó un ejercicio, se trataba de cerrar los ojos y pensar en las cosas que más gustan del cuerpo, área por área, cabello, ojos, etc. incluso los órganos internos como glándulas, oído interno, todo.

Terminando se analizó si uno aceptaba o no su cuerpo todo resulto relativo, ya que se tiene una imagen falsa de la propia realidad, se propuso dejar de verse y de analizarse en términos absolutos.

Se habló de la relatividad con que nos observamos, por aquel miedo de expresarse cuando infantes, buscando como medio compensador la actual expresión.

V I D E O S E S I O N S E S I O N

PRINCIPAL TEMATICAS

Abandono-pérdida
Circulo de conductas.
Fracaso eficiente.
Gozo
Creatividad.

Retomando la sesión anterior comenzamos.

Una de las integrantes manifestó que su madre estaba disgustada con ella y que le planteó que no la quería ver mas así, descuidada, que estaba demacrada, pálida como enferma, se sentía enojada, molesta, decía darse cuenta del juego de su madre pero no podía evitar sentir coraje.

Se interpretó como un renacer del conflicto inicial, como una nueva amenaza de abandono, de pérdida, pero con la consciencia de lo que sucedía, lo que le genero hostilidad misma que le provocaría comer en exceso y continuar el patrón establecido en la infancia de manipuleo-sobrepeso, no permitiéndose caer.

Se habló de la capacidad de fracasar, manifestaron que gracias a que recordaron que no se espera nada, ni todo, de su conducta, sino la lucha continua por vencer sus propios conflictos fracasaron eficientemente, ya que:

Sj. No. 5 "me enoje, pero cuando iba a comer, pensé, no voy a cerrar el circulo vicioso, y no comí".

Las demás integrantes plantearon otras situaciones de gozo al ver sus logros aún en situaciones negativas.

Sj. No. 3 "por primera vez me senti bien cuando debería sentirme mal según otros, disfruté comerme una galleta, fue una y no muchas, me senti feliz."

También manifestaron estar mas creativas, "me hice mis vestidos, buenc, ya andaba toda fea, no me arreglaba, para qué, y dije, por qué? yo valgo, si en otras cosas gasto, por qué no en mi? y me fui y me compré mi tela y me senti super bien."

En general se manejó apoyo y motivación, "Ser feliz y vivir bien es mas importante que sufrir".

PRINCIPAL TEMATICA

Inseguridad y Angustia como madres.

Miedo de expresion.

Alternativas de conducta.

Inconformidad y dolor como señal de alarma.

Conductas negativas.

Se resumió la sesión anterior. Se habló de la inseguridad como padres en el trato a los hijos, de la situación que se crea por la angustia de los padres en estos, los preocupaba como no cometer errores que se cometieron con ellas.

Sj. No. 4 "Si yo sufrí por todo lo que paso, como puedo evitar este daño a mis hijos"

Resultado ser el miedo de expresarse como uno es, así como el miedo a no permitir a los demás ser, habla sobre el respeto que cada niño necesita, de la atención que negamos a nuestra propia persona y del como negarla a los demás.

Sj. No. 1 "Para dar hay que tener, sino como puedes dar"

Se proponen alternativas de conducta para ser mejores madres, mejores individuos "si nos ha hecho daño la falta de respeto y aceptación, por qué no comenzar ahí, vamos a enseñar a respetarse a nuestros hijos y vamos a aceptarlos, sin chantajes, sin reclamos por no ser lo que nosotras deseamos, vamos a darles libertad emocional".

Hablan de los temores que surgen al tratar de ser independientes, recuerdan "cada día me alerto en no ser una mujer que ama demasiado, debo aprender a delegar, creo que ese es mi principal problema, como me cuesta trabajo."

Se plantea como forma de libre expresión, el realizar tareas adecuadas en cuanto al verdadero deseo de realizarlas y no motivadas por situaciones ajenas a su verdadero querer.

Se menciona el hecho de la inconformidad y el "dolor" en cuanto a diversas situaciones como un método para reconocer que se actúa en contra de uno mismo, como señal de que algo anda mal y se está cayendo ya sea en la dependencia, manipulación, miedo a la pérdida, etc., conductas negativas que les conducen al círculo vicioso, por ejemplo, el estar aburridas sin actividad, les lleva a caer en antiguos vicios.

PRINCIPAL DEBATE

Potencialidad-apatía.
Creatividad.
Amor.
Fé.
Improductividad.
Autoevaluación.
Autosatisfacción.

Se mencionó lo ocurrido en la sesión anterior, en esta ocasión se tratan los potenciales, se dice que son individuos plenos de potencialidades que no se habían descubierto antes, se habla de haber caído en una cierta apatía que las condujo a sobrevivir sin importar que sucesos afectarón su vida tanto en forma positiva como negativa.

Sj. No. 2 "Me daba igual, la casa se veía descuidada, si llegaba alguien a visitarnos inventaba cualquier excusa, el caso es que todo era un desorden".

Sj. No. 5 "Me daba flojera arreglarme, para qué, tan gorda y fea".

Sj. No. 6 "Mi familia me ayudaba, me demostraban que me querían en sus diferentes formas, yo pensaba que era una obligación".

Hablaban de un cambio en diferentes áreas de su vida principalmente en cuanto a creatividad, amor por las cosas y fé en los demás.

Se habló de las motivaciones para realizar todo esto, ya que podría tratarse de una defensa aparentando avance en su persona cuando en realidad sería estancamiento, se les cuestionó si su motivación era por su potencialidad de crecimiento y desarrollo o por reparar todas las deficiencias encontradas, ya que de pequeñas lo primero que se les enseñó fue a negarse y a no desarrollar sus potencialidades y crecer, (esto ya se había tratado antes), y al darse cuenta conscientemente desear una u otra opción.

Para manejar un poco más esto y empleando la teoría de Fromm, se les cuestionó sobre la carencia de productividad en sus vidas, visto como un medio de autoevaluación y/o de autosatisfacción.

VIGESIMO TERCERA SESION

PRINCIPAL TEMATICA

Relaciones con los demás.
Respeto.
Búsqueda de placer.
Ganancias.
Próxima finalización.

Se retomó la sesión pasada y se manifestó un gran interés en cuanto a la valorización de cada una. se plantearon respuestas externas como índices de progreso. "no permitiendo que te traten como tú no quieres, sino al contrario, que respeten tu vida porque tú tienes un valor y te lo reconocen". así como respuestas internas, entre las que se mencionaron la forma de manifestarse amor a sí mismo, la forma de relacionarse con los demás, la forma de autogratificación.

Sj. No. 3 "Tomarse un descanso después de trabajar, sólo porque lo quiero sin sentirme culpable".

Sj. No. 4 "Si no dependo, que no dependan de mí, no voy a buscar quién dependa de mí, con depender yo de mí misma es suficiente".

Sj. No. 8 "Si, te fijas más en lo que dicen de ti, que en lo que tú piensas de ti".

Se plantea además, la búsqueda de placer:

Sj. No. 7 "no todo es porque sí, tenemos ganancias en cada cosa y ésto es bueno, anteriormente no buscaba sentirme bien, estaba muy ocupada en estar mal y cansada".

Se habla de la próxima finalización de la terapia, y surge el tema del miedo a la muerte de un ser de la familia de una integrante.

Sj. No. 6 "Mi mamá se enfermó, me preocupa mucho, si se muere voy a quedar sola y tantas cosas que compartimos y vivimos ya no las voy a tener, me dicen que todo va a salir bien pero creo que no va a ser lo mismo, es una operación y toda cirugía corre riesgos".

Se interpreta como el miedo encubierto a finalizar el tratamiento grupal, el sentimiento de pérdida ante la familia y la madre que le provea pero con la sensación de riesgo al cambio, manifestando sentir apoyo y confianza por parte del grupo.

VIGESIMO CUARTA SESION

PRINCIPAL TEMATICA

Aplicación de las pruebas psicométricas.

Registro de peso.

Resumen del tratamiento grupal.

Finalización.

En el transcurso de ésta sesión, se les aplicaron las pruebas psicométricas de Karen Machover, Test Proyectivo de la Personalidad, para observar si existieron cambios en su imagen corporal, y, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, para medir ansiedad. (Se anexan).

Se les realizó un registro de peso a fin de evaluar si existieron cambios con la primera medición.

Se realizó un resumen de lo sucedido en el curso de la terapia grupal, manifestando los avances logrados y los sucesos de mayor relevancia, se manifestó a las integrantes el agradecimiento por participar en el grupo, por sus aportaciones, su puntualidad, y el esmero con que trabajaron en beneficio propio y del grupo, felicitandoles por sus logros y motivandoles a continuar adelante.

Se dejó abierta la posibilidad para reiniciar en otra ocasión así como en caso de requerirse la opción de la terapia individual.

RESUMEN DE LA TERAPIA GRUPAL PARA REDUCIR PESO

Previo inicio del grupo, se les administró una entrevista a cada una, con el fin de obtener mayor información y comunicación, así como de conocer la posible problemática que conjuntamente con la obesidad presentarán.

A partir de esto y con el entusiasmo y la cooperación de todas, iniciamos presentándonos, manifestando las inquietudes para participar en el grupo.

Se efectuarón dos pruebas psicométricas para mejorar la impresión diagnóstica de la entrevista inicial.

Se registró el peso de cada una para controlar el curso de éste.

Se manifestarón a lo largo de la terapia diferentes mecanismos defensivos así como la fluctuante ansiedad.

Entre los principales sucesos, se observó una marcada devaluación en general con sus principales connotaciones, (autoimagen, autoestima, etc.).

Se observarón dificultades de relación tanto en el núcleo familiar inicial como en las relaciones de pareja y por ende con los hijos.

Se trató el tema de la familia como medio básico de influencia en el cuadro ambiental.

Se tratarón aspectos de comunicación y relación distinguiéndose la comunicación disfuncional a fin de transformarla en funcional.

Se manejó en forma individual la tabla de autocontrol del consumo de alimentos.

Reconocieron su auto-valorización, ya que se manifestarón fuertes conflictos de autoestima, respeto, devaluación, inseguridad, dependencia, autonegación, etc.

Se trató el tema de la comida como sinónimo de amor, conjuntamente a los demás aspectos de la vida diaria.

En cuanto a la obesidad, se manejó el concepto de salud-enfermedad, refuerzos sociales, dependencia, conflictos de la infancia, ganancias secundarias, programaciones, sobrenombres, manipulación, agresión, inconformidad, hábitos alimenticios, amor a sí mismo, publicidad, etc.

Como resolución a los diferentes conflictos, se aplicó el grupo a la autovigilancia en cada suceso importante vivido, a fin de controlar y hacer consciencia de las situaciones ofrecidas por la vida, para vivirlas y no tan solo para sobrevivir a los estímulos sin tomarlos en cuenta.

Se manejarán pequeños logros como señal de productividad.

Se trataron las diferentes necesidades afectivas, como son la aceptación, atención, estima, expresión, castigo, aprobación, culpa, etc.

En cuanto a lo social, el manejo que se realiza tanto por las modas, mensajes publicitarios, relaciones, eventos, afectos, etc.

Como expresiones desgastantes, el resentimiento, el miedo, la culpa, dolor, apatía, el absolutizar y la sensación de soledad o pérdida y abandono.

En contraste se observó que disminuyó su ansiedad pues ya se manejarón como conductas positivas la creatividad, amor, fe, productividad, placer, actuar en forma positiva, independencia, responsabilidad, respeto, toma de decisiones, autoestima, vivir plenamente y no sobrevivir, etc.

Finalizamos con la aplicación del re-test de las dos pruebas iniciales y registro del peso para evaluar cambios.

Tratamiento Estadístico

U P A T A M I E N T O E S T A D I S T I C O

Para el tratamiento estadístico, se numeraron las variables de la siguiente forma:

- V1 = Peso Inicial.
- V2 = Ansiedad Estado Inicial.
- V3 = Ansiedad Rasgo Inicial.
- V4 = Peso Final.
- V5 = Ansiedad Estado Final.
- V6 = Ansiedad Rasgo Final.

Para peso, ansiedad rasgo y ansiedad estado, se empleo la prueba "t" para muestras relacionadas ó apareadas antes-después. (Un solo grupo medido en dos ocasiones.)

Por ser una prueba paramétrica de significancia estadística que sirve para aceptar o rechazar una hipótesis y porque compara puntajes a través de medias o promedios, en poblaciones pequeñas.

Empleando la fórmula:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{\text{diff.}}}$$

Y, grados de libertad = N-1, porque sólo tenemos un grupo.

Donde: $\bar{X}_1$ = Media del primer grupo.
 $\bar{X}_2$ = Media del segundo grupo.
 $\sigma_{\text{diff.}}$ = Error standart de la diferencia antes-después.

Para obtener los datos de la fórmula anterior, se empleo la fórmula de la sumación standart de la diferencia antes-después.

$$\sigma_{\text{diff.}} = \sqrt{\frac{\sum d^2 - \frac{(\sum d)^2}{N}}{N}}$$

Donde:

$\sum d^2$ = Diferencias de los resultados al cuadrado.

N = Número de sujetos.

$\bar{X}_1$ = Media del primer grupo

$\bar{X}_2$ = Media del segundo grupo.

Y la fórmula del error standard de la diferencia antes-después:

$$\sigma_{\text{diff.}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}}$$

Obteniendo como resultados que después del tratamiento y después de pesarse, se observa que si hubo una baja real tanto de peso como de ansiedad, que no se debió al azar.

Para correlacionar la variable 1 (peso 1), con las variables 5 y 6 (ansiedad rasgo 2 y Ansiedad Estado 2), para detectar cambios, se emplea la correlación de Spearman, apropiada en situaciones de muestras pequeñas. Siendo una medida de asociación que requiere que ambas variables sean medidas por lo menos en una escala ordinal de manera que los objetos o individuos en estudio puedan colocarse en dos series ordenadas.

Empleando la fórmula:

$$\rho = 1 - \frac{\sum d^2}{N - N}$$

Donde:

R = A los rangos ordenados.

d = A la diferencia de los rangos.

d^2 = La diferencia de los rangos al cuadrado.

N = Número de sujetos.

Para poder evaluar la prueba del Machover, que por ser una prueba proyectiva no se puede cuantificar, (por lo que se registraron los signos alusivos al problema) se emplea la Prueba de McNemar, para la significación de los cambios (por ser apropiada a los diseños antes y después, en los que cada persona es usada como su propio control, para señalar los cambios antes y después).

Empleando la fórmula:

$$\chi^2 = \frac{(A-D)^2}{A+D} \quad \text{y} \quad G1 = N-1.$$

Donde: Para probar la significación de cualquier cambio observado con este método se elabora una tabla de 4 entradas de frecuencias que represente al 1o. y 2o. conjunto de resultados de los mismos individuos.

Tabla de cuatro entradas para probar la significación de los cambios.

		Después	
Antes	+	A	B
	-	C	D

Se usan + y - para simbolizar respuestas diferentes.

"A" y "D" casos que muestran cambios entre la primera y segunda respuesta.

"A" si cambio de + a -.

"D" si cambio de - a +.

"B" y "C" si no se observó ningún cambio.

"B" respuestas de + antes y después.

"C" respuestas de - antes y después.

Resultados

RESUMEN

Se realizó una evaluación estadística para analizar los datos arrojados por la investigación a través de cada una de las aplicaciones.

Para manejar la variable de peso, se les registró éste, al inicio y final del tratamiento, obteniéndose la media estadística aplicando la prueba "t", para verificar si existen diferencias significativas entre las medias.

Con respecto a la variable ansiedad, se empleo el IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado). Test psicométrico que permite obtener puntuaciones sobre fenómenos de ansiedad.

Para esta variable como en la de peso, se trabajó con la puntuación cruda obtenida antes y después, tanto en rasgo como en estado, empleándose la prueba "t", pudiéndose comparar las medias de las aplicaciones.

Respecto al Machover, por ser una prueba proyectiva y no poderse cuantificar los datos, se observaron únicamente qué signos de los relacionados con la imagen corporal (peso y cuerpo) se presentaron durante la primera como la segunda aplicación.

Para el manejo de esta información se empleo la prueba de Mc Nemar para la significación de los cambios, particularmente apropiada para los diseños antes y después en los que cada persona es usada como su propio control, y que en la medida tiene la fuerza de una escala nominal y ordinal, señalando el cambio antes y después.

Los resultados obtenidos en la prueba del IDARE, en la escala de Ansiedad-Estado, variables 2 y 5, fueron:

Ansiedad-Estado.

SUJETOS	PRETEST	POSTEST	D	² D
1	68	27	41	1681
2	27	36	-9	81
3	40	30	10	100
4	55	28	37	1369
5	51	28	33	1089
6	41	27	14	196
7	46	25	21	441
8	51	32	29	841
Σ	409	233	176	5760
$\bar{X}$	51.12	29		

Con $G1 = 7$.

$$\text{Donde: } \sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 - c\bar{X}_1 - \bar{X}_2^2}{N}} = 18.344$$

$$\sigma_{\text{diff.}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = 5.81$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{\text{diff.}}} = 3.80$$

Con una media inicial de 51.12 y en la final de 29, con un valor "t" de 3.80 y un nivel de significancia de .001, por lo que existen diferencias significativas en la Ansiedad-Estado después del tratamiento, rechazando la hipótesis nula que dice:

H₀. Las personas después del tratamiento no reducen ansiedad.

En cuanto a Ansiedad - Rasgo, variables 3 y 6, los resultados fueron:

SUJETO	1A. APLICACION	2DA. APLICACION.	D	D ²
1	62	27	35	1225
2	37	37	0	0
3	34	32	2	4
4	53	33	20	400
5	55	35	20	400
6	42	30	3	9
7	56	30	26	676
8	51	36	15	225
Σ	390	269	121	2939
$\bar{X}$	48.75	33		

Con Gl. = 7

$$\text{Donde: } \sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 - c(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}{N}} = 10.92$$

$$\sigma_{\text{Diff.}} = \frac{\sigma}{\sqrt{N-1}} = 4.13$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{\text{Diff.}}} = 3.81$$

Obteniéndose una media inicial de 48.75 y una media final de 33, con un valor "t" de 3.81 y un nivel de significancia de .001, por lo que existen cambios en la ansiedad-rasgo después del tratamiento, rechazando la hipótesis nula que dice:

Ho. Las personas despues del tratamiento no reducen ansiedad.

Obteniendo como resultados que despues del tratamiento y despues de pesarlos, se observa que si hubo una baja real tanto de peso como de ansiedad, que no se debio al azar.

Los resultados obtenidos respecto al peso fueron:

PESO. (Variable 1 y 4)

SJ.	ANTES	DESPUES	d	d ²
1	70 Kg.	65 Kg.	5	25
2	90 "	88 "	2	4
3	76 "	70 "	6	36
4	81 "	70 "	11	121
5	70 "	65 "	5	25
6	67 "	61 "	6	36
7	81 "	73 "	8	64
8	82 "	76 "	6	36
Σ	617	588	49	347
X	77.125	71		

Con Gl. = 7

Donde:

$$S = \sqrt{\frac{\sum d^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} = 3.26$$

$$S_{diff.} = \frac{S}{\sqrt{N-1}} = 1.23$$

$$-t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S_{diff.}} = 4.9$$

Con una media en la primera medida de 77.125 Kg. y en la segunda medida de 71 Kg. obteniendose una "t" de 4.9. con un nivel de significancia de .001 por lo que existen diferencias significativas entre el peso inicial y el peso final despues del tratamiento, rechazando la hipotesis nula que dice:

Ho. Las personas despues del tratamiento no reducen peso.

H1. Las personas despues del tratamiento si reducen peso.

Los resultados observados en cuanto a los siete signos relacionados a la imagen corporal (peso y cuerpo) en el test proyectivo de Karen Machover, fueron:

SUJETOS	1A. APLIC.	2A. APLIC.	D
1	2	0	2
2	2	4	-2
3	4	1	3
4	3	1	2
5	5	1	4
6	2	2	0
7	2	2	0
8	2	2	0
9	2	13	0
Σ	22	13	
X	2.75	1.62	

$$\text{Donde: } z = \frac{CA - D}{\sqrt{\frac{CA + D}{N}}}$$

$$G1 = N - 1$$

$$z = \frac{CA - D}{\sqrt{\frac{CA + D}{N}}} = 1.8$$

Aplicando la prueba de Mc Nemar, para la significación de los cambios, se obtuvo un valor de 1.8 menor que el esperado, con $G1 = 7$, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, demostrando un efecto significativo en las respuestas antes-después, por lo que existen alteraciones perceptuales acerca de su tamaño corporal.

Para el Machover, se obtuvieron cambios cualitativos en el área de la imagen corporal, ya que en la primera aplicación se obtuvo un total de 22 signos y en la segunda aplicación un total de 13 reduciendo en 9, presentándose con mayor frecuencia el signo que se refiere al descontento con el propio cuerpo, siguiendo el referente a sujetos con preocupación somática, sentimientos de inferioridad corporal, inmadurez emocional y dependencia materna, así como preocupación por su cuerpo.

Aun cuando no se contabilizan para esta investigación, se observan cambios cualitativos en los demás aspectos de la personalidad.

Por lo que podemos desprender que realmente hubo un cambio favorable en las personas, que la terapia fue de gran utilidad para manejar sus conflictos y así disminuir de peso como de ansiedad en beneficio de sí mismas.

**Conchitos
y
Sugarcoats**

En las cuestiones planteadas por los teóricos está en particular la de Karen Horney, la que se refiere a la necesidad de aprobación de las figuras adultas significativas hacia el niño; y la teoría de Fromm que habla de la necesidad, protección, aprobación y la necesidad de ser independiente; mismas que se manifestaron en la investigación, mostrando básicamente una fuerte necesidad de aceptación y de manejo de "autoridad" llamase esposo, papá, mamá, amiga, médico, etc., que les indique lo correcto o incorrecto de su vida, lo que deben y no deben hacer, sin tomar en cuenta su propia valía y capacidad que como individuos poseen.

Otra de las cuestiones teóricas confirmada aquí, fué la de Fromm que se refiere al deseo de cubrir exigencias orgánicas por creer que se requieren físicamente, cuando en realidad se debe a motivos psicológicos.

Dentro de la dinámica grupal, esto se manifestó principalmente al emplear la tabla de Weight Watchers, para el autocontrol de la alimentación, ya que se trataba de marcar los diferentes momentos y motivos en y por los que se deseaba comer, resaltando el aspecto psicológico y no el hambre física.

Una situación que ejemplifica esto, se da cuando se desea comer "algo" pero no se sabe de que es de lo que se desea comer, se trata de un momento de vacío y ansiedad que se intenta cubrir con comida compensando la sensación emocional de vacío se suple el "vacío" del estómago con la comida para sentirse "bien" como proyección por el vacío psicológico.

En cuanto al tipo de carácter improductivo-receptivo de Fromm, referente a que la única fuente de todo bien se halla en el exterior y la única manera de lograr lo que se desea es recibiendo de esa fuente "externa", tanto en el amor (ser amados pese a todo), como en la vida diaria, esperando ayuda de todos y para todo, como en sus decisiones y responsabilidades "solicitan consejo de aquella misma persona acerca de la cual deben tomar una determinación", se detectó tanto en las entrevistas, psicoterapia y pruebas psicométricas rasgos como los mencionados en las diferentes integrantes, y para contrarrestar, se siguió el enfoque del mismo Fromm, respecto a la productividad "actividad fundamental, a un modo de relacionarse en todos los campos de la experiencia humana".

La capacidad de crear en forma libre e independiente, personificando los poderes internos de realización, no el tener actividad, sino al placer y entrega al crear implicando responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento, conservando la integridad de cada ser humano a nuestro paso así como la propia.

Al emplear este enfoque se buscó evitar que por la propia "improductividad" se creara y mantuviera tanto la ansiedad como la inseguridad, orientándose a odiar, envidiar o someter, manteniendo su sistema de escasez (del que habla Fromm), como mecanismo defensivo (proyección).

Se les motivó constantemente a lo largo de la dinámica grupal a reconocer sus logros por pequeños que estos fueran hasta obtener una abundancia de logros, esto les permitió sentirse mas seguros, con mayor confianza, menos dependientes, mas capaces y principalmente con mayor autoestima en las diferentes áreas de su vida en general.

Dentro de la teoría también mencionamos que en ocasiones se presenta diferente sintomatología como manifestación de ansiedad, como por ejemplo, preocupación sobre lo que pensarán los demás por lo que hayan realizado, cefaleas, problemas gastrointestinales, falta de sueño, morderse las uñas, dificultad para relajarse, inquietud, depresión, búsqueda de satisfacción constante e incontrolada del apetito, etc. De las posibles manifestaciones, se observó por la mayoría, en forma de defensa contra situaciones presentadas por y en el grupo, así como por el problema de la obesidad (resistencia al cambio).

En cuanto a los trastornos causados por la obesidad podemos observar como afectan las diferentes áreas del ser humano ocasionando graves dificultades físicas, sociales y psicológicas.

Dificultades que por el medio familiar se podrían disminuir alterando los patrones negativos de conducta, principalmente en lo referente a la aceptación y rechazo del infante por medio de comida, y, en cuanto a la transmisión de conflictos de padres a hijos que por una supuesta prevención para estos últimos les causan mayor daño ("para que no le suceda lo que a mí").

En cuanto a los resultados obtenidos, podríamos concluir que se ratificarán las hipótesis, observándose los resultados esperados, tanto en ansiedad como en peso, no así en la imagen corporal, por lo que probablemente el tiempo de tratamiento no fue suficiente para obtener este proceso.

A partir de lo anterior, podríamos concluir que se reafirmaron los datos expuestos por los teóricos antes mencionados, y que los resultados obtenidos por el grupo, se deben a cambios reales en su estructura psicológica, lo que les permitió reducir su ansiedad y por lo tanto su peso, avanzando un poco dentro de su problemática.

SUGERENCIAS

Debido a que en toda psicoterapia puede haber el peligro de que al sacar la conflictiva exista confusión por parte del paciente, aun cuando éste piense que ya está resuelta, y por lo mismo no se es capaz de manejarla adecuadamente, se sugiere la continuación del tratamiento, evitando así la probabilidad de retroceso en lo ganado a través de ésta.

(*) Véase hipótesis en metodología.

Bioblografia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON y Anderson. Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico (1980) Madrid. Ediciones Rialp 800pp. Pag. 393-422.
2. DE LA FUENTE Muñoz R. (1981) Psicología Médica. México. F.C.E. Pag. 295.
3. DIAZ Guerrero R. Spielberg Charles D. (1975) IDARE Inventario de Ansiedad Pasgo-Estado. México. Edit. El Manual Moderno. 26pp.
4. DOWNIE y Heal. Métodos Estadísticos Aplicados. México. Edit. Harla.
5. FROMM Erick (1980) Ética y Psicoanálisis. México. F.C.E. 270pp. Pag. 67-77, 198-207.
6. GROTJAM Martin. (1979) EL Arte y la Técnica de la Terapia Grupal Analítica. Buenos Aires. Edit. Paidós. 200 pp.
7. GRINBERG L., Langer M., Rodríguez E. (1979) Psicoterapia del Grupo. Buenos Aires. Edit. Paidós. 228 pp.
8. HALL S. Calvin (1979) Compendio de Psicología Freudiana. Buenos Aires. Edit. Paidós. 137pp. Pag. 69-80.
9. HALL Calvin, S. y G. Lindsey. La teoría del sí mismo y la personalidad. (1974). Biblioteca del hombre contemporáneo. Argentina. Edit. Paidós. 85pp.
10. HORNEY Karen (1973) El Nuevo Psicoanálisis. México. F.C.E. 327 pp. pag. 142-151.
11. KADYS Asya I., Krasner Jack D., Winick Charles y S.H. Foulkes (1982) Manual de psicoterapia de grupo. México. F.C.E. 213 pp.
12. KERLINGER Fred M. (1986) Investigación del Comportamiento. Edit. Interamericana. México. 523 pp.
13. KIELMGLI P. (1979) Ansiedad. Aspectos Psíquicos y Somaticos. Madrid. Edic. Morata. 214 pp. Pag. 171-187.

14. KLEIN Melanio. Jaon Riviere (1973). Amor Celio y Reparación Emociones Básicas del Hombre. Buenos Aires. Edit. Paidós 124 pp.
15. KOLB Laurence C. (1978). Psiquiatría Dinámica. México. La Prensa Médica Mexicana. Pag. 555-559.
16. Mc GUIGAN F.J. (1973). Psicología Experimental. México. Edit. Trillas. 400pp
17. MERINO A. Point (1978) Los Alimentos Cuestiones de Bromatología, Aspectos Químicos, Biológicos, Agropecuarios y Sociales. Selección de Scientific American. Madrid. Edic. H. Bume. 335pp.
18. OLASCOAGA José Quintín (1963) Alimentación Normal del Mexicano. México. S.E.P. 214pp.
19. PICHOT Pierre. Valdes M.M., Udina A.C., Masana R.J., De Flores I.F.T. (1984) DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México. Edit. Masson 513pp. Pag. 62-84.
20. PORTUONDO A. Juan (1971) Test Proyectivo de la Personalidad de Karen Machover. Madrid. Edit. Biblioteca Nueva. 83pp.
21. SIEGEL Sidney. (1976). Estadística no paramétrica. Edit. Trillas. New York. E.U.A. 346pp.
22. STUART B. Richard (1981) Comportese Delgado, Conservese Delgado. México, D.F. Edit. Diana.
23. THOMPSON Clara (1980) El psicoanálisis. México. F.C.E. 269 pp. Pag. 122-140.
24. THOMPSON Richard F. (1977) Introducción a la Psicología Fisiológica. México. Edit. Karla. 695pp. Pag. 344-349.

25. U.A.M. (1984) Apuntes sobre Alimentación. Facultad de
Ingeniería de Alimentos. México.

26. VARIOS. (1980) Diccionario Enciclopédico de Educación Especial.
Tomo I y III. Edit. Diagonal Santillana. México.
Pág. 109-113. 159-160. 1292, 1293. 1431.

Appendices

APENDICE NO. 2

ENTREVISTA INDIVIDUAL

NOMBRE: _____
 DIRECCIÓN: _____
 EDAD: _____
 SEXO: _____
 ESTADO CIVIL: _____
 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 OCUPACIÓN: _____

CON QUIEN VIVE AHORA? _____
 NUMERO DE MIEMBROS. PARENTESCO. EDAD. SEXO, Y ESTUDIOS QUE TIENEN?
 NO. PARENTESCO EDAD SEXO ESTUDIOS

TRABAJA EN LA ACTUALIDAD? _____
 DE QUE? _____
 CUAL ES SU HORARIO? _____
 QUE SALARIO TIENE? _____
 QUE OTRAS FUENTES DE INGRESOS TIENE? _____
 QUE TIPO DE TRABAJOS HA REALIZADO, CUAL FUE SU DURACIÓN Y QUE
 SALARIOS TENIA? TRABAJO DURACIÓN SALARIOS.

HA TENIDO PROBLEMAS CON LOS COMPAÑEROS O JEFES? _____
 POR QUE? _____

QUE ESTUDIOS TIENE? _____
 TIENE ALGUN TITULO O DIPLOMA? _____
 ULTIMO AÑO QUE ASISTIÓ A LA ESCUELA? _____
 EDAD DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE ESTUDIOS? _____
 TUVO DIFICULTADES PARA EL ESTUDIO? _____
 QUE TIPO DE DIFICULTADES TUVO? _____

COMO ERA SU RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS DE ESTUDIO? _____

QUE TRATO TENIA CON LOS MAESTROS? _____
 QUE TAN SOCIABLE ERA EN LA ESCUELA? _____
 COMO FUE SU APROVECHAMIENTO ESCOLAR? _____

COMO DESCRIBIRIA SU PERSONALIDAD? _____

QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA HACER? _____

CUALES SON SUS HABITOS DE SUEÑO? _____
TIENE SUEÑOS REPETITIVOS ? MENCIONELOS: _____

CUALES SON SUS HABITOS ALIMENTICIOS? _____

TIENE AMISTADES? _____
NUMERO DE ELLAS? _____
CONSTANCIA CON QUE LAS FRECUENTA _____
SEXO CON QUE PREFIERE RELACIONARSE? _____
QUE GRADO DE PROFUNDIDAD EXISTE EN LAS RELACIONES QUE ESTABLECE? _____

QUE ROL ADOPTA EN SUS INTERRELACIONES? _____
QUE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES REALIZA? _____

QUE JUEGOS Y DEPORTES PRACTICA? _____
QUE TIPO DE LECTURA PREFIERE? _____
QUE TIPO DE MUSICA? _____
EN GENERAL CON QUE PERSONAS REALIZA ESTAS ACTIVIDADES? _____

CUAL ES SU NIVEL CULTURAL? _____

TIENE HABITOS DE:
TABAQUISMO? _____
ALCOHOLISMO? _____
DROGADICCION? _____
CON QUE FRECUENCIA LOS CONSUME? _____
HA SUFRIDO ARRESTOS? _____
POR QUE? _____
PERIODOS EN PRISION? _____
POR QUE? _____
HA ROBADO ALGUNA VEZ? _____
POR QUE? _____
ACOSTUMBRA MENTIR? _____
POR QUE? _____
HA TENIDO INTENTOS DE SUICIDIO? _____
POR QUE? _____
ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE ESTOS INTENTOS? _____

REACCIONES DE LA FAMILIA ANTE SU CONDUCTA DE (TABAQUISMO,
ALCOHOLISMO, ARRESTOS, PERIODOS EN PRISION, ROBOS, MENTIRAS,
INTENTOS DE SUICIDIO)? _____

QUE EDAD TENIA SU PADRE CUANDO USTED NACIO? _____
Y SU MADRE? _____
VIVE SU PADRE? _____
VIVE SU MADRE? _____
QUE EDAD TIENEN? _____
SI YA NO VIVEN QUE EDAD TENIAN CUANDO FALLECIERON? _____
QUE ESTADO CIVIL TIENEN SUS PADRES? _____
OCUPACION DE SU PADRE? _____
OCUPACION DE SU MADRE? _____
ESTUDIOS DE SU PADRE? _____

ESTUDIOS DE SU MADRE? _____
 TRABAJO SU MADRE CUANDO USTED ERA NIÑA? _____
 DE QUE? _____
 QUE EDAD TENIA USTED CUANDO SU MADRE TRABAJÓ? _____
 QUIEN SE HIZO CARGO DE USTED HASTA SUS 15 AÑOS DE
 EDAD? _____
 TIENE HERMANOS? _____
 CUANTOS? _____
 MEDIOS HERMANOS? _____
 QUE LUGAR OCUPA USTED? _____
 ALGUIEN HA MUERTO? _____
 USTED, FUE HIJO DESEADO? _____
 EN CASO DE QUE NO, ¿SABE POR QUE? _____
 QUE TRATO LE DABA SU FAMILIA CUANDO ERA NIÑO? _____

CUAL ERA SU CONDUCTA ANTE LOS ADULTOS Y FIGURAS
 SIGNIFICATIVAS? _____
 COMO SE LLEVABA CON SUS HERMANOS CUANDO ERAN
 NIÑOS? _____
 COMO LO TRATABAN SUS PADRES? _____
 COMO LO TRATA SU FAMILIA DE ORIGEN EN LA ACTUALIDAD? _____

DONDE CONOCIÓ A SU PAREJA? _____
 QUE CONDICIONES PREDOMINABAN EN EL MOMENTO DE INICIAR SU RELACIÓN? _____
 EDAD DE AMBOS AL CASARSE? _____
 QUE CONDICIONES AMBIENTALES Y/O FAMILIARES EXISTIAN AL CASARSE? _____
 QUE CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES EXISTIAN EN LA RELACIÓN CUANDO
 SE EFECTUÓ EL MATRIMONIO? _____

POR QUE ELIGIÓ ESA PAREJA Y NO OTRA? _____
 EN QUE SE PARECE SU PAREJA A SU PADRE? _____
 CUALES SON LAS CONDICIONES ACTUALES DEL MATRIMONIO? _____
 CUAL ES EL AMBIENTE ACTUAL EN SU CASA? _____
 QUE ENTIENDE O CREE QUE ES EL AMOR? _____
 QUE PIENSA DE LA INFIDELIDAD EN EL HOMBRE? _____

HA SIDO USTED INFIEL ALGUNA VEZ? _____
 CUALES SON SUS METAS COMO PAREJA? _____
 EXISTEN CELOS INTERFAMILIARES? _____
 DE QUE TIPO? _____

CUANDO OBTUVO SU PRIMERA INFORMACIÓN SEXUAL? _____
 DE QUIEN Y COMO? _____
 EDAD DE INICIO DE SU MENSTRUACIÓN? _____
 REACCIÓN ANTE ESTO? _____

CUANDO FUE SU PRIMERA RELACION HETEROSEXUAL? _____
 EN QUE CIRCUNSTANCIAS SE EFECTUO? _____
 QUE SENSACION TIENE DE ESTA? _____
 AUMENTO SU DESEO SEXUAL CON EL MATRIMONIO? _____
 CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO? _____
 HA SUFRIDO ABORTOS? _____
 CUANTOS HIJOS TIENE? _____
 QUE METODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD EMPLEA? _____
 CUAL ES LA FRECUENCIA DE SU VIDA SEXUAL
 ACTUALMENTE? _____
 QUE IMAGEN MENTAL TIENE DURANTE EL COITO? _____
 HA SUFRIDO FRIGIDEZ? _____
 SU PAREJA HA SUFRIDO IMPOTENCIA? _____
 HA SUFRIDO MENOPAUSIA? _____
 HA TENIDO PERIODOS DE MASTURBACION? _____
 CUANDO INICIO? _____
 CON QUE FRECUENCIA LA REALIZAS? _____
 QUE SENTIMIENTOS LE CAUSA? _____
 HA TENIDO RELACIONES DE TIPO HOMOSEXUAL? _____
 HA PRACTICADO ALGUN TIPO DE PERVERSION SEXUAL? _____
 QUE ACTITUD ASUMIO ANTE ELLAS? _____
 CUALES SON LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO? _____
 HA PADECIDO ENFERMEDADES VENEREAS? _____
 QUE TRATAMIENTO LE DIERON Y CUAL FUE SU ACTITUD EMOCIONAL ANTE
 ESTAS? _____

HA SUFRIDO ENFERMEDADES MENTALES? _____
 DENTRO DE SU FAMILIA SE PRESENTARON:
 SUICIDIOS? _____
 ABANDONO DE HOGAR? _____
 INFIDELIDADES? _____
 CELOS? _____
 EPILEPSIAS? _____
 PSICOPATIAS? _____
 ACTITUDES RELIGIOSAS FANATICAS? _____
 ORGANIZACIONES PATRIARCALES O MATRIARCALES? _____
 CUAL ES EL NIVEL CULTURAL FAMILIAR? _____
 OTROS: _____

PROBLEMA ACTUAL: _____
 INICIA: _____
 SINTOMAS SOBRESALIENTES _____
 CUADRO AMBIENTAL EN EL QUE SE HA DESARROLLADO EL PROBLEMA: _____
 SENTIMIENTOS HACIA EL PROBLEMA: _____
 APARIENCIA: _____
 ACTITUD A LA ENTREVISTA: _____
 CONDUCTA Y AJUSTE A LA REALIDAD: _____
 UBICACION EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO: _____

DIAGNOSTICO PRELIMINAR:

INTEGRACION ENTREVISTA Y PRUEBAS:

APENDICE NO. 2

RELACION DE PESOS Y MEDIDAS DEL GRUPO

SUJETOS	MEDIDA	PESO ACTUAL	PESO DESEADO	SOBREPESO
1	1.66	70 Kg	55.5-65 KG.	10 Kg.
2	1.75	90	61-70.5	25
3	1.70	76	57-66.5	14
4	1.65	81	53.5-63	23
5	1.65	70	53.5-63	12
6	1.61	67	51.5-61	11
7	1.59	81	50.5-59	26
8	1.55	82	47.5-55.5	30

El peso deseado se obtuvo de la tabla "Escala de peso para mujeres" del libro "Comportese Delgado, Conservese Delgado". (se anexa).

RESULTADOS OBTENIDOS DEL IDARE PRIMERA APLICACION

SUJETO	RASGO	CALIF. "T"	PUNT. BRUTA	ESTADO
	PUNTAJE BRUTO			CALIF. "T"
1	53	65	65	74
2	42	56	41	57
3	34	46	40	56
4	55	66	61	71
5	62	69	68	74
6	61	64	61	71
7	56	67	46	61
8	37	50	27	41
<u>Total</u>	390=48	483=60	409=51	505=63

Las puntuaciones "T" normalizadas por el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, con media igual a 50 y desviación estándar igual a 10, y con sus rangos percentiles representados en los cuadros 1 y 2 del Test del IDARE, se emplearon para convertir la puntuación cruda a "T" con los cuadros de las normas (páginas 5 y 6 del Manual e Instructivo del Inventario), que corresponden a la puntuación obtenida por un individuo en la escala rasgo-estado de acuerdo a la puntuación bruta obtenida.

RELACION DE PESOS

SUJETO	PESO INICIAL	PESO FINAL
1	70 Kg.	65 Kg.
2	90	88
3	76	70
4	81	70
5	70	65
6	87	61
7	81	73
8	82	76

RESULTADOS OBTENIDOS DEL IDARE EN LAS APLICACIONES

SUJETO	A-ESTADO 1	A-ESTADO 2	A-RASGO 1	A-RASGO 2.
1	68	27	62	27
2	27	36	37	37
3	40	30	34	32
4	65	28	53	33
5	61	29	55	35
6	41	27	42	39
7	45	25	56	30
8	51	32	51	36

APENDICE NO. 3

MACDOVER

FUNTOS

	1	2	3	4	5	6	7	8
7	+		x					
6			x	x	x	-		-
5					x		-	
4	+	+	+		+	+	+	-
3	+							-
2					x			
1	+	+	-	-	-			

SJ. 1 2 3 4 5 6 7 8

* 1a. Aplicación.

+ 2a. Aplicación.

GRAFICA DE AUTOSUPERVIGILANCIA DE LA NECESIDAD DE COMER

- Escriba: 0 Si no sintió necesidad de comer.
- 1 Si siente hambre y considera que es una necesidad físicamente motivada.
 - 2 Si siente una necesidad de comer que oscile entre la necesidad físicamente motivada y una psicológica.
 - 3 Si siente una ligera necesidad y sabe que esta no es física (poco después de una comida normal).
 - 4 Si experimenta una fuerte necesidad de comer y sabe que esta no es física. (Trata de no pensar en comida y regresa a pensar en ella.

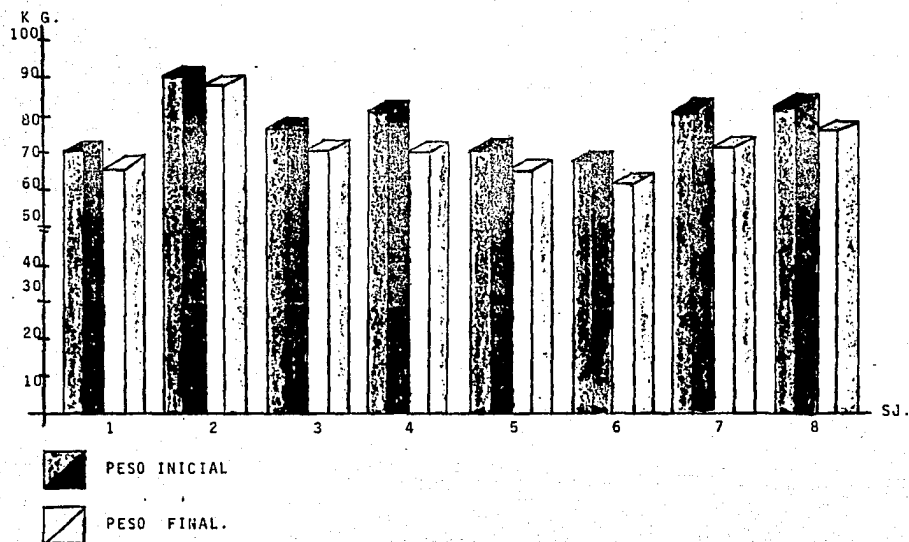
MARQUE EL DIA: lun mar mier jue vier sab dom

HORA	GRADO DE SU NECESIDAD DE COMER	COMIO SI NO	QUE HACIA	ACCION PLANEADA	QUE COMIO
7- 8					
8- 9					
9-10					
10-11					
11-12					
12- 1					
1- 2					
2- 3					
3- 4					
4- 5					
5- 6					
6- 7					
7- 8					
8- 9					
9-10					
10-11					
11-12					
12- 1					
1- 2					
2- 3					
3- 4					
4- 5					
5- 6					
6- 7					

NOTAS:

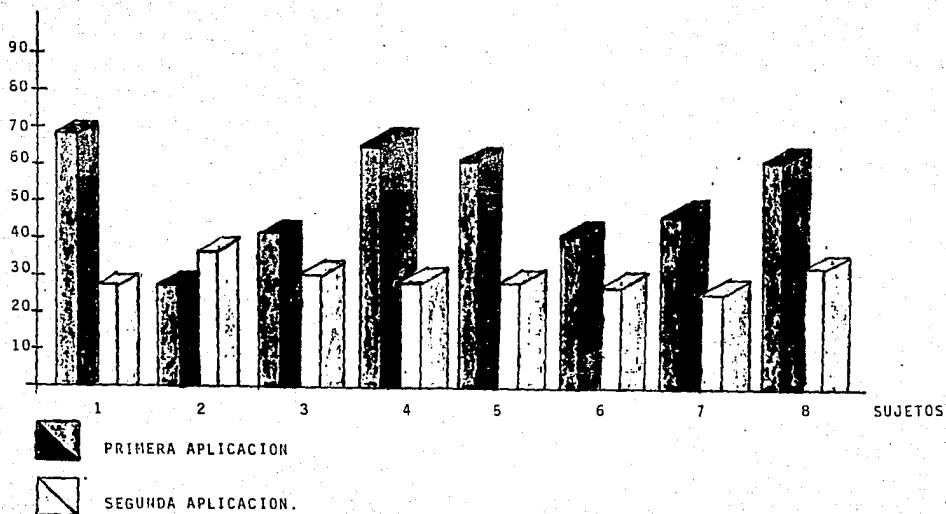
Extraída del libro Comportese Delgado. Conservese Delgado empleada por Weith Watchers.

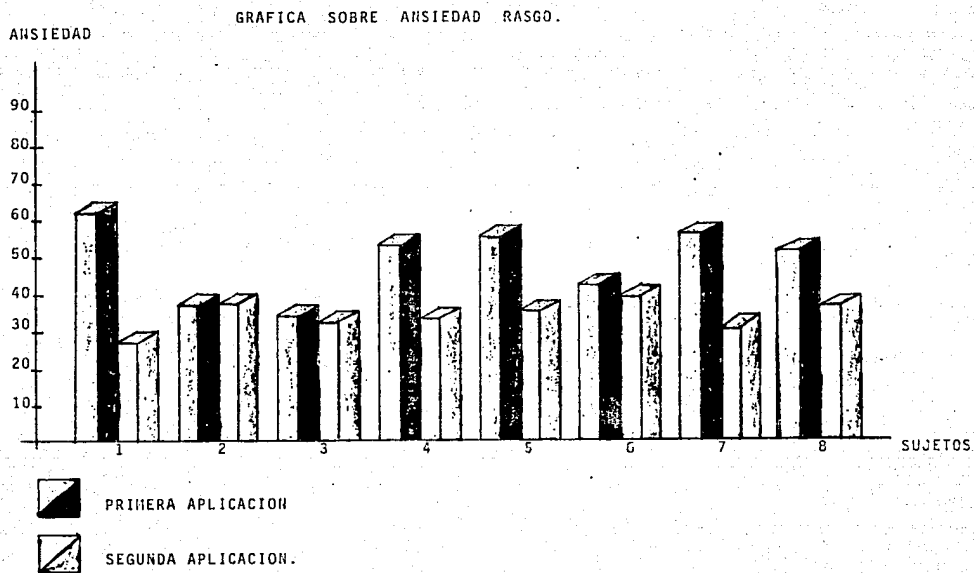
GRAFICA SOBRE EL PESO.



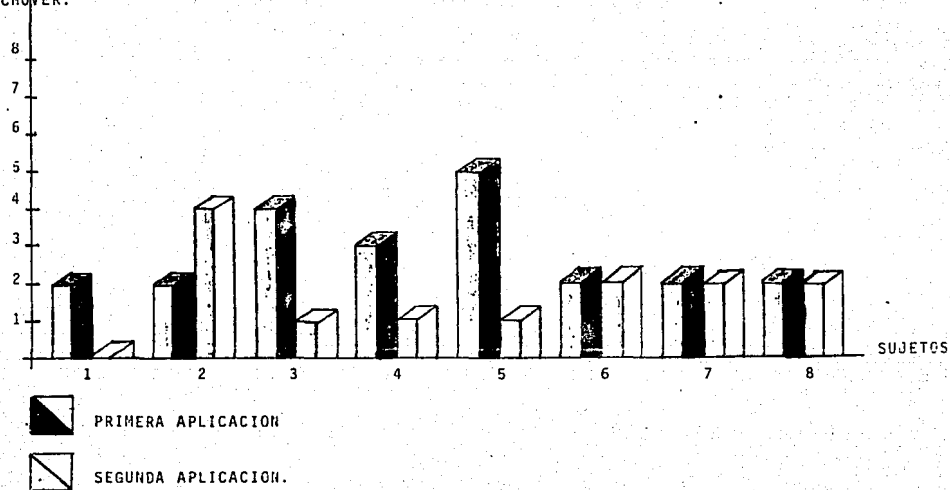
ANSIEDAD

GRAFICA SOBRE ANSIEDAD ESTADO.





GRAFICA DE LOS PUNTOS GLOBALES OBTENIDOS DEL MACHOVER.

SUMA DE LOS
INDICES DEL
MACHOVER.

ENTREVISTA INICIAL.

NOMBRE: 3

DIRECCION:

TELEFONO:

EDAD: 33 años

SEXO: Femenino

ESTADO CIVIL: Casada

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: México, D.F.

OCUPACION: Hogar, Médico.

¿CON QUIEN VIVE AHORA? Con mis hijos

¿NUMERO DE MIEMBROS, PARENTEZCO, EDAD, SEXO Y ESTUDIOS QUE TIENEN?

NO.	PARENTEZCO	EDAD	SEXO	ESTUDIOS.
1	Hijo	7 años	Masculino	1° de primaria.
2	Hijo	4 años	Masculino	1° de Kinder Garden

¿TRABAJA UD. EN LA ACTUALIDAD? SI

¿DE QUE? De médico

¿CUAL ES SU HORARIO? 9 a 3 P.M"

¿QUE SALARIO TIENE? 800,000.00 Mensuales.

¿QUE OTRAS FUENTES DE INGRESOS TIENE? Renta de terrenos.

¿QUE TIPOS DE TRABAJO HA REALIZADO, CUAL FUE SU DURACION Y QUE - SALARIOS TENIA?

TRABAJOS	DURACION	SALARIOS
Médico en el Seguro Social	Unico	800,000.00 mens.

¿HA TENIDO PROBLEMAS CON LOS COMPANEROS O JEFES? Ninguno

¿POR QUE? -----

¿QUE ESTUDIOS TIENE? Post grado en medicina interna.
¿TIENE ALGUN TITULO O DIPLOMA? Sí de estudios Universitarios y de
Bachiller y disco.
¿ULTIMO AÑO QUE ASISTIO A LA ESCUELA? No recuerda.
¿EDAD DE INICIO Y FINALIZACION DE ESTUDIOS? 5 a 30 años.
¿TUVO DIFICULTADES PARA EL ESTUDIO? Ninguna, excelente estuadiante
¿QUE TIPO DE DIFICULTADES TUVO? -----

¿COMO ERA SU RELACION CON LOS COMPANEROS DE ESTUDIOS? Con timidez
y competencia con los hombres para ganarles estudiando.
¿QUE TRATO TENIA CON LOS MAESTROS? Sin trato, tenía miedo, sólo
les trataba lo necesario".
¿QUE TAN SOCIABLE ERA EN LA ESCUELA? Poco estaba en constante
aislamiento".
¿COMO FUE SU APROVECHAMIENTO ESCOLAR? Excelente.

¿COMO DESCRIBIRIA SU PERSONALIDAD? Activa determinante

¿QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA HACER? Leer y trabajar.

¿QUE ES LO QUE ODIÁ HACER? Limpieza

¿CUALES CONSIDERA SUS MIEDOS? A no poder defenderme sola.

¿CUALES SON SUS HABITOS DE SUERNO? 8 a 10 horas diarias.

¿TIENE SUEÑOS REPETITIVOS? No
MENCIONELOS: -----

¿CUALES SON SUS HABITOS ALIMENTICIOS? 3 veces al día y antojitos
entre comidas, cuando no hago dieta"

¿TIENE AMISTADES? Sí

¿NUMERO DE ELLAS? Muchas

¿CONSTANCIA CON QUE LAS FRECUENTA? Una vez por semana.

¿SEXO CON QUE PREFIERE RELACIONARSE? Es igual.

¿QUE GRADO DE PROFUNDIDAD EXISTE EN LAS RELACIONES QUE ESTABLECE?
media y profundas, me entrego"

¿QUE ROL ADOPTA EN SUS INTERRELACIONES? De entrega, activo.

¿QUE ACTIVIDADES RECREATIVAS Y CULTURALES REALIZA? Cine, teatro,
tv., etc.

¿QUE JUEGOS Y DEPORTES PRACTICA? De adolescente un poco de todo.

¿QUE TIPO DE LECTURA PREFIERE? Novelas

¿QUE TIPO DE MUSICA? Balada.

¿EN GENERAL CON QUE PERSONAS REALIZA ESTAS ACTIVIDADES?

Amistades y familia.

¿CUAL ES SU NIVEL CULTURAL? Alto

TIENE HABITOS DE:

¿TABAQUISMO? No

¿ALCOHOLISMO? No

¿DROGADICCION? No

¿CON QUE FRECUENCIA LOS CONSUME? -----

¿HA SUFRIDO ARRESTOS? No

¿POR QUE? -----

¿PERIODOS EN PRISION? No

¿POR QUE? -----

¿HA ROBADO ALGUNA VEZ? No

¿POR QUE? -----

¿ACOSTUMBRA MENTIR? No

¿POR QUE? -----

¿A TENIDO INTENTOS DE SUICIDIO? No

¿POR QUE? -----

¿ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE ESTOS INTENTOS? -----

¿REACCIONES DE LA FAMILIA ANTE SU CONDUCTA DE (TABAQUISMO,ALCOHO
LISMO,DROGADICCION, ARRESTOS, PERIODOS EN PRISION, ROBOS, MENTI
RAS, INTENTOS DE SUICIDIO)? -----

¿QUE EDAD TENIA SU PADRE CUANDO USTED NACIO? 40 años
¿Y SU MADRE? 33 años
¿VIVE SU PADRE? Sí
¿VIVE SU MADRE? Sí
¿QUE EDAD TIENEN? 73 y 66 años
SI YA NO VIVEN ¿QUE EDAD TENIAN CUANDO FALLECIERON? ----
¿QUE ESTADO CIVIL TIENEN SUS PADRES? Divorciados
¿OCUPACION DE SU PADRE? Jubilado
¿OCUPACION DE SU MADRE? Doctora y hogar.
¿ESTUDIOS DE SU PADRE? Maestro
¿ESTUDIOS DE SU MADRE? Medico
¿TRABAJO SU MADRE CUANDO USTED ERA NIÑA? si
¿DE QUE? Médico

¿QUE EDAD TENIA USTED CUANDO SU MADRE TRABAJO? Siempre.
¿QUIEN SE HIZO CARGO DE USTED HASTA SUS 15 AÑOS DE EDAD?
"Mis padres, estaba sola cuando trabajaban".
¿TIENE HERMANOS? No
¿CUANTOS? Ninguno
¿MEDIOS HERMANOS? Sí, sin trato.
¿QUE LUGAR OCUPA USTED? De ese matrimonio, único, antes ya habían
¿ALGUNO HA MUERTO? No lo sabe, no se tratan.
¿UD., FUE HIJO DESEADO? No sabe.
EN CASO DE QUE NO, ¿SABE POR QUE? ----

¿QUE TRATO LE DABA SU FAMILIA CUANDO ERA NIÑO? "Indiferente, de
mueble, de cosa".

¿CUAL ERA SU CONDUCTA ANTE LOS ADULTOS Y FIGURAS SIGNIFICATIVAS?
"De respeto y miedo"

¿COMO SE LLEVABA CON SUS HERMANOS CUANDO ERAN NIÑOS?
No hubo convivencia"

¿COMO LO TRATABAN SUS PADRES?
"Con dependencia y sumisión"

¿COMO LE TRATA SU FAMILIA DE ORIGEN EN LA ACTUALIDAD?
"Muy bien con libertad"

¿DONDE CONOCIO A SU PAREJA?
En una reunión familiar.

¿QUE CONDICIONES PREDOMINABAN EN EL MOMENTO DE INICIAR SU RELACION? "De deseos de salir de la casa porque me dominaban y no me dejaban ser".

¿EDAD DE AMBOS AL CASARSE? 43 y 26 años.

¿QUE CONDICIONES AMBIENTALES Y/O FAMILIARES EXISTIAN AL CASARSE?
De dominio, de preocupación por el embarazo.

¿QUE CARACTERISTICAS Y CONDICIONES EXISTIAN EN LA RELACION CUANDO SE EFECTUO EL MATRIMONIO? De dependencia del esposo.
Idealizandolo y con entusiasmo, preocupada por el embarazo.

¿POR QUE ELIGIO ESA PAREJA Y NO OTRA? "No conocía casi a nadie y sólo me ocupaba de estudiar para ganarles a los hombres"
¿EN QUE SE PARECE SU PAREJA A SU PADRE?

Casi en todo

¿CUALES SON LAS CONDICIONES ACTUALES DEL MATRIMONIO?
"Separados, malas, nos vamos a divorciar".

¿CUAL ES EL AMBIENTE ACTUAL EN SU CASA? "Tranquilo de paz"

¿QUE ENTIENDE O CREE QUE ES EL AMOR? "Dar sin pedir, ayudar"

¿QUE PIENSA DE LA INFIDELIDAD EN EL HOMBRE? "Que es por incomprensión"

¿HA SIDO UD, INFIEL ALGUNA VEZ? No

¿CUALES SON SUS METAS COMO PAREJA? Resolver los problemas.

¿EXISTEN CELOS INTERFAMILIARES? "Sí por el dominio de mis padres
¿DE QUÉ TIPO? "De dominio, quieren que haga lo que ellos desean.
y probarse quien gana sobre mí, si mi madre o mi padre".

¿CUANDO OBTUVO SU PRIMERA INFORMACION SEXUAL? de niña a los 11 años
¿DE QUIEN Y COMO? "De mi mamá, de la escuela y de amigas."

¿EDAD DE INICIO DE SU MENSTRUACION? 13 años.
¿REACCION ANTE ESTA? Normal de tranquilidad.

¿CUANDO FUE SU PRIMERA RELACION HETEROSEXUAL? 25 años

¿EN QUE CONDICIONES SE EFECTUO? A escondidas y con culpa.

¿QUE SENSACION TIENE DE ESTA? "Dolor, después agrado, todo fué
muy doloroso".

¿AUMENTO SU DESEO SEXUAL CON EL MATRIMONIO? Sí

¿CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO? dos

¿A SUFRIDO ABORTOS? no

¿CUANTOS HIJOS TIENE? dos

¿QUE METODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD EMPLEA? Ritmo

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE SU VIDA SEXUAL ACTUALMENTE? "Ahora poca
antes dos veces por semana".

¿QUE IMAGEN MENTAL TIENE DURANTE EL COITO?
De otros hombres"

¿HA SUFRIDO FRIGIDEZ? No

¿SU PAREJA HA SUFRIDO IMPOTENCIA? No

¿HA SUFRIDO MENOPAUSIA? No

¿HA TENIDO PERIODOS DE MASTURBACION? Sí

¿CUANDO INICIO? infancia por la soledad

¿CON QUE FRECUENCIA LA REALIZA(O)? diario, ahora, no.

¿QUE SENTIMIENTOS LE CAUSA? De abandono, soledad y curiosidad.

¿HA TENIDO RELACIONES DE TIPO HOMOSEXUAL? No

¿HA PRACTICADO ALGUN TIPO DE PERVERSION SEXUAL? No

¿QUE ACTITUD ASUMIO ANTE ELLAS? -----

¿EXISTEN CELOS INTERFAMILIARES? "Sí por el dominio de mis padres
¿DE QUÉ TIPO? "De dominio, quieren que haga lo que ellos desean.
y probarse quien gana sobre mí, si mi madre o mi padre".

¿CUANDO OBTUVO SU PRIMERA INFORMACION SEXUAL? de niña a los 11 años.
¿DE QUIEN Y COMO? "De mi mamá, de la escuela y de amigas."

¿EDAD DE INICIO DE SU MENSTRUACION? 13 años.

¿REACCION ANTE ESTA? Normal de tranquilidad.

¿CUANDO FUE SU PRIMERA RELACION HETEROSEXUAL? 25 años

¿EN QUE CONDICIONES SE EFECTUO? A escondidas y con culpa.

¿QUE SENSACION TIENE DE ESTA? "Dolor, después agrado, todo fué
muy doloroso".

¿AUMENTO SU DESEO SEXUAL CON EL MATRIMONIO? SÍ

¿CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO? dos

¿A SUFRIDO ABORTOS? no

¿CUANTOS HIJOS TIENE? "dos

¿QUE METODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD EMPLEA? Ritmo

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE SU VIDA SEXUAL ACTUALMENTE? "Ahora poca
antes dos veces por semana".

¿QUE IMAGEN MENTAL TIENE DURANTE EL COITO?

"De otros hombres"

¿HA SUFRIDO FRIGIDEZ? No

¿SU PAREJA HA SUFRIDO IMPOTENCIA? No

¿HA SUFRIDO MENOPAUSIA? No

¿HA TENIDO PERIODOS DE MASTURBACION? SÍ

¿CUANDO INICIO? infancia por la soledad

¿CON QUE FRECUENCIA LA REALIZA(O)? diario, ahora, no.

¿QUE SENTIMIENTOS LE CAUSA? De abandono, soledad y curiosidad.

¿HA TENIDO RELACIONES DE TIPO HOMOSEXUAL? No

¿HA PRACTICADO ALGUN TIPO DE PERVERSION SEXUAL? No

¿QUE ACTITUD ASUMIO ANTE ELLAS? -----

¿CUALES SON LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO?
Normales de la infancia.

¿HA PADECIDO ENFERMEDADES VENEREAS? No

¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON Y CUAL FUE SU ACTITUD EMOCIONAL ANTE
ESTAS? -----

¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES MENTALES? No

¿DENTRO DE SU FAMILIA SE PRESENTARON:

¿SUICIDIOS? No

¿ABANDONO DE HOGAR? Sí del padre

¿INFIDELIDADES? Sí del padre

¿CELOS? Sí de los padres.

¿EPILEPSIAS? No

¿PSICOPATIAS? No

¿ACTITUDES RELIGIOSAS FANATICAS? No

¿ORGANIZACIONES PATRIARCALES O Matriarcales? No

¿CUAL ES EL NIVEL CULTURAL FAMILIAR? Alto
OTROS.

PROBLEMA ACTUAL: Obesidad

INICIA: hace 7 años, por embarazo.

SINTOMAS SOBRESALIENTES: Sobre peso, descontento.

CUADRO AMBIENTAL EN EL QUE SE HA DESARROLLADO EL PROBLEMA:

Matrimonio

SENTIMIENTOS HACIA EL PROBLEMA: Impotencia de cambiar, rechazo a
mí misma, dejadez.

APARIENCIA: Buena, bien presentada, edad aparente y cronológica.

ACTITUD A LA ENTREVISTA: Positiva cooperadora.

CONDUCTA Y AJUSTE A LA REALIDAD: Adecuada, tranquila, bien ajustada

UBICACION EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO: Buena ubicación.

DIAGNOSTICO PRELIMINAR: Al parecer se trata de una persona con conflictos por su desintegración familiar, con una marcada rivalidad con el sexo masculino; problemas de autoridad, repitiendo su patrón parental masculino,; con tendencia a la depresión y al aislamiento viviendose devaluada, con resentimientos, manifiesta dependencia y agresión.

INTEGRACION ENTREVISTA Y PRUEBAS.

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: 2 Fecha: 5-IX-18

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1. Me siento calmado	☐	☐	☐	☐	2
2. Me siento seguro	☐	☐	☐	☒	1
3. Estoy tenso	☐	☐	☒	☐	3
4. Estoy contrariado	☒	☐	☐	☐	1
5. Estoy a gusto	☐	☐	☒	☐	2
6. Me siento alterado	☒	☐	☐	☐	1
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	☐	☐	☐	☐	2
8. Me siento descansado	☐	☒	☐	☐	3
9. Me siento ansioso	☐	☐	☐	☒	3
10. Me siento cómodo	☐	☐	☐	☐	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	☐	☐	☐	☒	1
12. Me siento nervioso	☐	☒	☐	☐	2
13. Me siento agitado	☐	☒	☐	☐	2
14. Me siento "a punto de explotar"	☒	☐	☐	☐	
15. Me siento reposado	☐	☒	☐	☐	
16. Me siento satisfecho	☐	☐	☒	☐	
17. Estoy preocupado	☐	☒	☐	☐	
18. Me siento muy excitado y aturdido	☐	☒	☐	☐	
19. Me siento alegre	☐	☐	☒	☐	
20. Me siento bien	☐	☐	☐	☐	

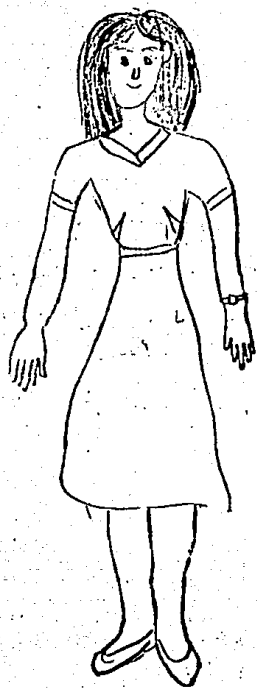
IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	
21. Me siento bien	0	1	2	3	2
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3	2
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3	1
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0	1	2	3	1
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0	1	2	3	1
26. Me siento descansado	0	1	2	3	3
27. Soy una persona "tranquila, serena y sossegada"	0	1	2	3	2
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	0	1	2	3	1
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3	2
30. Soy feliz	0	1	2	3	2
31. Tomo las cosas muy a pecho	0	1	2	3	2
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3	1
33. Me siento seguro	0	1	2	3	2
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	0	1	2	3	3
35. Me siento melancólico	0	1	2	3	1
36. Me siento satisfecho	0	1	2	3	2
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0	1	2	3	1
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0	1	2	3	1
39. Soy una persona estable	0	1	2	3	1
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	0	1	2	3	1



1.9

La simpática

Núm (3)

30 años

5-IX-83

La simpática yere' leen gordita, ahora en
ella mujer sana, agradable, que parece estar
en su casa con sus hijos y marido, ahora
es una mujer muy activa que se interesa por
todo lo que sucede en este bello mundo, ahora
le ha dado una gran actividad (aunque
no lo parezca) y es que ahora todo lo
bello en los artes, el pensamiento, aunque no
tiene la capacidad de hacerlo (como dibujar,
cantar, bailar etc...) pero si de sentirlo y
gozarse; ella espera en su futuro, a cono-
cer y sobre todo a amarlos con una
afectividad, además también desea que
sus hijos, sean sanos, fuertes, bellas y
hombres felices.

Me salió feo el pelo

no se separa

le voy a poner bruto el cabello
que horrible

pequeño, gueto como blackman

la alta su rancidez

parece que las botas en los pies

... no importan

... no importan



02

Sketch 3

5-11-11

Este es mi caballero, agradable, gentil,
Que se dedica a su Trabajo y su familia
Que desmora su expectativa de su vida.
Aunque es valiente.

MACHOVER.

Se trata de una persona bien identificada con su sexo que concede mayor autoridad intelectual y social a la mujer.

De tipo neurótico, expresa ansiedad y agresión en ocasiones reprimida y en otras ocasiones con arranques de agresión.

Al parecer se encuentra preocupada somáticamente, sintiendo inferioridad corporal, así como descontento con su cuerpo y preocupación por el peso.

Asume actitudes de inmadurez emocional y de dependencia materna.

NOTA: DEBIDO A LA CLARIDAD DEL LAPIZ, LA HISTORIA DEL MACHOVER NO SE ALCANZABA A DISTINGUIR POR LO QUE SE ANEXA A CONTINUACION:

La simpática fué una gordita, ahora es una mujer sana, agradable, que vive feliz en su casa con sus hijos y marido, además es una mujer muy activa que se interesa por todo lo que existe en este bello mundo, Dios le ha dado una gran virtud (aunque no lo parece) y es que valora todo lo bello en las artes, el pensamiento, aunque no tiene la capacidad de hacerlo (como dibujar, cantar, bailar, etc.) pero si de sentirlo y gozarlo; ella espera en su futuro, a conocer más y sobre todo a investigarlo con buena objetividad, además también desea que sus hijos, sigan sanos, fuertes y bellos y hombres felices.

IDARE Inventario de Autoevaluación por

SXE

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____

(3)

Fecha: _____

9- XI-88

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1. Me siento calmado	☐	☐	☒	☐	2
2. Me siento seguro	☐	☒	☐	☐	3
3. Estoy tenso	☒	☐	☐	☐	1
4. Estoy contrariado	☒	☐	☐	☐	1
5. Estoy a gusto	☐	☐	☒	☐	2
6. Me siento alterado	☒	☐	☐	☐	1
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	☒	☐	☐	☐	1
8. Me siento descansado	☐	☐	☒	☐	2
9. Me siento ansioso	☒	☐	☐	☐	1
10. Me siento cómodo	☐	☐	☒	☐	2
11. Me siento con confianza en mí mismo	☐	☐	☐	☒	1
12. Me siento nervioso	☒	☐	☐	☐	1
13. Me siento agitado	☒	☐	☐	☐	1
14. Me siento "a punto de explotar"	☒	☐	☐	☐	1
15. Me siento reposado	☐	☒	☐	☐	3
16. Me siento satisfecho	☐	☐	☐	☒	1
17. Estoy preocupado	☒	☐	☐	☐	1
18. Me siento muy excitado y aturdido	☒	☐	☐	☐	1
19. Me siento alegre	☐	☐	☒	☐	2
20. Me siento bien	☐	☐	☒	☐	2

30

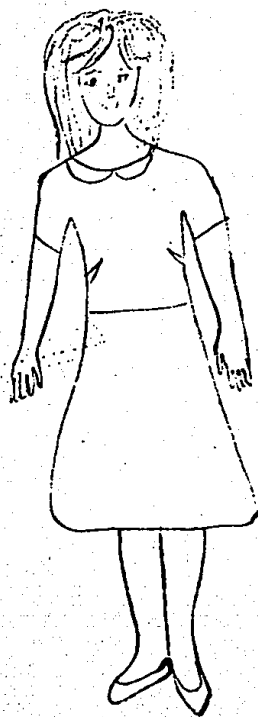
IDARI

Inventario de Auto-evaluación

SXR

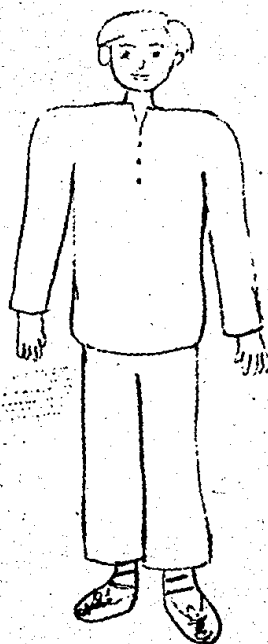
Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE	
21. Me siento bien	☐	☐	☐	☒	1
22. Me canso rápidamente	☒	☐	☐	☐	1
23. Siento ganas de llorar	☒	☐	☐	☐	1
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	☐	☒	☐	☐	2
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	☒	☐	☐	☐	1
26. Me siento descansado	☐	☐	☒	☐	2
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	☐	☐	☒	☐	-
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	☒	☐	☐	☐	1
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	☒	☐	☐	☐	1
30. Soy feliz	☐	☐	☒	☐	2
31. Tomo las cosas muy a pecho	☐	☒	☐	☐	2
32. Me falta confianza en mí mismo	☐	☒	☐	☐	2
33. Me siento seguro	☐	☐	☒	☐	2
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	☐	☐	☒	☐	3
35. Me siento melancólico	☐	☒	☐	☐	2
36. Me siento satisfecho	☐	☐	☐	☒	1
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	☒	☐	☐	☐	1
38. Me afectan tanto los desencuentros que no me los puedo quitar de la cabeza	☐	☒	☐	☐	2
39. Soy una persona estable	☐	☐	☒	☐	2
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	☒	☐	☐	☐	1
					32



Q1

9-X11-88
"new 4"



079

9-11-88
"A"

SUJETO 3.
2da. APLICACION

M A C H O V E R .

Se trata de una persona bien identificada con su sexo que concede mayor autoridad social e intelectual a la mujer, se encuentra conectada a su medio ambiente, mostrandose optimista.

De tipo neurótico, expresa agresión reprimida y en ocasiones arranques ocasionales de agresión.

Al parecer se encuentra descontenta con su cuerpo.

NOTA: La historia de la prueba no se distingue por ser escrita con lápiz, por lo que se menciona a continuación.

Este es un caballero, agradable, gentil, que se dedica a su trabajo y a su familia, que desconoce muchas cosas aunque es muy valioso.

I N T E G R A C I O N .

De acuerdo a los datos obtenidos por la aplicación de las pruebas psicométricas antes y después de las sesiones de grupo, se detectó en el IDARE una reducción en puntuación --bruta dentro de ansiedad-estado (tensión y ansiedad transi--
toria) de 40 a 30; y dentro de ansiedad-rasgo (latente situa--
ción de respuesta a la tensión) de 34 a 32.

En cuanto al peso, inició con 76 Kg. y finalizó con -
70 Kg. reduciendo en 6 Kg.

Respecto al Machover, se observó que ya no se encuen--
tra tan marcada preocupación por el peso como somática, ni -
la expresión de ansiedad y sus sentimientos de inferioridad
corporal y de inmadurez emocional conjuntamente con la depen--
dencia materna. Rasgos que se refuerzan por la entrevista en
cuanto a la conflictiva afectivo-emocional por su desarrollo
dentro de una desintegración familiar y la rivalidad con el
sexo opuesto.

En cuanto a los índices relativos al peso del Macho--
ver, obtuvo 4 en la primera aplicación y 1 en la segunda.