

01962  
L3  
2ef



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

## MODELO DE INTERVENCION PSICOANALITICO PSICODINAMICO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES OBESAS RESISTENTES A TRATAMIENTOS TRADICIONALES

T E S I S

Que por optar el Grado de:

MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

P r e s e n t a

*M. C. Elena Zierold Montes*

SINODALES:

- Director de Tesis: Dra. Emilia Lucio Gómez - Maqueo
- Dra. Isabel Reyes Lagunes
- Mtra. Patricia Andrade Palos
- Dra. Marcia Morales Figueroa
- Dr. José de Jesús González Nuñez

México, D. F.

1993

**TESIS CON  
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.

NOMBRE DEL ALUMNO: Elena L. Zierold Montes.

TITULO DE LA TESIS. "Modelo de intervención psicodinámica de orientación psicoanalítica, en un grupo de pacientes obesas resistentes a tratamientos tradicionales."

Formas de Resumen de Tesis (español, no exceder de una cuartilla).

Se realizó un estudio sobre un modelo de intervención psicodinámica de orientación psicoanalítica en pacientes obesas resistentes a otro tipo de tratamientos, tanto médicos como psicológicos, para determinar el efecto de dicho modelo en la reducción de peso. Fueron cuarenta y un sujetos obesos con sobrepeso que iba del 20 al 145%, con un rango de edades entre 19 y 60 años. al grupo completo se les tomó registro de peso y se les aplicó el MMPI al inicio del estudio y el IDARE al inicio y al final del presente trabajo. De las cuarenta y una pacientes se trabajó en psicoterapia con 20 de ellas que aceptaron someterse al tratamiento. Se les consideró representativas de un grupo de 256 pacientes que estuvieron en un programa de control de peso a largo plazo durante dos años. Las cuarenta y una pacientes no lograron reducción de peso significativa durante el tiempo que duró dicho programa. El presente estudio se hizo aplicando un diseño de investigación de dos grupos: experimental y control. Las variables dependientes fueron el registro de peso y la aplicación de las pruebas, la variable independiente fue la psicoterapia de orientación psicoanalítica. Las pacientes del grupo experimental disminuyeron el sobrepeso que al inicio fluctuaba entre el 20 y el 145% a un sobrepeso entre 8 y 67.5% al final del estudio. Los niveles de Ansiedad-Estado disminuyeron de 37.75 al inicio a 34.80 al final. El grupo control con sobrepeso al inicio entre 20 a 91.6% bajo a sobrepeso entre 21 y 37% al final y los niveles de Ansiedad Estado disminuyeron de 36.4286 al inicio a 42.7048 al final y los niveles de Ansiedad Rasgo de 40.2381 al inicio a 35.8524 al final.

## INDICE

I.	RESUMEN	i
II.	INTRODUCCION	1
III.	ANTECEDENTES	1
	a) Sociales	4
	b) Biologicos	6
	c) Psicologicos	8
IV.	METODOLOGIA	16
	a) Preguntas de la investigación	16
	b) Diseño de investigación	16
	c) Definición de variables	17
	d) Sujetos	19
	e) Instrumentos	19
	f) Procedimientos	28
	g) Tratamiento de datos	32
V.	RESULTADOS	34
VI.	DISCUSION	55
VII.	CONCLUSIONES	60
VIII.	BIBLIOGRAFIA	62
	APENDICES	69

## INTRODUCCION

En las últimas décadas, se ha incrementado la investigación relativa al problema de la obesidad, por el aumento que ha habido en este tipo de pacientes, debido entre otras causas a los cambios sociales y económicos que conllevan malnutrición, aumento de las tensiones (estrés), empleos que favorecen la vida sedentaria, el progreso tecnológico que aporta cada día más alimentos procesados, el uso de fertilizantes e insecticidas que empobrecen los suelos de elementos indispensables para el buen funcionamiento del organismo, comidas enlatadas, conservadores, saborizantes y colorantes artificiales, alimentos congelados, refrescos y comida chatarra.

El presente trabajo plantea la necesidad de estudiar a un grupo de pacientes obesas que habían sido sujetas a diversos tipos de tratamientos tanto médicos como psicológicos para resolver su problema de sobrepeso sin haberlo logrado.

Estas pacientes (41) correspondieron a un grupo de 256 pacientes que fueron tratadas durante 2 años en un programa de reducción de peso a largo plazo. Este grupo de pacientes pertenecían a la Comunidad aledaña a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, y fueron convocadas mediante anuncios colocados en mercados y escuelas, en donde se les ofrecía servicio médico gratuito.

Durante los dos años previos a la propuesta de este trabajo, las 256 pacientes fueron tratadas con acupuntura, dietas de reducción diversas y programas de ejercicio físico. En el tiempo que estuvo en proceso este programa, fueron sometidas a exámenes médicos, consistentes en registro de peso en cada sesión, toma de signos vitales, básicamente tensión arterial, toma de medidas antropométricas mensualmente, en especial índice cintura-cadera, y, dependiendo del resultado de estos registros se les solicitaban análisis de laboratorio, los cuales la mayoría las veces fueron los referentes a Química sanguínea y de esta lípidos totales, colesterol total, lipoproteínas de alta y baja densidad, es decir, todo lo relativo a lípidos en sangre.

Teniendo todos estos elementos registrados para cada una de las 256 pacientes, se pudo concluir que las causas principales por las cuales 41 de estas pacientes no mostraron ninguna

modificación significativa en cuanto a la reducción del peso que tenían al inicio del programa, fueron a grandes rasgos las siguientes:

- 1.- No acudieron regularmente a las sesiones de acupuntura.
- 2.- No siguieron la/s dieta/s.
- 3.- No realizaron el ejercicio físico recomendado.
- 4.- Por etiología de la obesidad diversa a la ingesta excesiva de kilocalorías.
- 5.- Por problemas psicológicos.

En este último grupo consideramos quedan incluidos los tres primeros y tendrán que determinarse cuál o cuáles problemas psicológicos subyacen en ellas que les impidieron cumplir con el tratamiento y por consiguiente reducir de peso.

Para lograr el objetivo arriba propuesto se pensó en buscar mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) si existe un "perfil de la personalidad de la obesa" característico, así como los niveles de ansiedad que presentaban mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). El MMPI solo se aplicó al inicio del presente estudio puesto que el tipo de tratamiento pensado para dar a éstas pacientes no incidía en modificar rasgos de personalidad, y el IDARE se aplicó al inicio y al final del tratamiento dado que este sí incidía en los niveles de ansiedad y solo había que corroborarlo correlacionando el pre y el postest.

Las pruebas antes mencionadas fueron aplicadas a las 41 pacientes las cuales aceptaron que les fueran aplicadas, sin embargo, cuando se les invitó a participar en el programa de psicoterapia, solamente aceptaron participar en el 20 de las pacientes, por lo que puede considerarse un proceso de autoselección.

A las 20 pacientes que aceptaron someterse al tratamiento con terapia psicodinámica de orientación analítica, se les hizo una entrevista psicodinámica e historia clínica. Acudieron a las sesiones de terapia durante un año, en el transcurso de esos doce meses, eliminando días festivos, vacaciones y faltas de asistencia por otras razones, el promedio de sesiones realizadas fué de 30 sesiones en un año por paciente. fueron sesiones semanales de 50' y se hizo un corte al tratamiento a los 12 meses

con el fin de presentar los resultados en este trabajo de tesis. Durante todo el tiempo del tratamiento se llevó registro de peso y de las sesiones de psicoterapia. Al corte del tratamiento se aplicó de nuevo el IDAEE a las 41 pacientes para ver si los niveles de ansiedad-rango y el peso de las pacientes reflejaron cambios importantes que pudieran deberse al tratamiento psicoterapéutico.

## ANTECEDENTES

El presente capítulo se ha dividido en tres subcapítulos para explicar los diversos factores que están presentes en el desarrollo de la obesidad; dado que el hombre es una unidad biopsicosocial, he dividido estos factores en: sociales, biológicos y psicológicos con el fin de mostrar lo complejo de este síndrome. No es posible hacer consideraciones de prevalencia o incidencia de ninguna anomalía sin tratar de definir antes los límites de la normalidad (Renold, 1981). En el caso de la obesidad, estamos tratando de "grasura" corporal y por lo tanto de los sistemas reguladores que tienen que ver con la utilización y el depósito de la energía de los alimentos.

En los organismos móviles que se encuentran en la tierra, la cantidad de energía que deben ahorrar en orden a poder enfrentar las necesidades que se presentan en un medio ambiente cambiante, está compuesta casi exclusivamente de grasa. Esto es porque los lípidos proveen los valores calóricos más altos por unidad de peso y también porque pueden ser depositados sin un aumento simultáneo de agua intracelular. La cantidad de grasa "ideal" que debe tener un individuo es un concepto que ha variado mucho en las diferentes épocas. Actualmente la cantidad de grasa corporal se mide de tres formas diferentes: El índice de Broca (Bray, 1976) en donde se resta el número 100 a la estatura del individuo en centímetros, y la cantidad resultante en kilogramos se usa para definir el peso deseable al sustraer el 10% de esa cantidad en hombres y el 15% en mujeres; otra definición más sofisticada es la comprendida en el concepto peso relativo, el cual tiene dos modalidades. La primera expresa el peso en relación a las tablas hechas empíricamente por las compañías de seguros (Metropolitan Life Insurance, 1960) en donde para una estatura dada y tomando en cuenta el sexo y la edad se asocia con la menor mortalidad y morbilidad y por tanto se considera el "peso ideal". El peso relativo también puede expresarse como el índice de masa corporal el cual se saca dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado (Keys, 1972). Otra forma de medir la cantidad de grasa corporal se basa en medir el grosor de varios pliegues cutáneos que incluyen tejido adiposo subcutáneo, estas medidas se relacionan con otros índices de grasa corporal. De todas esas medidas se ha usado para definir grasa normal o en exceso el pliegue subcutáneo sobre el tríceps (Seltzer y Mayer, 1965).



Usando cualquiera de las anteriores mediciones se considera que cuando se excede el peso ideal en 10 a 19% se considera sobrepeso y cuando se sobrepasa del 20% en adelante el peso ideal se considera obesidad.

Dentro de los factores sociales como causa de la obesidad, la prevalencia y el grado del sobrepeso y de la obesidad dependen de factores socioeconómicos tales como la disponibilidad de nutrientes, los hábitos relacionados con los alimentos, la auto imagen (Goldblatt, 1965, Stunkard, 1972). Cuando se compara la prevalencia de la obesidad en diferentes países es evidente que tanto factores étnicos, costumbres y otros factores socioeconómicos se combinan para proveer un espectro considerable de la prevalencia de la obesidad.

Hasta hace unos 20 a 25 años la descripción epidemiológica de los problemas nutricionales en México y de la mayoría de las naciones latinoamericanas podía hacerse en términos relativamente simples. El patrón común podía resumirse de la siguiente manera:

- El trastorno nutricional más grave y frecuente era la desnutrición energética proteínica en especial en niños menores de tres años, en mujeres embarazadas y en madres lactantes, y que se asocia frecuentemente con infecciones, afectaba destacadamente en un 70 a 80% a la población rural, aún cuando podía encontrarse con menor intensidad y prevalencia (30 a 35%) en los estratos más desprotegidos del medio urbano. (Cuadernos de Nutrición, sept-oct. 1992).

- Las enfermedades crónicas asociadas con excesos nutricionales y desequilibrios en la dieta, como la obesidad, la aterosclerosis y sus consecuencias cardiovasculares, diabetes mellitus, etc., las cuales afectan primordialmente a los adultos, y que se venían casi exclusivamente en las capas socioeconómicas más altas del medio urbano. (20 a 25%).

Los dos problemas nutricionales antes mencionados suelen tener un origen multifactorial, pero en sus formas endémicas dependen en alto grado de aspectos socioeconómicos. (Renold, 1981). El patrón epidemiológico descrito revela en el fondo el patrón socioeconómico prevalente en casi todo el mundo no industrializado. Como se trata de países económicamente débiles

y en los que la distribución de los recursos es muy desigual, no extraña que la desnutrición predomine francamente y los excesos alimentarios afecten en cambio a una pequeña parte de la población, ni tampoco debe extrañar la clara polarización rural-urbana de estos problemas. (Cuadernos de Nutrición sep-oct. 1992). Ese era el panorama hasta hace 20 a 25 años, pero empezó a modificarse a partir de entonces. La miseria en el medio rural llegó a tal grado que el éxodo de pobladores hacia los centros urbanos cobró fuerza. Los grandes centros urbanos latinoamericanos y muy claramente la ciudad de México, comenzaron a recibir oleadas de migrantes del campo creándose un fenómeno nuevo: la proliferación de cinturones de miseria, de las llamadas ciudades perdidas en México, pueblos nuevos en Lima o villas miseria en el Cono Sur.

La desnutrición que no dejó de marcar la vida rural, cobró cada vez más fuerza en los cinturones urbanos de miseria. En tanto esta migración masiva ocurría, las ciudades seguían su propia evolución concentrando la escasa riqueza, y experimentando a cambios de costumbres. Aunque la crisis económica de la década de los ochenta se superpuso como un freno, el número de habitantes urbanos que ingresaron las filas de los expuestos a excesos alimentarios aumentó. Ambos fenómenos, la adopción de patrones alimentarios y los efectos y ajustes que se operaron con la crisis económica, son áreas casi inexploradas para el nutriólogo. Excesos y deficiencias se combinan en forma hasta ahora desconocida en sus detalles. Es así que el patrón epidemiológico relativamente ha complicado. Los países latinoamericanos con ya, en su mayoría, eminentemente urbanos, aún cuando esa urbanización sea su génesis. Lo cierto es que hay problemas nuevos cuyos detalles se desconocen, ya que no tienen precedentes, y por ello surge esa área que en forma abreviada se conoce como nutrición urbana. (Cuadernos de Nutrición, sep-oct. 1992).

Durante muchos años, los factores genéticos, endocrinológicos, constitucionales, psicológicos, han recibido gran atención en el estudio de la obesidad (Noyes, 1965).

En nuestros días ya no resulta desconocido el hecho de que la obesidad ha dejado de ser un problema estético, para convertirse en un problema de salud pública. La obesidad se ha tratado de explicar desde el punto de vista de diferentes disciplinas, sin embargo, cada una de las teorías que en forma particular emiten

Los diferentes interesados en el problema, no dan cuenta de los múltiples factores que lo determinan.

En los individuos obesos lo que se encuentra alterado es tanto el exceso como la distribución del tejido adiposo, el cual es un tópico de investigación que atrae a varios grupos de investigadores de diferentes disciplinas. En la actualidad se sabe que el tejido adiposo como fue descrito inicialmente, nada tiene que ver con lo que se ha ido descubriendo en los últimos años.

Aún cuando morfológicamente las células adiposas se vean iguales al microscopio óptico, se sabe que dependiendo del sitio en el que están ubicadas en el organismo presentan características funcionales muy diferentes, (Mancini, Contaldo, Mattioli, Coprio, 1981), y asimismo presentan diferencias entre individuos que van más allá de las conocidas de histocompatibilidad de tejidos entre un individuo y otro. También se presentan diferencias en el comportamiento de las células adiposas de individuos que han sido obesos desde la niñez o la adolescencia en relación a las células adiposas de individuos que se han convertido en obesos en la vida adulta, (Stunkard, 1977).

Se ha manejado de manera tradicional (Ham, 1975) que las células adiposas solamente pueden multiplicarse en la niñez y en la adolescencia y que a lo largo de los años su número permanece estable, y sólo se vacían de grasa en los periodos en los que el individuo se somete a tratamientos de reducción de peso, pero que cuando los abandona, las células se vuelven a llenar de grasa, sin embargo, ahora se sabe (Björntorp, 1981) que las células adiposas pueden reproducirse en cualquier etapa de la vida ya que de acuerdo con los estudios de Björntorp y cols. y Van y cols., 1976, 1978, al aislar el tejido adiposo de ratas y de humanos encontraron además de adipocitos que son células maduras que no se producen, células precursoras a las que llamaron preadipocitos que no están totalmente diferenciadas y otras células que pueden entrar en mitosis, es decir división celular y que son capaces de diferenciarse hacia preadipocitos y éstos a su vez en adipocitos. Las células que pueden dividirse son llamadas adipoblastos o células madre de adipocitos, al tener la capacidad de multiplicarse y seguir la línea de diferenciación hacia adipocitos pueden producir células adiposas en cualquier etapa del crecimiento y desarrollo.

El problema que presentan los obesos infantiles o adolescentes para bajar de peso y sostenerse en "pesos ideales" no se debe tanto a que tengan mayor número de células adiposas sino a que los procesos bioquímicos de sus adipocitos son diferentes de los de las células adiposas de individuos no obesos, ya que cuando se de manera tal, que no pueden soportar el hambre como si estuvieran en el último grado de inanición, (Stumard, 1977).

Por otra parte se han encontrado individuos en cuanto se someten a dietas de reducción de peso a las dos o tres semanas se ven hipotiroides, es decir, el metabolismo decrece y se hace más lento, porque el organismo que no ha evolucionado en cuanto a ciertos procesos metabólicos desde la edad de las cavernas, no sabe si la reducción en la ingesta de calorías se debe a que no se encuentran animales que pescar o cazar o si no hay frutos o hierbas para comer, o si es porque el individuo quiere bajar de peso, (Fasquali, Mattioli, Capelli, Parenti, Gallo, Melchiondo, 1981). Por otra parte, se han encontrado individuos pertenecientes a familias de obesos, en los cuales se han encontrado deficiencias en enzimas relacionadas con la lipólisis, lo cual apunta al hecho de que deben existir factores genéticos en la obesidad de algunos grupos humanos, sin que se haya logrado aislar el gen o genes responsables de esas deficiencias (Giorgino, Cignarelli, Scardapane, Lattanzi, Santoro, 1981).

El ser humano por otra parte ha perdido la grasa parda que todavía presentan algunos mamíferos, en especial los que hibernan y que sirve para regular la temperatura corporal, al haber perdido esa capacidad, también perdimos la oportunidad de eliminar calorías en el proceso de regular la temperatura corporal (Mancini, Contaldo, Mattioli, Caprio, Postiglione, Rivellese, 1981).

Las diferentes posturas dentro del campo de la Psicología han abordado el problema de la obesidad de diferentes maneras. Dentro de éstas, se encuentran en los primeros antecedentes la postura de los psiquiatras con orientación psicoanalítica como es el caso de Bruch, 1957, para quien el problema de la obesidad es debido a que la comida satisface una necesidad psicológica profundamente asentada. Bruch señala que a menudo se encuentra que esta necesidad se refiere a la demanda de alivio frente a tensiones que han producido conflictos, resentimientos, frustraciones, y frente a otras situaciones de angustia. considera a la angustia como una experiencia humana tan constante

y universal y a la comida tan efectiva para aliviarla que se acude a ella cada vez más frecuentemente. Si el individuo es emocionalmente dependiente e innaduro y sus tensiones son extremas o su tolerancia la angustia y a la frustración es baja, puede desarrollar una reacción neurótica o recurrir a la ingestión excesiva de alimento como un medio fácil de lograr alivio y mejorar las dificultades, cualquier acto que de como resultado la reducción de la angustia se convierte en hábito, (Bruch, 1957). Según Noyes y Kolb, 1965, el desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un medio familiar en el que los padres compensan sus propias frustraciones a través de la devoción al niño. En la mayoría de los casos, la madre es el miembro dominante de la mayoría de los casos, la madre es el miembro dominante de la familia y trata al niño con una sobreprotección angustiada, llega incluso a forzarlo para que coma. No se cuida al niño como a un individuo que requiere apoyo emocional, por lo que no logra desarrollar una independencia personal y una adecuada autoestima. La apariencia del niño y el adulto obesos, es casi siempre la de individuos sumisos y no agresivos; la realidad es otra, dentro del marco familiar sus exigencias se satisfacen gracias al equilibrio que proporciona la comida como expresión de amor y satisfacción. Cuando la persona con sobrepeso se ve expuesta a frustraciones sociales, con el consecuente surgimiento de hostilidad, busca su satisfacción comiendo demasiado, simbólicamente expresa así su agresión; al pasar el tiempo, la imagen del cuerpo obeso llega a tener un significado emocional grande para el paciente, ya que representa el deseo de ser grande y poderoso. La pérdida de peso se vuelve difícil, no solo debido a la incapacidad de encerrar la incomodidad física del hambre sino también a la pérdida simbólica del amor compensada por la venganza que proporciona el hecho de comer, (Noyes y Kolb, 1965). Bruch, 1957, ha utilizado el término "obesidad reactiva" para diferenciar a las personas que se vuelven obesas después de un episodio psicológicamente traumático, sin embargo, al estudiar la historia de estas personas, se encuentra que en otros momentos de la vida han reaccionado ante el estrés comiendo en exceso y que los patrones familiares y de desarrollo de la personalidad son muy similares a los que se observan en obesos del desarrollo físico.

Parecería en muchos casos que el obeso pudo ser traumatizado psicológicamente en etapas tempranas de la vida, de tal manera que su personalidad quedó fija en la etapa del desarrollo psicosexual (Freud, 1905).

La psicología de la persona obesa explica el fracaso de los recursos médicos para tratar de producir un cambio duradero. La simple pérdida de peso amenaza las defensas psicológicas de los individuos obesos, los cuales han simbolizado dichas defensas en la satisfacción de comer y en el concepto de fuerza según el tamaño físico, en consecuencia al no lograr satisfacciones ni a través de la fantasía ni adelgazando, es obvio que reaparezca el sobrepeso (Noyes, 1965).

Para tratar con éxito a la persona obesa se requiere del conocimiento de toda su personalidad, de modo que el objetivo del tratamiento vaya más allá de la mera reducción de peso.

Dentro de otras posturas psicológicas, el conductismo es de las corrientes que más han estudiado e intentado tratar el problema de la obesidad. Los programas de modificación de conducta intentan enseñar como controlar el peso a través del cambio en los hábitos alimentarios. La diferencia fundamental entre las personas que consiguen controlar su peso y las que no lo logran, está en sus habilidades de autocontrol. Las personas que se concentran en mejorar sus hábitos alimentarios y de ejercicio físico son las que tienen éxito en cuanto a bajar de peso y conservarse así, (Mahoney R. y Mahoney H.J. 1974). La persona que tiene éxito en su autocontrol, come apropiadamente y modifica sus hábitos para comer y ejercitarse, (Moran J.J. y Johnson R.G., 1971). A pesar de que los resultados a largo plazo deben ser revisados, la evidencia actual sugiere que los individuos en programas de modificación de conducta, generalmente pierden más peso que los individuos sometidos a otros tipos de tratamiento, (Stunkard y Mahoney, 1975). Pocos terapeutas conductuales pueden asegurar que sus pacientes han adoptado las estrategias de autocontrol recomendadas, la variable independiente de alterar los hábitos alimentarios ha sido habitualmente inferida de los resultados obtenidos.

En la obra de Freud, el concepto de trauma psíquico infantil sufrió modificaciones; el principal cambio tuvo lugar cuando Freud entendió al trauma como un producto de funciones psíquicas complejas, más que como un evento externo de gran magnitud que inunda de estímulos inmanejables al aparato, psíquico, (Freud, 1926). A partir de allí el trauma dejó de tener en Freud una explicación predominantemente económica, entendiéndose como una situación ligada a la sexualidad infantil desencadenada por la

interacción de estímulos externos e internos e implicando también factores dinámicos y tópicos. Más que el abandono de la teoría de la seducción, Freud realizó una profundización del concepto del trauma, en que la historia real y las fantasías conforman la "realidad psíquica" del sujeto, adquiriendo éste un lugar predominante.

Una idea que tiene influencia determinante en dicho cambio es la universalidad del a posteriori, que conserva una importancia fundamental en toda la teoría psicoanalítica. Con este concepto se puede pensar que un evento simple por fuerte que sea, no constituye en sí mismo un trauma. Con esta nueva forma de pensar los fenómenos psíquicos, Freud abandona el paradigma de temporalidad lineal pasado-presente y de causalidad mecánica, en favor de un modelo más complejo.

Una idea que tiene influencia determinante en dicho cambio es la universalidad del a posteriori, que conserva una importancia fundamental en toda la teoría psicoanalítica. Con este concepto se puede pensar que un evento simple, por fuerte que sea, no constituye en sí mismo un trauma. Con esta nueva forma de pensar los fenómenos psíquicos, Freud abandona el paradigma de temporalidad lineal pasado-presente y de causalidad mecánica, en favor de un modelo más complejo.

En las diversas corrientes psicoanalíticas postfreudianas, la idea de trauma psíquico tuvo diferentes desarrollos. M. Klein, por ejemplo, comparte algunos puntos de vista de Freud, pero cambia otros. La diferencia está el énfasis que pone en las situaciones de ansiedad, las que adquieren más importancia que la situación traumática. Tanto Freud como Klein coinciden en la importancia de la pulsión de muerte, tanto en su influencia para generar ansiedad como en su vínculo con lo traumático.

Por otro lado, Balint (citado en Baranger, 1987), se aparta más aun de Freud al considerar al trauma como situacional y producido por la falta de ajuste entre las necesidades del bebé y la capacidad de la madre para satisfacerlas. Retoma la idea de trauma externo, alejándose del Freud posterior que acentúa la realidad psíquica. Para Masud Khan (citado en Baranger, 1987), existiría un trauma acumulativo, resultado de las tensiones que el niño experimenta en la relación con su madre.

Esto modifica sustancialmente la idea de trauma psíquico

determinado por la fantasía y traslada el concepto de barrera antiestímulos interna a un campo relacional que queda fuera del sujeto en cuestión. Rangell plantea (citado en Baranger, 1987), plantea la existencia de una secuencia en la constitución del trauma, primero sucede un acontecimiento traumático, luego se produce un proceso intrapsíquico que desemboca en efectos traumáticos acompañados de sentimientos displacenteros provocadores de angustia. En todos estos autores, el trauma se refiere a objetos, ya sean internos o externos (Baranger, 1987).

Alperovich (1988), piensa que hay tres factores básicos en la obesidad; una sobrecarga oral precoz, en donde la madre induce al niño a comer alimentos engordantes, la inmovilización del niño por parte de los padres, en donde la madre induce al niño a la pasividad con la ausencia del padre que suele ser obeso o ausente; y, por último, un déficit en el funcionamiento genital debido al mandato de pasividad antes mencionado y la falta de identificación con un padre genital activo. Igualmente destaca el factor de sobrecarga constitucional de pulsiones orales.

Apfelbaum, 1987, señala que el exceso de peso se constituye en un círculo vicioso de defensa solitario. Las mujeres al permanecer solas, aisladas, reivindican el derecho a ser ignoradas. La soledad de la mujer con sobrepeso parece ser una segunda naturaleza que le evita ser humillada. El pensamiento obsesivo de "estar demasiado gorda", tiene el poder de invocar el malestar que producen recuerdos crueles. Este pensamiento obsesivo suspende la acción por una representación de sí misma. La mujer corpulenta puede estar persiguiendo el fantasma de fundar la maternidad de su madre; sueña amárida de constituir en sí misma todo el espacio maternal para terminar con la soledad.

La compulsión para comer que lleva a la obesidad y otros fenómenos relacionados, presenta al igual que la anorexia nervosa, alteraciones de la imagen corporal, preocupación de ser obeso y la percepción de serlo (aunque no sea real). Puede combinarse con síntomas depresivos, adicciones, etc.

Una de las contribuciones del Psicoanálisis es unir todos estos cuadros que se relacionan clínicamente desde el punto de vista del desarrollo y en su estructura dinámica. Es evidente la importancia de los impulsos orales y las defensas contra ellos en la formación del carácter, (Castelnuovo-Tedesco, 1988).



Se describen como características de esta patología el uso de la comida como sustituto del afecto, búsqueda de gratificaciones orales sustitutivas para reemplazar objetos frustrantes, obtención de un tipo de independencia y autonomía que previenen de otros estados del desarrollo para contrarrestar las características oral-dependientes de la personalidad. Estos pacientes presentan dificultad para entender sus conflictos inconscientes, ya que buscan el alivio inmediato al síntoma, (Castelnuevo-Tedesco, 1988).

Las características de esta patología son el uso de la comida como sustituto del afecto, búsqueda de gratificaciones orales sustitutivas para reemplazar objetos frustrantes, obtención de un tipo de independencia y autonomía que previenen de otros estados del desarrollo para contrarrestar las características oral-dependientes de la personalidad. Estos pacientes presentan dificultad para entender sus conflictos inconscientes, ya que buscan el alivio inmediato del síntoma. (Castelnuevo-Tedesco, 1988).

En los años noventa se han publicado numerosos textos (Titus M.A. y Smith M.H., 1992; Heesacker E.S. y Neimeyer G.J., 1990; Guillian C. 1990; Sculoup V.H., Beiler M.E. y Terrell F., 1988), tanto sobre anorexia nervosa como bulimia nervosa, así como sobre las relaciones entre los desórdenes alimentarios con trastornos en las relaciones de objeto y la estructura cognitiva, estrés y habilidad para resolver problemas. Estos textos incluyen desde luego una etiología multidimensional que contiene factores como lo cultural, lo intrapsíquico, lo biológico y lo familiar.

El papel del abuso sexual o la victimización en el desarrollo provoca desórdenes en el comer que siguen siendo investigados actualmente. La prevalencia de trastornos relacionados con estrés postraumático entre pacientes con trastornos en la alimentación, se estiman en un rango que va del 20 al 65%. En estudios de correlación de morbilidad se ha sugerido que la depresión y los trastornos en la alimentación están relacionados con rangos que van del 50 al 75% en los estudios con pacientes del grupo de Mitchell, Hatsukami, Eckert y Pyle, 1985, (citados en Titus y Smith, 1992), quienes reportan tanto ansiedad como depresión.

En un estudio de Walsh, Reese, Glassman, Gladis y Salik 1985,

(citados en Titus y Smith, 1992). indican una prevalencia de depresión mayor del 72%. La relación entre estas dos condiciones no es clara en este momento, aunque algunos investigadores han especulado que, los trastornos alimentarios sirven como equivalentes de depresión en algunas mujeres, (Guilligan C, 1982). Los avances teóricos para entender el mundo psicológico de las mujeres con trastornos en la alimentación dan énfasis del involucramiento entre el funcionamiento psicodinámico y el ego. Un trastorno de la alimentación puede servir como mecanismo vital de autoregulación que provea autodefinición, control de la ansiedad y de estados afectivos y como una forma de manejar la cercanía y la distancia en las relaciones clave. (Titus y Smith, 1992)

El conocimiento de la psicodinamia y el funcionamiento del ego es esencial, pero no suficiente, para entender adecuadamente y tratar a mujeres con desórdenes en la alimentación. Las complicaciones fisiológicas causadas por el desequilibrio en lo que se ingiere, así como el desequilibrio hidroelectrolítico y el aumento en el riesgo posiblemente irreversible de osteoporosis, son algunos de los hallazgos recientes que han surgido de la investigación biológica. (Mc. Grath. E., Keita G.P., Strickland B.R. y Russo N.F., 1990).

Un procedimiento diagnóstico adecuado requiere de un conocimiento sofisticado de los comportamientos típicos que practican las mujeres con trastornos en la alimentación, teniendo en cuenta que estas mujeres están a menudo avergonzadas de su comportamiento, el cual además tratan de ocultar en secreto, lleva a un acercamiento poco rico en las entrevistas con ellas. cuando la bulimia está profundamente enraizada, a menudo requiere tratamiento intrahospitalario, que incluye la interrupción de los síntomas del trastorno alimentario en un encuadre cuidadosamente estructurado: intervenciones psicoeducativas que atiendan a la dieta y estrategias alternativas de recompensa: terapia grupal familiar e individual.

El tratamiento externo a menudo incluye terapia individual y familiar, así como terapia grupal de apoyo. El terapeuta individual debe ser capaz de comunicar un entendimiento empático del esfuerzo del paciente para ganar control mientras adquiere el conocimiento de su conducta autoagresiva, (Titus y Smith, 1992). Las necesidades psicológicas de las mujeres deben ser entendidas desde una perspectiva que respete los aspectos biológicos,

interpersonales, sociales y culturales. El simple hecho de extrapolar lo que es sabido acerca de los hombres en el tratamiento psicoterapéutico de las mujeres es un error que conduce a no darse cuenta de los procesos de desarrollo y los retos adaptativos únicos de las mujeres.

La anterior revisión de la bibliografía referente a los diversos factores que inciden en el problema de la obesidad, sin haberla agotado, se hizo con el fin de tener una idea clara en relación a la forma de abordar el problema y su solución a través de un tratamiento lo más adecuado posible.

En la siguiente parte de este estudio se abordará el capítulo correspondiente a la Metodología utilizada para la realización del presente trabajo.

## METODOLOGIA

El grupo de pacientes con las cuales se realizó el presente estudio habían sido sometidas en el pasado a diversos tratamientos de la obesidad sin éxito, en donde se tomó al problema del sobrepeso como eje, sin considerar las causas psicológicas del mismo.

Este grupo de pacientes, fueron 41 mujeres obesas que habían formado parte de un grupo de 256, que estuvieron en un programa de control de peso a largo plazo durante dos años. Estas 41 pacientes no lograron modificaciones sustantivas a su problema de obesidad, al término de dicho programa. A estas pacientes se les hizo historia clínica con exámenes físicos y de laboratorio para descartar otras etiologías diferentes de las psicológicas que pudieran estar contribuyendo al problema.

Las preguntas que guían a esta investigación son:

- 1.- ¿Cuál es el perfil psicológico de mujeres obesas resistentes a tratamientos tradicionales de la obesidad?
- 2.- ¿A través de un tratamiento psicodinámico de orientación psicoanalítica se reducen los niveles de ansiedad-rango y ansiedad-estado de un grupo de pacientes obesas?
- 3.- ¿Las pacientes que reducen más su nivel de ansiedad son las que más reducen su nivel de peso?

A través de un estudio exploratorio se propone dar respuesta a estos cuestionamientos.

## DISEÑO DE INVESTIGACION.

Diseño experimental de dos grupos con pre y post medición.

	Pre	Trat.	Post
Grupo experimental	0	X	0
exploratorio:	0		0

## DEFINICION DE VARIABLES:

### Variables dependientes:

- 1) Registro de peso.
- 2) Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI, es un instrumento psicométrico diseñado para proveer puntajes de las fases más importantes de la personalidad. Las características de la personalidad pueden ser evaluadas basándose en el puntaje de las nueve escalas clínicas originalmente ideadas para su utilización con el Inventario.
- 3) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE.  
La escala ansiedad-rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad.

La escala ansiedad-estado consiste en 20 afirmaciones en donde se les pide a los sujetos que digan como se sienten en un momento dado. Es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes frente a situaciones percibidas como amenazantes.

### Variables independientes:

Psicoterapia psicodinámica de orientación analítica.

La psicoterapia psicodinámica de orientación analítica consistirá en ayudar a los pacientes a concientizar sus fantasías, angustias, mecanismos de defensa y resistencias para ayudarlos a elaborar los mismos.

Se debe tratar de definir qué síntomas clínicos se deben tomar en cuenta como evidencia para comprobar si hay cambios sintomáticos o de conducta no significan cambios, estructurales. En el proceso analítico, el trabajo de elaboración fué esclareciendo algunas de las relaciones multicausales originadoras de los conflictos de las pacientes, ésto se realizó mediante la repetición y la experiencia transferencial.

## METODO

### SUJETOS

Cuarenta y una pacientes del programa de Reducción de Peso a largo plazo que no respondieron al tratamiento establecido en dicho programa. El programa referido se llevó a cabo en el Laboratorio de Nutrición L-324 de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

Las 41 pacientes son mujeres con sobrepeso que iba del 15 al 145%. Las cuarenta y una aceptaron someterse a las pruebas (MMPI y IDARE), solo 20 de ellas aceptaron además someterse a tratamiento, el sobrepeso de estas 20 fluctuaba entre el 20 y el 145%.

### ESCENARIO.

Laboratorio de Nutrición L-324 de la ENEP Iztacala.  
Consultorio Cd. Satélite, Mex.

Las pruebas, de personalidad, MMPI, y de Ansiedad IDARE, se llevaron a cabo en el L-324 de la ENEP Iztacala. Las historias clínicas, entrevistas y sesiones de psicoterapia en el consultorio de Cd. Satélite.

### MATERIALES.

Papelera consistente en 41 tantos del MMPI, cuaderno de frases y hoja de respuestas, 82 tantos del IDARE, para aplicación antes y después del tratamiento, 20 historias clínicas y papelera para entrevistas y registro de sesiones, báscula y dos sillones.

## INSTRUMENTOS

### INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MMPI, MINNESOTA

El inventario multifásico de la Personalidad, MMPI, Minnesota, es un instrumento psicométrico diseñado para proveer puntajes de las fases más importantes de la personalidad. El instrumento está compuesto de 550 frases, 16 repetidas que incluyen una gran variedad de temas. Al sujeto se le pide que clasifique las frases en tres categorías: Ciertas, Falsas y NO puede decir. Después de que el sujeto ha contestado las frases como Ciertas o Falsas, se cuentan las respuestas para obtener puntajes a los que se aplican cuatro escalas de validez y 10 escalas clínicas. Las características de la personalidad pueden ser evaluadas basándose en el puntaje de las 10 escalas clínicas originalmente ideadas para su utilización con el inventario. Hathaway S.R. y Mc Kinley, 1951.

Estas escalas son: Hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomania y social.

Aunque las escalas se denominan de acuerdo con las manifestaciones del complejo sintomático, todas tienen significado en el campo de lo normal. En la presentación de los resultados, el procedimiento usual es transformar el puntaje en bruto a los rasgos medidos en una puntuación standard (el puntaje T) y se traza un perfil especial.

La idea principal del Inventario fué hacerlo con el objeto de aminorar en parte los conflictos entre los conceptos psiquiátricos de la personalidad psicopatológica y los de psicólogos y otros profesionistas que trabajan con anomalías en sujetos más o menos normales. Muchas de las palabras comúnmente usados se aplican a rasgos de personalidad y no tienen implicaciones claras en psicopatología. Los conceptos comúnmente usados de introversión-extroversión, neuroticismo e inferioridad son ejemplos de términos que raramente tienen valor específico en la práctica psiquiátrica, pero que si pueden tener valor al describir la personalidad.

El Inventario también fué hecho con la esperanza de que pudiera ser universal, tanto en la interpretación como en la aplicación a

casos individuales.

#### Escalas de validez.

La escala de respuestas "No puede decir".

Esta escala de respuestas no contestadas en un puntaje de validación consistente en el número total de respuestas clasificadas en la categoría "No puede decir"; el número de este puntaje afecta el significado de otros puntajes. Si este es muy alto invalida a los otros. Este puntaje en sí, es índice de factores de la personalidad, pero no se ha analizado ningún material específico al respecto. Se observa que aparecen puntajes altos en psicasténicos y pacientes depresivos.

#### El puntaje mentira L.

Es un puntaje de validación que permite una medición del grado en el que el sujeto puede intentar falsificar sus puntajes, seleccionando siempre las respuestas que lo sitúan en posición social favorable. Un alto puntaje L no invalida otros puntajes, pero sí indica que el valor real es probablemente superior al obtenido. (15 reactivos)

#### El puntaje de validez F.

No es una escala de personalidad pero se utiliza como una forma de evaluar la validez total de todo el protocolo. Si el puntaje F es alto, las otras escalas probablemente se invaliden, ya sea por descuido del sujeto o por incapacidad para comprender el significado de las frases o porque hubo muchos errores de anotación o de puntuación. Un puntaje F bajo es un índice confiable de que las respuestas del sujeto fueron racionales y relativamente pertinentes.

#### El puntaje K

Es utilizado esencialmente como un factor de corrección para aumentar el poder discriminatorio de las escalas clínicas medidas por el inventario. Como tal, el puntaje K actúa como variable supresor. Un puntaje alto de K representa una actitud defensiva contra la debilidad psicológica y muy bien puede referirse a una resistencia que se relaciona con una distorsión deliberada para aparentar ser más "normal". Un puntaje bajo de K tiende a indicar que la persona es, en alguna forma, manifiestamente cándida y abierta a la autocrítica y a la admisión de síntomas, aunque tenga una fuerza muy pequeña.



## Escalas clínicas.

### La escala de hipocondriasis (31 reactivos)

La escala Hs es una medida de la cantidad e interés anormal acerca de las funciones corporales. Un alto puntaje Hs indica preocupación indebida acerca del estado de salud. Frecuentemente se quejan de dolores y malestares difíciles de identificar y sin base orgánica. Con la psicoterapia un puntaje Hs alto puede ser modificado, pero la personalidad básica permanece modificable.

### La escala depresión D (25 reactivos)

La escala D mide la profundidad del síntoma o complejo de síntomas clínicamente reconocidos como depresión. Un puntaje D alto indica embotamiento de la moral con ciertos sentimientos de inutilidad e incapacidad de asumir optimistamente el futuro.

Un alto puntaje sugiere además falta de confianza en sí mismo, tendencia a la preocupación, estrechez de intereses e introversión. Esta escala junto con la Hs y la Hi se encuentran en las personas neuróticas y en individuos tan enfermos que requieren atención psiquiátrica.

### La escala de histeria Hi (34 reactivos)

Mide el grado en el que el sujeto es similar a los pacientes que han desarrollado síntomas de histeria conversiva. Estos síntomas pueden ser quejas generales o sistemáticas o quejas más específicas tales como parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos o intestinales o síntomas cardíacos. Un alto puntaje Hi se presenta en sujetos con ataques epistóicos de debilidad, desmayos o con convulsiones epileptiformes. Los síntomas bien definidos no aparecen en personas con alto puntaje pero bajo tensión probablemente se comporten abiertamente histéricos y resuelvan sus problemas por medio del desencadenamiento de síntomas.

### La escala de desviación psicopática Dp. (22 reactivos)

La escala Dp mide la similitud que tiene un sujeto con un grupo de personas cuya dificultad principal reside en la ausencia de respuesta emocional profunda, en su incapacidad de beneficiarse por medio de la experiencia y su despreocupación por las normas morales de la sociedad. Sus disgresiones más frecuentes son el mentir, el robar, la afición al alcohol o a las drogas y la

perversión sexual.

**La escala de intereses Mf. (42 reactivos)**

Mide la tendencia hacia los patrones de intereses masculinos o femeninos; el puntaje T se ofrece por separado para los dos sexos. En cualquier caso un alto puntaje indica una desviación del patrón de intereses básicos hacia el sexo opuesto.

**La escala paranoia Pa.**

Fue obtenida al contrastar personas normales con un grupo de pacientes caracterizados por delirios de persecución, sospecha, hipersensibilidad, con erotismo expansivo o sin él. El diagnóstico fue generalmente paranoia, estado paranoide o esquizofrenia paranoide.

**La escala de psicastenia Pt. (32 reactivos)**

Mide la semejanza entre sujetos investigados con pacientes psiquiátricos con fobias o conducta compulsiva. Muchas personas muestran fobias o conducta compulsiva sin estar excesivamente incapacitados.

**La escala de esquizofrenia Es.**

Mide la similitud de respuestas de la persona con las de pacientes que se caracterizan por pensamientos o conducta inusitados o extraños. La escala Es distingue cerca del 80% de los casos observados como esquizofrenia. No identifica algunos tipos de esquizofrenia.

**La escala de hipomanía Ma. (34 reactivos)**

Mide el factor de personalidad característico de personas con marcada productividad en pensamiento y acción. La palabra hipomanía se refiere a un estado menor de euforia.

**Escalas adicionales.**

**Escala Social I.E. Si (8 reactivos)**

Tiende a medir la tendencia a aislarse del contacto social con otras personas. La escala Si no es una escala clínica en sentido estricto para pacientes hospitalizados, es utilizable en personas normales y se usa mucho en trabajos de orientación.

De acuerdo con las características psicodinámicas mencionadas en la literatura que hacen referencia a la estructura de la personalidad de las obesas, al aplicarles el MMPI, se podrán corroborar dichas características. de acuerdo con Rivera (1985),

independientemente de interpretar las escalas clínicas cuya puntuación resulte más elevada, también es útil para los fines de la interpretación clínica, el tomar en cuenta las combinaciones de las escalas que se encuentren con puntuación más elevada en un perfil. De acuerdo con lo anterior las escalas del MMPI se pueden clasificar en controladoras cuya base es la dependencia social y activadoras cuya base es la hostilidad.

Dentro de las primeras están la escala 2 D depresión y la 7 Ft. psicastenia, estas dos escalas están relacionadas con sentimientos de culpa; en este mismo grupo están la escala 3 Hí hipochondría y la escala 1 Hs histeria, relacionadas con sentimientos de lástima.

Dentro del segundo grupo, están la escala 9 Ma hipomanía y la escala 4 Dp desviación psicopática, relacionadas con sentimientos de engrandecimiento y las escalas 6 Pa paranoia y 8 Es esquizofrenia, relacionadas con las fantasías.

Las escalas 2 D depresión y 9 Ma hipomanía "miden" actividad psicológica, cuando la puntuación de la escala 2 está aumentada, la actividad psicológica está disminuida; cuando la puntuación en la escala 9 aumenta, la actividad psicológica aumenta también; las escalas 7 y 4 "miden" conciencia personal, cuando la escala 7 tiene calificación alta, aumenta la conciencia personal, cuando la escala 4 tiene puntuación alta, la conciencia apersonal disminuye.

Las escalas 3 y 6 "miden" conformismo social, cuando la escala 3 es alta, aumenta el conformismo social, y, cuando la escala 6 tiene calificación alta, el conformismo social disminuye. Las escalas 1 y 8 "miden" sociabilidad, cuando la escala 1 tiene calificación alta la sociabilidad disminuye. Las escalas controladoras son intrapunitivas, mientras que las escalas activadoras son extrapunitivas.

A continuación se enumeran algunas combinaciones de escalas que frecuentemente aparecen como las de puntuación más alta en la aplicación del MMPI.

48.- Fustes descargas impulsivas, agresivas y destructivas que la persona difícilmente alcanza a controlar y dan lugar a que su conducta represente un riesgo de importancia por la peligrosidad social. las descargas impulsivas surgen en función de las

fantasías con gran contenido de destructividad.

84.- Exagerada tendencia a la fantasía, se pueden confundir los límites entre ésta y la realidad. La fantasía se nutre de impulsos destructivos y agresivos que casi siempre van dirigidos a lo socialmente establecido. En general, el individuo es egocéntrico, individualista, resentido y con fuertes tendencias al aislamiento, observándosele hosco y hostil. Capacidad de control de impulsos y capacidad de insight muy reducidos.

89.- Indica gran energía, actividad y dinamismo que le dan a la conducta de la persona un importante matiz de desorganización, a veces algo cáustica. Se fijan metas muy ambiciosas alejadas de la realidad y de sus capacidades con exceso de autoridad.

El tono afectivo exaltado por elementos de euforia.

98.- Muestran gran actividad, conservan más el contacto con la realidad. Tono afectivo eufórico que coincide en forma más adecuada con las actividades que realizan y con los estímulos que enfrentan, aunque sigue siendo notable la energía con que se llevan a cabo las actividades.

23.- Falta de seguridad y confianza en las propias habilidades y fuerte tendencia a buscar reconocimiento y aprobación en el grupo social. Los sentimientos de inferioridad y minusvalía con los que la persona enfrenta diversas situaciones, se reducen parcialmente frente a las respuestas de aprobación del grupo social. Cuando sucede lo contrario, los sentimientos de inferioridad y minusvalía aumentan.

32.- comparte lo anterior, pero el sujeto muestra estar controlado, manifestando una adaptación que depende de lo convencional.

13.- Personas que tratan de dar la imagen en la que se muestran superficialmente comunicativos, abiertos y espontáneos al relacionarse con otros. Fuerte demanda de aceptación social a través del autoreconocimiento de la persona como alguien física y psicológicamente frágil.

## INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO, IDARE.

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety Inventory), constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad; Ansiedad-Rasgo y ansiedad-Estado. Aún cuando este inventario se desarrolló para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, se ha demostrado que es útil en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. La escala Ansiedad-Rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala Ansiedad-Estado también consiste en 20 afirmaciones pero se les pide a los sujetos que indiquen como se sienten en un momento dado.

El IDARE resulta útil en el trabajo clínico. La escala ansiedad-Rasgo es utilizada para la identificación de estudiantes de secundaria, bachillerato y profesional que sean propensos a la ansiedad y para evaluar el grado en el cual los estudiantes que solicitan consejo psicológico o de orientación son afectados por problemas de ansiedad neurótica. La escala Ansiedad-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en pabellones psiquiátricos. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala Ansiedad-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

La Ansiedad-Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos percibidos y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

La Ansiedad-Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado. La Ansiedad-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson llama motivos y Campbell disposiciones conductuales adquiridas. Los motivos son definidos como disposiciones que permanecen latentes hasta

que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo de forma especial como a manifestar tendencias de respuesta "objetocconsistentes".

Quienes califican alto en Ansiedad-Rasgo exhibirán elevaciones en Ansiedad-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo. Las personas con alto puntaje Ansiedad-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de Ansiedad-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan la autonomía. (C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa y R. Díaz-Guerrero)

De acuerdo con Borea (1963), las obesas presentan un patrón emocional diferente producido por diversas causas que llevan a la frustración, la cual les produce ansiedad, de manera que el exceso en el comer es un mecanismo compensador de la ansiedad producida por las frustración. En otros estudios en los cuales se utilizó el IDARE para medir la disminución de la ansiedad pre y postratamientos diversos, como en Axelrod (1967), trabajando con pacientes con depresión puerperal, y Morales (1968), que realizó su trabajo con individuos encarcelados, la disminución de la ansiedad medida con IDARE postratamiento en relación a la ansiedad medida al inicio de los estudios respectivos fué en niveles muy reducidos.

Sin embargo, en el estudio de Fedendo (1979) aplicando el IDARE en grupos de estudiantes mexicanos y colombianos, los resultados fueron significativos por lo que se refiere a la reducción de los niveles de ansiedad. Posiblemente el IDARE sea una prueba más sensible para medir ansiedad en determinados grupos de población y en determinadas circunstancias, y, que en el caso de otro tipo de personas existan otros factores que incidan en las respuestas de los pacientes y que no se reflejen muy conspicuamente en los resultados de dicha prueba.

La investigación hasta aquí revisada, señala la importancia de los diversos factores que inciden en el problema de la obesidad, así como de la necesidad de no perder de vista esa multicausalidad al plantear un posible tratamiento de la misma. En el presente trabajo se planteó tratar a un grupo de pacientes obesas con un modelo de intervención psicoterapéutico

psicodinámica, como una alternativa para resolver su problema.

Se considera que a través de la psicoterapia analítica se puede llegar a conocer cual es el conflicto resultante del entrelazamiento entre la historia del individuo y diversos acontecimientos. Las consecuencias traumáticas, el conflicto, no son una acción diferida o una causa que permanece latente hasta que se manifiesta, sino de una causalidad que opera de manera retroactiva del presente hacia el pasado. Esta aproximación a la temporalidad y a la causalidad posibilitan la acción terapéutica de la psicoterapia analítica. Si no existiera la posibilidad de resignificar el trauma, no habría la oportunidad de cambiar la idea que se tiene del pasado ni de construir un futuro diferente. Se combina elementos de la realidad y de la fantasía poniéndose en juego mecanismos complejos que crean la estructura psíquica participante en el conflicto.

El trauma psíquico presenta un nexo importante con la pulsión de muerte, dentro de la lógica interna de la teoría psicoanalítica, el trauma como representante de lo que altera el equilibrio pulsional actúa como desarticulador de lo ligado por la libido, liberando cierto monto de pulsión de muerte. Un trauma ligado a la pulsión de muerte es un trauma paralizante. Freud (1926) y Klein (1952), coinciden en la importancia de la pulsión de muerte, tanto en su influencia para generar ansiedad como con su vínculo con lo traumático, aunque Klein le da más importancia a las situaciones de ansiedad que a la situación traumática.

Si a través de la psicoterapia analítica se logra resignificar el trauma, se podrá ver la resultante en el síndrome, la obesidad, en este caso, si se logra cambiar la idea que estos pacientes tienen del pasado, se puede esperar un futuro diferente sin obesidad.

En el proceso analítico, el trabajo de elaboración posibilita el esclarecimiento de las relaciones multicausales que originan el conflicto psíquico. Esto se realiza a través de la repetición y la experiencia transferencial.

El análisis de la transferencia es el vehículo que posibilita los cambios. Sólo una parte de las tendencias libidinosas que determinan la vida erótica ha realizado una evolución psíquica completa, ésta parte, vuelta hacia la realidad se halla a disposición de la personalidad consciente, en cambio, otra parte

de dichas tendencias ha quedado detenida en su desarrollo por el veto de la personalidad consciente y de la misma realidad, y sólo ha podido desplegarse de la fantasía o ha permanecido confinada en lo inconsciente. el individuo cuyas necesidades eróticas no son satisfechas por la realidad orientará las representaciones libidinosas hacia toda persona nueva que aparezca, siendo normal y comprensible que la carga de la libido se oriente hacia la persona del terapeuta.

Conforme a la naturaleza de las relaciones del paciente con el terapeuta, el modelo de esta inclusión puede ser el correspondiente a la imagen del padre, de la madre, del hermano, etc. Aquéllas peculiaridades de la transferencia sobre el terapeuta, cuya intensidad y naturaleza no encuentran justificación racional, pueden comprenderse si se reflexiona que la transferencia ha sido establecida por la suma de las representaciones libidinosas conscientes e inconscientes. Por lo anterior, aún cuando el análisis de la transferencia es el arma más eficaz para lograr el éxito, también es la más poderosa resistencia para lograrlo. Las vicisitudes de la elaboración requieren de un vínculo terapeuta-paciente tolerante y flexible que facilite su desarrollo, como también interpretaciones pertinentes en un encuadre adecuado.

#### PROCEDIMIENTO.

Se preguntó a todas las pacientes si estaban dispuestas a participar en esta investigación. Se tomaron sus datos generales para poder localizarlas cada vez que sea necesario. Una vez que estuvieron de acuerdo se les citó para la aplicación de las pruebas MMPI e IDAPE. La aplicación de las pruebas se hizo en tres sesiones, tres lunes sucesivos, en la mañana, en el L-324. La evaluación de los inventarios se hizo la semana siguiente posterior a la aplicación de los mismos. Posteriormente a la evaluación se vaciaron los datos en hojas que comprenden cada uno de los rasgos que evalúa cada uno de los inventarios utilizados. Las entrevistas a las 20 pacientes del grupo experimental se hicieron las dos semanas siguientes a la obtención de datos de las pruebas. Las sesiones de terapia se programaron para la siguiente semana, cuatro pacientes por día de la semana en sesiones de 50' por persona, en sesiones de terapia individual.

En cada sesión a partir de la sesión inicial de información a las



pacientes se les hizo un expediente a cada una para registrar peso y datos generales como edad, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, domicilio y teléfono donde localizarlas en caso necesario.

Las siguientes sesiones de aplicación de pruebas fueron citadas a las 9 A.M. en el L-324, se les dieron las instrucciones y se procedió a la aplicación de las pruebas, se les citó en cada ocasión en el mismo lugar y hora.

Durante cada entrevista se acordó con cada una de las 30 pacientes del grupo experimental, el día de la semana y la hora en que se llevarían a cabo las sesiones de terapia; asimismo se acordó que seguirían pagando la misma cuota que venían pagando en el programa de reducción de peso a largo plazo, es decir, \$5,000.00 por sesión.

Al inicio de cada sesión de terapia después de saludar a la paciente y preguntar cómo había estado la semana anterior entre sesión y sesión, se procedió a pesarlas y registrar el peso en su expediente, se hacían comentarios sobre la alimentación si se había ajustado a la dieta recomendada, qué dificultades había tenido para seguirla, si era necesario cambiar algún alimento por otro, si había habido algún tipo de evento que hubiera puesto en peligro el régimen alimentario, cómo se había sentido en los momentos en que había transgredido la dieta, etc. Se procedía después a iniciar la sesión propiamente dicha, platicaba la paciente sobre aquello que le pareciera más importante de comentar, y mis intervenciones se limitaban a devolver algunas cosas que considerara importantes, a centrarla cuando se volvía repetitiva o divagaba o se quedaban callada o restaba algún elemento que pudiera ser significativo para analizar, al finalizar cada sesión se anotaba en el expediente correspondiente lo más relevante que hubiera sucedido en la sesión.

Al cabo de 30 sesiones de psicoterapia se volvió a aplicar el IDARE a las 41 pacientes, tanto al grupo experimental como al grupo control, para tener un registro que permitiera medir los cambios que pudieran haberse dado en los datos de las escalas de ansiedad aplicados después del tratamiento en relación a los datos obtenidos al inicio tanto entre el pre y posttest como entre ambos grupos de pacientes.

Para comprobar si el tratamiento efectuado dió respuesta a las

preguntas planteadas en esta investigación se realizó el siguiente tratamiento estadístico:

#### Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota.

Los perfiles obtenidos después de calificar la hoja de respuestas se calificaron de acuerdo al Manual del MMPI de Hathaway y McKinley; a los puntajes en bruto obtenidos en las escalas de validación; L, F, se les aplicó la calificación en puntaje T que ya está arbitrariamente asignado en la prueba; a los puntajes obtenidos en las 10 escalas clínicas se les aplicó la fórmula para convertirlos a puntaje T.

$$T = 50 + 10 \frac{(X - X)}{D.e.}$$

D.e.

en la que  $X_i$  representa el puntaje en bruto, y  $X$  y D.e. la media y la desviación estándar de los puntajes brutos para el grupo normativo, el principal de los cuales fue el de los visitantes del Hospital y de la consulta externa de la Universidad de Minnesota. antes de trazar los perfiles en las hojas impresas para ello, se agregó el factor de corrección  $K$  a las escalas clínicas: Hs, Dp, Pt, Es y Ma. Esta suma se hace siempre en puntaje en bruto de  $K$  que se encuentra ya determinado. Las cantidades de  $K$  que se deben agregar a las escalas clínicas antes mencionadas son las siguientes:

$$Hs + 0.5 K$$

$$Dp + 0.4 K$$

$$Pt + 1.0 K$$

$$Es + 1.0 K$$

$$Ma + 0.2 K$$

Una vez obtenidos todos los perfiles y sus trazados se procedió a sacar media y desviación estándar de cada escala para así reportar estos resultados como perfil promedio de las 41 pacientes a las que se les aplicó la prueba.

#### Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Una vez aplicados los dos cuestionarios ansiedad-Rasgo y Ansiedad Estado antes de iniciar el tratamiento y al concluir éste, se calificaron las hojas de respuesta de acuerdo a las instrucciones del Manual de Spielberger y Diaz Guerrero. con los datos obtenidos se trataron mediante la prueba T de Student, entre ansiedad-rasgo antes y después del tratamiento en el grupo experimental, Ansiedad-Estado antes y después en el grupo experimental, Ansiedad Rasgo antes y después del tratamiento en el grupo control, además se sacó T de Studente entre Ansiedad-rasgo y ansiedad-Estado pre y post tratamiento entre grupo experimental y control.

Sesiones de psicoterapia psicodinámica de orientación psicoanalítica.

Para el tratamiento de los datos obtenidos en las sesiones de psicoterapia, se buscaron cinco categorías que estuvieran presentes en la mayoría de las pacientes. Cada sesión fue registrada al final de la misma y entonces se sacaron las categorías y se analizó en cuántas pacientes se encontraban al principio, a la mitad y al final del tratamiento; a los datos obtenidos en número de pacientes se les aplicó la prueba de la  $\chi^2$  cuadrada. para contestar a la pregunta referente a si las pacientes que más disminuyeron en las escalas de ansiedad son las que más disminuyeron de peso se aplicó la prueba de correlación de Pearson. A las pacientes se les tomó registro de peso en cada sesión, por lo que se tenía el registro de peso antes y peso después y de esa manera se pudo correlacionar la disminución de peso con la disminución de ansiedad obtenida con la aplicación del IDAFE.

## TRATAMIENTO DE DATOS

### INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI.

Para conocer el perfil psicológico, el Inventario Multifásico de la Personalidad fué aplicado a las 41 pacientes al inicio del presente trabajo. Los resultados de la aplicación del MMPI serán reportados en el capítulo de Resultados, presentando la Tabla de los perfiles de las 41 pacientes en puntaje T, el perfil promedio, desviación standard de los mismos, las escalas con puntuaciones más altas y las combinaciones más frecuentes de las mismas dentro del análisis cuantitativo de los perfiles; en cuanto al análisis cualitativo se presenta la interpretación psicodinámica de escalas con puntuación más alta encontrada en el perfil promedio.

Los perfiles de las cuarenta y un pacientes que fueron tomados como representativos de los de las 256 del Programa de Reducción de peso a largo plazo.

### INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO

Para saber si se redujo el nivel de Ansiedad rasgo y Ansiedad-estado se calificaron las dos escalas, aplicadas a las 41 pacientes, al inicio y al final del presente estudio. Los resultados de estas pruebas también aparecen en el capítulo de resultados, haciendo una comparación a través de 21 pacientes sin tratamiento psicodinámico y las 20 pacientes del grupo experimental con tratamiento, antes y después del mismo.

### SESIONES DE PSICOTERAPIA

Se llevó a cabo el registro de las sesiones en dos aspectos: 1.- Cuantitativo, con el registro de peso, y 2.- Cualitativo mediante el registro por escrito del contenido expresado en cada sesión, que se encuentra reportado en forma de las siguientes

categorías psicodinámicas:

Aislamiento (mec. de defensa).

**Definición:** Mecanismo de defensa, típico de la neurosis obsesiva, que consiste en aislar un pensamiento o una conducta de tal suerte que sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto se ven rotos. Algunos ejemplos del proceso de aislamiento son las pausas en el curso del pensamiento, las fórmulas, los rituales y de forma general todas las medidas que permitan establecer un hiato en la sucesión temporal de los pensamientos y los actos.

**Depresión:**

**Definición:** Estado o conjunto de síntomas originalmente descrito por Abraham como melancolía, caracterizado por sentimientos de inferioridad, culpa, autoagresión, minusvalía y tendencia apartarse del grupo social: estos sentimientos llegan a adquirir fuerza intrapunitiva.

**Dificultades con la sexualidad.**

**Definición:** Dentro de la experiencia psicoanalítica, la sexualidad no se define solamente como las actividades y el placer que dependen del funcionamiento del aparato genital, sino de una serie de excitaciones y actividades presentes desde la infancia que procuran un placer irreductible por la realización de una función fisiológica fundamental.

**Autoagresión.**

**Definición:** Tendencia a conjunto de tendencias que se actualizan a través de conductas reales o fantasmáticas que tienden a destruir, humillar, etc. La agresión contiene otras modalidades además de la acción motriz violenta o destructiva; no siempre es negativa como el rechazo a la ayuda, puede ser positiva o simbólica o positiva como la ironía. El Psicoanálisis le ha dado una importancia crucial a la agresividad dentro del desarrollo del sujeto en el juego complejo de unión-desunión, con la sexualidad. Esta evolución de las ideas culmina con la tentativa de buscar en la agresión un sustrato pulsional único y fundamental dentro de la noción de pulsión de muerte.

Trastornos en el esquema corporal.

Definición: El esquema corporal se elabora tempranamente a partir de la imagen corporal que el individuo haya introyectado de sí mismo. El esquema corporal se elabora de acuerdo con influencias múltiples medioambientales introyectadas, depende mucho de las opiniones de los demás, de la moda y también de la aceptación o rechazo que el niño sienta por parte de la madre.

Estas categorías psicodinámicas se reportarán al inicio, a la mitad y al final del tratamiento.

Para conocer la relación entre la reducción de la ansiedad y del peso, se utilizó el análisis de correlación de Pearson, tomando como variable el índice de reducción de ansiedad (antes-después del tratamiento) y el grado de sobrepeso en porcentaje (antes-después del tratamiento).

## RESULTADOS

Esta sección inicia con la Tabla 1 que contiene los datos referentes a edad y sobrepeso de los 41 pacientes media X, valor asignado, frecuencia y porcentaje.

Tabla 1

Edad X	Valor	Frecuencia	%	Sobrepeso X	Valor	Frecuencia	%
30.78	18	2	4.9	33.339	20	2	4.9
	19	3	7.3		21	1	2.4
	21	5	12.2		22	1	2.4
	22	3	7.3		23	4	9.8
	24	2	4.9		24	1	2.4
	26	3	7.3		25	3	7.3
	27	3	7.3		27	2	4.9
	28	1	2.4		28	1	2.4
	30	4	9.8		29	1	2.4
	32	1	2.4		30	3	7.3
	34	2	4.9		30.6	2	4.9
	35	1	2.4		33	2	4.9
	36	1	2.4		34	1	2.4
	38	1	2.4		35	2	4.9
	40	1	2.4		35.3	2	4.9
	41	1	2.4		38.4	1	2.4
	43	1	2.4		38.7	1	2.4
	44	1	2.4		40	1	2.4
	48	1	2.4		42	2	4.9
	51	1	2.4		44	1	2.4
	53	1	2.4		54	1	2.4
	54	1	2.4		56	1	2.4
	60	1	2.4		57.5	1	2.4
					68.4	1	2.4
					85	1	2.4
					91.6	1	2.4
					145	1	2.4
		41	100.0			41	100.0

El valor asignado en edad es el número de años.

El valor asignado en sobrepeso es el porcentaje de sobrepeso de cada paciente.

La tabla 2 contiene los datos referentes a nivel socioeconómico, escolaridad y estado civil de las 41 pacientes.

-----  
**NIVEL SOCIOECONOMICO, ESCOLARIDAD Y ESTADO CIVIL DE LAS 41 PACIENTES**

Nivel socioeconómico	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Valor asignado	1	6	14.6
Bajo	2	35	85.4
Medio Bajo		41	100.0

La mayor parte de las pacientes pertenecen al nivel medio bajo.

-----

Escolaridad	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Valor asignado			
Primaria	1	7	17.1
Secundaria	2	16	39.0
Preparatoria	3	5	12.2
Técnico	4	2	4.9
Secretaria	5	7	17.1
Profesionista	6	4	9.8
		41	100.0

La mayor parte de las pacientes escolaridad a nivel secundaria.



TABLA 2 (Continuación)

Estado Civil	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Valor asignado			
Soltera	1	13	31.7
Casada	2	22	53.7
Divorciada	3	6	14.6
		41	100.0

La mayor parte de las pacientes son casadas.

Los perfiles de personalidad de las 41 pacientes elaborados con los resultados obtenidos de la aplicación del MMPI se encuentran en la sección de Anexos. A continuación se presenta el perfil promedio obtenido de los 41 perfiles.

TABLA 2

MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PERFILES OBTENIDOS CON MMPI  
EN PUNTAJES T

ESCALAS	X	D.S.
L	5.024	2.650
F	7.634	4.630
K	14.561	5.653
1	58.629	11.629
2	65.707	15.462
3	64.122	14.130
4	66.603	13.104
5	51.098	8.000
6	58.561	8.447
7	57.976	16.299
8	66.430	18.902
9	65.805	52.545
0	58.220	10.978

Clave perfil promedio: '489231607 (51.098):1.024:7.634:14.561.

La calificación del perfil promedio se realizó tomando en cuenta las medias para cada escala obtenidas en puntaje T de los 41 perfiles.

Las pruebas individuales se calificaron inicialmente obteniendo el puntaje bruto de cada una de ellas, a cinco escalas clínicas se les agregó el factor de corrección K que está ya determinado en cada hoja de calificación, esta puntuación de K entera o fraccionada se agrega para aumentar el poder de discriminación de las 5 escalas clínicas, la Hs 1, la Dp 4, la 7, la Es 8 y la Ma 9.

Una vez obtenidos todos los puntajes en bruto, se pasan a puntajes T de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$T = 50 + 10 \frac{(x_i - x)}{D.e.}$$

D.e.

De acuerdo con los puntajes T se procede a calificar al perfil con números, tal cual está el perfil promedio de los 41 perfiles que está en la hoja anterior.

Cuando alguna de las escalas tiene un puntaje T mayor a 70, se coloca el correspondiente a dicha escala clínica en primer lugar, si hay más de una escala clínica mayor de T=70 se escriben en orden decreciente del valor del puntaje T, después de estas escalas se coloca un signo primo ('), posteriormente se colocan las escalas que sigan en orden de puntaje T decreciente entre valores de puntaje T entre 70 y 51 se traza un guión (-) y se anotan sólo las escalas clínicas cuya puntuación sea menos de 46, es decir, que las escalas comprendidas entre 47 y 53 no se anotan en la calificación del perfil, si dos escalas tienen la misma puntuación, sea igual o sólo se diferencie por un punto, se traza una línea debajo de ellas como subrayando dichas escalas. La escala 5 Mf (masculinidad y femineidad) no se incluye dentro de la calificación en el orden anteriormente explicado, se pone la calificación que se haya obtenido en dicha escala al final de la calificación entre paréntesis y en puntaje T. Al final de la calificación se ponen los puntajes obtenidos en las escala L, F y K, sin pasarlos a puntaje T, es decir, se ponen los puntajes en bruto de dichas escalas.

En el caso de la calificación obtenida como perfil promedio de las 41 pacientes, ninguna escala clínica sobrepasa el puntaje T 70 por eso la calificación inicia con el signo primo ' y las escalas 4892 tienen valores en T prácticamente iguales por lo que deben ir subrayadas.

## INTERPRETACION CLINICA DEL PERFIL DEL MMPI DE LAS 41 PACIENTES

En el perfil promedio resultante de los 41 perfiles de personalidad de las cuarenta y una pacientes del presente estudio:

1489231607(51.098):5.024:634:14.561

indica que la escala clinica cuya puntuación resultó la más elevada, es la escala 4 Dp.: desviación psicopática, la cual mide la tendencia de las personas a no tener respuestas emocionales profundas, su incapacidad para beneficiarse por medio de la experiencia y que presentan disgresiones frecuentes como la mentira, el robo, la afición al alcohol y/o a las drogas.

La segunda escala en orden de puntuación en el perfil promedio es la escala 8 Esc: Esquizofrenia, que mide las tendencias de las personas a presentar pensamientos o conducta inusitados. De acuerdo con Núñez (1979) cuando la escala 8 tiene puntuación alta indica que en el caso de las personas jóvenes, éstas presentan tendencia al aislamiento, apatía y excentricidad. Por otra parte habla de un perfil limítrofe, el cual implica que varias de las escalas clinicas tienen valores entre T60 y T70, como sucede en éste perfil promedio, las primeras 5 escalas están por encima de T 60. Este perfil limítrofe del que habla Núñez (1979) se debe a que los sujetos responden de tal manera que parecieran indicar anomalías que el sujeto parece ser capaz de controlar, éste tipo de perfil señala Areas en las cuales el sujeto encuentra dificultades. Según Guthrie citado en Núñez (1979) los sujetos con puntuación alta en la escala clinica 8 son prepsicóticos.

La combinación de los dos primeras escalas clinicas en el perfil promedio 48, corresponde a personas que presentan fuertes descargas impulsivas, agresivas y destructivas, difíciles de autocontrolar; esas descargas impulsivas surgen en función de fantasías con gran contenido de destructividad; son personas con problemas familiares que tienen a volcar su rabia y agresión en forma autodestructiva.

la siguiente escala en aparecer en el perfil promedio es la escala 9 Ma: hipomanía, mide el factor de personalidad que se caracteriza por marcada productividad en pensamiento y acción, un estado menor de euforia. Esta escala mide actividad psicológica, cuando ésta escala está elevada aumenta la actividad psicológica, es una escala activadora y su base es la hostilidad y la impulsividad.

la siguiente escala en aparecer es la escala 2 D: depresión, la que indica empobrecimiento de la autoestima con sentimientos de inutilidad e incapacidad para asumir optimistamente el futuro.

La sintomatología que explora el MMPI en ésta escala fue corroborada en las pacientes del presente estudio que fueron tratadas con psicoterapia. La combinación de las dos escalas mencionadas arriba, 92, corresponde a escalas que miden actividad psicológica pero mientras la escala 2 es controladora y su base es la dependencia social, si el puntaje en escala 2 es elevado la actividad psicológica disminuye, mientras que la escala 9 es activadora y su base es la hostilidad, si su puntaje aumenta la actividad psicológica aumenta también, esto parece deberse a que la escala 9 más bien refleja un aumento en la tendencia a la fantasía.

la combinación de las tres escalas con puntuación más elevada en el perfil promedio que fué 489, corresponde a escalas activadoras cuya base es la hostilidad, relacionadas con sentimientos de engrandecimiento, 4 y 0, y con fuga de la realidad a la fantasía, 8, con conciencia personal y sociabilidad disminuidas. Seguida esta combinación de la escala 2, la hostilidad se vuelca hacia ellas mismas, lo que podría explicar su tendencia a comer excesivamente.

La siguiente escala en aparecer en el perfil promedio es la escala 3 Hi: histeria, ésta escala mide la tendencia de las personas a presentar síntomas tales como malestares gástricos e intestinales, como ardor en el epigastrio, "dolor en la boca del estómago", como lo refieren; episodios de diarrea y estreñimiento alterados; síntomas cardíacos como palpitaciones; ataques

episódicos de debilidad, etc. Esta sintomatología con variantes estuvo presente en las pacientes del presente estudio en mayor o menor grado, pero sobre todo aparecían cuando se enfrentaban a situaciones que les producían angustia. Esta escala 3 corresponde a las escalas controladoras, intrapunitivas y asociada a sentimientos de lástima y relacionada con conformismo social, cuando está elevada aumenta el conformismo social. La combinación 23, indica falta de seguridad y confianza en las propias habilidades y fuerte tendencia a buscar reconocimiento y aprobación en el grupo social. Los sentimientos de inferioridad y minusvalía se reducen parcialmente frente a las respuestas de aprobación del grupo social, cuando sucede lo contrario, esos sentimientos aumentan.

La interpretación de las cinco escalas clínicas con mayor puntuación en el perfil promedio de la personalidad de las 41 pacientes indica que existen rasgos comunes a todas ellas; la interpretación clínica de estas escalas en el perfil indica que estas personas presentan rasgos de personalidad acordes con la problemática que presentan, es decir con la obesidad; presentan fantasías con gran contenido de destructividad corroboradas en las sesiones de psicoterapia, y esta destructividad la vuelcan hacia sí mismas; presentan graves problemas familiares y aunque en algunos momentos se comportan agresivamente con la gente que las rodea sienten al recibir la respuesta de rechazo a su agresividad que ellas son culpables lo que las deprime y las llena de angustia; estas pacientes tienen gran tendencia al aislamiento y a la apatía, el aislamiento se trató dentro de la terapia y se reportó después como categoría psicodinámica, estas pacientes presentan dificultades para relacionarse con la gente que las rodea, además tienden a encerrarse en sus casas, tienen poca actividad física y se angustian con facilidad ante lo que comen para sentirse mejor, de alguna manera son personas "flacas" emocionalmente, comen para llenar esos huecos interiores de afecto, pero en lugar de ello los llenan de kilos de sobrepeso lo anterior las aísla más aún del medio que las rodea, las aísla no sólo físicamente con kilos y kilos de grasa sino que al ser rechazadas se aíslan más emocionalmente.

Al ser pacientes con tendencia a la apatía son incapaces de enfrentar retos y por consiguiente fijarse metas, se derrotan con facilidad y como eso las antustia comen para sentirse bien.

TABLA 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO PRE Y POSTEST.

Grupo experimental:						
Prueba t de Student para Ansiedad-Estado pre y postest						
No. de Casos	Medias	Desv. estan.	Error estan.	t	P	
Pre	20	37.7500	5.320	1.190		
Post	20	34.8000	5.238	1.171	15.98	.001
Prueba t de Student para Ansiedad-rango pre y postest						
No. de Casos	Medias	Desv. estan.	Error estan.	t	P	
Pre	20	39.0500	7.199	1.592		
Post	20	34.8000	6.638	1.484	26.53	.001
Grupo control:						
Prueba t de Student para Ansiedad-Estado pre y postest						
No. de Casos	Medias	Desv. estan.	Error estan.	t	P	
Pre	21	36.4286	4.106	.836		
Post	21	32.9048	3.060	.733	10.74	.001
Prueba t de Student para Ansiedad-rango pre y postest						
No. de Casos	Medias	Desv. estan.	Error estan.	t	P	
Pre	21	40.2381	4.979	1.087		
Post	1 21	35.9524	4.599	1.004	10.79	.001

TABLA 4

## INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO PRE Y POSTEST

## Prueba t de Student para Ansiedad-Estado pre y postest

## Ansiedad-Estado pretest

	No. de Casos	Medias	Desv. estan.	t	P
Grupo.exp.	20	37.7500	5.320		
Gpo.cont.	21	36.4286	4.106	.89	.381

## Ansiedad-Estado postest

	No. de Casos	Medias	Desv. estan.	t	P
Grupo.exp.	20	34.8000	5.238		
Gpo.cont.	21	32.9048	3.360	1.37	.180

## Ansiedad-rasgo pretest

	No. de Casos	Medias	Desv. estan.	t	P
Grupo.exp.	20	39.0500	7.199		
Gpo.cont.	21	40.2391	4.979	-.62	.54

## Ansiedad-rasgo postest

	No. de Casos	Medias	Desv. estan.	t	P
Grupo.exp.	20	34.8000	6.638		
Gpo.cont.	21	35.9524	4.599	-.64	.52

Como era de esperarse al realizar el pretest del IDARE, ambos grupos, experimental y control, presentaron niveles similares de ansiedad en ambos cuestionarios, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. En el caso del postest con IDARE podía esperarse que los



niveles de ansiedad-rasgo en ambos grupos permanecieran más o menos estables, si consideramos que el tipo de ansiedad que mide ese cuestionario corresponde a un tipo de ansiedad que forma parte de la personalidad.

En el caso del posttest del cuestionario ansiedad-estado, la ansiedad disminuyó en ambos grupos en forma casi igual; estos resultados concuerdan con otros estudios similares, por lo que cabe suponer que la ansiedad-estado que es la que se presenta en un momento dado ante circunstancias que ponen ansiosas a las personas a quienes se aplica, pudo haber disminuido en ambos grupos por ser la segunda vez que se les aplicaba, por lo tanto ya no era algo desconocido, y resulte difícil distinguir entre el monto de ansiedad que pudo haber disminuido por la razón antes mencionada y el monto de ansiedad que pudo haber disminuido en las pacientes del grupo experimental por el efecto de la psicoterapia. Por otra parte, es posible que la ansiedad sea sólo uno entre muchos otros factores que haga que las pacientes obesas hayan fracasado en otro tipo de tratamientos.

Para saber si las pacientes que reducen más su nivel de ansiedad, son las que más reducen de peso, se llevó a cabo una correlación de Pearson, entre la diferencia que hubo de sobrepeso antes y después (Dif 1) y la diferencia en ansiedad-estado antes y después (Dif 2).

El análisis de correlación mostró una  $r=0.2010$ , lo cual significa que las mujeres que bajaron más de peso (Dif 1) son las que tuvieron menor disminución de ansiedad (Dif 2).

TABLA 5.

CATEGORIAS:	Nº. DE PACIENTES EN LAS QUE SE IDENTIFICARON LAS CATEGORIAS PSICODINAMICAS, EN LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA					SIGNIF.
	INICIO	INITAD	FINAL	X2	NJVEL	
AISLAMIENTO	20	15	2	17.45	.01	
DEPRESION	15	10	5	17.5	.01	
DIFICULTADES CON LA SEXUALIDAD	14	6	6	18.8	.01	
AUTOAGRESION	17	12	3	18.1	.01	
TRASTORNOS EN EL ESQUEMA CORPORAL	18	10	4	18	.01	
	X2	3.7	21.65	64.5		
NIV. SIS		.01	.01	.01		

Como puede observarse en esta Tabla, la diferencia significativa al .01 indica que a medida que transcurrió la terapia disminuyeron el aislamiento, la depresión, las dificultades con la sexualidad, la autoagresión y los trastornos en el esquema corporal.

A continuación se mencionan los resultados cualitativos referentes a las categorías psicodinámicas, con base en las cuales se analizaron las sesiones.

REPORTE DEL REGISTRO DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA PSICODINAMICA DE ORIENTACION PSICOANALITICA, AL INICIO, A LA MITAD Y AL FINAL DEL TRATAMIENTO.

Categoría psicodinámica:

AISLAMIENTO (Mec. de defensa).

Definición: mecanismo de defensa, típico de la neurosis obsesiva, que consiste en aislar un pensamiento o una conducta, de tal suerte que sus conexiones con otros pensamientos o con el resto de la existencia del sujeto se ven rotos. Algunos ejemplos del proceso del aislamiento son las pausas del pensamiento, las fórmulas, los rituales y de forma general, todas las medidas que permitan establecer un hiato en la sucesión temporal de los pensamientos y los actos.

Al inicio:

Once de las pacientes han sido obesas desde niñas y las restantes tuvieron sobrepeso desde niñas pero se convirtieron en obesas hasta después de la primera relación sexual. Utilizan a la obesidad como barrera protectora del medioambiente que las rodea. dos de ellas viven aisladas en su casa sin haber tenido ningún tipo de relación con hombres salvo con sus padres y hermanos; estas dos pacientes usan la obesidad al igual que el resto para evitar que los hombres se les acerquen, aún las que ya tuvieron pareja. Tienen problemas para establecer relaciones interpersonales por lo que además usan la fuga a la fantasía para compensar dicha incapacidad.

A la mitad:

Las dos pacientes que usan el aislamiento para quedarse encerradas en su casa, han mejorado en ese aspecto, porque se han comprometido con la terapia y el hecho de salir para acudir a la misma ya es un avance. El resto de las pacientes así como las dos mencionadas acuden regularmente a la terapia y están bajando

de peso. La mayoría empieza además a salir a reuniones familiares básicamente aunque algunas acuden a otros compromisos con amistades o compañeros de trabajo. Empiezan a arreglarse mejor e inclusive las que tenían los porcentajes de sobrepeso mayores han empezado a arreglar su ropa, metiéndole a las costuras.

#### Al final:

Todas las pacientes al bajar de peso, aunque no hayan llegado al "peso ideal", han aumentado su autoestima. Una de ellas, profesionalista, divorciada, inició una relación con un extranjero desde antes de iniciar el tratamiento, pero ahora ya formalizó dicha relación, aunque el pretendiente vive en el extranjero y así sigue manteniéndolo lejos por lo menos ya acepta la posibilidad de iniciar una nueva relación. La otra profesionalista a la que el marido abandonó hace 5 años sin previo aviso, ya inició los trámites de divorcio, no lo había hecho antes porque los trámites de divorcio, no lo había hecho antes porque tenía la fantasía de que el regresaría. Las nueve pacientes casadas mejoraron su relaciones matrimoniales en grados variables; el resto por lo menos ya salen a diferentes sitios y se están dando la oportunidad de conocer a distintos tipos de personas fuera de su círculo familiar.

#### DEPRESION:

Definición: Estado o conjunto de síntomas originalmente descrito por Abraham como melancolía, caracterizado por sentimientos de inferioridad, culpa, autoagresión, minusvalía y tendencia a apartarse del grupo social; estos sentimientos llegan a adquirir fuerza intrapunitiva.

#### Al inicio:

La depresión se encuentra muy notoria en algunas pacientes, se caracteriza esencialmente por sentimientos de inferioridad. No se considera capaces de lograr metas que se propusieron, por poco complicadas que éstas sean dependiendo del grado de escolaridad, nivel cultural, etc. Presentan bajo autoestima, lloran con facilidad y algunas manifiestan el deseo de abandonarlo todo, independientemente que tengan hijos o no. Sin embargo, después de manifestar lo anterior, se arrepientan porque como "todo les sale mal", no sabrían como conducirse fuera de casa y además no soportarían las críticas de la familia y la culpa por haberse ido.

#### A la mitad:

Conforme van bajando de peso, la autoestima aumenta gradualmente, empiezan a entender en forma variable, que el sentirse "mal, deprimidas", es una forma de castigarse, y de acuerdo con el caso de que se trate, empiezan a hacer planes para estudiar, trabajar, iniciar algún negocio, etc., en resumen, empiezan a tener intereses en algo más que estar encerradas lamentándose.

#### Al final:

Una de la pacientes solteras, la más obesa del grupo, empezó a leer cada día una página y luego fué aumentando de páginas sin aburrirse, sin dormirse y entendiéndole lo que leía, está preparándose para ingresar a una carrera que leía, está preparándose para ingresar a una carrera técnica. Otra de ellas, casada, con una gran carrera técnica. Otra de ellas, casada, con una gran capacidad de insight, se dió cuenta de que el marido la sabotea cada vez que sale a estudiar o intenta trabajar, ahora se asoció con una amiga y ya inició un negocio de cocina económica. De las pacientes que ya trabajaban, lo siguen haciendo pero con más gusto, algunas cambiaron de trabajo. Las que no trabajaban fuera de su casa se han metido a tomar cursos de actividades

manuales y otras a trabajar tomar cursos de actividades manuales y otras a trabajar en diversas cosas que pueden desarrollar de acuerdo a su grado de preparación, lo anterior indica que sus intereses han cambiado y aumentado, y aún cuando a veces se siguen deprimiendo ya no les duran tanto los episodios de depresión y caen menos frecuentemente en los mismos.

#### DIFICULTADES CON LA SEXUALIDAD.

**Definición:** Dentro de la experiencia del psicoanálisis, la sexualidad no se define solamente como las actividades y el placer que dependen del funcionamiento del aparato genital, sino de una serie de excitaciones y actividades presentes desde la infancia que procuran un placer irreductible por la realización de una función fundamental.

#### Al inicio:

Por la tendencia al aislamiento, todas las pacientes tenían dificultad en mayor o menor grado para establecer relaciones profundas y duraderas, tanto con hombres como con mujeres. Algunas de ellas no han tenido relaciones sexuales con ningún hombre. Una de ellas manifestó su temor a ser homosexual, porque una compañera que tuvo en una terapia de apoyo a la que asistía tiempo atrás, le dió un beso en la boca, no hubo forma de que me dijera cómo se había sentido sólo que tenía miedo de ser homosexual. De las pacientes casadas, dos ya están divorciadas, una en tramites de divorcio, dos separadas, tres de ellas siguen con el marido por los hijos, por el que dirán, como autocastigo por haberse casado contra la voluntad de la madre.

Una de ellas, separada, empezó a bajar de peso antes de este tratamiento, pero la empezó a pretender un hombre menor que ella, le dió tanto miedo que recuperó el peso que había bajado y más. El resto de las casadas se quejan constantemente de los maridos. Las solteras dicen estar mejor solas, por lo que de los hombres

ies han dicho, sobre todo sus madres.

#### A la mitad:

Una de las pacientes se queja de la falta de apoyo del marido, sobre todo con su hijo mayor que es drogadicto y no quiere estudiar; permitió que el joven trajera a su novia a vivir con ellos y la paciente aunque se queja de la situación, se resigna porque por lo menos su hijo ya no se droga tan seguido. Otra de las pacientes, casada, había manifestado su deseo de dejar al marido y a sus dos hijos mayores y llevarse sólo a su hija menor, pero se analizaron pros y contras durante varias sesiones y aunque sigue teniendo rencor y rabia al marido, ya inició un negocio que la hace sentir mejor, tiene mejor comunicación con el marido aunque su relación está bastante deteriorada. Otra de ellas, separada hace 8 años del marido no ha logrado el divorcio porque él no quiere darle la mitad de los bienes, tenía muchos problemas con su hija mayor pero conforme empezó a mejorar con la terapia, estas relaciones mejoraron y la hija sigue trabajando pero además empezó a estudiar la carrera de Enfermería.

#### Al final:

No se podría decir que al final del tratamiento, todas las pacientes han superado las dificultades con la sexualidad, pero sí que han aumentado su autoestima en grados variables se arregian mejor, salen a diferentes actividades y han mejorado sus relaciones con el núcleo familiar.

#### AGRESION.

**Definición:** Tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan a través de conductas reales o fantasmáticas que tienden a destruir, humillar, etc. La agresión contiene otras modalidades

además de la acción matriz violenta o destructiva; no siempre es negativa como el rechazo a la ayuda, puede ser simbólica o positiva como la ironía.

El Psicoanálisis le ha dado una importancia crucial a la agresividad dentro del desarrollo del sujeto en el juego complejo de unión-desunión con la sexualidad. Esta evolución de las ideas culmina con la tentativa de buscar en la agresión un sustrato pulsional único y fundamental dentro de la acción de pulsión de muerte.

Al inicio:

La mayoría de las pacientes han pasado por varios programas de reducción de peso de orientación diversa y se supone que "saben" el daño que les produce el exceso de peso, sobre todo en lo que se refiere a enfermedades orgánicas; pocas aceptan daño psicológico. el hecho de que "sepan" las posibles consecuencias de la obesidad y sigan comiendo indica que dicho "saber" es superficial y que la autoagresión es inconsciente. Al principio hubo desde la paciente que come para molestar a la mamá que siempre le está diciendo que está gorda frente a los demás y en especial frente al novio, hasta la que dice "ni modo, en la casa todos somos gordos" o "ya lo he intentado varias veces y seguramente estoy mal de la tiroidea", etc.

A la mitad:

Todas ellas se han mantenido en la terapia y aunque algunas faltan de vez en cuando, al final del año el promedio de asistencia fué de 30 sesiones por paciente. Conforme avanza el tratamiento y empiezan a bajar de peso, igualmente empiezan a descubrir que ellas mismas son quienes se hacen daño, se van dando cuenta de los intentos de sabotaje por parte de la familia y poco a poco van logrando cierto apoyo de algunas personas, aunque lo más gratificante para ellas son los comentarios de familiares y conocidos que empiezan a notar la disminución de



peso.

Al final:

Algunas siguen cayendo de vez en cuando en transgresiones a la dieta, sobre todo cuando comen fuera de casa, pero se dan cuenta y lo importante es que vuelvan a ingerir los alimentos no engordantes, se sienten mejor de salud, se cansan menos al caminar o al hacer ejercicio y algunas ya no tienen dificultad para respirar cuando hacen algún esfuerzo.

#### TRASTORNOS EN EL ESQUEMA CORPORAL.

Definición: El esquema corporal se elabora tempranamente a partir de la imagen corporal que el individuo haya introyectado de sí mismo. El esquema corporal se elabora de acuerdo con influencias múltiples medioambientales introyectadas, depende mucho de las opiniones de los demás, de la moda y también de la aceptación o rechazo que el niño sienta por parte de la madre.

Al inicio:

Todas estas pacientes tienen algún o algunos trastornos en el esquema corporal en mayor o menor grado. Algunas creen ser menos gordas de la que son y dicen que se someten a tratamiento porque como se les hicieron pruebas de laboratorio al hacer la historia clínica, y resultaron con algunas cifras alteradas, por esa razón van a terapia; otras se creen más gordas de lo que son, pero sin llegar al extremo de ser delgada y sentirse gordas como la pacientes con anorexia nervosa. Ninguna tiene espejos de cuerpo entero en su casa, si acaso se van en espejos de cuerpo entero en su casa, si acaso se van en espejos pequeños la cara para maquillarse o peinarse. Cuando se llegan a ver de cuerpo entero accidentalmente en algún espejo o vidrieras de tiendas no se

reconocen, y si alguna va a comprarse algo de ropa no entra al probador para no verse desde todos los Angulos, y frecuentemente llevan tallas equivocadas.

A la mitad:

A medida que van disminuyendo de peso, empiezan a preocuparse más por la ropa y por su arreglo en general, algunas empiezan a hacer planes para hacerse o mandarse hacer algún vestido que vieron en una revista y otras, sobre todo las más obesas empiezan a meterles a las costuras de su ropa.

Al final.

La mayoría empieza a decirme que ese vestido que trajeron a la sesión estubo guardado muchos años porque ya no les quedaba, una de ellas que bajo de 135 lbs. a 92, sigue usando su misma ropa, pero ya le ha metido a las costuras varias veces, ya ha encontrado algunas cosas hechas que le quedan, sobre todo ropa interior, por supuesto que aunque sigue siendo obesa ha cambiado mucho, ya se le ve el contorno de la cara pues ya no tiene la enorme papada que tenía ni la giba de grasa en la nuca; ahora ya no le ceden el asiento en los camiones como antes que la gente pensaba que estaba embarazada y a punto de dar a luz. Otras que no tenían tanto sobrepeso empiezan a usar ropa más llamativa, de colores vivos, y algunas llegan incluso a ponerse ropa entallada y caminan como si fueran modelos o artistas de televisión.

## DISCUSION.

La obesidad ha sido estudiada por médicos: (Barona, 1950, Golblatt, Moore y Stunkard, 1965, 1965, etc), endocrinólogos, (Giorgino, Cignarelli, Scardapane, Lattanzi, Santoro, 1981), nutriólogos, (Cuadernos y Nutrición, 1992), psiquiatras, (Noyes y Kolb, 1965, Wurtman y Wurtman, 1979), psicoanalistas, (Baranger, Baranger y Mom, 1987, Apfelbaum, 1987, Castelnuevo-Tedesco y Reiser, 1988, Titus y Smith, 1992), psicólogos ya sean conductistas (Horan y Johnson, 1971, Mahoney y Mahoney, 1975, Stuart y Davis, 1972, cognoscitivistas, (Heesacker y Niemeyer, 1990) y recientemente por psicólogos que utilizan diversas técnicas de tratamiento, desde el psicoanálisis ortodoxo hasta psicoterapias eductivas, en un interés por entender las relaciones entre la obesidad y sus causas psicológicas. La descripción de algunas categorías psicodinámicas de orientación analítica, encontradas en el registro de las sesiones de psicoterapia de las pacientes que formaron parte en el presente trabajo y la posibilidad de que se fueran resolviendo a través de la terapia, es un campo de interés actual del psicoanálisis y las terapias con enfoque analítico.

Actualmente se tiene la certeza que en el caso de los pacientes con desórdenes alimentarios, ya sea bulimia o anorexia nervosa el tratamiento debe enfocarse en ciertas características de la personalidad, (Casas Ros Sonia Ma. de, 1984), en los procesos del desarrollo emocional, (Freud, 1905, 1909), las relaciones objetales (Klein, 1952, Heesacker y Niemeyer, 1990), etc. y no en los síntomas, para tener éxito en el tratamiento.

En el presente trabajo se cuidó de no olvidar la multicausalidad del problema de la obesidad, se cuidó de no incluir a pacientes que tuvieran algún tipo de enfermedad orgánica que pudiera influir en el problema y también se tomó en cuenta que el tratamiento psicodinámico no se basara en la extrapolación de lo que se conoce acerca de los hombres sino tomando en cuenta las diferencias que en el proceso de desarrollo emocional y los retos

adaptativos presentan las mujeres. (Guilligan C. 1979).

En el presente trabajo se pudieron constatar durante el tratamiento, algunas de las características de la personalidad que se habían encontrado con la aplicación del MMPI, (Inventario Multifásico de la Personalidad, Minnesota).

El perfil promedio obtenido de los perfiles de las cuarenta y una pacientes del presente estudio 489231607(51,098):5.024: la escala 4 y enseguida la 8, con una diferencia de .253, lo que a los fines de calificación marcados en el Manual del Inventario Multifásico de la Personalidad, Minnesota, MMPI, son cifras iguales (Hathaway y Meehl, 1951, Welsh y Dahlstrom, 1956), esta combinación 48 corresponde a personas con fuertes descargas impulsivas, agresivas y destructivas; en el caso de estas pacientes la agresión se manifestó en forma de conductas autoagresivas, comiendo en forma excesiva sin aceptar la responsabilidad consigo mismas ante el riesgo contra la salud que significa el sobrepeso y sus complicaciones. Por otra parte, el hecho de presentarse la escala 4 Dp:desviación psicopática, como la más elevada indica que no son capaces de tener respuestas emocionales profundas y por lo tanto, les es difícil tener sentimientos de culpa. Para estas pacientes si alguien tiene culpa es cualquier otra persona excepto ellas, manifestado lo anterior como rabia contra el daño que sus madres les ocasionaron como el que las hubieran cebado de niñas o quienes atribuyen a su madre su fracaso como mujeres, o las que agreden y después no se explican porque son agredidas en reciprocidad. Estas pacientes presentan descargas impulsivas sin control, como una forma de volcar su rabia y agresión hacia fuera, pero luego al recibir la respuesta agresiva se sienten mal, piensan que las respuestas agresivas que reciben son injustas sin darse cuenta que ellas mismas provocaron la respuesta; les cuesta trabajo reconocer que ellas mismas provocaron la respuesta; les cuesta trabajo reconocer que ellas mismas provocan con su agresividad respuestas instantáneas igualmente agresivas; cuando se les hace notar, algunas reconocen que antes de agredir saben de antemano que van a "pedir", pero de todas maneras no pueden controlar la agresión.

La siguiente escala en aparecer en el perfil promedio es la 9, Manípicomania, que tiene como base la hostilidad y aunada a las dos anteriores nos da la combinación 489, todas estas escalas son activadoras relacionadas con fuga a la fantasía. La fantasía como categoría psicodinámica se encontró en casi todas las pacientes, 18 de 20. Las fantasías más frecuentes detectadas en las sesiones de psicoterapia estuvieron relacionadas con trastornos o alteraciones de la imagen corporal, por ejemplo, algunas se ven menos obesas de lo que están, "Quiero someterme a este tratamiento para no llegar a ser tan gorda como mi mamá", o como cuando mencionan la talla de ropa que usan, habitualmente dicen dos o tres tallas inferiores a la que les corresponde. Algunas de ellas cuando empezaron a disminuir de peso usaban ropa muy entallada o de colores llamativos. Una de las pacientes no dejaba de mencionar el éxito que siempre había tenido con los hombres, y como le gustaba bailar en las fiestas de "cachetito" con otros hombres enfrente de su marido. La fantasía en este caso podía ser el hecho de considerarse irresistible.

La siguiente escala en el perfil promedio es la 2, D: Depresión, cuya puntuación también fué muy cercana a las tres anteriores. En las sesiones de terapia, la depresión fué tomada como categoría psicodinámica, ya que estuvo presente en todas las pacientes en grados diversos, esta escala es una escala controladora, se basa en sentimientos de culpa y es intrapunitiva, la combinación de esta escala con las anteriores da una idea más clara de la situación que viven estas pacientes. La mayoría después de quejarse de la madre o de algunas "cosas" que les hicieron sus madres, inmediatamente dicen que sin duda ellas tuvieron la culpa, ellas provocaron de alguna manera el trato que recibieron y alguna siguen recibiendo de sus madres. Además de la pobre autoestima que tenían estas pacientes, en algunas de ellas se notaba que eran incapaces de enfrentar retos, la mayoría no se planteaban metas, y las que lo hacían planteaban metas tan lejanas a sus posibilidades reales que lógicamente estaban destinadas al fracaso y ello les hacía caer otra vez en la desilusión de su mismas, en sentir que no sirven para nada, etc.

La mayoría presentaban un cansancio muy elevado en relación a sus actividades y la edad, independientemente que el exceso de peso dificulta la actividad física, produce trastornos en la respiración ante esfuerzos no muy fuertes, problemas circulatorios, etc., de todas maneras el cansancio que mostraban además del sobrepeso estaba acrecentado por el estado emocional depresivo. En un principio eran pacientes muy propensas al llanto a la menor provocación y muy dependientes de la aprobación social.

Los resultados obtenidos con la aplicación del IDARE, Inventario de Ansiedad Pasaje-Estado, fueron sorprendentes, los niveles de ansiedad encontrados en ambos grupos, experimental y control al aplicar el pretest fueron similares como cabría esperar, sin embargo, los resultados del postest en ambos grupos no presentaron diferencias significativas, hubo disminución de los niveles de ansiedad en ambos grupos pero no en grados notables en relación al pretest ni entre grupos, a pesar de que el grupo control no acudió a terapia.

Algunas otras investigaciones de tesis en las cuales se aplicó el IDARE antes y después de los diversos tratamientos efectuados, arrojan resultados parecidos a los obtenidos en el presente trabajo, (Berea, 1965, Axelrod, 1987, Morales, 1988, trabajos en Psicología Clínica), con excepción del trabajo de Redondo, 1979, estudio transcultural realizado con estudiantes universitarios mexicanos y colombianos.

Lo que si es evidente es que las pacientes que estuvieron en psicoterapia psicodinámica disminuyeron notablemente de peso y las del grupo control sólo en porcentajes no significativos. Los cambios cualitativos extraídos de las notas tomadas al final de cada sesión de psicoterapia muestran que en algunas categorías fueron importantes en otras no tan evidentes pero también presentes.

Después de haber realizado el presente trabajo me parece interesante comentar que en problemas tan complejos como el de la obesidad, no pueden plantearse tratamientos simples, es decir, no

pueden ser tratados exclusivamente con psicoterapia analítica, de apoyo o de modificación de conducta, por citar algunos de ellos, ni tampoco con tratamiento médico solamente. El modelo de intervención planteado en el presente trabajo fué una combinación de terapia psicodinámica de orientación analítica, dietas de reducción de peso y registro de peso. Aunque lo anterior es poco ortodoxo, lo más conveniente sería en todo caso realizar un modelo de intervención para la obesidad, en el cual participarán expertos en cada tipo de terapia. Lo que sí es claro para mí es que para lograr éxito en el tratamiento de la obesidad, como problema multicausal que es, debe ser enfocado desde diversos puntos de vista.

Otro de los aspectos que me parece es importante señalar, es que en un principio lo que se había propuesto al plantear el presente trabajo, fué el de encontrar un perfil de personalidad característico de los pacientes obesos, lo cual no resultó así del todo. El no poder definir con exactitud cuál es el perfil de la personalidad de las obesas, no quiere decir que no presenten rasgos psicodinámicos parecidos o características comunes a pacientes cuya personalidad ha sido conformada con elementos que deriven de algún tipo de trastorno en el desarrollo psicosexual. En otros pacientes con problemas diferentes al de la obesidad, se pueden encontrar características o rasgos de personalidad similares, relacionados con la fase oral, pero con manifestaciones diferentes como podría ser el tabaquismo, algunos tipos de farmacodependencia o el alcoholismo.

Los resultados obtenidos con este grupo de pacientes en cuanto a disminución de peso y los cambios resitrados en la terapia referentes a categorías psicodinámicas fueron satisfactorios. Sin embargo me parece que es necesario implantar un modelo de intervención más completo que resulta más rápido en tiempo, más económico y sobre todo los que resultados por lo que a disminución de peso se refiere sean duraderos.

## CONCLUSIONES

La obesidad es un problema multicausal que abarca aspectos relacionados con las esferas biológica, psicológica y social.

Las pacientes obesas no presentan un perfil de personalidad única característico, aunque muestran algunos rasgos en común, como tendencia al aislamiento, depresión, fugas a la fantasía, pobre autoestima, trastornos en el esquema corporal, etc., entre otros.

Las pacientes obesas comparten algunos rasgos y características de personalidad con otros pacientes que presentan trastornos relacionados con fijaciones a la etapa oral del desarrollo psicosexual.

Los principales síntomas psicológicos que presentan las pacientes obesas se relacionan con traumas o problemas en el desarrollo psicosexual con fijación en la etapa oral.

Las personas con trastornos en el desarrollo psicosexual durante la fase oral, los manifiestan con síntomas diversos no necesariamente con obesidad.

Las pacientes obesas en terapia presentan una serie de manifestaciones emocionales que pueden ser evaluadas en forma de categorías psicodinámicas.

El tratamiento de la obesidad debe ser multi e interdisciplinario para lograr buenos resultados: deben tratarse las causas y no centrarse en el síntoma, la obesidad.

En el tratamiento psicoterapéutico debe enfocarse en las manifestaciones de lo inconsciente como son las defensas, fantasías, sueños, etc., y no centrarse en que tantos kilos baja de sesión a sesión.

Es conveniente plantear la posibilidad de implantar un modelo de intervención que resulte en un programa más corto en tiempo, más



económico y cuyos resultados puedan ser más duraderos.

Se sugiere aplicar este modelo de intervención en grupos de pacientes, (terapia grupal), siempre y cuando se determine en entrevistas previas que son candidatos para grupo.

## BIBLIOGRAFIA

- Alperovich B.J. (1988) "Génesis y perpetuación de la obesidad o ¡Come y quédate quieto! Rev. de Psicoanálisis 4 (5) 1027-1036.
- Alpert Gordon W. (1977) La personalidad. Su configuración. Ed. Herder, Barcelona.
- Apfelbaum Igoin L. (1987). Les amatrises; ou la solitude des grosses". Nouv. Rev. Psychanal. 36, 89-94.
- Atkinson J. W. (1964) An introduction to motivation. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Axelrod R. (1987) La depresión puerperal, enfoque psicodinámico. (Maestría en Psicología Clínica) Fac. de Psicología, UNAM. México (1987).
- Baranger M., Baranger W. y Mom J.M. (1987). El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. Rev. de Psicoanálisis 44(40): 745-774.
- Barona Lobato M. (1956) Obesidad y conducta. Rev. Médica. Sria de Marina, vol II No. 7, Oct., Nov., Dic.
- Berea L. (1963). La obesidad como consecuencia de un mecanismo compensador de la frustración. (Maestría en Psicología), Facultad de Psicología, UNAM. México 1963.
- Björntorp P. (1981) Development of adipocytes. Obesity: Pathogenesis and treatment. Academic Press. London, New York.
- Bleichmar C.L. de., Magaril M.G. y Bleichmar N.M. (1990). Actualizaciones en Psicoanálisis. ELEA Ed., México.
- Bray G.A. (1976). "The obese patient". Saunders Company Eds., Philadelphia, PA.

Brounell K.D. (1984). Behavioral, psychological and environmental. Predictors of obesity and success at weight reduction. Intern. H.J. Obesity (3).

Bruch, H. (1957). The importance of overweight. W.W. Norton & Co. New York.

Caballero B., Finer N. y Wurtman E. (1988). Plasma aminoacids and insulin levels in obesity: Response to carbohydrate intake and tryptophan. Supplements. Metabolism, vol. 37 No. 7. (July).

Camacho V, G. Programa Universitario de Reducción de peso. ENEP Ixtacala. (1987-89).

Casas Ros S.M. de (1984) Perfil de autoconcepto de mujeres obesas: un estudio exploratorio. (Maestría en Psicología Clínica). Fac. de Psicología, UNAM, México, (1984).

Castelnuovo-Tedesco P. y Reiser L.W. (1988). Compulsive eating: Obesity and related phenomena. J. Amer. Psychoanal Assn. 36 (1): 163-171.

Collado M.A., Rodríguez A.M., Zaldivar F.D. y Alvarez G.M. (1984). Las técnicas y modificaciones de conducta en el tratamiento de la obesidad. Rev. Cub. Med. May-Jun 1984.

Collado M.A., Rodríguez A.M., Portillo C.b. y Seo J.A. (1987). Efectividad terapéutica de una conducta grupal para el tratamiento de la obesidad. Rev. Cub. Med. No. 1987, 26 (11).

Cuadernos de Nutrición. (1992). Sep-Oct. Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán". México.

Diaz Guerrero R. y Spielberger C.D. (1975). Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Ed. Manual Moderno, México.

Flores L. y Cabeza de F.A. (1974) Endocrinología. Ed. Méndez Cervantes, México.

Freud S. (1905). La sexualidad infantil. Tres ensayos sobre sexualidad. Obras completas. Ed. Amorrortu, Argentina, 1980.

Freud S. (1909). Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica. Obras completas. Ed. Amorrortu, Argentina, 1980).

Freud S. (1915). Pulsiones y destino de las pulsiones. Obras completas. Ed. Amorrortu, Argentina, 1980).

Freud, S. (1926) Inhibición, Síntoma y angustia. Obras completas. Ed. Amorrortu, Argentina. 1980.

Gilligan C. (1979). Woman's place in Man's life cycle. Harvard Educational Review, vo. 49, No.4, November 1979, 431-446.

Giorgino R., Cignarelli M., Scardapane E., Lattanzi V. y Santoro G. (1981). Possible role of catecholamines in the evolution of obesity. Obesity: Pathogenesis and treatment. Academic Press, London, New York.

Goldblatt P.E., Moore M.E. y Stunkard A.J. (1965). Journal of the American Medical Association, 192, 1039-1044.

Gussow J. (1972) Content nutritional messages of TV ads aimed at children, Journal of nutrition education, 4:48-52.

Ham A.N. (1975). Tratado de Histología. Ed. Interamericana, 7a. Ed. en español.

Hathaway S.R. y Meehl F.E. (1951). An atlas for the clinical use of the MMPI. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis.

Herschaker R.S. y Niemeyer G.J. (1990). Assessing object relations and social Cognitive correlates of Eating disorder. J. of Counseling Psychology, 1990, vol 37, No. 4, 419-426.

Horan J.J. y Johnson R.G. (1971) Coverant conditioning through a selfmanagement. Application of the Premack Principle. Its effect on weight reduction. Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2, 243-249.

Keys A. (1970). "Coronary heart disease in seven countries. Heart ASSN, Monograph, 29.

Elein M. (1952). Desarrollos en Psicoanálisis. Tomo 11. Algunas consideraciones teóricas sobre la vida emocional del lactante. Ed. Norma, Argentina, 1980.

Laplanche J. y Pontalis J.-B. (1967). Vocabulaire de la Psychanalyse. Presses Universitaires de France, 10a. Ed. (Mai. 1990).

Mahoney K. y Mahoney M.J. (1975). Cognitive factors in weight reduction. en J.d. Krumboltz y C.E. Thoronsen. (Eds) Counseling methods. New York: Holt-Rinehart & Winston.

Mahler M. (1985). De la simbiosis a la individuación. Ed. Joaquín Mortiz.

Mancini M., Centalido F., Mattioli P., Caprio S., Postiglione A. y Rivellase A. (1981). Metabolic abnormalities associated with obesity: Effects of weight loss. Obesity: Pathogenesis and treatment. Academic Press, London, New York.

Nayer J. (1968). Overweight: Causes, cost and control. Englewood cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Mc. Grath E., Keita G.P., Strickland B.R. y Russo N.F. (Eds) (1990). Women and depression: Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression. Washington, D.C.; American Psychological Association.

Metropolitan Life Insurance company. (1960). Statistical Bulletin 41,9.

Morales F. (1988) Ansiedad y depresión como consecuencia de las condiciones de encarcelamiento. (Maestría en Psicología Clínica). Facultad de Psicología, UNAM. México, 1988.

Noyes A. P. y Kolb L.C. (1965). Psiquiatría clínica moderna. La Prensa Médica Mexicana.

Pasquali R., Mattioli L., Capelli M., Parenti M., Gallo C. y Melchiondo N. (1981). Effects of dietary calorie and carbohydrate levels on thyroid hormone concentrations in obese subjects. Obesity: Pathogenesis and treatment. Academic Press, London, New York.

Redondo J. (1979). Estudio transcultural del IDARE en universitarios primerizos de UNAM y UNC de México y Colombia. (Doctorado en Psicología) Facultad de Psicología, UNAM. México.

Ronold A.E. (1981). Epidemiologic considerations of overweight and of obesity. Institut de Biochimie Clinique, University of Geneva, Switzerland. Gerson Symposium No. 28 Academic press, London, New York.

Rivera J.O. (1985) Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. Ed. Manual Moderno, México.

Schmidt D.S. y Katahn M. (1988). Avance en el tratamiento externo de la obesidad. Rev. Mundo Médico.

Segal H. (1985). Introducción a la obra de Melanie Klein. Ed. Paidós, México.

Seltzer C.C. y Mayer J. (1965). Postgrad Med. 38 A, 101-107.

Soukup V.M., Beiler M.E. y Terrell F. (1990). Stress, coping style and problem solving ability among eating-disordered patients. Journal of Clinical Psychology, September 1990. Vol 46 No. 5, 592-599.

Spitz R.A. (1986). El primer año de vida del niño. Ed. Fondo de cultura Económica, México.

Stuart R.D. y Davis B. (1975). El autocontrol de la obesidad. Research Press Co., editada en español por la Ed. Ciencia de la Conducta, S.A.

Stuart R.B. y Davis B (1972). Slim chance in a fat world: behavioral control of obesity. Champaign, Illinois, Research Press.

Stunkard A.J. (1977). I almost feel thin. bull Publishing Co., Palo Alto, California.

Stunkard A.J. y Mahoney M.J. (1976). Behavioral Treatment of the eating disorders. En H. Leitenberg Ed. Handbook of behavior modification and behavior therapy. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall, 40-73

Stunkard A.J., D'Aquili E., Fox S. y Filion R.D.L. (1972). Journal of the American Medical Association 221, 579-584.

Titus M.A. y Smith W.H. (1991). Contemporary Issues in the psychotherapy of women. Journal of the Menninger Clinic, Topeka, Kansas. The Menninger Foundation. 40-61.

Van R.L.R., Bayliss C.E. y Roncari D.A.K. (1976). Cytological and enzymological characterization of adult human adipocytes in culture, J. Clin. Invest. 58, 699.

Van R.L.R. y Roncari D.A.K. (1978). Complete differentiation of adipocyte precursors. A culture system for studying the cellular nature of adipose tissue. Cell and Tissue Res. 195, 217.

Welsh G.S. y Dahlstrom G.W. (1956). Basic readings on the MMPI in psychology and medicine. Univ. of Minnesota Press, Minneapolis.

Wurtman R.J. y Wurtman J.J. (1979). Carbohidrate and depression. Scientific American Jan 1979, 50-57.



# INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

## MMPI

Dr. S. R. HATHAWAY y Dr. J. C. MCKINLEY

### INVENTARIO

Forma R

Adaptación para América Latina por el Dr. Rafael Núñez, basado en la traducción  
de A. Benal, A. Colbr, E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres

Revisado por el Psic. Armando Velázquez Huerta

© 1961 por  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.  
con autorización de The Psychological Corporation,  
© 1963 por la Universidad de Minnesota.

Impreso en México

## INSTRUCCIONES

Esta inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar sus decisiones en la hoja de respuestas que se coloca en la parte superior de este inventario. Observe el ejemplo que aparece en el recuadro. Si para usted la oración es **CIERTA**, o más o menos **CIERTA**, rellene con lápiz el óvalo que contiene la letra **C** (cerro). Si para usted la oración es **FALSA**, o más o menos **FALSA**, rellene el óvalo que contiene la letra **F** (falso).

Una oración de la lista de respuestas marcadas correctamente
<input type="radio"/> C
<input type="radio"/> F

Trabaja de **UN SIMPLECTO COMSISO MLENIO** y use su propio criterio. Haga lo posible por dar una respuesta a cada una de las oraciones.

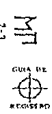
En cada hoja de este inventario localice dos promesas (letras) y hágales corresponder con sus correspondientes de la hoja de respuestas. Cuando las fechas aludidas coincidan al mismo nivel, registrarán en ambos los resultados en la hoja de respuestas con los óvalos que estarán marcados. Recuerde que debe marcar sólo una respuesta para cada oración. Buena por completo cualquier respuesta que quiera cambiar. No marque este folleto.

Cuando el examinador lo indique, empuje a su izquierda el número 1 en la parte superior de esta folleto.

- 1 Me gustan las revistas de medicina.
- 2 Tengo buen agudo.
- 3 Me desagrada descansar y luego dar todos los mañanas.
- 4 Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
- 5 El libro me desagrada Hornera.
- 6 Me gusta leer artículos sobre zifernes en los periódicos.
- 7 Por lo general me muerco y me pierdo según subitamente estirares.
- 8 Me ves diana estáis fuso de cosas que me mantienen interesado.
- 9 Estoy un poco aburrido por trabajar ahora como siempre lo he estado.
- 10 Creo siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
- 11 Una semana después intenté de comprender sus sueños, quise por seis o siete en su forma como acontecimientos.
- 12 Me gustan los cuentos de detectives o de misterio.
- 13 Trabajo bajo una tensión muy grande.
- 14 Tengo ganas una vez al mes o más frecuentemente.
- 15 De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
- 16 Estoy seguro de que la vida es muy comoda.
- 17 Me gusta ser un buen hombre.
- 18 Muy raras veces sufro de insomnio.
- 19 Cuando acabo un nuevo estudio me gusta que me indiquen a quién debo hablar.
- 20 Me gusta ser satisfecho.
- 21 A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
- 22 A veces me dan ataques de mal de fiato que no puedo controlar.
- 23 Sufro ataques de náusea y vómito.
- 24 Nadie parece comprenderme.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600

Responde línea por línea  
 Escríbe el número de la respuesta  
 Así se va llenando el manual



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley  
 Traducción y adaptación por el Dr. Rafael Núñez



D. N. © sobre esta versión por la  
 EDITORIAL  
 EL MANUAL MODERNO, E. A.

Translated and adapted by permission. Copyright by  
 The University of Minnesota and published by The  
 Psychological Corporation, New York. All rights reserved

## INSTRUCTIVO

1. Todas las contestaciones tienen que ser marcadas en esta hoja de respuestas. Nunca escriba usted en el folleto.
2. Los espacios enumerados corresponden a las frases en el folleto, decida usted como desea contestar las frases, y después marque el círculo correspondiente.

Ejemplo: Frase No. 1: Me gustan las revistas de mecánica.

Llene usted el círculo encima de la cifra, si le gustan las revistas de mecánica (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **C** = cierto)

<b>C</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>F</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Llene usted el círculo debajo de la cifra si las revistas de mecánica no le gustan (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **F** = falso)

<b>C</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>F</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hay que usar un lápiz negro y llenar completamente los círculos seleccionados.
4. Si las frases no significan nada para usted, o usted no ve claro el significado, no marque nada.

TRATE USTED DE CONTESTAR CADA FRASE



DATA LIST FILE='0:FLYB.DOC' /V1 TO V8 7-12 V6 13-15  
 V9 TO V10 16-23 0:FLYB.DOC' /V11 TO V13 30-31  
 VAR LABELS V1 'ESCALA L' /V2 'ESCALA F' /V3 'ESCALA K' /  
 V4 '1' /V5 '2' /V6 '3' /V7 '4' /V8 '5' /V9 '6' /V10 '7' /  
 V11 '8' /V12 '9' /V13 '10'.  
 FREQUENCIES VARIABLES=ALL /STATISTICS=MEAN STDDEV.  
 The raw data or transformation pass is proceeding  
 41 cases are written to the compressed active file.

\*\*\* Memory allows a total of 12010 Values, accumulated across all Variables.  
 There also may be up to 1501 Value Labels for each Variable.

Page 2 SPSS/PC+ 7/1/92

V1 ESCALA L

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	1	2.4	2.4	2.4
	1	3	7.3	7.3	9.8
	2	3	7.3	7.3	17.1
	3	5	12.2	12.2	29.3
	4	6	14.6	14.6	43.9
	5	6	14.6	14.6	58.5
	6	5	12.2	12.2	70.7
	7	7	17.1	17.1	87.8
	8	1	2.4	2.4	90.2
	9	1	2.4	2.4	92.7
	10	1	2.4	2.4	95.1
	11	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	5.024	Std dev	2.650		
Valid cases	41	Missing cases	0		

V2 ESCALA F

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	7.3	7.3	7.3
	2	2	4.9	4.9	12.2
	3	3	7.3	7.3	19.5
	4	1	2.4	2.4	22.0
	5	3	7.3	7.3	29.3
	6	4	9.8	9.8	39.0
	7	7	17.1	17.1	56.1
	8	5	12.2	12.2	68.3
	9	5	12.2	12.2	80.5
	11	2	4.9	4.9	85.4
	13	1	2.4	2.4	87.8
	14	1	2.4	2.4	90.2
	15	1	2.4	2.4	92.7
	16	1	2.4	2.4	95.1
	17	1	2.4	2.4	97.6
	23	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 7.634 Std dev 4.630

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 3

SPSS/PC+

7/1/92

V3 ESCALA K

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	4	1	2.4	2.4	2.4
	5	2	4.9	4.9	7.3
	7	3	7.3	7.3	14.6
	8	1	2.4	2.4	17.1
	9	2	4.9	4.9	22.0
	10	2	4.9	4.9	26.8
	11	1	2.4	2.4	29.3
	12	2	4.9	4.9	34.1
	13	3	7.3	7.3	41.5
	14	4	9.8	9.8	51.2
	15	3	7.3	7.3	58.5
	16	2	4.9	4.9	63.4
	17	2	4.9	4.9	68.3
	18	1	2.4	2.4	70.7
	19	2	4.9	4.9	75.6
	20	2	4.9	4.9	80.5
	21	3	7.3	7.3	87.8
	22	2	4.9	4.9	92.7
	23	1	2.4	2.4	95.1
	24	1	2.4	2.4	97.6
	25	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 14.561 Std dev 5.653

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 4

SPSS/PC+

7/1/92

V4 1

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	35	1	2.4	2.4	2.4
	37	2	4.9	4.9	7.3
	42	1	2.4	2.4	9.8
	44	1	2.4	2.4	12.2
	48	1	2.4	2.4	14.6
	50	2	4.9	4.9	19.5
	52	4	9.8	9.8	29.3
	54	2	4.9	4.9	34.1
	56	2	4.9	4.9	39.0
	58	2	4.9	4.9	43.9
	60	2	4.9	4.9	48.8
	62	3	7.3	7.3	56.1
	64	5	12.2	12.2	68.3
	66	4	9.8	9.8	78.0
	70	1	2.4	2.4	80.5
	72	2	4.9	4.9	85.4
	74	3	7.3	7.3	92.7
	76	1	2.4	2.4	95.1
	82	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 59.829 Std dev 11.629

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 5 SPSS/PC+

7/1/92

V5 2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	9	1	2.4	2.4	2.4
	46	1	2.4	2.4	4.9
	47	2	4.9	4.9	9.8
	49	1	2.4	2.4	12.2
	51	1	2.4	2.4	14.6
	53	1	2.4	2.4	17.1
	55	1	2.4	2.4	19.5
	57	2	4.9	4.9	24.4
	59	1	2.4	2.4	26.8
	61	1	2.4	2.4	29.3
	62	1	2.4	2.4	31.7
	63	7	17.1	17.1	48.8
	65	1	2.4	2.4	51.2
	67	6	14.6	14.6	65.9
	69	1	2.4	2.4	68.3
	73	1	2.4	2.4	70.7
	75	3	7.3	7.3	78.0
	76	2	4.9	4.9	82.9
	80	2	4.9	4.9	87.8
	82	1	2.4	2.4	90.2
	92	2	4.9	4.9	95.1
	94	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 65.707 Std dev 15.462

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 6 SPSS/PC+

7/1/92

V6 3

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	36	1	2.4	2.4	2.4
	45	1	2.4	2.4	4.9
	46	1	2.4	2.4	7.3
	47	1	2.4	2.4	9.8
	51	2	4.9	4.9	14.6
	52	4	9.8	9.8	24.4
	54	1	2.4	2.4	26.8
	56	2	4.9	4.9	31.7
	57	2	4.9	4.9	36.6
	59	4	9.8	9.8	46.3
	61	2	4.9	4.9	51.2
	63	2	4.9	4.9	56.1
	64	2	4.9	4.9	61.0
	66	1	2.4	2.4	63.4
	68	2	4.9	4.9	68.3
	70	2	4.9	4.9	73.2
	72	1	2.4	2.4	75.6
	75	1	2.4	2.4	78.0
	77	1	2.4	2.4	80.5
	79	3	7.3	7.3	87.8
	80	1	2.4	2.4	90.2



84	1	2.4	2.4	92.7
86	1	2.4	2.4	95.1
100	2	4.9	4.9	100.0

Total 41 100.0 100.0

Mean 64.122 Std dev 14.130

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 7 SPSS/PC+ 7/1/92

V7 4

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	36	1	2.4	2.4	2.4
	39	1	2.4	2.4	4.9
	48	2	4.9	4.9	9.8
	50	2	4.9	4.9	14.6
	57	3	4.9	4.9	19.5
	60	5	12.2	12.2	31.7
	62	5	7.3	7.3	39.0
	64	2	4.9	4.9	43.9
	67	5	12.2	12.2	56.1
	69	5	12.2	12.2	68.3
	71	1	2.4	2.4	70.7
	74	3	7.3	7.3	78.0
	76	2	4.9	4.9	82.9
	79	1	2.4	2.4	85.4
	86	1	2.4	2.4	87.8
	88	4	9.8	9.8	97.6
	93	1	2.4	2.4	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 66.683 Std dev 13.104

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 8 SPSS/PC+ 7/1/92

V8 5

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	30	1	2.4	2.4	2.4
	39	2	4.9	4.9	7.3
	41	2	4.9	4.9	12.2
	43	2	4.9	4.9	17.1
	45	2	4.9	4.9	22.0
	47	7	17.1	17.1	39.0
	49	5	12.2	12.2	51.2
	53	4	9.8	9.8	61.0
	55	6	14.6	14.6	75.6
	57	3	7.3	7.3	82.9
	59	2	4.9	4.9	87.8
	61	2	4.9	4.9	92.7
	66	1	2.4	2.4	95.1
	68	2	4.9	4.9	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 51.098 Std dev 8.080

VALID CASES 41 MISSING CASES 0

V9 6

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	44	1	2.4	2.4	2.4
	47	2	4.9	4.9	7.3
	50	7	17.1	17.1	24.4
	52	1	2.4	2.4	26.8
	53	4	9.8	9.8	36.6
	56	5	12.2	12.2	48.8
	59	4	9.8	9.8	58.5
	62	6	14.6	14.6	73.2
	65	6	14.6	14.6	87.8
	67	1	2.4	2.4	90.2
	70	1	2.4	2.4	92.7
	76	1	2.4	2.4	95.1
	79	2	4.9	4.9	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 58.561 Std dev 8.447

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 9 SPSS/PC+ 7/1/92

V10 7

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	1	2.4	2.4	2.4
	11	1	2.4	2.4	4.9
	40	1	2.4	2.4	7.3
	46	2	4.9	4.9	12.2
	48	1	2.4	2.4	14.6
	50	2	4.9	4.9	19.5
	51	3	7.3	7.3	26.8
	53	4	9.8	9.8	36.6
	55	3	7.3	7.3	43.9
	56	2	4.9	4.9	48.8
	58	1	2.4	2.4	51.2
	59	1	2.4	2.4	53.7
	60	1	2.4	2.4	56.1
	61	2	4.9	4.9	61.0
	63	2	4.9	4.9	65.9
	66	4	9.8	9.8	75.6
	69	1	2.4	2.4	78.0
	71	3	7.3	7.3	85.4
	73	1	2.4	2.4	87.8
	74	1	2.4	2.4	90.2
	76	2	4.9	4.9	95.1
	81	1	2.4	2.4	97.6
	93	1	2.4	2.4	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 57.976 Std dev 16.229

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 10 SPSS/PC+ 7/1/92

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	10	1	2.4	2.4	2.4
	45	1	2.4	2.4	4.9
	52	2	4.9	4.9	9.8
	54	1	2.4	2.4	12.2
	55	3	7.3	7.3	19.5
	57	1	2.4	2.4	22.0
	58	3	7.3	7.3	29.3
	60	3	7.3	7.3	36.6
	61	2	4.9	4.9	41.5
	64	3	7.3	7.3	48.8
	66	5	12.2	12.2	61.0
	67	1	2.4	2.4	63.4
	71	1	2.4	2.4	65.9
	72	3	7.3	7.3	73.2
	74	2	4.9	4.9	78.0
	75	1	2.4	2.4	80.5
	77	1	2.4	2.4	82.9
	78	2	4.9	4.9	87.8
	80	2	4.9	4.9	92.7
	83	1	2.4	2.4	95.1
	84	1	2.4	2.4	97.6
	154	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	66.439	Std dev	18.982		
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 11 SPSS/PC+ 7/1/92

V12 9

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	38	2	4.9	4.9	4.9
	43	1	2.4	2.4	7.3
	45	1	2.4	2.4	9.8
	47	1	2.4	2.4	12.2
	48	2	4.9	4.9	17.1
	50	4	9.8	9.8	26.9
	53	4	9.8	9.8	36.6
	55	4	9.8	9.8	46.5
	58	5	12.2	12.2	58.5
	60	5	12.2	12.2	70.7
	63	2	4.9	4.9	75.6
	68	2	4.9	4.9	80.5
	70	1	2.4	2.4	82.9
	73	2	4.9	4.9	87.8
	75	3	7.3	7.3	95.1
	78	1	2.4	2.4	97.6
	388	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	65.905	Std dev	52.545		
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 12 SPSS/PC+ 7/1/92

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	35	1	2.4	2.4	2.4
	40	1	2.4	2.4	4.9
	42	2	4.9	4.9	9.8
	45	2	4.9	4.9	14.6
	46	2	4.9	4.9	19.5
	47	1	2.4	2.4	22.0
	48	1	2.4	2.4	24.4
	49	2	4.9	4.9	29.3
	50	1	2.4	2.4	31.7
	52	1	2.4	2.4	34.1
	53	1	2.4	2.4	36.6
	54	1	2.4	2.4	39.0
	55	2	4.9	4.9	43.9
	56	1	2.4	2.4	46.3
	58	1	2.4	2.4	48.8
	60	1	2.4	2.4	51.2
	61	1	2.4	2.4	53.7
	62	1	2.4	2.4	56.1
	65	1	2.4	2.4	58.5
	64	2	4.9	4.9	63.4
	65	2	4.9	4.9	68.3
	68	3	7.3	7.3	75.6
	69	1	2.4	2.4	78.0
	70	3	7.3	7.3	85.4
	71	2	4.9	4.9	90.2
	72	1	2.4	2.4	92.7
	73	3	7.3	7.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 58.220 Std dev 10.978

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 13 SFSS/FC+ 7/1/92

This procedure was completed at 15:05:30  
FINISH.

End of Include file.

Inventario de Autoevaluación  
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Notalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento ansioso	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Me siento agitado	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3

# IDARE

SXR

## Inventario de Autoevaluación

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 como se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-1561610  
15

DATA LIST FILE='A:ELENA.DAT' / EDAD 4-5 NIVSOC 6 ESCOLARI 7  
EDOCIV 8 PESANTES 9-11 PESDES 12-14 PRE1 TO PRE20 15-34  
RANES1 35-36 PRE21 TO PRE40 37-56 RANANI 57-58  
POS1 TO POS20 59-78 RANES2 79-80/POS21 TO POS40 4-23  
RANAN2 24-25.

VAR LABELS NIVSOC 'NIVEL SOCIOECONOMICO' /  
ESCOLARI 'ESCOLARIDAD' / EDOCIV 'ESTADO CIVIL' /  
PESANTES 'SOPROPESADO ANTES' / PESDES 'SOPROPESADO DESPUES' /  
PRE1 TO PRE20 'ESTADO PRE' /  
RANES1 'RANGO ESTADO PRE' /  
PRE21 TO PRE40 'RANGSO PRE' /  
RANANI 'RANGO ANSIEDAD PRE' /  
POS1 TO POS20 'ESTADO POS' /  
RANES2 'RANGO ESTADO POS' /  
POS21 TO POS40 'ESTADO POS'.  
VALUE LABELS NIVSOC 1 'BAJO' 2 'MEDIO BAJO' /  
ESCOLARI 1 'PRIMARIA' 2 'SECUNDARIA' 3 'PREPA' 4 'TECNICO'  
5 'SENIORATA' 6 'POLIESTUDIANTE' / EDOCIV 1 'SOLTERO' 2 'CASADA'  
3 'DIVORCIADA'.

FRECUENCIAS VARIABLES=ALL/STA=MEAN MEDIAN MODE.  
The raw data or transformation pass is proceeding

WARNING 77  
NOT ENOUGH RECORDS FOUND TO BUILD A CASE--The DATA LIST specifies more  
than one record per case and not enough records are found to build the  
last case which is dropped. Use LIST to examine your cases.

41 cases are written to the compressed active file.

\*\*\*\* Memory allows a total of 12010 Values, accumulated across all Variables.  
There also may be up to 1201 Value Labels for each Variable.

Page 2 SPSS/PC+ 6/17/92

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	18	0	4.9	4.9	4.9
	19	0	7.3	7.3	12.2
	21	5	12.2	12.2	24.4
	22	5	7.3	7.3	31.7
	24	2	4.9	4.9	36.6
6	26	3	7.3	7.3	43.9
	27	3	7.3	7.3	51.2
	28	1	2.4	2.4	53.7
	30	4	9.8	9.8	63.4
	32	1	2.4	2.4	65.9
	34	2	4.9	4.9	70.7
	35	1	2.4	2.4	73.2
	36	1	2.4	2.4	75.6
	38	1	2.4	2.4	78.0
	40	1	2.4	2.4	80.5
	41	1	2.4	2.4	82.9
	43	1	2.4	2.4	85.4
	44	1	2.4	2.4	87.8
	48	1	2.4	2.4	90.2
	51	1	2.4	2.4	92.7
	53	1	2.4	2.4	95.1
	54	1	2.4	2.4	97.6

	00	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	50.780	Median	27.000	Mode	21.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

NIVSOC NIVEL SOCIOECONOMICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
BAJO	1	6	14.6	14.6	14.6
MEDIO BAJO	2	35	85.4	85.4	100.0
Total		41	100.0	100.0	
Mean	1.854	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 5 SPSS/PC+ 6/17/92

ESCOLARI ESCOLARIDAD

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
PRIMARIA	1	7	17.1	17.1	17.1
SECUNDARIA	2	16	39.0	39.0	56.1
PREPA	3	5	12.2	12.2	68.3
TECNICO	4	2	4.9	4.9	73.2
SECRETARIA	5	7	17.1	17.1	90.3
PROFESIONISTA	6	4	9.8	9.8	100.0
Total		41	100.0	100.0	
Mean	2.951	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

EDOCIV ESTADO CIVIL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SOLTERA	1	13	31.7	31.7	31.7
CASADA	2	22	53.7	53.7	85.4
DIVORCIADA	3	6	14.6	14.6	100.0
Total		41	100.0	100.0	
Mean	1.829	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 4 SPSS/PC+ 6/17/92

PESANTES SOBREPESO ANTES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
-------------	-------	-----------	---------	---------------	-------------



0199	1	2.4	2.4	2.4
209	2	4.9	4.9	7.3
210	1	2.4	2.4	9.8
220	1	2.4	2.4	12.2
230	4	9.8	9.8	22.0
240	1	2.4	2.4	24.4
250	3	7.3	7.3	31.7
270	2	4.9	4.9	36.6
280	1	2.4	2.4	39.0
290	1	2.4	2.4	41.5
300	3	7.3	7.3	48.9
306	7	4.9	4.9	53.7
320	2	4.9	4.9	58.6
330	1	2.4	2.4	61.0
350	2	4.9	4.9	65.9
352	2	4.9	4.9	70.7
384	1	2.4	2.4	73.2
307	1	2.4	2.4	75.6
400	1	2.4	2.4	78.0
420	2	4.9	4.9	82.9
440	1	2.4	2.4	85.4
500	1	2.4	2.4	87.8
560	1	2.4	2.4	90.2
575	1	2.4	2.4	92.7
684	1	2.4	2.4	95.1
830	1	2.4	2.4	97.5
918	1	2.4	2.4	100.0
Total	41	100.0	100.0	

Mean 353.390 Median 306.000 Mode 230.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 5 SPSS/PC+ 6/17/92

PESDES SOOREPESD DESPUES

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	80	1	2.4	2.4	2.4
	113	1	2.4	2.4	4.9
	120	1	2.4	2.4	7.3
	123	1	2.4	2.4	9.8
	130	3	7.3	7.3	17.1
	133	1	2.4	2.4	19.5
	145	1	2.4	2.4	22.0
	153	1	2.4	2.4	24.4
	160	2	4.9	4.9	29.3
	180	1	2.4	2.4	31.7
	210	3	7.3	7.3	39.0
	220	1	2.4	2.4	41.5
	230	1	2.4	2.4	43.9
	240	3	7.3	7.3	51.2
	260	1	2.4	2.4	53.7
	270	1	2.4	2.4	56.1
	290	2	4.9	4.9	61.0
	290	1	2.4	2.4	63.4
	307	1	2.4	2.4	65.9
	310	1	2.4	2.4	68.3
	320	1	2.4	2.4	70.7
	330	1	2.4	2.4	73.2
	360	1	2.4	2.4	75.6
	380	3	7.3	7.3	82.9
	400	1	2.4	2.4	85.4
	410	1	2.4	2.4	87.8

499	1	2.4	2.4	70.2
508	1	2.4	2.4	92.7
584	1	2.4	2.4	95.1
670	1	2.4	2.4	97.6
850	1	2.4	2.4	100.0

Total 41 100.0 100.0

Mean 202.078 Median 240.000 Mode 150.000

\* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 6 SPSS/PC+ 6/17/92

PRE1 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	16	39.0	39.0	39.0
	2	25	61.0	61.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.610 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

PRE2 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	14.6	14.6	14.6
	2	19	46.3	46.3	61.0
	3	16	39.0	39.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 2.244 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

PRE3 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	19	46.4	46.4	46.4
	2	31	75.6	75.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.756 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 7 SPSS/PC+ 6/17/92

PRE4 ESTADO PRE

Valid Cum

Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	1	10	24.3	24.3	24.3
	2	29	70.7	70.7	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.707	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE5 ESTADO FRE		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Value Label		1	14	34.1	34.1	34.1
		2	26	63.4	63.4	97.6
		3	1	2.4	2.4	100.0
		Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.683	Median	2.000	Mode	2.000	
Valid cases	41	Missing cases	0			

PRE6 ESTADO FRE		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Value Label		1	0	19.5	19.5	19.5
		2	33	80.5	80.5	100.0
		Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.005	Median	2.000	Mode	2.000	
Valid cases	41	Missing cases	0			

Page 8 SPSS/PC+ 6/17/92

PRE7 ESTADO FRE		Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Value Label		1	1	2.4	2.4	2.4
		2	20	48.8	48.8	51.2
		3	20	48.8	48.8	100.0
		Total	41	100.0	100.0	
Mean	2.463	Median	2.000	Mode	2.000	
† Multiple modes exist. The smallest value is shown.						
Valid cases	41	Missing cases	0			

PRE8 ESTADO FRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	02	28	68.3	68.3	68.3
	13	13	31.7	31.7	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	2.117	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE9 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	28	68.4	68.4	68.4
	2	13	31.7	31.7	95.1
	3	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.415	Median	1.000	Mode	1.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 9

SPSS/PC+

6/17/92

PRE10 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	26	63.4	63.4	63.4
	2	14	34.1	34.1	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.390	Median	1.000	Mode	1.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE11 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	29	70.7	70.7	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.951	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE12 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	17	41.1	41.1	41.1
	3	5	12.2	12.2	53.3
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.585 Median 1.000 Mode 1.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 10 SPSS/PC+ 6/17/92

PRE13 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	33	80.5	80.5	80.5
	2	8	19.5	19.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.195 Median 1.000 Mode 1.000

Valid cases 41 Missing cases 0

PRE14 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	31.7	31.7	31.7
	2	29	68.3	68.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.663 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

PRE15 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	37	90.2	90.2	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 2.098 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 11 SPSS/PC+ 6/17/92

PRE16 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
-------------	-------	-----------	---------	---------------	-------------

		2	32	78.0	78.0	78.0
		3	9	22.0	22.0	100.0
		Total	41	100.0	100.0	
Mean	2.220	Median	2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases	0			

PRE17 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent	
	1	7	17.1	17.1	17.1	
	2	26	63.4	63.4	80.5	
	3	8	19.5	19.5	100.0	
	Total	41	100.0	100.0		
Mean	2.004	Median	2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases	0			

PRE18 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent	
	1	15	36.6	36.6	36.6	
	2	26	63.4	63.4	100.0	
	Total	41	100.0	100.0		
Mean	1.634	Median	2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases	0			

Page 12

SPSS/PC+

6/17/92

PRE19 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent	
	1	2	4.9	4.9	4.9	
	2	31	75.6	75.6	80.5	
	3	9	19.5	19.5	100.0	
	Total	41	100.0	100.0		
Mean	2.146	Median	2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases	0			

PRE20 ESTADO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	35	85.4	85.4	85.4

			0	14.6	14.6	100.0
		Total	41	100.0	100.0	
Mean	2.146	Median	2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases	0			
Page	13		SPSS/PC+			6/17/92

RANES1 RANGO ESTADU FRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	28	1	2.4	2.4	2.4
	29	1	2.4	2.4	4.9
	30	2	4.9	4.9	9.8
	33	3	7.3	7.3	17.1
	34	5	12.2	12.2	29.3
	35	3	7.3	7.3	36.6
	36	7	17.1	17.1	53.7
	37	4	9.8	9.8	63.4
	38	4	9.8	9.8	73.2
	39	1	2.4	2.4	75.6
	40	2	4.9	4.9	80.5
	42	2	4.9	4.9	85.4
	44	2	4.9	4.9	90.3
	45	1	2.4	2.4	92.7
	47	3	7.3	7.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	37.073	Median	35.000	Mode	36.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE21 RASGO FRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	4	9.8	9.8	9.8
	2	27	65.9	65.9	75.6
	3	9	22.0	22.0	97.6
	4	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	2.171	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE22 RASGO FRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	17	41.5	41.5	58.5
	3	16	39.0	39.0	97.6
	4	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 2.280 Median 2.000 Mode 2.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

PRE23 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	31.7	31.7	31.7
	2	26	63.4	63.4	95.1
	3	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.732 Median 2.000 Mode 2.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

PRE24 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	19.5	19.5	19.5
	2	19	46.3	46.3	65.9
	3	12	29.0	29.3	95.1
	4	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 2.195 Median 2.000 Mode 2.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

Page 15 SPSS/PC+ 6/17/92

PRE25 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	29	70.7	70.7	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.951 Median 2.000 Mode 2.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

PRE26 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	29	70.7	70.7	70.7
	3	12	29.3	29.3	100.0



		Total	41	100.0	100.0
Mean	2.293	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE27 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	14.6	14.6	14.6
	2	21	51.2	51.2	65.9
	3	14	34.1	34.1	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean	2.195	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 16

SPSS/PC+

6/17/92

PRE28 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	7.3	7.3	7.3
	2	33	80.5	80.5	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean	2.049	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE29 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	24.4	24.4	24.4
	2	28	68.3	68.3	92.7
	3	3	7.3	7.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean	1.829	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE30 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	30	73.2	73.2	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0

---

Total 41 100.0 100.0

Mean 1.927 Median 2.000 Mode 2.000  
Valid cases 41 Missing cases 0

---

Page 17 SPSS/PC+ 6/17/92

PRES1 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	24.4	24.4	24.4
	2	22	53.7	53.7	78.0
	3	9	22.0	22.0	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.976 Median 2.000 Mode 2.000  
Valid cases 41 Missing cases 0

---

PRES2 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	11	26.8	26.8	26.8
	2	25	61.0	61.0	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.854 Median 2.000 Mode 2.000  
Valid cases 41 Missing cases 0

---

PRES3 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	7.3	7.3	7.3
	2	36	75.2	75.2	80.5
	3	8	19.5	19.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 2.122 Median 2.000 Mode 2.000  
Valid cases 41 Missing cases 0

---

Page 18 SPSS/PC+ 6/17/92

PRES4 RAS60 PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	31	75.6	75.6	92.7
	3	5	12.3	12.3	100.0

		Total	41	100.0	100.0
Mean	1.902	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE35 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	20	53.7	53.7	53.7
	2	18	43.9	43.9	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.488	Median	1.000	Mode	1.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE36 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	26	63.4	63.4	80.5
	3	8	19.5	19.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	2.024	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 19

SPSS/PC+

6/17/92

PRE37 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	12	29.3	29.3	29.3
	2	24	58.5	58.5	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.829	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

PRE38 RASGO PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	14	34.1	34.1	34.1
	2	19	46.3	46.3	80.5
	3	8	19.5	19.5	100.0

			0	1	2	3	4	5
		Total		41	100.0	100.0		
Mean	1.054	Median		2.000	Mode		2.000	
Valid cases	41	Missing cases		0				

FRE30 RASGO FRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent		
	1	9	22.0	22.0	22.0		
	2	32	53.7	53.7	75.6		
	3	19	24.4	24.4	100.0		
	Total	41	100.0	100.0			
Mean	2.024	Median		2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases		0			

Page 20

SPSS/PC+

6/17/92

FRE40 RASGO FRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent		
	1	7	17.1	17.1	17.1		
	2	25	61.0	61.0	78.0		
	3	6	14.6	14.6	92.7		
	4	3	7.3	7.3	100.0		
	Total	41	100.0	100.0			
Mean	2.122	Median		2.000	Mode		2.000
Valid cases	41	Missing cases		0			

RANANI RASGO ANSIEDAD PRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	28	2	4.9	4.9	4.9
	29	1	2.4	2.4	7.3
	31	1	2.4	2.4	9.8
	33	3	7.3	7.3	17.1
	34	2	4.9	4.9	22.0
	35	2	4.9	4.9	26.8
	37	3	7.3	7.3	34.1
	38	3	7.3	7.3	41.5
	39	1	2.4	2.4	43.9
	40	3	7.3	7.3	51.2
	41	7	17.1	17.1	68.3
	42	2	4.9	4.9	73.2
	43	1	2.4	2.4	75.6
	44	2	4.9	4.9	80.5
	45	1	2.4	2.4	82.9
	46	3	7.3	7.3	90.2
	48	2	4.9	4.9	95.1

47	1	2.4	2.4	97.6
51	1	2.4	2.4	97.6
54	1	2.4	2.4	100.0

Total	41	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

Mean	39.659	Median	40.000	Mode	41.000
------	--------	--------	--------	------	--------

Valid cases	41	Missing cases	0
-------------	----	---------------	---

Page 21 SPSS/PC+ 5/17/92

PO51 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	17	41.5	41.5	41.5
	2	24	58.5	58.5	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean	1.585	Median	2.000	Mode	2.000
------	-------	--------	-------	------	-------

Valid cases	41	Missing cases	0
-------------	----	---------------	---

PO52 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	31.7	31.7	31.7
	2	27	65.9	65.9	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean	1.707	Median	2.000	Mode	2.000
------	-------	--------	-------	------	-------

Valid cases	41	Missing cases	0
-------------	----	---------------	---

PO53 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	17	41.5	41.5	41.5
	2	24	58.5	58.5	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean	1.585	Median	2.000	Mode	2.000
------	-------	--------	-------	------	-------

Valid cases	41	Missing cases	0
-------------	----	---------------	---

Page 22 SPSS/PC+ 5/17/92

PO54 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	16	39.0	39.0	39.0
	2	25	61.0	61.0	100.0

		Total	41	100.0	100.0
Mean	1.610	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS5 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	26	48.8	48.8	48.8
	2	20	48.8	48.8	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.537 Median 2.000 Mode 1.000

\* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases 41 Missing cases 0

POS6 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	11	26.8	26.8	26.8
	2	30	73.2	73.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.732 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 25

SPSS/PC+

3/17/92

POS7 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	5	12.2	12.2	12.2
	2	32	78.0	78.0	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.976 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS8 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1

4	27	66.3	66.3	66.3
3	7	17.1	17.1	100.0
Total		41	100.0	100.0

Mean 2.000 Median 2.000 Mode 2.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

POS9 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	30	73.2	73.2	73.2
	2	10	24.4	24.4	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 1.293 Median 1.000 Mode 1.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

POS10 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	27	65.9	65.9	65.9
	2	14	34.1	34.1	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 1.541 Median 1.000 Mode 1.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

POS11 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	9	22.0	22.0	22.0
	2	30	73.2	73.2	95.1
	3	2	4.9	4.9	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 1.829 Median 2.000 Mode 2.000  
 Valid cases 41 Missing cases 0

POS12 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	23	56.1	56.1	56.1

2	18	59.0	59.0	90.1
3	2	4.9	4.9	100.0
Total		41	100.0	100.0

Mean 1.488 Median 1.000 Mode 1.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 25 SPSS/PC+ 6/17/92

POS13 ESTADD POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	33	80.5	80.5	80.5
	2	8	19.5	19.5	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 1.195 Median 1.000 Mode 1.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS14 ESTADD POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	14	34.1	34.1	34.1
	2	27	65.9	65.9	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 1.659 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS15 ESTADD POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	14.6	14.6	14.6
	2	31	75.6	75.6	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Mean 1.951 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 25 SPSS/PC+ 6/17/92

POS16 ESTADD POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	12.2	12.2	12.2
	2	33	80.5	80.5	92.7
	3	3	7.3	7.3	100.0



		Total	41	100.0	100.0
Mean	1.951	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS17 ESTADO FUS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	19	46.4	46.4	46.4
	2	21	51.2	51.2	87.6
	3	9	22.2	22.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.756	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS18 ESTADO FUS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	17	41.5	41.5	41.5
	2	24	58.5	58.5	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.585	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 27

SPSS/PC+

6/17/92

POS19 ESTADO FUS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	32	78.0	78.0	95.1
	3	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.878	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS20 ESTADO FUS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum. Percent
	2	35	85.4	85.4	85.4
	3	6	14.6	14.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

		TOTAL	41	100.0	100.0
Mean	2.146	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		
-----					
Page	20	SPSS/PC+			6/17/92

RANES2 RAN60 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	26	1	2.4	2.4	2.4
	27	2	4.9	4.9	7.3
	28	1	2.4	2.4	9.8
	29	2	4.9	4.9	14.6
	30	1	2.4	2.4	17.1
	31	4	9.8	9.8	26.8
	32	6	14.6	14.6	41.5
	33	6	14.6	14.6	56.1
	34	5	12.2	12.2	68.3
	35	2	4.9	4.9	73.2
	36	2	4.9	4.9	78.0
	37	2	4.9	4.9	82.9
	39	2	4.9	4.9	87.8
	42	4	9.8	9.8	97.6
	45	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 33.929 Median 33.000 Mode 32.000

\* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases 41 Missing cases 0

FOS21 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	17.1	17.1	17.1
	2	28	68.3	68.3	85.4
	3	6	14.6	14.6	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.574 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 29 SPSS/PC+ 6/17/92

FOS22 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	8	19.5	19.5	19.5
	2	29	70.7	70.7	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Mean 1.902 Median 2.000 Mode 2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS23 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	31.7	31.7	31.7
	2	28	68.3	68.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.695	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS24 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	31.7	31.7	31.7
	2	25	61.0	61.0	92.7
	3	3	7.3	7.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.756	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 30

SPSS/PC+

6/17/92

POS25 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	18	43.9	43.9	43.9
	2	22	53.7	53.7	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.585	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS26 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	24.4	24.4	24.4
	2	27	65.9	65.9	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.854	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS27 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	36.6	36.6	36.6
	2	26	63.4	63.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.834	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 31

SPSS/PC+

6/17/92

POS28 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	11	26.8	26.8	26.8
	2	29	69.5	69.5	95.1
	3	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.780	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS29 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	12	29.3	29.3	29.3
	2	29	70.7	70.7	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.707	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

POS30 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	16	39.0	39.0	39.0
	2	20	48.8	48.8	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.780	Median	2.000	Mode	2.000

POS31 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	36.6	36.6	36.6
	2	22	53.7	53.7	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.732	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS32 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	12	29.3	29.3	29.3
	2	29	69.3	68.3	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.732	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS33 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	9	22.0	22.0	22.0
	2	29	68.3	68.3	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.878	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

POS34 ESTADO POS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	24.4	24.4	24.4
	2	30	73.2	73.2	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.700	Median	2.000	Mode	2.000

## POS35 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	21	51.2	51.2	51.2
	2	19	46.3	46.3	97.6
	3	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.512	Median	1.000	Mode	1.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

## POS36 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	24.4	24.4	24.4
	2	26	63.4	63.4	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.878	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

Page 34

SPSS/PC+

6/17/92

## POS37 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	31.7	31.7	31.7
	2	26	63.4	63.4	95.1
	3	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.732	Median	2.000	Mode	2.000
Valid cases	41	Missing cases	0		

## POS38 ESTADO FOS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	14	34.1	34.1	34.1
	2	22	53.7	53.7	87.8
	3	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.700	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

-----  
P0539 ESTABD P05

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	10	24.4	24.4	24.4
	2	27	65.9	65.9	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.804	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

Page 35

SPSS/PC+

6/17/92

-----  
P0540 ESTABD P05

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	8	19.5	19.5	19.5
	2	29	70.7	70.7	90.2
	3	4	9.8	9.8	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	1.902	Median	2.000	Mode	2.000

Valid cases 41 Missing cases 0

-----  
RANAN2

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	24	1	2.4	2.4	2.4
	25	1	2.4	2.4	4.9
	27	1	2.4	2.4	7.3
	28	2	4.9	4.9	12.2
	29	3	7.3	7.3	19.5
	30	2	4.9	4.9	24.4
	31	1	2.4	2.4	26.8
	32	4	9.8	9.8	36.6
	34	3	7.3	7.3	43.9
	35	2	4.9	4.9	48.8
	36	3	7.3	7.3	56.1
	37	4	9.8	9.8	65.9
	38	3	7.3	7.3	73.2
	40	1	2.4	2.4	75.6
	41	3	7.3	7.3	82.9
	42	3	7.3	7.3	90.2
	43	2	4.9	4.9	95.1
	44	1	2.4	2.4	97.6
	48	1	2.4	2.4	100.0
	Total	41	100.0	100.0	
Mean	35.390	Median	36.000	Mode	35.000

\* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases	41	Missing cases	0
-------------	----	---------------	---

---

Page 76	SPSS/PC+	6/17/92
---------	----------	---------

This procedure was completed at 10:29:56  
FINISH.

End of include file.  
Errors encountered: 0  
Warnings encountered: 1



DATA LIST FILE='A:ELENA.DAT'/NS 1-3 EDAD 4-5 NIVSOC 6 ESCOLARI 7  
 EDOCIV 8 PESANTES 9-12 PESDES 13-15 PRE1 TO PRE20 16-35  
 RANES1 36-37 PRE21 TO PRE40 38-57 RANAN1 58-59  
 POS1 TO POS20 60-79 RANES2 80-81/POS21 TO POS40 4-23  
 RANAN2 24-25.

VAR LABELS NIVSOC 'NIVEL SOCIOECONOMICO'/  
 ESCOLARI 'ESCOLARIDAD'/EDOCIV 'ESTADO CIVIL'/  
 PESANTES 'SOBREPESO ANTES'/PESDES 'SOBREPESO DESPUES'/  
 PRE1 TO PRE20 'ESTADO PRE'/  
 RANES1 'RANGO ESTADO PRE'/  
 PRE21 TO PRE40 'RANGO PRE'/  
 RANAN1 'RANGO ANSIEDAD PRE'/  
 POS1 TO POS20 'ESTADO POS'/  
 RANES2 'RANGO ESTADO POS'/  
 POS21 TO POS40 'ESTADO POS'.  
 VALUE LABELS NIVSOC 1'BAJO' 2'MEDIO BAJO'/  
 ESCOLARI 1'PRIMARIA' 2'SECUNDARIA' 3'PREPA' 4'TECNICO'  
 5'SECRETARIA' 6'PROFESIONISTA'/EDOCIV 1'SOLTERA' 2'CASADA'  
 3'DIVORCIADA'.

RECODE NS(1 THRU 20=1) (21 THRU 41=2).

SELECT IF (NS EQ 1). *# especificado*

T-TEST PAIRS=RANES1 WITH RANES2.

The raw data or transformation pass is proceeding  
 20 cases are written to the compressed active file.

Page 2 *Eyp. Estado* SPSS/PC+

6/18/92

Paired samples t-test: RANES1 RANGO ESTADO PRE  
 RANES2 RANGO ESTADO POS

Variable	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
RANES1 <i>Eyp</i>	20	37.7500 <i>A</i>	5.320	1.190
RANES2	20	34.8000 <i>B</i>	5.238	1.171

*gl = 19*  
 $t = 15.98$   $P = .001$

(Difference) Mean	Standard Deviation	Standard Error	2-Tail Corr. Prob.	t Value	Degrees of Freedom	2-Tail Prob.
2.9500	.826	.185	.988 .000	15.98	19	.000

Page 3 SPSS/PC+

6/18/92

This procedure was completed at 12:02:16  
 T-TEST PAIRS=RANAN1 WITH RANAN2.

Page 4 *Eyp. Rango* SPSS/PC+

6/18/92

Paired samples t-test: RANAN1 RANGO ANSIEDAD PRE  
 RANAN2

Variable	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
RANAN1	20	39.0500	7.119	1.592
RANAN2	20	34.8000	6.638	1.484

(Difference) Mean	Standard Deviation	Standard Error	2-Tail Corr. Prob.	t Value	Degrees of Freedom	2-Tail Prob.	
4.2500	.716	.160	.997	.000	26.93	19	.000

Page 5 SPSS/PC+ 6/18/92

This procedure was completed at 12:02:17  
FINISH.

End of Include File.

DATA LIST FILE='A:CLENA.DAT'/NS 1-3 EDAD 4-5 NIVSOC 6 ESCOLARI 7  
EDOCIV 8 PESANTES 9-12 PESDES 13-15 PRE1 TO PRE20 16-35  
RANES1 36-37 PRE21 TO PRE40 38-57 RANAN1 58-59  
POS1 TO POS20 60-79 RANES2 80-81/POS21 TO POS40 4-23  
RANAN2 24-25.

VAR LABELS NIVSOC 'NIVEL SOCIOECONOMICO'/  
ESCOLARI 'ESCOLARIDAD'/EDOCIV 'ESTADO CIVIL'/  
PESANTES 'SOBREPESO ANTES'/PESDES 'SOBREPESO DESPUES'/  
PRE1 TO PRE20 'ESTADO PRE'/  
RANES1 'RANGO ESTADO PRE'/  
PRE21 TO PRE40 'RANGO PRE'/  
RANAN1 'RANGO ANSIEDAD PRE'/  
POS1 TO POS20 'ESTADO POS'/  
RANES2 'RANGO ESTADO POS'/  
POS21 TO POS40 'ESTADO POS'/  
VALUE LABELS NIVSOC 1'PAJO' 2'MEDIO BAJO'/  
ESCOLARI 1'PRIKARIA' 2'SECUNDARIA' 3'PREPA' 4'TECNICO'  
5'SECRETARIA' 6'POFESIONISTA'/EDOCIV 1'SOLTERA' 2'CASADA'  
3'DIVORCIADA'.

RECODE NS(1 THRU 20=1) (21 THRU 41=2).

SELECT IF (NS EQ 2).

T-TEST PAIRS=RANES1 WITH RANES2.

The raw data or transformation pass is proceeding.  
21 cases are written to the compressed active file.

Page 2 SPSS/PC+ 6/18/92

*No. of cases*

Paired samples t-test: RANES1 RANGO ESTADO PRE  
RANES2 RANGO ESTADO POS

Variable	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
RANES1	21	36.4286	4.106	.896
RANES2	21	32.9048	3.360	.735

(Difference) Mean	Standard Deviation	Standard Error	2-Tail Corr. Prob.	t Value	Degrees of Freedom	2-Tail Prob.	
3.5238	1.504	.328	.938	.000	10.74	20	.000

Page 3 SPSS/PC+ 6/18/92

This procedure was completed at 12:04:22  
T-TEST PAIRS=RANAN1 WITH RANAN2.

Paired samples t-test: RANAN1 RANGO ANSIEDAD PRE  
RANAN2

Variable	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
RANAN1	21	40.2381	4.979	1.087
RANAN2	21	35.9524	4.599	1.004

(Difference) Mean	Standard Deviation	Standard Error	2-Tail Corr. Prob.	t Value	Degrees of Freedom	2-Tail Prob.
4.2857	1.021	.397	.931	.000	10.79	.000

This procedure was completed at 12:04:25  
FINISH.

End of Include file.

DATA LIST FILE='A:ELENA.DAT'/NS 1-3 EDAD 4-5 NIVSOC 6 ESCOLARI 7  
EDOCIV 8 PESANTES 9-12 PESDES 13-15 PRE1 TO PRE20 16-35  
RANES1 36-37 PRE21 TO PRE40 38-57 RANAN1 58-59  
POS1 TO POS20 60-79 RANES2 80-81/POS21 TO POS40 4-23  
RANAN2 24-25.

VAR LABELS NIVSOC 'NIVEL SOIDECONOMICO' /  
ESCOLARI 'ESCOLARIDAD' / EDOCIV 'ESTADO CIVIL' /  
PESANTES 'SOBREPESO ANTES' / PESDES 'SOBREPESO DESPUES' /  
PRE1 TO PRE20 'ESTADO PRE' /  
RANES1 'RANGO ESTADO PRE' /  
PRE21 TO PRE40 'RANGO PRE' /  
RANAN1 'RANGO ANSIEDAD PRE' /  
POS1 TO POS20 'ESTADO POS' /  
RANES2 'RANGO ESTADO POS' /  
POS21 TO POS40 'ESTADO POS'.

VALUE LABELS NIVSOC 1 'BAJO' 2 'MEDIO BAJO' /  
ESCOLARI 1 'PRIMARIA' 2 'SECUNDARIA' 3 'PREPA' 4 'TECNICO' /  
5 'SECRETARIA' 6 'PROFESIONISTA' / EDOCIV 1 'SOLTERA' 2 'CASADA' /  
3 'DIVORCIADA'.

REGDDE NS(1 THRU 20=1) (21 THRU 41=2).

T-TEST GROUPS=NS(1,2)/VARIABLES=RANES1 RANES2 RANAN1 RANAN2.

The raw data or transformation pass is proceeding

41 cases are written to the compressed active file.

Independent samples of NS

Group 1: NS ED 1 Group 2: NS ED 2

t-test for: RANES1 RANGO ESTADO PRE

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	20	37.7500	5.320	1.190
Group 2	21	36.4286	4.106	.876



Value	Prob.	Value	Freedom	Prob.	Value	Freedom	Prob.
2.08	.112	-.65	39	.520	-.64	33.66	.524

Page 4 SFSS/PC+ 6/18/92

This procedure was completed at 12:07:18  
FINISH.

End of Include File.

DATA LIST FILE='A:ELEMI.DAT'/NS 1-3 EDAD 4-5 NIVSOC 6 ESCOLARI 7  
EDOCIV 8 PESANTES 9-12 PESDES 13-15 PRE1 TO PRE20 16-35  
RANES1 36-37 PRE21 TO PRE40 38-57 RANAN1 58-59  
POS1 TO POS20 60-79 RANES2 00-81/POS21 TO POS40 4-23  
RANAN2 24-25.

VAR LABELS NIVSOC 'NIVEL SOCIOECONOMICO'/  
ESCOLARI 'ESCOLARIDAD'/EDOCIV 'ESTADO CIVIL'/  
PESANTES 'SOPREPESO ANTES'/PESDES 'SOPREPESO DESPUES'/  
PRE1 TO PRE20 'ESTADO PRE'/  
RANES1 'RANGO ESTADO PRE'/  
PRE21 TO PRE40 'RANGO PRE'/  
RANAN1 'RANGO ANSIEDAD PRE'/  
POS1 TO POS20 'ESTADO POS'/  
RANES2 'RANGO ESTADO POS'/  
POS21 TO POS40 'ESTADO POS'.  
VALUE LABELS NIVSOC 1'BAJO' 2'MEDIO BAJO'/  
ESCOLARI 1'PRIMARIA' 2'SECUNDARIA' 3'PREPA' 4'TECNICO'  
5'SECRETARIA' 6'PROFESIONISTA'/EDOCIV 1'SOLTERA' 2'CASADA'  
3'DIVORCIADA'.

RECODE NS(1 THRU 20=1) (21 THRU 41=2).

COMPUTE DIF1=PESANTES-PESDES.

COMPUTE DIF2=RANES1-RANES2.

CORRELATION DIF1 DIF2.

The raw data or transformation pass is proceeding  
41 cases are written to the compressed active file.

Page 2 SFSS/PC+ 6/18/92

Correlations: DIF1 DIF2

DIF1	1.0000	-.2010
DIF2	-.2010	1.0000

A - 1 + bajos  
A 1.00

N of cases: 41 1-tailed Signif: + - .01 \*\* - .001

". " is printed if a coefficient cannot be computed

Page 3 SFSS/PC+ 6/18/92

This procedure was completed at 12:09:59  
FINISH.

End of Include file.

+