



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO
PLANTEL LOMAS VERDES

881325

10
Zej.

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, NUMERO DE
INCORPORACION 8813-25

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERISTICAS
DE PERSONALIDAD QUE PREDOMINAN EN LA MUJER
COMEDORA COMPULSIVA.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

LETICIA TRIGOS RODRIGUEZ

DIRECTOR DE LA TESIS. LIC. MA. ANGELINA AGUILERA GOMEZ
REVISOR DE LA TESIS. MTRQ. JUAN MANUEL MANCILLA DIAZ

NAUCALPAN, EDO. DE MEXICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A mis padres Amparo y Rodolfo
por lo que soy,
a Juan por el apoyo,
paciencia y amor que me ha brindado,
a mi consejera profesional Angelina
que siempre me ha otorgado el valor
de su amistad
y a mis hijos Juan Antonio y
Aldo Mauricio que son el motor
de todas mis acciones.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION	I
--------------------	---

CAPITULO I TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

1.1 Antecedentes	1
1.2 Teoría de la personalidad de Karen Horney.....	5
1.2.1 Antecedentes personales	5
1.2.2 Postulados básicos	6
1.3 Psicología individual de Adler	15
1.3.1 Antecedentes personales	15
1.3.2 Postulados básicos	16

CAPITULO II PSICOPATOLOGIA.

2.1 Antecedentes	26
2.2 Concepción de la enfermedad mental	28
2.3 Clasificación de las enfermedades mentales ...	31
2.4 Trastornos neuróticos	33
2.4.1 Conceptos generales	34
2.4.2 Epidemiología	35
2.4.3 Aspectos clínicos	36
2.4.4 Etiología	37
2.4.5 Diagnóstico diferencial	38
2.5 Trastorno de ansiedad	40

2.5.1	Manifestaciones clínicas	41
2.5.2	Diagnóstico diferencial	43
2.6	Trastorno obsesivo compulsivo	43
2.7	Obesidad	45
2.7.1	Síntomas y signos	45

CAPITULO III COMEDORES COMPULSIVOS.

3.1	Antecedentes	52
3.2	Cómo inicia y que es comedores compulsivos andnimos	53
3.3	Los 12 pasos	59
3.4	Las 12 tradiciones	63
3.5	Literatura	65
3.5.1	La comina no es una panacéa	66
3.5.2	Sugerencias para estar sobrio	67

CAPITULO IV INSTRUMENTOS.

4.1	Test de Max Luscher	69
4.1.1	Antecedentes	69
4.1.2	Fisiología de los colores	72
4.1.3	Descripción de la prueba	75
4.1.4	Aplicación	77
4.1.5	Significado de los 8 colores por orden de preferencia	78
4.1.6	Significado de los 8 colores	79

4.2	Cuestionario	88
-----	--------------------	----

METODOLOGIA.

1	Tipo de investigación	90
2	Planteamiento del problema	90
3	Definición de términos	91
4	Hipótesis y variables	91
5	Procedimiento	93
5.1	Determinación de la muestra	93
5.2	Instrumentos	94
5.3	Condiciones de aplicación	95
	Análisis de resultados	96
	CONCLUSIONES	113
	BIBLIOGRAFIA	115
	ANEXOS	118

I N T R O D U C C I O N

Casi todos los teóricos de la personalidad concuerdan en el hecho de que en el desarrollo de la personalidad influyen tanto factores biológicos y psicológicos como ambientales, por lo tanto es fácil comprender la influencia que ejercen los padres sobre el desarrollo de la personalidad en la infancia, así como sobre una posible conducta anormal frente al alimento.

Desde los primeros instantes de la vida del bebé, la boca está implicada en la relación dependiente del lactante con su madre, por lo tanto las satisfacciones y las frustraciones de la ingestión y la privación también se concentran en la boca, es entonces que a ésta región se asocian síntomas de causa emocional.

Suele suceder que los padres compensan sus frustraciones a través de la sobreprotección hacia los hijos, que incluye preocuparse excesivamente por la alimentación e incluso forzarlos a que coman.

En este predominio de las necesidades de los padres, estos olvidan tratar al niño como a un individuo, con sus propias características y por consiguiente puede no proporcionarsele apoyo emocional, con esto impiden en el hijo el desarrollo de su independencia personal y

autoestima entre otros. Es decir que los padres pueden proporcionar al niño comida en lugar de amor y satisfacción emocional.

El niño va aprendiendo a darle demasiada importancia a la comida como objeto de amor y cuando se siente inseguro recurre a ella con la finalidad de disminuir la ansiedad que le provoca "ése desamor".

Se crece con una necesidad de aprecio, buscando siempre que los demás satisfagan las necesidades propias y consolándose siempre mediante la comida.

Como se ha visto parece que el comer en exceso debe considerarse como un problema mucho más complejo que un simple impulso por satisfacer una necesidad biológica. Esta fue la principal motivación para la realización de la presente investigación, planteándose la siguiente pregunta de investigación:

Cuales son las características de personalidad que predominan en la comedora compulsiva que está dentro de un grupo de apoyo, en comparación a la que no lo está?. Después de este planteamiento los objetivos a seguir son los siguientes: Al principios de la investigación se conocerá ampliamente el programa de recuperación de Comedores Compulsivos Andnimos y se tratará de definir la enfermedad y sus características; A la mitad de la

autoestima entre otros. Es decir que los padres pueden proporcionar al niño comida en lugar de amor y satisfacción emocional.

El niño va aprendiendo a darle demasiada importancia a la comida como objeto de amor y cuando se siente inseguro recurre a ella con la finalidad de disminuir la ansiedad que le provoca "ese desamor".

Se crece con una necesidad de aprecio, buscando siempre que los demás satisfagan las necesidades propias y consolándose siempre mediante la comida.

Como se ha visto parece que el comer en exceso debe considerarse como un problema mucho más complejo que un simple impulso por satisfacer una necesidad biológica. Esta fue la principal motivación para la realización de la presente investigación, planteándose la siguiente pregunta de investigación:

Cuales son las características de personalidad que predominan en la comedora compulsiva que está dentro de un grupo de apoyo, en comparación a la que no lo está?. Después de este planteamiento los objetivos a seguir son los siguientes: Al principios de la investigación se conocerá ampliamente el programa de recuperación de Comedores Compulsivos Anónimos y se tratará de definir la enfermedad y sus características; A la mitad de la

investigación quedarán determinadas las características de personalidad que predominan en la Comedora Compulsiva y se establecerán las posibles diferencias que existan en ambos grupos; Y al finalizar el trabajo quedará una concepción más clara del Comedor Compulsivo, con la finalidad de proporcionar más rápidamente un diagnóstico y un apoyo, pues tal parece que el tema de Comedores Compulsivos, no ha tenido la relevancia que requiere, con ésta investigación lo que se pretende es dar a conocer un poco sobre la personalidad del Comedor Compulsivo y dejar abierta la posibilidad para que futuros investigadores se interesen en el tema, lo amplien y lo difundan.

Sin duda entre más se conozca sobre el Comedor Compulsivo, la sociedad en sí y en especial los enfermos y el grupo de Comedores Compulsivos Anónimos se beneficiarán con el resultado de ésta y futuras investigaciones.

Tal vez algún otro investigador podrá utilizar los resultados para elaborar una herramienta motivacional con la finalidad de que el que recurra a un grupo de apoyo como Comedores Compulsivos Anónimos permanezca ahí hasta lograr superar su enfermedad.

Las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

H₀: Las características de personalidad que se encuentran en la Comedora Compulsiva dentro de un grupo de

apoyo no difieren de las que se encuentran en la Comedora Compulsiva que no está dentro de un grupo de apoyo.

Hi: Las características de personalidad que se encuentran en la Comedora Compulsiva dentro de un grupo de apoyo difieren de las que se encuentran en la Comedora Compulsiva que no está dentro de un grupo de apoyo.

Ho: Si las características de personalidad de ambas muestras no difieren entre sí, ambas caen en la concepción de neurosis de Karen Horney.

Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna cae en la concepción de neurosis de Karen Horney.

Ho: Si las características de personalidad de ambas muestras no difieren entre sí, ambas caen en la concepción de neurosis de Alfred Adler.

Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna cae en la concepción de neurosis de Alfred Adler.

Ho: Si las características de personalidad de ambas muestras no difieren entre sí, ambas concuerdan con alguna clasificación nosológica de neurosis.

Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna concuerda con cualquier clasificación nosológica de neurosis.

The first part of the report discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. This is essential for ensuring the integrity of the financial statements and for providing a clear audit trail. The second part of the report focuses on the internal controls that should be implemented to prevent errors and fraud. These controls should be designed to ensure that all transactions are properly authorized and recorded. The third part of the report discusses the role of the auditor in providing an independent opinion on the financial statements. The auditor should be objective and unbiased in their assessment and should communicate any findings to the appropriate parties.

Y como marco teórico conceptual, la investigación se fundamentó en las teorías de Karen Horney y Alfred Adler, utilizándose como instrumento de medición el test de Lüscher, instrumento válido de análisis de resultados de personalidad.

Es importante aclarar que en la presente investigación únicamente se pretenden determinar las características de personalidad que predominan en ambas muestras, sin tratar de establecer ningún tratamiento.

Como responsabilidad profesional se debe reconocer que el trabajo del psicólogo debe estar dirigido a la prevención, de tal forma que puede bien ser otra opción para estudios posteriores, en donde no sólo se reconozca la personalidad de la población objeto, sino en donde se trabaje a nivel de grupo apoyando y posibilitando un cambio en el estilo de vida.

CAP I TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

1.1 ANTECEDENTES.

Para entender el desarrollo de las Teorías de la Personalidad es preciso remontarnos a la historia, probablemente desde que el hombre apareció en la tierra ha tratado de entenderse a sí mismo y a los que le rodean, grandes sabios y filósofos de la antigüedad como: Hipócrates, Platón y Aristóteles especularon sobre estas cuestiones y propusieron ciertas concepciones inherentes al hombre.

Gracias a este interés por comprender el porqué de la conducta humana surgió la psicología.

La psicología estudia temas como: las emociones, el aprendizaje, las sensaciones, la percepción, la inteligencia, la creatividad, las motivaciones, las bases fisiológicas de la conducta y la personalidad entre otros.

Las teorías de la personalidad constituyen evidentemente una parte de la psicología. Para revisar brevemente que son y en que consisten, se comenzará explicando el término -TEORIA-. Según Hall y Lindzey (1979), una teoría es un conjunto de convenciones

creadas por el teórico, ésta expresión está destinada a subrayar el hecho de que las teorías no están dadas o predeterminadas por la naturaleza.

La utilidad de la teoría estriba en su capacidad de hacer predicciones verdaderas.

Con respecto al término -PERSONALIDAD- se empezará aclarando que este tiene muchas definiciones y significados populares. En una exhaustiva revisión bibliográfica Allport (1937) halló casi 50 definiciones diferentes. Pero para él "La personalidad consiste en aquello que un hombre realmente es" (citado por Hall y Lindzey 1979 pp 23).

No obstante casi todas las definiciones coinciden en que la personalidad es lo más típico y profundamente característico de la persona.

Si se parte del hecho de que la conducta humana está influida por varios factores como la herencia, los factores orgánicos y los factores ambientales-situacionales, se comprenderá el porqué las teorías de la personalidad están clasificadas en modelos.

Dicaprio (1989), las clasificó de la siguiente forma:

MODELO PSICODINAMICO

- La teoría psicoanalítica de Freud.
- La psicología analítica de Jung.
- Psicología motivacional de Murray.

MODELO EGOSOCIAL

- Las ocho etapas del desarrollo del ego de Erikson.
- Psicología individual de Adler.
- El yo real contra el yo ideal de Horney.

MODELO HUMANISTICO EXISTENCIAL

- Psicología personalista de Allport.
- La persona plenamente funcional de Rogers.
- Psicología de la salud y el desarrollo de Maslow.
- Psicología humanista de Fromm.

MODELO CONDUCTUAL

- El conductismo operante de Skinner.
- Teoría del aprendizaje cognoscitivo y social (Albert Bandura, Julian Rotter) (citado por Dicaprio) (1989).

La mayoría de los teóricos de la personalidad intentan estudiar a la persona en su totalidad, no en forma segmentada, una de las características más distintivas de las teorías de la personalidad es su función integradora. Hall y Lindzey (1984).

No se podría afirmar que una teoría de la personalidad es mejor o peor que otra. Todas tienen su utilidad pues están constituidas por un conjunto de supuestos de la conducta humana, de reglas para relacionar estos supuestos y de definiciones para permitir su interacción con hechos empíricos u observables, de manera tal, que su utilidad dependerá de la eficacia con la que sirva de estímulo a la investigación.

En el presente trabajo se utilizarán las teorías de Karen Horney (1941) y Alfred Adler (1911), las que son consideradas como las más adecuadas para el propósito de la investigación, ya que ambas hacen especial hincapié, en la importancia de las relaciones sociales, para el desarrollo óptimo de la personalidad.

1.2 TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE KAREN HORNEY

1.2.1 ANTECEDENTES PERSONALES.

Para comprender más claramente la teoría de Karen Horney (1941), a continuación se expondrán algunos datos biográficos.

Karen Horney nació en Hamburgo, al norte de Alemania el 16 de septiembre de 1885. Estudió medicina en la Universidad de Berlín, en donde comenzó a interesarse por el Psicoanálisis además de distinguirse como precursora en el campo de la psiquiatría.

Ejerció como analista en Berlín y fue profesora durante 2 años en el Instituto Psicoanalítico de Berlín al cual estuvo asociada durante 14 años.

Llegó a Estados Unidos en 1932 propuesta como asistente de director del Instituto Psicoanalítico de Chicago.

Al principio de su carrera Horney fue discípula del doctor Karl Abraham prestigiado alumno de Freud, por lo que Horney forzosamente se vio influida por Freud y su obra. Sin embargo, conforme se desarrollaron sus propios puntos de vista, Horney consideró que no podía continuar como freudiana ortodoxa y en 1934 se cambió al Instituto

Psicoanalítico de Nueva York donde durante cierto tiempo adiestró analistas. En 1941 tanto para ella como para los miembros del Instituto eran ya evidentes las discrepancias entre sus conceptos y los conceptos freudianos, por lo que ayudó a fundar la Asociación para el Avance del Psicoanálisis a fin de promover sus propias ideas.

Encabezó esta escuela hasta su muerte en 1952.

1.2.2 POSTULADOS BASICOS.

A diferencia de Freud que le dió gran énfasis a los determinantes genéticos e instintivos del comportamiento, Horney basada en sus experiencias con pacientes, puso especial hincapié en el poderoso papel de las fuerzas ambientales, económicas, sociales y educacionales y la influencia que éstas ejercían sobre la personalidad.

Antes de continuar y adentrarse en la obra de Karen Horney, es necesario precisar que el propósito de ella nunca fue elaborar una teoría de la personalidad, sino que sus estudios y escritos más bien siempre estuvieron basados en los aspectos neuróticos de la conducta humana. No obstante con ello, desarrolló una

explicación muy amplia y razonada de la compleja conducta humana.

Karen Horney como Neofreudiana aceptó mucho de la obra de Freud. Sin embargo, como psicoanalista práctica y después como escritora y teórica, eliminó al sexo de la teoría de Freud. Pues según ella, el hombre en lugar de estar atormentado por fijaciones sexuales, más bien siempre estaba en una lucha constante contra problemas relacionados con su carrera, el matrimonio y constantemente fijándose metas que le fueran realizables. Karen Horney estaba convencida de que la humanidad es capaz de cambiar y que estos cambios son siempre para mejorar.

En el libro "La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo" Horney (1972), afirma que los factores culturales son los causantes de la neurosis, no aceptaba la idea de que el conflicto es inevitable, sino que una educación defectuosa en la que se incluían sentimientos de aislamiento, desamparo, miedo, hostilidad y las expectativas del niño eran las generadoras de la neurosis.

Sus ideas básicas respecto a la formación de las tendencias neuróticas son:

1. El niño está sometido a un ambiente de estrés

que produce ansiedad básica, el sentimiento de aislamiento y desamparo en un mundo hostil.

2. Se desarrolla una estrategia para hacer frente al estrés.

3. Debido a que la estrategia reduce la ansiedad, resulta sumamente importante para el individuo. En realidad se convierte en una necesidad.

4. La estrategia o necesidad puede ser elevada a un nivel de orientación general hacia la vida, se convierte en compulsiva y se usa indiscriminadamente (Dicaprio 1989).

Estas estrategias u orientaciones hacia las relaciones sociales (1945), se pueden manifestar de tres formas:

- ir hacia las personas.- El niño descubre que puede reducir su ansiedad si hace lo que sus padres le soliciten, aún cuando sacrifique sus propios deseos.

- ir contra las personas.- El niño encuentra que puede obtener lo que desea si se muestra hostil y agresivo aunque tenga con esto que reprimir sus emociones más tiernas.

- apartarse de las personas.- El niño descubre que el ser reservado y no mostrar interés funciona en su medio, aunque con esto deba reprimir su deseo de

imponerse y de dar amor.

Posteriormente Horney amplió estas orientaciones sociales nombrándolas orientaciones generales, es decir una orientación total a la vida.

-Solución de retraimiento.- que consiste en la obediencia y la lucha por obtener amor.

- Solución expansiva.- que vendría siendo la lucha por lograr superioridad.

- La resignación.- que sería la lucha por la libertad.

Horney a diferencia de Freud, creía que las primeras experiencias infantiles no deciden la personalidad, sino que sólo forman parte de la siempre activa estructuración de ella, es decir las experiencias infantiles se combinan para formar una estructura de carácter que alude a las experiencias totales que el hombre va acumulando a lo largo de su vida, ésta puede limitar o aumentar sus potencialidades dependiendo de las experiencias acumuladas.

El hombre es producto de su ambiente y las relaciones humanas son el eje de la estructura del carácter.

Es importante aclarar que Horney consideraba la

neurosis como una cuestión de grado, es decir, en todas las personas existen tanto fuerzas sanas como enfermizas. Todos seguimos los tres métodos de reaccionar ante la gente que se mencionaron anteriormente, sólo que los individuos sumamente neuróticos se valen de uno solo y excluyen los restantes. Cronológicamente también la personalidad pasa por los tres tipos de técnicas de ajuste. En la infancia el ser humano se inclina más a ganar con amor, al llegar a la adolescencia es probable que el ser humano se muestre hostil y actúe agresivamente y en los últimos años de la edad adulta la técnica de ajuste de apartarse de la gente es más notoria que antes.

Ningún ser humano está por completo libre de conductas irregulares, bien sean neuróticas o sólo limiten con lo neurótico y aunque la mayoría de las personas usan las tres técnicas, siempre existe la inclinación a preferir y utilizar una sola cuando la ansiedad domina (Horney 1992).

A continuación se enumeraran las diez necesidades neuróticas que sirvieron a Horney para elaborar sus tres técnicas de ajuste fundamentales. La mayoría de los individuos complementa tales necesidades; el neurótico no puede hacerlo.

Necesidad neurótica	Rasgo sobresaliente	Tendencia del movimiento en relación con las personas
1. Afecto y aprobación.	Se vive para con placer y ganar el afecto de los demás.	Acercarse.
2. Socio dominante en la vida.	Ceder ante el compañero fuerte que proteja, a cambio de un amor total.	Acercarse.
3. Límites vitales rigurosamente definidos.	Ser ultrarreaccionario, conservador, retirarse al fondo.	Alejarse.
4. Poder.	Glorificar el poder y la fuerza a pesar de ser débil.	Oponerse.
5. Explotar a los demás.	Ganar en los juegos dominar siempre.	Oponerse.
6. Prestigio.	Aparecer en los periódicos, ser famoso.	Oponerse.
7. Admiración	Que los demás	Oponerse.

personal.	vean en una la imagen ideal.	
8. Ambición de medro personal.	Tener el deseo avasallador de ser rico, famoso, importante, sin reparar en lo que cueste al Yo ó a los otros.	Oponerse.
9. Autosuficiencia e independencia.	Hacer lo imposible por no deberle nada a nadie.	Alejarse.
10 Perfección e inexpugnabilidad.	Procurar no tener falla alguna por ser hipersensible a la crítica.	Alejarse.

Citado por (Bischof 1992).

El principio del concepto del YO, forma parte de los constructos básicos de la obra de Horney y aunque no es muy clara, pues técnicamente es muy difícil de definir la palabra YO, constituye un aspecto central de su teoría y se basa en que la persona al describirse a si misma recurre a este concepto del YO. Este puede ser o

no una representación exacta de nuestro yo real, a partir de este el hombre espera alcanzar la total realización de sus potencialidades. Sin embargo, el hombre ha de poseer un YO idealizado que le sirva de modelo, es decir una noción de lo que desearía ser.

En el caso de la neurosis, la versión idealizada del YO se adopta como el Yo real, esto crea tensión y conflictos internos, pues el YO idealizado, (es decir la persona perfecta) se vuelve un imposible. Se pierde la espontaneidad del YO real y el hombre se aparta de su realidad y se enferma emocionalmente.

Lo que Horney proponía como defensa para ésta enajenación era el análisis, y que toda terapia implica un autoanálisis. En su libro titulado *Self-Analysis* (1942), (citado por Bischof 1992). Horney pone especial énfasis al conocimiento de sí mismo. Pues consideraba que esto es algo que la sociedad no puede producir pero que cada persona debe construir para sí, pues el hombre posee dentro de sí fuerzas evolutivas que lo ayudan a realizar su mayor potencial. Consideraba que el analista es un profesional que puede ayudar pero nunca resolver el conflicto sin la cooperación del paciente, además, en cierto modo, el autoanálisis puede resultar menos peligroso para el bienestar del paciente que un análisis

controlado exclusivamente por el terapeuta, pues habrá ocasiones en que el paciente desee evitar referencias a desgracias pasadas. También consideraba el hecho de que los pacientes que acaban por depender, sin reservas, de su analista, por haberse apoyado en él demasiado tiempo, no tendrán un buen pronóstico, pues recurrirán inmediatamente a su terapeuta en cuanto surja un nuevo problema.

Horney proponía una examinación constante de nuestra imagen del YO y una comparación con nuestros verdaderos logros y también una actualización de nuestro YO real con el fin de perfeccionarlo. Con esto se lograría una idea clara de la diferencia entre el YO real y el YO ideal al que se aspira.

El funcionamiento adecuado del Yo presupone un ambiente favorable, sobre todo en el ambiente temprano. Se le debe dar al niño oportunidades de acuerdo con su potencial interno. Esta es la principal función de los padres, ya que son ellos los que toman las decisiones por los hijos. Si los padres no proporcionan estos ingredientes indispensables para promover el crecimiento de sus hijos, crearan en ellos inseguridad y ansiedad, propiciando que sus hijos ideen estrategias protectoras para defenderse temporalmente a costa de su crecimiento

pleno. La ansiedad básica es dolorosa y amenazante. Horney (1937) la describió "como el sentimiento de estar aislado y desamparado en un mundo potencialmente hostil".

Finalmente, Horney creía que la persona normal es aquella capaz de integrar las tres orientaciones a la vida, moverse hacia, contra ó lejos de las personas, y que el hombre debería luchar por ser perfecto, de modo, que alcanzara la felicidad y el control de su conducta neurótica. Horney suponía que sin este enfoque, la existencia humana vacilaría y, de hecho, que el hombre habría dejado de existir desde hace tiempo.

1.3 PSICOLOGIA INDIVIDUAL DE ADLER

1.3.1 ANTECEDENTES PERSONALES.

Alfred Adler nació el 7 de febrero de 1870 en Viena Austria y vivió ahí hasta 1935 al implantarse el régimen Nazi. Fue entonces que emigró a Estados Unidos.

En 1895 se recibió de médico en la Universidad de Viena. Luego de haberse doctorado, se especializó en oftalmología, pero muy pronto se interesó por los aspectos mentales de sus pacientes. Aprendió de Freud y se unió a su movimiento, juntos fundaron la Sociedad

Psicoanalítica de Viena, pero pronto se hicieron evidentes que los puntos de vista de Adler divergían del enfoque psicoanalítico, se apartó del pansexualismo freudiano y terminó por abandonar el grupo en 1911.

Adler siguió practicando la psicoterapia y elaborando individualmente técnicas y conceptos propios. Formó su propia escuela y gradualmente creció a su alrededor un círculo de seguidores de su sistema, al que llamó Psicología Individual. Adler se interesó siempre en la salud mental de los niños y de hecho fundó una clínica para el asesoramiento infantil en Viena, despertando gran interés en la educación de los niños.

En Estados Unidos, siguió ejerciendo la psiquiatría e impartiendo conferencias. También fue profesor de psicología médica en el Colegio de Medicina de Long Island.

Alfred Adler murió a los 67 años, el 28 de mayo de 1937 durante una gira de conferencias en Aberdeen Escocia.

1.3.2 POSTULADOS BASICOS.

Como se pudo observar en la biografía expuesta, al igual que Karen Horney, Adler al inicio de su carrera,

estuvo unido al movimiento psicoanalítico, aunque posteriormente sus puntos de vista constituyeron una desviación radical del psicoanálisis freudiano.

Adler aseveró a diferencia de Freud, que el ser humano está más motivado por impulsos sociales que por impulsos sexuales, concluyó también que se es más consciente de la conducta que inconsciente y consideró que las principales preocupaciones en la vida son: la ocupación, la comunidad y el amor, además de que creía en la capacidad del ser humano de mejorarse a sí mismo y al mundo que lo rodea.

Basó su punto de vista del principio de inferioridad y superioridad en el hecho de que el ser humano a diferencia de los animales, al nacer no está capacitado para sobrevivir y que todo lo que el bebé percibe es mejor y más grande que él, por lo que al ir creciendo y haciéndose consciente de su condición inferior empieza la lucha por alcanzar superioridad, se forja metas y una vez que las alcanza, de nuevo se siente inferior frente a otras. Con lo que se sobreentiende que estos principios son mutuos y necesariamente complementarios y que no se pueden estudiar como entidades separadas, pues al hablar de uno se pone en juego inmediatamente el otro.

Es importante señalar que el principio de superioridad de Adler no hace mención al poder sobre otros, sino al hecho de que cada ser humano lucha por ser superior dentro de sí mismo, es decir, lograr alcanzar la superioridad del YO, y considera este principio, como la base fundamental para explicar la conducta humana. "Sólo la meta final puede explicar la conducta del hombre".

En su larga experiencia como analista, Adler descubrió que el hombre busca enfermarse para resolver ciertos problemas no físicos, de dicha experiencia extrajo el principio de inferioridad de órgano; la cuál explica de la siguiente manera: El hombre que ha nacido con un órgano inferior en su cuerpo se puede conducir, ya sea buscando con mayor empeño el triunfo motivado por el deseo de sobreponerse a su debilidad fundamental ó bien, ésta inferioridad de órgano le sirve para justificarse de sus fracasos, es decir, un recurso al que se apela para evitar tareas difíciles o dolorosas. De ser totalmente inaccesible la meta para el individuo, este podría hallar alivio y excusar su inferioridad alegando estar enfermo de su órgano débil, por lo que este vendría al rescate cada vez que la presión resultara demasiado poderosa, como para que el individuo lograra vencerla.

Adler no obstante, siempre coincidió con Freud en

la importancia que la primera infancia tiene en el desarrollo de la personalidad; creía que todas las actitudes significativas de un individuo podrían referirse a la primera infancia, por lo que le dió gran importancia a los años de crianza, como los años constitutivos de las actitudes futuras de todo hombre.

Para que el hombre logre superarse apoyándose en sus sentimientos de inferioridad, es preciso que guíe su vida de cierto modo prescrito. Adler (1929), usó el término "estilo de vida", para señalar la configuración única de las características que identifican a una persona, este se forma mediante un poder creativo con el que el niño nace. La herencia proporciona ciertas habilidades y tendencias y el ambiente enfrenta al individuo con una variedad de experiencias, pero el poder creativo del Yo selectivamente desarrolla un estilo de vida único, no obstante también consideraba que hay vínculos fuertes y comunes a las personas, es decir, toda persona tiene las mismas metas que espera alcanzar mediante su YO creador; pero el camino hacia esas metas es siempre diferente.

Desde el nacimiento y hasta los cinco o seis años, se va formando el estilo de vida y permanece constante durante toda la vida. Lo que sí cambia con

frecuencia es la forma de expresión que el individuo emplea para llegar a los fines deseados, por lo tanto, un estilo de vida defectuoso puede surgir desde la infancia, ya sea por inferioridades de naturaleza orgánica demasiado extremas como para poder vencerlas, por inferioridades mentales o bien por una infancia plena de mimos y caprichosa ó por el abandono durante la niñez. Adler creía firmemente que el niño mimado y caprichoso, es un lisiado psicológicamente que no puede desarrollar un sentimiento de superioridad dentro del YO. También las condiciones sociales pueden ejercer su fuerza para moldear un estilo de vida defectuoso a pesar de que las condiciones físicas o psicológicas sean normales, un ejemplo de esto, sería la pobreza extrema. En resumen, el hombre crea su estilo de vida basado en las condiciones físicas, psicológicas y sociales en las que se desarrolla.

En el esfuerzo de ir de una condición inferior a una superior, se pueden crear expectativas irreales como podría ser el hecho querer alcanzar la perfección absoluta, tal lucha que es una expresión anormal, puede ser dañina para el crecimiento y funcionamiento de la personalidad, ya que las expectativas persisten sin ser satisfechas.

También Adler consideró que muchas de nuestras metas guiadoras, pueden convertirse en ficciones sobre las que actuamos como si fuesen hechos y que el individuo neurótico generalmente guarda una ambición secreta de ser singular y extraordinario, pudiendo actuar como ya se mencionó, como si su ambición secreta se estuviera realizando.

Las ficciones pueden convertirse en ideales, estos difícilmente pueden definirse y mucho menos lograrse, pese a esto, la lucha por lograr su ideal influye en su comportamiento. Por lo que el grado de conocimiento de las metas es una indicación del grado de normalidad de la persona.

Como ya se mencionó, Adler consideró a la vocación, la comunidad y la familia como los tres problemas principales de la vida, dándole al grado de actividad y de interés social un papel significativo para el desarrollo normal y la superación de ésta problemática.

Basándose en esto estableció la siguiente tipología.

- Gran actividad, bajo interés social: El tipo gobernante.

Estas personas son dinámicas y emprendedoras,

pero trabajan para lograr metas egoístas debido a su falta de interés social.

- Baja actividad, alto interés social: El tipo que obtiene logros.

Ya que su nivel de actividad no es suficiente para enfrentar sus problemas recurren a otras para que se los resuelvan. Utilizan su poder personal sobre otros para establecer una relación en la cuál reciben en lugar de dar.

- Baja actividad, bajo interés social: El tipo huidizo.

Las cuáles limitan su participación en la vida para evitar fracasos y tampoco se relacionan con los que deben convivir.

- Alta actividad, alto interés social: La persona normal.

Hacen frente a sus problemas, mantienen sus metas acordadas con sus logros por lo que se mantienen en contacto con la realidad. Además son personas socialmente orientadas pudiendo lograr con esto metas personales.

Adler, también escribió mucho sobre el papel de la mujer, rechazando la idea de la mujer como ser inferior, más bien pensaba que era el hombre quien imponía estos papeles a la mujer para él mismo tener ventajas.

De las tres labores principales de la vida:

Ocupación, comunidad y amor, se espera sólo que la mujer participe en la última.

Al respecto escribió: "Todas nuestras instituciones, nuestras actitudes tradicionales, nuestras leyes, nuestras costumbres, prueban el hecho de que están determinadas y mantenidas por el sexo masculino privilegiado para gloria de la dominación masculina ... Nadie puede soportar una posición de inferioridad sin ira y disgusto ... Que la mujer tenga que ser sumisa es ... (una) superstición" Adler (1927), citado por (Dicaprio 1989).

Adler estaba plenamente convencido de que aún cuando los seres humanos son egoístas por naturaleza, también las tendencias sociales forman parte de su naturaleza. El hombre nace interesado en otros seres sociales y este interés es universal. Al nacer, el niño primeramente se interesa en el ambiente social que lo rodea, es decir, tiene la capacidad de distinguir a su madre y a su padre, y de percibir que ellos hacen cosas por él. El ser criado por animales socializados hacen de él un animal social.

Posteriormente el interés social se va desarrollando tras los primeros cuatro o cinco años formativos en el que el niño comienza a identificarse con

grupos sociales propios, empatiza con ello y también aprende a cooperar.

Finalmente el hombre confía en que una sociedad fuerte, lo ayudará a obtener un sentimiento de superioridad más completo.

Adler consideraba que se necesitaba valor para enfrentar los problemas de la vida y que el perfeccionarse a sí mismo dentro del marco de un sentido altamente desarrollado de sentimientos sociales, era la expresión más saludable de la lucha por la superioridad.

Finalmente se afirma que Alfred Adler, fue un excelente ejemplo de su propia teoría Dicaprio (1989), ya que siempre luchó por hacer superior su obra motivado por el hecho de que su posición actual siempre sería inferior a la que podría alcanzar. En su práctica profesional, siempre alentó a sus pacientes a vivir el lado útil de la vida. En la mayoría de los casos encontraba que la principal dificultad en sus pacientes era la falta de un verdadero sentido social, por lo que motivaba en ellos las tendencias sociales; ya que consideraba que el ser humano necesita de otros para poder satisfacer sus necesidades básicas de amor, sexo, compañía, camaradería y trabajo.

Adler sintió que a través de cálidos contactos

personales con sus pacientes, podría despertar en ellos el interés social y que este genuino encuentro humano sería tan agradable que haría que el paciente buscara repetir ésta experiencia fuera de la terapia.

CAP II. PSICOPATOLOGIA.

2.1 ANTECEDENTES.

No ha habido época, ni cultura, ni lugar en la historia de la tierra en la que se haya estado libre de la enfermedad mental, y desde tiempos remotos, también se ha encontrado que los médicos o los que hacen sus veces, han buscado la forma de tratar de explicarse la enfermedad mental, igual que lo han hecho con la enfermedad física.

Para su estudio, a través de la historia se ha observado que dependiendo de la época o cultura el concepto de enfermedad mental varía. Es decir, algunas conductas tales como delirios, alucinaciones y ataques convulsivos que en nuestra cultura estimaríamos como patológicas, tal vez en algunas culturas aborígenes se estiman como señales sobrenaturales favorables para el afectado. Howard. Goldman (1989). También en ciertas épocas, se ha reportado que algunos individuos que en la actualidad se tratarían psiquiátricamente eran considerados como poseídos por demonios o brujos, siendo examinados y tratados no por la medicina, sino por las autoridades religiosas.

Con lo expuesto, se comprende el porqué el concepto de enfermedad mental, tuvo mucho que ver con el modo de pensar prevalente en un momento y en una sociedad determinada.

La carencia de conocimientos científicos sobre muchos aspectos del comportamiento humano "normal" ó "perturbado", provocó muchos abusos y arbitrariedades y también delimitó una frontera confusa sobre quien o quienes deben ocuparse de la enfermedad mental, siendo reclamada por teólogos, filósofos, científicos y médicos Howard. Goldman (1989).

La psiquiatría es aceptada por la medicina en el momento en que inició el estudio científico de los trastornos mentales, encabezando también el trato humano al enfermo mental. No obstante, el hecho de que la psiquiatría no puede apartar las consideraciones emocionales ni los factores biológicos de la conducta humana, la han excluido en cierto grado de otras especialidades médicas. Howard. Goldman (1989).

La psiquiatría y psicología clínica, tuvieron que luchar para alcanzar progresos, sin olvidar sus preocupaciones humanistas al volverse la medicina más científica en el diagnóstico y el tratamiento y la psicología más médica. Incluso en la actualidad, disponen

de un grado limitado de experimentación e investigaciones científicas debido a la complejidad de la conducta humana. No obstante, como especialidades, han intentado comprender el origen de los trastornos mentales y también describir métodos terapéuticos que sean eficaces y seguros.

2.2 CONCEPCION DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Como se expuso, la psiquiatría ha evolucionado en el tiempo, pasando desde la creencia del pensamiento mágico, el cuál consideraba que las enfermedades eran producidas por espíritus extraños en el organismo del paciente, en la que el tratamiento era a base de rituales para hacer que el enfermo expulsara los cuerpos extraños o perturbadores, ó el uso de las plantas medicinales, precursoras muchas veces de los psicofármacos. Hasta llegar a la medicina científica, la cuál nació a partir de Hipócrates, el cuál hizo considerar a las enfermedades mentales como enfermedades naturales excluyéndolas de la consideración sobrenatural, por lo que la redujo al ámbito médico, e introdujo la necesidad de hacer historias clínicas y de establecer una relación respetuosa de médico-paciente.

Fueron muchos los avances que logró la filosofía griega, como la invención de la psicoterapia verbal de Platón.

Posteriormente, la civilización romana también hizo sus aportaciones, como es el caso de Galeno, el médico más representativo de esta civilización, que aportó las consideraciones psiquiátricas de la distinción entre las enfermedades por lesión simpática (delirium) y lesión directa (demencias).

Pese a que en la Edad Media surgió la Inquisición, pasando a ser nuevamente la enfermedad mental campo de la religión, no dejaron de surgir durante ella, filósofos y pensadores que lograron nuevas aportaciones, además de iniciarse clínicas y sanatorios para el tratamiento de la enfermedad mental. Freedman, Kaplan, Sadock (1984).

Al volver los científicos la atención hacia la conducta humana, la medicina volvió de manera gradual al concepto de que la enfermedad mental era producto directo de situaciones indeseables en el cerebro Howard. Goldman (1987). Esta transición, no significó de inmediato el advenimiento de un tratamiento más humano para los enfermos mentales, o el final de la creencia en la posesión demoniaca. Incluso algunos científicos de esas

épocas, creían en los demonios y en la eficacia del tratamiento duro a los enfermos mentales, probablemente por haber compartido el temor generalizado a estos, inspirado desde el punto de vista histórico por la doctrina teológica, pero más aún, por la ausencia de un modelo que pudiera emplearse para la comprensión de la mente y sus enfermedades.

En épocas más recientes la psiquiatría ya no sólo se interesó en el enfermo mental grave, sino también en las neurosis comunes que afectaban a la gente ordinaria.

Se elaboraron las teorías del inconsciente, surgidas de la tradición filosófica.

Franz Anton Mesmer (1734-1815), también hizo su aportación al percatarse de que algunos elementos de nuestra vida son demasiado dolorosos, amenazadores o disonantes para examinarse mediante observación consciente.

Charcot (1825-1883), hizo su aportación de la investigación de la histeria mediante la hipnosis, además de insistir en la distinción clínica entre los pacientes con lesión orgánica y los pacientes cuyos síntomas eran producidos de manera histérica.

Hasta llegar a Sigmund Freud (1856-1939), creador del modelo psicoanalítico.

Surgieron también las teorías del aprendizaje, encabezadas por Pavlov, Watson, Thorndike, Skinner, etc. Y ciertos criterios humanistas y existenciales como los de Maslow y todas las teorías que actualmente conocemos. Todos estos modelos ofrecen muchos puntos de vista diferentes, a través de los cuáles se puede conocer mejor al individuo y todos han hecho sus grandes aportaciones a la psiquiatría y a la psicología clínica.

2.3 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.

La necesidad de clasificar las enfermedades mentales surgió desde la antigüedad y muchos de los términos utilizados para denominarlas en ese entonces, todavía sirven en la actualidad (delirio, histeria, manía, demencia, melancolía, entre otros).

Algunas figuras importantes en la historia medico-psiquiátrica a este respecto son especialmente: Hipócrates, Celso, Celio, Aurelio, Pinel, Morel, Kalhbaum, Kraepelin, Bleuler, por mencionar algunos.

En una época, incluso se llegó a exagerar la tendencia clasificatoria, hasta el extremo de que prácticamente cada "alienista" de prestigio creaba su propio sistema, el que gradualmente evolucionaba a ser

representativo de su respectivo país, con el resultado de que había nosología francesa, inglesa, rusa, alemana, etc. Como todos tenían nomenclatura propia el acuerdo era imposible y a pesar de que se estaba hablando de las mismas entidades clínicas, por ser los términos distintos había total desacuerdo y confusión.

Un gran paso para subsanar ésta confusión fue tomado por la Organización Mundial de la Salud, entidad que desde las primeras décadas del presente siglo comenzó a elaborar una clasificación internacional de enfermedades (ICD en inglés, CIE en español). Esta clasificación internacional tuvo después varias revisiones y en la actualidad se cuenta con la última de ellas (ICD 9, CIE 9) aprobado en Ginebra en 1978. Este es un instrumento fruto de arduo trabajo, en el que participaron especialistas de muchos países y que se constituye en el sistema clasificatorio oficial para efectos estadísticos a nivel internacional.

Como es lógico, no existe acuerdo completo en relación con ésta clasificación. De cualquier forma, ello es un paso avanzado en el intento de lograr un acuerdo entre las diferentes escuelas y naciones.

Algunos países como los Estados Unidos, que tienen una rica tradición clasificatoria, tienden a

seguir su propio criterio aunque buscan integrarse con el sistema internacional. Con su propia metodología y su orientación descriptiva, la Asociación Psiquiátrica Americana, ha logrado valiosos avances conceptuales y criterios de diagnóstico, algunos de ellos verdaderamente revolucionarios.

Esta clasificación, también ha tenido varias revisiones y en la actualidad se cuenta con la última de ellas (DSM III-R).

Es menester del psicólogo, dependiendo de la sintomatología que presente el paciente que acude a terapia, ubicarlo dentro de los grandes grupos nosológicos, con la finalidad de decidir el tratamiento más idóneo. Por lo que en la presente investigación, se consideró preciso mencionar algunos trastornos mentales específicos que pudiesen concordar con algunas características de personalidad del Comedor Compulsivo. Dichas clasificaciones fueron extraídas textualmente tanto del CIE-9 como del DSM III-R.

2.4 TRASTORNOS NEUROTICOS.

También llamados neurosis (CIE-9). "Son trastornos mentales sin causa orgánica demostrable, con

conservación de la introspección y de prueba de realidad, ya que el paciente no confunde sus experiencias mórbidas subjetivas y sus fantasías con la realidad exterior. El comportamiento puede estar seriamente alterado pero generalmente se conserva dentro de límites sociales aceptables y la personalidad no está desintegrada. Las principales manifestaciones son ansiedad excesiva, síntomas histéricos, síntomas fóbicos, obsesivocompulsivos y depresión".

2.4.1 CONCEPTOS GENERALES.

Se entiende como neurosis o conducta neurótica, una serie de comportamientos de carácter maladaptativo y regresivo que tienen como componente sintomático central la ansiedad. El individuo neurótico experimenta un alto grado de insatisfacción en sus realizaciones básicas, tales como, en su vida afectiva; sexual; de relación, con sentimientos de frustración y culpa, para todo lo cual no logra encontrar ni una explicación adecuada, ni tampoco puede voluntariamente modificar en forma favorable y notoria su comportamiento.

La mayoría de las veces el neurótico vive su trastorno como algo incómodo o extraño para sí mismo y

por ésta razón usualmente se motiva a buscar una ayuda para sus sufrimientos psíquicos.

En el marco de las relaciones familiares y sociales, el enfermo neurótico, aparte de sus frustraciones, suele ser visto como un individuo extraño, inconsistente en su respuesta emocional y susceptible por ello de ser en una forma u otra aislado del grupo Velez. Rojas (1990).

El neurótico se diferencia del individuo con funcionamiento "normal", porque está crónicamente insatisfecho en sus realizaciones básicas. Puede manifestar o no en forma notable su ansiedad, pero más comunmente utiliza los llamados mecanismos de defensa que son los que en último término tipifican las distintas variedades de neurosis.

2.4.2 EPIDEMIOLOGIA.

Se estima que de un 2 A 4% de la población general desarrolla conducta neurótica. Si bien la expresión del trastorno mental es diferente según la clase social, la neurosis no es exclusiva de ninguna clase, ni existe especificidad étnica o de medio ambiente rural o urbano. En cuanto a los grupos de edad, se acepta

que la conducta neurótica se presenta más frecuentemente a partir de la adolescencia, aunque se encuadra desde la infancia.

2.4.3 ASPECTOS CLINICOS.

La ansiedad es la expresión sintomática básica del trastorno neurótico. Esta ansiedad sin embargo se va a manifestar diferente según los mecanismos de defensa, los cuales operan en forma definida en las distintas variedades de neurosis. Así por ejemplo, el paciente neurótico obsesivo canaliza su ansiedad a través de las obsesiones o del comportamiento compulsivo. En otras expresiones neuróticas como la ansiedad crónica, el componente ansioso se manifestará más frecuentemente a través de disfunciones fisiológicas o somatizaciones sin que logre demostrarse una alteración fisiopatológica clara.

La neurosis es una forma de respuesta a las tensiones de la vida, en personas especialmente predispuestas a ella y por razones que tienen que ver con sus características constitucionales y los modelos de interacción familiar durante el proceso de crianza Horney (1972).

Algunas circunstancias externas durante el ciclo vital de la persona, actúan en forma crítica para activar la predisposición neurótica del sujeto. Estas circunstancias también llamadas factores precipitantes pueden desencadenar el trastorno neurótico en individuos susceptibles. Ejemplo de ellas son: la fase de la adolescencia, periodo emocionalmente crítico para toda persona, dada la necesidad en esta época de conformación de la identidad y búsqueda del objeto sexual; el matrimonio, por sus características inherentes de satisfacción de la intimidad afectiva y sexual con todas las correspondientes vicisitudes; el climaterio, por sus características de déficit hormonal; el periodo de retiro del trabajo, por la sensación de pérdida y aislamiento social que conlleva y finalmente la enfermedad orgánica de cualquier naturaleza, la cual de por sí altera el equilibrio y hace al individuo más vulnerable a reacciones emocionales de distinta índole.

2.4.4 ETIOLOGIA.

Desde finales del siglo XIX y hasta el momento, la teoría psicoanalítica se sostiene como la más acertada explicación etiológica de la neurosis Velez. Rojas.

(1990). Desde otras perspectivas se ha investigado dicha etiología, como por ejemplo, desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje, que ha hecho sus mayores aportaciones en la comprensión y tratamiento de las fobias. Los aspectos biológicos han sido objeto de investigación más recientemente, tanto desde el punto de vista genético como neuroquímico, teniendo gran relevancia en el trastorno de pánico. Velez. Rojas (1990).

Con base en los principios psicodinámicos enunciados, el síntoma neurótico puede concebirse como una especie de solución de compromiso entre las pulsiones internas que buscan hacerse conscientes y la realidad externa que interfiere o limita la expresión de dichas pulsiones.

2.4.5 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico diferencial de la neurosis debe hacerse con los grandes grupos psicopatológicos: psicosis, síndrome cerebral orgánico, trastornos de la personalidad, trastornos psicofisiológicos y trastornos situacionales o de ajuste.

Las psicosis a diferencia de las neurosis, tienen

elementos genéticos y biológicos en su etiología más destacados que aquellos encontrados en las neurosis. En otras palabras, la comprensión etiológica de las neurosis es en general más psicógena que biológica y lo inverso ocurre en las psicosis. El neurótico mantiene contacto con la realidad, es decir, no presenta alucinaciones o ideas delirantes y además tiene conciencia de enfermedad, y por lo tanto generalmente busca ayuda.

En los síntomas cerebrales orgánicos, se da una alteración metabólica definida o estructural del SNC. Aunque clínicamente puede haber ansiedad, depresión, irritabilidad, etc., la alteración de las funciones mentales superiores; conciencia, atención, orientación, memoria, los diferencia de las neurosis.

La diferencia esencial con los trastornos de la personalidad, radica en que sus manifestaciones son rígidas, permanentes y maladaptativas y hacen parte de la personalidad o "modo de ser" del individuo, causando por lo tanto, poco sufrimiento o incomodidad personal en general (es decir son egosintónicas), por lo cual el individuo afectado por un desorden de personalidad, no busca ayuda por sí mismo.

En los trastornos psicofisiológicos, las emociones actúan directamente en el órgano o sistema

afectado trastornando su funcionamiento y a veces produciendo cambios estructurales. Los síntomas no son mediados por los mecanismos de defensa ni poseen por lo tanto el simbolismo o la ganancia primaria encontrada en las neurosis. Además estos trastornos requieren para su presentación un conjunto de factores biológicos de tipo genético, inmunológico, infeccioso, alérgico, etc.

Los trastornos situacionales o de ajuste, se diferencian de las neurosis en que en los primeros, el individuo puede tener una personalidad previa bien ajustada, pero reacciona con síntomas (similares a los de la neurosis) ante un estrés psicosocial severo, pero estos son de corta duración (CIE-9).

2.5 TRASTORNO DE ANSIEDAD.

La ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son difíciles de identificar; frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.

La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores, hasta temblores notables, e incluso pánico completo, la forma más extrema de ansiedad.

La evolución de la ansiedad varía con una intensidad máxima alcanzada en unos segundos, o más gradualmente a lo largo de minutos, horas o días. La duración también varía de algunos segundos a horas, o incluso días o meses, aunque los episodios de pánico, por lo general, se reducen en 10 minutos y rara vez duran más de 30 minutos.

Si la ansiedad surge en forma inesperada, se llama ansiedad espontánea, cuando la ansiedad ocurre predeciblemente en situaciones específicas, se denomina ansiedad situacional o fóbica. Si la ansiedad se desencadena por el simple pensamiento de situaciones particulares se le llama ansiedad anticipatoria.

El límite entre la ansiedad normal y la patológica no puede ser trazada con precisión. Las personas a veces buscan tratamiento para su ansiedad, que desaparece espontáneamente, antes de que puedan ser vistas, por lo que los médicos en ocasiones retardan el tratamiento hasta que la desorganización del funcionamiento es obvia o el sufrimiento es intenso.

2.5.1 MANIFESTACIONES CLINICAS.

En el estado de ansiedad el enfermo es incapaz de

determinar qué es lo que le ocasiona su nivel de ansiedad. Usualmente el paciente aqueja un polimorfismo sintomático, el cual en forma gradual llega a interferir y limitar su funcionamiento básico. El paciente se siente tenso, con sobresaltos e irritable; mantiene una actitud de aprehensión con sensación de que algo grave o aún fatal asecha. Este estado de aprehensión, genera dificultades de atención y concentración con la consiguiente alteración en el orden de ejecución de tareas habituales y una sensación de fatiga permanente.

El estado de tensión permanente puede llevar a trastornos del sueño, los cuales ocasionan a los enfermos ansiosos sensación de pesantez y cansancio.

Las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad sirven al propósito de liberar o canalizar excedentes de ansiedad. En el aparato motor se detectan estados de agitación, temblor, fatiga muscular, sobresaltos e incapacidad para un descanso o relajación adecuada. Entre los síntomas del sistema nervioso autónomo se encuentran: sudoración, sequedad de la boca, palidez, sensación de manos frías, taquicardia, sensación de bola en la garganta, malestar epigástrico, disnea, polaquiuria y poliuria.

En la evolución clínica de los pacientes

ansiosos, es posible encontrar una lista de visitas frecuentes e infructuosas a los consultorios médicos en busca de alivio para lo que ellos consideran enfermedad orgánica; igual es también común encontrar abuso de drogas, tranquilizantes o ansiolíticos, tabaco y alcohol con la esperanza de que estos agentes puedan propiciar alivio.

2.5.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Diversas manifestaciones de ansiedad pueden acompañar otros trastornos mentales como la esquizofrenia, la manía y los síndromes mentales orgánicos. Síntomas como control o robo del pensamiento e ideas persecutorias, entre otros, sugieren el diagnóstico de esquizofrenia. La hiperactividad, fuga de ideas y exaltación afectiva caracterizan entre otros síntomas a la manía. Los trastornos en la abstracción, juicio y memoria permitirán orientar el diagnóstico del síndrome mental orgánico (CIE-9).

2.6 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

El trastorno obsesivo compulsivo es una entidad

clínica caracterizada por ideas persistentes llamadas obsesiones y actos compulsivos encaminados a controlar esas ideas obsesivas. Las obsesiones son el resultado de ideas y pulsiones que persistentemente afluyen a la mente del enfermo ocasionando en este un rechazo infructuoso de las mismas. En forma paradójica mientras más persistente el rechazo, más intenso se vuelve el monto de la ansiedad y a su vez, este incremento de la ansiedad hace más indispensable la obsesión.

El trastorno obsesivo compulsivo puede presentarse raramente desde el período juvenil, pero su máxima incidencia se da en adultos jóvenes. En su forma completa es infrecuente en la práctica clínica, pero manifestaciones de carácter obsesivo o compulsivo pueden verse asociadas a otras expresiones de trastorno neurótico.

La compulsión es un impulso indeseable, repetitivo y coercitivo utilizado por los enfermos obsesivos compulsivos con miras a contrarrestar las ideas obsesivas. El acto compulsivo adopta la característica de ceremonia ritual, imposible de controlar por la voluntad (CIE-9).

Los ejemplos de compulsiones son abundantes y por su severidad y carácter bizarro, imponen una limitación

grande en la vida del sujeto y a veces semejan el comportamiento estereotipado de los esquizofrénicos. Ejemplos de compulsión son la abluptomania o lavado incesante de las manos, la compulsión de tocar objetos, la tendencia a discriminar los colores de los vehículos, el recuento de los peldaños de las escaleras mientras se circula sobre ellas, o el ya citado reaseguramiento del cierre de las puertas o de las llaves del agua Velez-Rojas (1990).

2.7 OBESIDAD.

La obesidad simple no se incluye entre los trastornos de la alimentación en DSM-III-R. Sin embargo, cuando hay pruebas de que los factores psicológicos tienen una función etiológica importante en un caso específico se puede anotar señalando "factores psicológicos que afectan el estado físico", en el diagnóstico.

2.7.1 SINTOMAS Y SIGNOS.

A pesar de la ausencia de claridad, sobre los perfiles psicológicos y de la conducta relacionados con

el desarrollo de la obesidad, existe un subgrupo de sujetos obesos que manifiestan patrones de sobrealimentación que tienen una base emocional. Cerca del 10% de los sujetos obesos, por lo general mujeres, desarrollan un síndrome de alimentación nocturna que se caracteriza por anorexia en la mañana e hiperfagia con insomnio por las tardes y noches. Al parecer las tensiones de la vida precipitan esta conducta, que tiende a persistir hasta que se alivian dichas tensiones. Un grupo más pequeño de personas obesas (cerca de 5%) son glotonas episódicas. Estos episodios tienden a ocurrir después de las tensiones emocionales y pueden representar reacciones a ellas (DSM III-R).

Las personas obesas que tienen trastornos concomitantes, pueden experimentar menosprecio de su propia imagen corporal. Sienten que sus cuerpos son grotescos y que otros las miran con hostilidad y desdén. Estos sentimientos pueden verse reforzados por las actitudes sociales, puesto que a menudo se discrimina a las personas gordas y los demás las consideran personas débiles; autodestructivas y responsables de su estado. Manifiestan además poco amor propio y concepto negativo de su persona. De ordinario las personas obesas que no

tienen un trastorno mental coexistente no manifiestan alteraciones de la imagen corporal o del concepto de sí mismas (DSM III-R).

Aunque muchas personas obesas tienden a comer como reacción a alteraciones emocionales como sensaciones de ansiedad, miedo, soledad, aburrimiento o ira, lo hacen así muchas personas de peso normal. Los sujetos obesos tienden a masticar menos y comer con mayor rapidez que las otras personas, pero ambos grupos se ven influidos de manera poderosa por las conductas alimenticias de quienes los rodean.

Los adultos obesos suelen ser menos activos desde el punto de vista físico que los demás, pero esto puede ser una consecuencia más que una causa de la obesidad. Los niños obesos no son menos activos que los niños de su misma edad de peso normal.

Por sí misma, la dieta puede ser un factor biológico y psicosocial productor de estrés importante. Puede producir sentimientos de frustración, agitación, irritabilidad y aumento de la reactividad emocional, en personas por lo demás "normales". Por lo tanto, algunos de los aspectos emocionales que se atribuyen tradicionalmente a las personas obesas, pueden ser consecuencia de sus intentos por perder peso mediante

dieta, más que una causa de su estado.

En contraste, la imagen jovial que proyectan algunos sujetos obesos, puede ser una defensa psicológica para lograr la aceptación de los demás.

El exceso de peso puede producir dorsalgia baja, agravamiento de la osteoartritis, en particular de rodillas y tobillos y callosidades en los pies y los talones. Se puede acompañar de amenorrea y otros trastornos menstruales. La proporción más baja entre área de superficie corporal y masa corporal produce aumento de la pérdida de calor y de la sudación. Son comunes el prurito y los trastornos de la piel. A menudo hay tumefacción leve o moderada de manos y pies. En las personas masivamente obesas, la presión de los tejidos grasos sobre el tórax en combinación con la que produce la grasa intra abdominal contra el diafragma, puede reducir la capacidad respiratoria y producir disnea de esfuerzo. Este trastorno puede progresar hasta el llamado síndrome de Pickwick, caracterizado por hipoventilación e hipercapnia, hipoxia y somnolencia. Howard. Goldman. (1989).

La obesidad se acompaña de hipertensión, hiperlipidemia, diabetes sacarina, intolerancia a los carbohidratos y trastornos renales y pulmonares. Los

pacientes obesos están en mayor peligro durante las operaciones quirúrgicas y la anestesia, lo mismo que durante el embarazo. Lira Camacho. UNAM (1989).

La obesidad se acompaña también de aumento del peligro de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, no está claro si es un factor de riesgo independiente o resultante de la hipertensión, la hiperlipidemia y la diabetes acompañantes. Se ha sugerido que también ciertos riesgos de salud relacionados con la obesidad pueden estar influidos por el patrón de distribución, así como por el volumen total de grasa.

Mayores riesgos de enfermedad cardíaca, por ejemplo, pueden acompañar a la acumulación excesiva de grasa abdominal. (Kopelman 1984).

Las primeras teorías psicoanalíticas de la obesidad, sostienen que los sujetos obesos experimentan necesidad de dependencia no resuelta y habían quedado fijados en la etapa oral del desarrollo psicosexual. Los síntomas de obesidad se consideraban como equivalentes depresivos, como intentos para recuperar la crianza y los cuidados "perdidos" o frustrados. Los estudios recientes no han podido demostrar un aumento de la frecuencia de trastorno psicopatológico en los sujetos obesos en comparación con los de peso normal. Sin embargo, los

miembros de un subgrupo de sujetos obesos de iniciación juvenil, manifiestan trastornos importantes en la imagen corporal, es decir, consideran a sus cuerpos muy feos y repugnantes y creen que los demás los miran con desprecio. Tienen un concepto negativo de sí mismos, son cohibidos y experimentan alteraciones del funcionamiento social. Estas experiencias pueden contribuir al desarrollo y la conservación de la obesidad. Más aún, como con frecuencia se discrimina desde el punto de vista social a las personas obesas y son quizá menos a menudo objetos de deseo sexual que las personas de peso normal, la conservación de la obesidad podría reflejar en algunos casos deseo inconsciente de conservarse aislado con objeto de evitar los conflictos relacionados con la sexualidad o la intimidad emocional.

Aunque no hay una constelación familiar específica que predisponga a la obesidad, los miembros de la familia que carecen de calor y amor pueden emplear los alimentos y la ingestión excesiva de los mismos como - substitutos de amor-. Las madres de estas familias, suelen ser personas solitarias cuyas propias infancias se caracterizaron por privación social, económica o emocional. Estas madres pueden desear inconscientemente tener niños gordos. La identificación con sus hijos "bien

alimentados y cuidados", puede compensar sus privaciones anteriores. Estas familias también pueden equiparar el tamaño físico y el estado "bien alimentado", con la fuerza física y emocional. Los niños obesos de estas familias pueden por lo tanto temer a la pérdida de peso al interpretar, de manera incorrecta, que esto sería una pérdida de la fuerza física y el bienestar emocional Howard. Goldman. (1989).

CAP III. COMEDORES COMPULSIVOS

3.1 ANTECEDENTES.

El presente capítulo está extraído de la amplia literatura que se maneja en todos los grupos de Comedores Compulsivos Andnimos. Gran parte de ésta literatura es traída y traducida de La oficina de Servicio Mundial, que es un centro de servicio cuya función principal, es llevar el mensaje de Comedores Compulsivos en un nivel amplio, a las muchas personas que sufren de comer compulsivamente. La oficina de Servicio Mundial, publica la literatura de Comedores Compulsivos, incluyendo Lifeline, la revista mensual de recuperación de Comedores Compulsivos, y hace envíos regulares a todos los grupos e intergrupos, proporcionando una conexión entre ellos y manteniéndolos informados sobre los asuntos que atañen a Comedores Compulsivos como un todo. Con el fin de mantener estos contactos vitales, la oficina de Servicio Mundial, mantiene datos actualizados de todos los grupos e intergrupos registrados y publica periódicamente directorios revisados de las reuniones.

La oficina de Servicio Mundial, también sirve como centro de información pública sobre Comedores

Compulsivos Anónimos, atendiendo a las solicitudes de los representantes de los medios de comunicación pública, los profesionales de sanidad y otros interesados en el comer compulsivamente y el programa de Comedores Compulsivos. Literatura (4).

3.2 COMO INICIA Y QUE ES COMEDORES COMPULSIVOS ANONIMOS

En enero de 1960, tres personas que vivían en los Angeles, California; comenzaron a reunirse con el propósito de ayudarse mutuamente en sus problemas relacionados con la comida, lo habían intentado todo sin ningún éxito, el programa que siguieron fue y sigue siendo desarrollado según el programa de alcohólicos anónimos, desde esa primera reunión, O.A. (Overeaters Anonymus) ha crecido hasta que hoy en día hay miles de reuniones en los Estados Unidos y otros países.

Comedores Compulsivos Anónimos (C.C.A), es una asociación de hombres y mujeres que tienen un problema en común, el comer compulsivamente. Se han unido para compartir uno con otro su experiencia, fortaleza y esperanza, a fin de resolver este problema y ayudar a otras personas que comen compulsivamente a hacer lo

mismo.

C.C.A., no impone cuotas, ni horarios para ser miembro, se mantiene totalmente a través de las contribuciones de sus miembros, la mayoría de los grupos "pasan la canasta" en las reuniones para cubrir gastos. C.C.A., no solicita ni acepta contribuciones de fuera.

El concepto de abstinencia es la base del programa de recuperación de C.C.A. Admitiendo la incapacidad de controlar la compulsión de comer en el pasado y no renunciado a la idea de que lo único que uno precisa para poder comer normalmente es "un poco de fuerza de voluntad", llega a ser posible abstenerse de comer en exceso. "Solo por Hoy", es una frase utilizada por C.C.A., para describir un enfoque básico al problema de abstenerse de comer compulsivamente. El individuo no dice que no tomará jamás un bocado compulsivo mientras viva, no se promete a sí mismo que no comerá compulsivamente "mañana" o "por el resto de la semana". Su experiencia anterior le ha enseñado que estas promesas no resultan, que su compulsión a comer es más poderosa que sus mejores intenciones de no comer en exceso.

El miembro de C.C.A., reconoce que su mayor problema es abstenerse ahora. Las veinticuatro horas presentes, son el único período de tiempo en que se puede

hacer algo; ayer ya pasó y mañana nunca llega, pero "hoy", dice el C.C.A., "no me desviaré de mi programa", "puede ser que mañana sienta la tentación de comer algo extra y quizás lo haga, pero me preocuparé de mañana cuando llegue, hoy es lo único que importa ahora".
Literatura (17).

Junto con "solo por hoy" C.C.A., acentúa la importancia de tres dichos que a menudo se oyen también fuera de C.C.A. Estos dichos son: "poco a poco se va lejos", "vive y deja vivir" y "lo primero, primero"; haciendo que estos refranes sean una parte fundamental de su actitud hacia los problemas de la vida diaria, en general el C.C.A., se ayuda mucho en sus esfuerzos para vivir bien, sin exceso de comida.
Literatura (5).

El programa de C.C.A., es sencillo, pero no es fácil. Para recuperarse de una de las adicciones más desconcertantes, desgraciadas y compulsivas, se requiere el esfuerzo diligente por parte del individuo. La honradez consigo mismo, la mente abierta y el estar dispuesto, son las llaves que abrirán la puerta a la recuperación.

Comedores Compulsivos Anónimos, no es una sociedad religiosa, porque a sus miembros no se les exige

ninguna creencia religiosa como condición para pertenecer al grupo. C.C.A., tiene entre sus miembros, personas de diversas creencias religiosas, así como algunos ateos y agnósticos. El programa de recuperación de C.C.A., si bien se basa ciertamente en la aceptación de ciertos valores espirituales, cada miembro es libre de interpretar estos valores como mejor le parezca, o ni siquiera pensar en ellos si así lo desea. Muchas personas que comen compulsivamente, cuando llegan al grupo por primera vez, tienen ciertas reservas en cuanto a aceptar cualquier concepto de un poder superior a ellas mismas. Sin embargo, si esto es un problema, la experiencia de C.C.A., ha demostrado que si mantienen la mente abierta sobre este tema y continúan asistiendo a las reuniones, no les será demasiado difícil encontrar su propia solución a esta dificultad tan personal.

Para Comedores Compulsivos Anónimos, el anonimato es vital, a nivel público: en la prensa, radio, cine y televisión, practicando el anonimato, los miembros aseguran que el egoísmo y autoglorificación no lleguen a ser la ruina de la asociación. El anonimato es también esencial dentro de la asociación, ya que le garantiza al recién llegado, que sus confidencias no serán reveladas. Es decir, dentro de cada grupo, así como a nivel público,

los principios de Comedores Compulsivos, se anteponen a las personalidades. Al practicar estos principios, al renunciar a la distinción personal para el bien común, los miembros de Comedores Compulsivos, de acuerdo con la primera tradición -"El restablecimiento personal depende de la unidad de Comedores Compulsivos Anónimos"-, aseguran la preservación de esa unidad.

El programa de Comedores Compulsivos, tiene mejores resultados para el individuo, cuando se reconoce y se acepta como un programa que incluye a otras personas. Literatura (9).

El sólo hecho de asociarse con otros que sufren de modo similar, da esperanza a la persona que come compulsivamente, puesto que no le juzgan, ni se rien de ella a causa de su problema, puede compartir su experiencia pasada, sus problemas actuales y sus esperanzas para el futuro con aquellos que le comprenden y le apoyan. Trabajando con otras personas que comen compulsivamente ya no se siente sola e incomprendida, por el contrario, por fin se siente necesitada y aceptada. Por esto, es que la gran mayoría de los Comedores Compulsivos creyendo que la compulsión de comer es incurable, y para liberarse de la misma, encuentra que es importante acudir a las reuniones con regularidad.

Literatura (6).

El servicio que en Comedores Compulsivos Anónimos se da, proporciona recuperación; ya que da el convencimiento de que se está en casa, se tiene una familia y se es parte de una comunidad que permanece junta, para salir adelante de la enfermedad de comer compulsivamente. El dar servicio saca del egoísmo y el aislamiento en que la enfermedad encarcela, además de que permite el aprender quizá por primera vez a dar sin recibir nada a cambio, Hollis (1991).

Las horas que se dedican al servicio, probablemente sean las horas que antiguamente se dedicaban a comer compulsivamente. Llevar el mensaje a la persona que come compulsivamente y que todavía sufre, es el objetivo básico y por tanto la forma fundamental del servicio.

Comedores Compulsivos, puede considerarse como fuera de lo común, en el hecho, de que no tiene un gobierno central y solamente un mínimo de organización formal. No tiene oficiales ni ejecutivos que ejercen poder o autoridad sobre la asociación o sobre los miembros individuales, sin embargo, es obvio que hasta en la organización menos formal hay ciertas tareas que llevar a cabo.

En los grupos locales, alguien tiene que conseguir el lugar para las reuniones, lleva la cuenta de las finanzas del grupo, se asegura que haya suficiente literatura de Comedores Compulsivos y se mantiene en contacto con centros de servicio locales, nacionales e internacionales.

A nivel internacional se necesitan personas que sean responsables del mantenimiento y buen funcionamiento de la Oficina de Servicio Mundial.

Todo esto significa que Comedores Compulsivos, a los niveles local, nacional e internacional, necesita personas responsables para llevar a cabo estas tareas. A estas personas frecuentemente se les llama: secretario, tesorero o varios otros títulos que se adaptan al trabajo. Es importante comprender que estas personas solamente desarrollan unos servicios; no toman decisiones ni emiten juicios individuales que pudiesen afectar a su grupo o a otros grupos de Comedores Compulsivos. Los que aceptan éstas condiciones, son directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

3.3 LOS DOCE PASOS.

He aquí los doce pasos que se sugieren como

programa de recuperación para la persona que come compulsivamente.

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante la comida, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.- Llegamos a creer que sólo un Poder Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
- 4.- Sin ningún temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- 6.- Estuvimos completamente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le pedimos que nos librase de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quien habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9.- Reparamos directamente a cuántos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.

- 10- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11- Buscamos a través de la oración y la mediación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza para llevarlo a cabo.
- 12- Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a las personas que comen compulsivamente y de practicar estos principios en todos nuestros actos. Literatura (19).

Los doce pasos, son el núcleo del programa de recuperación de Comedores Compulsivos y ofrecen un nuevo modo de vida, que le permiten a la persona que come compulsivamente vivir sin la necesidad de comer en exceso. Estos pasos son solamente sugerencias, basadas en la experiencia de miembros recuperados de Comedores Compulsivos, no hay obligaciones en la asociación, por lo tanto, la aceptación y práctica de estos pasos no es obligatoria de ninguna manera. Sin embargo, la

experiencia de Comedores Compulsivos ha demostrado que los miembros que hacen un serio esfuerzo por seguir estos pasos y aplicarlos a la vida diaria, parecen conseguir mucho más de Comedores Compulsivos, que los miembros que no dan mayor importancia a los mismos. Muchos han preguntado "¿Cómo puedo practicar todos estos pasos?"; no hay que desanimarse, nadie ha podido cumplir perfectamente con todos estos principios todo el tiempo. No siendo santos, los Comedores Compulsivos están dispuestos a crecer por rutas espirituales. Estos pasos son guías hacia el progreso, y en la asociación, el comedor compulsivo se esfuerza por el progreso espiritual más bien que por la perfección espiritual.

Comedores Compulsivos no afirma que estos pasos sean de ningún modo originales con esta asociación, las ideas expresadas reflejan la experiencia práctica y la aplicación del discernimiento espiritual, según lo han demostrado pensadores de muchas épocas.

Su mayor importancia está en el hecho de que dan resultado. Le permiten a la persona que come compulsivamente y a miles de otras personas, vivir unas vidas felices y productivas, y representan la fundación por la cual se ha edificado la asociación de Comedores Compulsivos Andnimos.

3.4 LAS DOCE TRADICIONES.

Las doce tradiciones son los medios por los cuales, la asociación de Comedores Compulsivos se mantiene unida en una causa común.

- 1.- Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; el restablecimiento personal depende de la unidad de Comedores Compulsivos.
- 2.- Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: Un dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que fieles servidores; no gobiernan.
- 3.- El único requisito para ser miembro de Comedores Compulsivos es el deseo de dejar de comer compulsivamente.
- 4.- Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a los Comedores Compulsivos considerados como un todo.
- 5.- Cada grupo tiene un sólo objetivo: llevarle el mensaje a la persona que aún está sufriendo de comer compulsivamente.
- 6.- Un grupo de Comedores Compulsivos nunca debe

respaldar, financiar o prestar el nombre de Comedores Compulsivos, a ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar problemas de dinero, propiedad y prestigio y que estos nos desvien de nuestro objetivo principal.

- 7.- Todo grupo de Comedores Compulsivos debe mantenerse así mismo negándose a recibir contribuciones de fuera.
- 8.- Comedores Compulsivos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicios pueden emplear trabajadores especiales.
- 9.- Comedores Compulsivos, como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas de servicio ó comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
- 10.- Comedores Compulsivos no tiene opinión en asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente el nombre de Comedores Compulsivos nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
- 11.- Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión el cine y otros medios de comunicación pública.

12- El anonimato es la base espiritual de nuestras tradiciones, recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personas.

Estas doce tradiciones, representan para los grupos, lo que los doce pasos representan para el individuo.

Son principios sugeridos para asegurar la supervivencia y el desarrollo de los muchos grupos que comprenden Comedores Compulsivos.

Como los doce pasos, las doce tradiciones tienen raíces en asociaciones similares y más antiguas. Estas tradiciones describen las actitudes que aquellos miembros creían eran importantes para ayudarles a abstenerse de sus actividades compulsivas específicas. De ese modo, en adoptar y practicar estas actitudes, los miembros de Comedores Compulsivos aseguran la unidad del grupo, que es tan esencial para la recuperación individual.

3.5 LITERATURA.

A continuación, se expondrán dos ejemplos de la "Literatura" que se maneja en los grupos con el fin de comprender la poderosa influencia motivacional que genera

ésta en los comedores compulsivos.

3.5.1 LA COMIDA NO ES UNA PANACEA.

"A pesar de que nosotros, los Comedores Compulsivos, creamos en esto, la comida no soluciona nuestros problemas emocionales ó espirituales. La comida no puede llenar nuestros corazones de amor a pesar de que comamos mucho. En vez de eliminar nuestras dificultades con la familia, amigos y nosotros mismos, comer en exceso los multiplica.

Si nuestro problema fuera no tener suficiente que comer, la comida sería la solución. Es posible que estemos pasados de peso y desnutridos al mismo tiempo, por estar comiendo los alimentos equivocados. Para la mayoría de nosotros; sin embargo, la dificultad es simplemente que nos gusta comer de más. El único remedio para este problema es COMER MENOS.

La buena nueva para los Comedores Compulsivos, es que una vida de abstinencia y control es posible. No tenemos que ser destruidos por nuestra enfermedad. Cuando reconocemos que hemos estado utilizando la comida para hacer lo que sólo nuestro poder Superior puede hacer, estamos en camino de recuperarnos. En lugar de volvernos

hacia la comida para aliviar nuestro dolor y satisfacer nuestros anhelos, volvámonos hacia Dios.

(del libro "Food for Thought", correspondiente al 27 de abril). (25 # 10).

3.5.2 SUGERENCIAS PARA ESTAR SOBRIO.

Estar sobrio significa estar bien con el Yo, con el Tú y con el PODER SUPERIOR.

Para lograr la sobriedad se recomienda:

- 1.- NO PESARSE, (por lo menos en 6 meses) que la báscula no sea nuestra medida de estar bien ó mal lo importante es estar bien por dentro.
- 2.- COMER TRES VECES AL DIA, debemos hacer las tres comidas al día, porque suspender una, nos lleva al atracón en la siguiente.
- 3.- NO COMER ENTRE COMIDAS, sólo tres veces al día, cada vez que sientas ganas de comer entre comidas, toma agua.
- 4.- NO VOLVERSE A SERVIR, servirse sólo una vez, en una charola ó mantelito, colocar todo lo que, HONESTAMENTE me voy a comer y no volverse a servir.
- 5.- HACERLO SOLO POR HOY, sólo por 24 hrs., no pienses

en el mañana, en como estarás dentro de un año, dentro de un mes, hazlo sólo por hoy, por ésta comida, sólo por 15 minutos.

6.- BAJARLE AL PLATO, como consecuencia de nuestra recuperación por dentro, el plato ira bajando en contenido, si nos servimos en una charola poco a poco debemos irle poniendo menos, este es un programa de honestidad, nadie te va a contar ni las calorías, ni las tortillas, ni te va a preguntar cuánto comiste ayer, come lo que honestamente sabes que te hace falta.

7.- VENIR A LAS JUNTAS, ninguna recuperación es posible solo, los que estamos en C.C.A., lo sabemos por experiencia propia, es necesario venir a las juntas.

Date la oportunidad de probar, asiste por lo menos un mes y decide si este programa es para tí.

Literatura (25).

Los que estamos aquí pensamos que este programa si funciona, quien falla es el individuo.

CAP IV INSTRUMENTOS

4.1 TEST DE MAX LUSCHER.

El Test de Max Löscher creado hace más de 25 años ha sido retocado y perfeccionado, pero es esencialmente el mismo que se presentó en su comienzo, se han mejorado y ampliado sus interpretaciones pero sus premisas originales han resistido el paso del tiempo.

Pese a que es una prueba no estructurada que cae dentro de la clasificación de las pruebas proyectivas, el test es de gran utilidad, ya que señala los aspectos clave de la personalidad y las zonas donde existe tensión fisiológica y psicológica.

4.1.1 ANTECEDENTES.

El color es un fenómeno de la realidad que ha cautivado a la humanidad y ha sido fruto de innumerables investigaciones y estudios por parte de filósofos, físicos, biólogos, fisiólogos y sobre todo de psicólogos.

Se ha estudiado el carácter objetivo o subjetivo del color, su significación existencial, los mecanismos que hacían posible su percepción (tanto neurofisiológicos

como neuroquímicos y psicológicos), las leyes psicofísicas que establecen la relación entre la luz y los procesos fisiológicos; la experiencia subjetiva y su valor adaptativo. Por su parte los estudios recientes, procuran esclarecer los mecanismos que rigen la preferencia por los tonos cromáticos y las reacciones emocionales a estos.

El uso del color en las pruebas subjetivas da interesantes aportaciones, como en la investigación de Lôscher, quien realizó sus pruebas con base en la preferencia y el rechazo del color. Este autor confirmó que el sujeto entrevistado refleja su estado mental y glandular, sin olvidar por ello que existen una serie de significados de cada uno de los colores utilizados, los cuales están influidos por la cultura. (Ortiz 1992).

Lôscher basó sus estudios en que desde el principio de los tiempos la vida del hombre siempre ha estado gobernada por dos factores incontrolables: La noche (la oscuridad): Que trae consigo inercia, reposo y un relajamiento general de la actividad metabólica y glandular, el color asociado a este ambiente es el azul oscuro (el azul oscuro del cielo nocturno); por lo que el azul, es el color de la tranquilidad y la

pasividad. El día (la luz): Que ofrece la posibilidad de acción, incrementa la actividad metabólica y una mayor secreción glandular que proporcionan energía y estímulo. El color asociado con este ambiente es el amarillo claro (el amarillo claro de la luz del día); por lo que se considera como el color de la esperanza y la actividad.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, se comprenderá con mayor claridad, el porqué el hombre se ve influido por los colores que la misma naturaleza le ofrece y porqué ésta influencia se relaciona íntimamente con su constitución física y psicológica, que ha de recibir el impacto de los colores naturales, le guste o nó.

Se les llama colores autónomos a los que están basados en factores que el hombre controla, como por ejemplo; las acciones externas de atacar y conquistar, representadas con el color rojo, y la autoconservación, representada con el color verde.

Se les llama colores heterónomos a los factores que gobiernan al hombre, antes que elementos que el pudiese controlar, como lo es la noche y el día, representados con los colores: azul y amarillo.

pasividad. El día (la luz); Que ofrece la posibilidad de acción, incrementa la actividad metabólica y una mayor secreción glandular que proporcionan energía y estímulo. El color asociado con este ambiente es el amarillo claro (el amarillo claro de la luz del día); por lo que se considera como el color de la esperanza y la actividad.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, se comprenderá con mayor claridad, el porqué el hombre se ve influido por los colores que la misma naturaleza le ofrece y porqué ésta influencia se relaciona íntimamente con su constitución física y psicológica, que ha de recibir el impacto de los colores naturales, le guste o no.

Se les llama colores autónomos a los que están basados en factores que el hombre controla, como por ejemplo; las acciones externas de atacar y conquistar, representadas con el color rojo, y la autoconservación, representada con el color verde.

Se les llama colores heterónomos a los factores que gobiernan al hombre, antes que elementos que el pudiese controlar, como lo es la noche y el día, representados con los colores: azul y amarillo.

4.1.2 FISILOGIA DE LOS COLDRES.

Un objeto físico puede transmitir, reflejar, absorber, refractar o irradiar luz; en todo caso, es la luz que alcanza al ojo la que determina el color, la saturación o la luminosidad. No es posible definir exactamente que papel desempeñan los conos en la recepción de la energía luminosa a partir de una superficie coloreada hasta la sensación del color, por lo que una de las incógnitas que no se ha podido resolver es la visión cromática, aunque existan varias teorías.

Una de ellas es la de Young, que afirma que existen tres clases diferentes de conos: rojo, verde y azul. Los impulsos procedentes de estos conos se combinan en el cerebro de tal manera que dan una imagen completa de las imágenes, sólo que separadas. Cuando los tres tipos de conos son estimulados por luz blanca, se produce luz incolora. Cada unidad visual puede ser considerada compuesta por tres conos, cada uno de los cuales responde a uno de los colores fundamentales.

También se encuentra la teoría de los cuatro colores, en la que se menciona la naturaleza unitaria del rojo, del verde, del amarillo y del azul, que al ser mezclados dan lugar a otros colores: por ejemplo, el rojo

y el amarillo forman el anaranjado; el verde y el azul dan el indigo.

Dentro de la respuesta tetracromática por parte del ojo se encuentran también la propuesta de la existencia de un cono para los colores rojo y verde y un cono para el amarillo y el azul, en donde dos clases de conos podrán señalar cuatro respuestas visuales primarias al cerebro.

Existen otras hipótesis como la del cono único de Grant, en la cual cada cono de la retina es capaz de responder a más de una sensación coloreada.

Por último, la teoría policromática sostiene que existen siete variedades de receptores que se agrupan en tres unidades: una unidad tricolor, que comprende el anaranjado, verde e indigo; una unidad dicromática, que corresponde al rojo y al receptor azul; y por último una unidad dicromática, que corresponde al amarillo y al azul. La investigación moderna indica que hay tres tipos de conos: un receptor azul, con un máximo de sensibilidad cerca de las 450 mm; un receptor verde con un máximo de sensibilidad cerca de las 525 mm; y un receptor rojo con el máximo de sensibilidad aproximado a las 550 mm. Es posible que los tres conos puedan reaccionar con base en estos tres colores y que la retina

transforme los correspondientes impulsos a una señal de cuatro colores a las células ganglionares que van al cerebro. Ortiz (1992).

Sea cual fuere la teoría más acertada, lo cierto es que existe un umbral de excitación para el color. Como se puede observar aún hoy en día, el mecanismo con el que se ven y reconocen los colores no se ha explicado perfectamente. Aún así, la teoría del contraste del fisiólogo Hering (1974), parece explicar bien lo que ocurre en el Test de los colores empleado en la presente investigación.

"Hering, observó que la púrpura visual (una sustancia que se halla en los bastones de la retina del ojo y que se conoce también, con el nombre de rodopsina), se decoloraba por la influencia de colores claros y se restauraba por sí sola, cuando se exponía a colores oscuros: lo "claro", tenía un efecto catabólico (de destrucción), en tanto que lo "oscuro", tenía un efecto anabólico (de restablecimiento y regeneración)" Lüscher (1990).

Este "efecto de contraste", se aplica a todos los colores de acuerdo con su claridad o con su oscuridad.

Basados en esto se puede deducir, que si psicológicamente o fisiológicamente, se necesita una "paz

emocional", un restablecimiento físico y un relajamiento de tensiones, se elegirán colores oscuros, y si por el contrario, el organismo necesita gastar energía en una actividad externa o en una producción intelectual, se elegirán colores claros.

4.1.3 DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA.

El Test de Max Löschler ha sido muy útil en la práctica médica, en la educativa, en el asesoramiento matrimonial y de orientación vocacional, además de que se han investigado extensamente sus aplicaciones etnológicas, religiosas, psicológicas y gerontológicas.

El Test, consta de 7 series diferentes con un total de 73 placas; con 25 tonos y matices y 43 elecciones. La interpretación del Test completo requiere formación profesional y percepción psicológica. Para la presente investigación se utilizó la versión abreviada del Test de Colores de Löschler, en este, se incluye sólo una de las siete series: La de los ocho colores.

Consta de 4 colores básicos que son: el azul, el amarillo, el rojo y el verde que son los colores "primarios psicológicos". Y 4 colores auxiliares que son: "el violeta, (mezcla de rojo y azul); el marrón, (mezcla

de amarillo, rojo y negro); el gris neutro, (no contiene ninguno, y por lo tanto, está libre de toda influencia activa, su intensidad lo coloca en el medio entre lo claro y lo oscuro, de modo que no da lugar a ningún proceso anabólico o catabólico, es fisiológica y psicológicamente un color neutro); y finalmente, el negro que es la negación de todo color".

Cuando los colores se escogen con cuidado por su asociación directa con necesidades psicológicas y fisiológicas, como en el Test de Colores. La preferencia por un color y el rechazo de otro significan algo muy determinado y reflejan un estado mental o de equilibrio glandular ó bien de las dos cosas.

La preferencia por un color también surge a menudo motivada por las circunstancias, es decir por razones estéticas. Pero cuando la elección se hace sin mezclar otros aspectos como en el Test de Lôscher, la preferencia personal predomina sobre la estética.

La respuesta instintiva a los colores por su contraste, es el factor que hace válido un test, aún en los casos de una visión defectuosa o incluso el daltonismo, pues la elección de un color en concreto, dependerá del grado en que el organismo requiere anabolismo o catabolismo.

Es necesario estudiar la influencia constante de los colores de la naturaleza sobre el hombre, para entender como se produce dicha asociación, porque esta relación es universal y porque existe independientemente de raza, sexo ó ambiente social.

4.1.4 APLICACION.

El Test de Lüscher es uno de los más simples y breves, sólo requiere entre 5 y 10 minutos para su administración; que es de suma sencillez y que a continuación se menciona.

Se colocan las ocho tarjetas de colores frente a la persona a la que se le aplicará. Se le recomendará que no trate de relacionarlos con otras cosas sino que trate de verlos exclusivamente como colores. Posteriormente, se le preguntará Cuál de ellos le gusta más?, hay que agradecer la colaboración y apartar la tarjeta elegida con el color hacia abajo, al comienzo de una fila frente al administrador del Test. Proseguir de la misma manera con las tarjetas restantes hasta que sólo queden dos; entonces se dirá "De las dos tarjetas que quedan, Cuál prefiere?".

En una hoja se anotarán los números de las ocho

tarjetas en el orden en que aparecen de izquierda a derecha.

Se recojen las tarjetas, se mezclan y se vuelven a colocar frente a la persona a la que se le administra el Test, ahora las indicaciones serán las siguientes: "Deseo que observe estos colores como si no los hubiera visto antes. No haga ningún esfuerzo por recordar o repetir lo que hizo antes. Qué color le gusta más?". Se repiten a continuación las indicaciones anteriores, registrándose los números debajo de la primera selección, se agrupan y se analizan las elecciones.

4.1.5 SIGNIFICADO DE LOS 8 COLORES POR ORDEN DE PREFERENCIA.

Primer lugar.- Representa el modus operandi; los medios con los que se dirige hacia sus objetivos.

Segundo lugar.- Representa el objetivo actual, lo que la persona está tratando de conseguir.

Tercero y cuarto lugar.- Indican el estado actual de las cosas.

Quinto y sexto lugar.- Representan la indiferencia, es decir las cualidades concretas de estos colores, ni se

rechazan ni son apropiadas para el estado real de las cosas, se guardan para aprovecharlas en cualquier momento en que las circunstancias cambien.

Séptimo y octavo.- Representan un apartarse, son necesidades que por alguna razón se deben inhibir, el obrar de otro modo sería desventajoso.

4.1.6 SIGNIFICADO DE LOS 8 COLORES.

G R I S (0)

Es un color neutral, y quien lo escoja en primer lugar, tiene el deseo de encerrarse en sí mismo y, así poder mantenerse libre de cualquier influencia exterior. Es una persona que se muestra reticente a participar y aún cuando lo haga no se permite involucrarse en nada. Su especial característica es la ausencia de compromiso.

La persona que lo escoge en último lugar, quiere abarcarlo todo; rechaza la ausencia de compromiso,

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

quienes rehusan el gris, se comprometen a hacer muchas cosas, por la facilidad con las que son estimuladas y por la ansiedad que sienten de no pasar por alto nada.

El puesto medio estadístico del color gris, es el sexto, pero puede trasladarse a los lugares quinto a séptimo sin que signifique nada importante. En cualquier otra posición es significativo. En situaciones de agotamiento, vacío o tensión especial, el color gris tiende a correrse hacia adelante.

A Z U L (1)

Representa la serenidad absoluta. La contemplación de este color, tiene un efecto tranquilizador en el Sistema Nervioso Central. Por lo que en la enfermedad y el cansancio, aumenta la necesidad de este color.

Cuando se escoge el azul en primer lugar, existe la necesidad de tranquilidad emocional, paz, armonía y felicidad ó una necesidad fisiológica de descanso, sosiego y posibilidad de recuperarse.

Cuando se escoge el azul en sexto, séptimo u octavo lugar, tiene un significado de rompimiento (o al menos el deseo de hacerlo), y produce como resultado una

conducta desasosegada o inconstante y en cierto grado de agitación mental.

Si se escoge en primer lugar por sí mismo y no por compensación, indica tranquilidad de espíritu, serenidad de conducta.

Estadísticamente hablando, el color azul tiene una importancia especial si no se halla en alguno de los cuatro primeros puestos.

V E R D E (2)

El verde es una manifestación de firmeza, de perseverancia y, de resistencia a cambiar.

La persona que lo escoge en primer lugar, desea aumentar la certeza de su propio valer, sea por autoafirmación proyectándose en una imagen idealizada de sí misma ó por el reconocimiento que espera de los demás como consecuencia de sus posesiones. Es una persona que quiere que sus propias opiniones prevalezcan, sentirse el defensor y representante de principios básicos inmutables. Desea impresionar, necesita ser reconocido, salirse con la suya contra cualquier oposición y resistencia.

La persona que lo escoge en sexto, séptimo u

octavo lugar desea las mismas cosas, pero su deseo se ha debilitado ante la resistencia encontrada y siente disminuida su imagen por falta de reconocimiento. Esto lo lleva a tensiones y angustias debido a la índole imperativa de esos deseos y, posiblemente, también a su debilidad física actual.

El verde es significativo, cuando no aparece en los lugares segundo, tercero o cuarto.

R O J O (3)

Significa deseo de apetencia y anhelo, es el apremio por lograr éxitos, de alcanzar el triunfo, representa todas las formas de vitalidad y poder desde la potencia sexual hasta las transformaciones revolucionarias.

La persona que lo escoge en primer lugar, quiere que sus propias actividades le proporcionen intensidad experiencial y plenitud vital.

El posponer el rojo a los lugares sexto, séptimo u octavo, habla de una persona que se encuentra en un estado de sobreestimulación, fácilmente irritable, ya sea, porque sufre de falta de vitalidad o, porque se siente acosado por problemas sin solución. Tiene la

sensación de que su ambiente es peligroso y se escapa a su control.

El rojo es significativo si no se halla en los tres primeros lugares.

A M A R I L L O (4)

Posee efectos de luz y alegría y representa relajación y dilatación.

El que lo escoge en primer lugar, demuestra un ansia de liberación y la esperanza de una mayor felicidad. El amarillo compele hacia lo nuevo, hacia lo que evoluciona.

Si el amarillo se rechaza, significa que los ideales se han desvanecido, la persona se siente aislada de los demás. En un estado de ánimo como este, la claridad y la cualidad insustancial del amarillo se consideran como inadecuadas y superficiales; cuanto mayor es el desengaño, más atrás se coloca el amarillo.

El amarillo es significativo, si no se encuentra en los lugares segundo a quinto.

V I O L E T A (5)

El violeta intenta unir el ardor impulsivo del rojo y la dócil entrega del azul, por lo que la persona que lo prefiere, desea alcanzar una relación "mágica", es decir, ser el hechizado y al mismo tiempo embelesar, por lo que posee características irreales, la irresponsabilidad será el resultado final Lüscher (1990).

Una persona juiciosa, en general preferirá uno de los colores básicos, una mental y emocionalmente inmadura puede escoger el violeta.

Cuando el violeta se encuentra en el lugar octavo, el deseo de una intimidad con otro se ha abandonado o se ha suprimido, debido a la imposibilidad aparente de realizarse bajo condiciones inadecuadas.

El violeta no es significativo, si se encuentra en los lugares tercero a séptimo; y tampoco lo es en el caso de embarazo o de preadolescencia si se halla en los lugares primero a segundo.

M A R R Ó N (6)

El marrón es un color amarillo-rojo oscuro, por

lo que la vitalidad del rojo se encuentra disminuida e interpretada más serenamente. Ha perdido su impulso creador expansivo, la fuerza vital activa del rojo; su vitalidad ya no es más eficaz, sino sensorial y pasivamente receptiva.

El desposeído y el errante, con pocas perspectivas de seguridad y satisfacción física ante sí, con frecuencia coloca el marrón al comienzo de la fila.

La persona que rechaza el marrón, colocándolo en octavo lugar, se puede considerar como una persona individualista que no acepta las características sociables de interdependencia del marrón.

El marrón es significativo, si no se encuentra entre los puestos quinto a séptimo.

N E G R O (7)

Representa el límite absoluto detrás del cual la vida cesa, expresa la idea de la nada y de la extinción.

Tiene un efecto muy intenso en cualquier color que esté en el mismo grupo, acentuando las características de ese color.

Quien escoge el negro en primer lugar, quiere renunciar a todo; está en rebelión contra el destino, ó

su propio destino, y está expuesto a actuar precipitadamente.

Quien escoge el negro en segundo lugar, está dispuesto a renunciar a todo, con tal de lograr lo que representa el color que se encuentra en primer lugar.

El negro en tercer lugar, exige que los colores de los dos primeros lugares proporcionen las compensaciones adecuadas.

Asignar el lugar octavo al negro es lo más frecuente estadísticamente; representa un deseo más o menos normal de no dejar nada y de estar en control de las propias acciones y decisiones. Sin embargo cuando en este puesto hay ansiedad, el temor de perder o ser privado de algo, se convierte en un motivo de conflicto corriendo el riesgo de exigir demasiado.

El Test de los colores, a pesar de la notable facilidad y rapidez con que se administra, es un test de psicología "profunda", creado para aquellos profesionales interesados en las características y los motivos conscientes e inconscientes de los demás.

El Test es atractivo e interesante de realizar, toma muy poco tiempo y no crea animadversión en la persona al que se le administra, ya que como solo hay que

hacer una selección de colores, la persona no lo ve como algo que pueda descubrir mucho de sí misma.

Es importante aclarar que la interpretación de la prueba, no se debe dar aisladamente considerando color por color, sino por la combinación de los colores, ya que ocasionalmente suelen escogerse los colores no por sí mismos sino como compensaciones.

La secuencia de los ocho colores, aunque ofrece un análisis que es suficientemente exacto, sólo estudia y describe el cuadro presente; no indica necesariamente si este es el resultado de un profundo desequilibrio psicogénico, o si lo es por unas condiciones ambientales actuales o pasadas que afectan la conducta presente. Los resultados del test se encuentran disminuidos por ansiedades, focos de tensión y conductas compensatorias de índole compulsiva y a menudo poco inteligente.

Cada uno de los 8 colores, ha sido escogido cuidadosamente por su significado especial psicológico y fisiológico, es decir por su "estructura". Ese significado es de carácter general y aplicable en todo el mundo, tanto para jóvenes como para adultos; para hombres como para mujeres; para personas instruidas como para no instruidas; para gente civilizada como para gente incivilizada; etc. Y para la administración del test lo

Único que se requiere es la comunicación con el sujeto examinado, que este entienda lo que se le pide, que pueda ver las tarjetas, (no importando que tuviese un problema de daltonismo), y que sea capaz de determinar sus preferencias.

4.2 CUESTIONARIO.

El cuestionario que se empleó, forma parte de la literatura aprobada por la conferencia de Comedores Compulsivos Anónimos, y de la cual se valen los grupos de C.C.A., para que el recién llegado pueda detectar por sí mismo, si es o no un comedor compulsivo.

Este cuestionario, también sirve a los ya pertenecientes al grupo de C.C.A., para poder evaluar objetivamente, los avances que ha obtenido en la modificación de su conducta alimentaria o también para detectar en caso de no encontrar modificaciones en su conducta alimentaria; qué fallas ha tenido en el seguimiento de su programa de recuperación.

Se utiliza también como otra herramienta informativa, que se le da a la gente que acude a las juntas públicas de información, en las que se explica qué es y en qué consiste C.C.A., y su programa de

recuperación.

El cuestionario consta de 15 preguntas que sirven a la persona que no sabe exactamente si su actitud y conducta hacia la comida es compulsiva o no. Señalándose en él, que si la persona responde afirmativamente a tres o más de estas preguntas, es probable que sea o se esté en vías de ser comedor compulsivo, considerado este criterio por la Asociación de Comedores Compulsivos Anónimos, como una enfermedad progresiva y transmitiendo el mensaje de buscar y encontrar ayuda dentro de un grupo de Comedores Compulsivos.

M E T O D O L O G I A

1. TIPO DE INVESTIGACION.

Basados en la clasificación de los tipos de investigación realizados por varios autores entre ellos el de Hernández Sampieri, Collado y Baptista (1991), se determinó que la presente investigación pertenece al tipo de Investigación Descriptiva, es decir se pretende conocer cuales son las características de personalidad de la Comedora Compulsiva, compararlas entre sí, en relación a las Comedoras Compulsivas que están dentro de un grupo de apoyo y las que no lo están, y posteriormente observar si éstas características caen en las concepciones de neurosis de las teorías tanto de Karen Horney como de Alfred Adler y observar si estas características concuerdan con alguna clasificación nosológica de neurosis.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Conocer las características de personalidad que predominan en la mujer Comedora Compulsiva que

está dentro de un grupo de apoyo y compararlas con la que no lo está.

3. DEFINICION DE TERMINOS.

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD.

Rasgos que determinan e identifican el comportamiento de un sujeto.

PREDOMINIO.

Elemento que más se repite.

COMEDOR COMPULSIVO.

Sujeto que tiene la necesidad apremiante

GRUPO DE APOYO.

Asociación de personas que se reúnen a fin de resolver el problema común que tienen de comer compulsivamente.

4. HIPOTESIS Y VARIABLES.

H₀: Las características de personalidad que se encuentran en la Comedora Compulsiva dentro de un

grupo de apoyo no difieren de las que se encuentran en la Comedora Compulsiva que no está dentro de un grupo de apoyo.

Hi: Las características de personalidad que se encuentran en la Comedora Compulsiva dentro de un grupo de apoyo difieren de las que se encuentran en la Comedora Compulsiva que no está dentro de un grupo de apoyo.

V.I. La aplicación del Test de Lüscher.

V.D. La respuesta del sujeto al Test de Lüscher.

Ho: Si las características de personalidad de ambas muestras no difieren entre sí, ambas caen en la concepción de neurosis de Karen Horney.

Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna cae en la concepción de neurosis de Karen Horney.

V.I. La aplicación del Test de Lüscher.

V.D. La respuesta del sujeto al Test de Lüscher.

Ho: Si las características de personalidad de ambas muestras no difieren entre sí, ambas caen

en la concepción de neurosis de Alfred Adler.

Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna cae en la concepción de neurosis de Alfred Adler.

V.I. La aplicación del Test de Lüscher.

V.D. La respuesta del sujeto al Test de Lüscher.

Ho: Si las características de personalidad de ambas muestras no difieren entre sí, ambas concuerdan con alguna clasificación nosológica de neurosis.

Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna concuerda con cualquier clasificación nosológica de neurosis.

V.I. La aplicación del Test de Lüscher.

V.D. La respuesta del sujeto al Test de Lüscher.

5. PROCEDIMIENTO.

5.1. DETERMINACION DE LA MUESTRA.

Para la presente investigación se tomaron

dos muestras de mujeres comedoras compulsivas.

Una de las muestras a la que desde este momento se le nombrará MUESTRA "A"., se obtuvo de un grupo de Comedores Compulsivos, ésta constituye el 100% de una población total de mujeres con más de 6 meses de antigüedad. El número total de ésta muestra fué de 17 sujetos.

La otra muestra a la que desde este momento se le nombrará MUESTRA "B"., se determinó al azar y se trató de mujeres que no asistían a un grupo de apoyo, pero que caben en el rubro de comedoras compulsivas, el cuál fué determinado por los resultados del cuestionario que utiliza el grupo de comedores compulsivos. El número total de ésta muestra fué también de 17 sujetos.

5.2 INSTRUMENTOS.

Ambas muestras, respondieron a una ficha de identificación distinta, ya que para la muestra "A" que es el grupo control, se requirió mayor información en relación a los sujetos y las causas de su estadia dentro de un grupo de Comedores Compulsivos. Ambas muestras respondieron además a un cuestionario extraído de

Comedores Compulsivos y posteriormente se les aplicó el Test de Löscher.

5.3 CONDICIONES DE APLICACION.

A la muestra "A", se le evaluó en una de las habitaciones de la casa donde se reúne el grupo. La evaluación se realizó en forma individual. El sitio se encontraba en adecuadas condiciones de iluminación y ventilación.

A la muestra "B", se le evaluó en un ambiente apropiado, buscando siempre una similitud con el anterior.

Se trabajó en ambos grupos con un total de 34 mujeres comedoras compulsivas con un rango de edad de 17 a 55 años y con diferentes grados de escolaridad, diferentes ocupaciones y diferencia también en el estado civil de cada una resultando imposible cerrar rangos, por haberse normado ambos grupos como se comentó con anterioridad, mediante la población perteneciente al grupo de Comedores Compulsivos.

T A B L A N o . 1

A N A L I S I S D E R E S U L T A D O S

VACIADO DE DATOS DE LA FICHA DE IDENTIFICACION

(M U E S T R A A)

SUJETO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO. CIVIL
1	17	PREPARATORIA	ESTUDIANTE	SOLTERA
2	20	LICENCIATURA	ESTUDIANTE	SOLTERA
3	20	LICENCIATURA	ESTUDIANTE	SOLTERA
4	20	PREPARATORIA	ESTUDIANTE	SOLTERA
5	21	PREPARATORIA	ESTUDIANTE	DIVORCIADA
6	22	LICENCIATURA	ESTUDIANTE	SOLTERA
7	27	LICENCIATURA	ESTUDIANTE	SOLTERA
8	30	TECNICA	HOGAR	CASADA
9	33	LICENCIATURA	PROFESORA	CASADA
10	35	PRIMARIA	HOGAR	CASADA
11	37	COMERCIO	COMERCIANTE	SOLTERA
12	37	MAESTRIA	ADMINISTRADORA	CASADA
13	38	LICENCIATURA	HOGAR	UNION LIBRE
14	42	PRIMARIA	HOGAR	CASADA
15	53	COMERCIO	HOGAR	CASADA
16	54	LICENCIATURA	HOGAR	CASADA
17	55	NORMALISTA	HOGAR	CASADA

(M U E S T R A B)

SUJETO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EDO. CIVIL
1	18	PREPARATORIA	ESTUDIANTE	SOLTERA
2	21	PREPARATORIA	PROFESORA	CASADA
3	23	LICENCIATURA	ESTUDIANTE	SOLTERA
4	24	PREPARATORIA	PROFESORA	CASADA
5	27	PREPARATORIA	SECRETARIA	CASADA
6	29	LICENCIATURA	PROFESORA	CASADA
7	29	SECUNDARIA	COMERCIANTE	CASADA
8	29	PREPARATORIA	COMERCIANTE	SOLTERA
9	30	LICENCIATURA	ESTUDIANTE	CASADA
10	32	SECUNDARIA	COMERCIANTE	CASADA
11	35	SECUNDARIA	HOGAR	CASADA
12	35	LICENCIATURA	PROFESORA	CASADA
13	37	PRIMARIA	HOGAR	CASADA
14	39	COMERCIO	HOGAR	CASADA
15	40	PRIMARIA	HOGAR	CASADA
16	40	TECNICA	BIBLIOTECARIA	CASADA
17	55	PRIMARIA	HOGAR	CASADA

T A B L A No. 2

TABLA DE FRECUENCIAS DE LOS DATOS OBTENIDOS
EN LA FICHA DE IDENTIFICACIONE D A D E SMUESTRA AMUESTRA B

17	1	SUJETO	0	SUJETO
18	0	"	1	"
20	3	"	0	"
21	1	"	1	"
22	1	"	0	"
23	0	"	1	"
24	0	"	1	"
27	1	"	1	"
29	0	"	3	"
30	1	"	1	"
32	0	"	1	"
33	1	"	0	"
35	1	"	2	"
37	2	"	1	"
38	1	"	0	"
39	0	"	1	"
40	0	"	2	"
42	1	"	0	"
53	1	"	0	"
54	1	"	0	"
55	1	"	1	"

E S C O L A R I D A D

	<u>MUESTRA A</u>	<u>MUESTRA B</u>
MAESTRIA	1	0
LICENCIATURA	7	4
C. TECNICA	4	2
PREPARATORIA	3	5
SECUNDARIA	0	3
PRIMARIA	2	3

O C U P A C I O N

	<u>MUESTRA A</u>	<u>MUESTRA B</u>
TRABAJA FUERA DE CASA	4	9
HOGAR	7	5
ESTUDIANTE	6	3

E S T A D O C I V I L

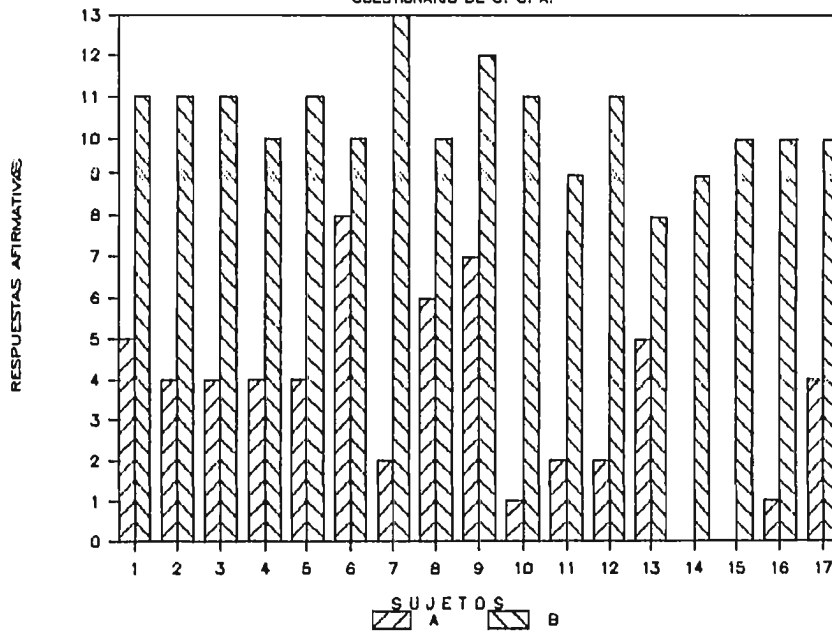
	<u>MUESTRA A</u>	<u>MUESTRA B</u>
CASADA	8	14
SOLTERA	7	3
DIVORCIADA	1	0
UNION LIBRE	1	0

En las tablas (1) y (2), se muestra los datos respecto a edad, escolaridad, ocupación y estado civil de ambas muestras.

Como ya se mencionó, la muestra no pudo cerrarse en los rangos anteriormente expuestos, por haberse normado ambos grupos mediante la población perteneciente a Comedores Compulsivos Anónimos.

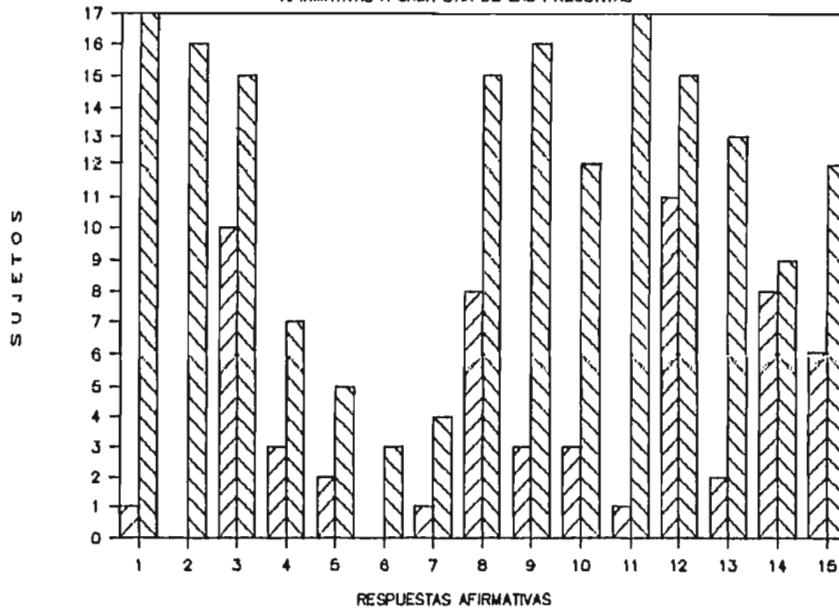
No obstante se elaboraron tablas para tener una idea más clara de la población total.

GRAFICA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS AL
CUESTIONARIO DE C. C. A.



Una mayor frecuencia de respuestas afirmativas al cuestionario de C.C.A., nos habla de un menor control de la conducta compulsiva hacia la comida.

GRAFICA DEL ANALISIS DE RESPUESTAS
AFIRMATIVAS A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS



Las 3 preguntas que obtuvieron más alta puntuación en la MUESTRA "A", fueron las preguntas 3, 8, 12 y 14. Estas se refieren al sentimiento de culpa que experimentan después de comer en exceso; al peso corporal que ha afectado su forma de vida; al ansia de comer a una hora definida del día o

de la noche; y al hecho de haber acudido alguna vez al médico por su exceso de peso.

En la MUESTRA "B", todas las preguntas obtuvieron una puntuación elevada excepto las preguntas 5, 6 y 7. Estas se refieren a la conducta de esperar a estar a solas para comer excesivamente.

T A B L A N o . 5
 ANALISIS DE LAS RESPUESTAS AL TEST DE LUSCHER
 TABLAS DE FRECUENCIA DE ELECCION DE COLOR

En donde las funciones $x x$, se refieren a la situación presente ó conducta adecuada para la situación presente; y las funciones $+ -$, se refieren al problema actual ó conducta que resulta de la tensión.

M U E S T R A A

<u>F U N C I O N X X</u>		<u>F U N C I O N +</u>		<u>=</u>	
COLOR	FRECUENCIA	COLOR	FRECUENCIA	COLOR	FRECUENCIA
0	4	0	0	0	6
1	3	1	1	1	0
2	8	2	2	2	0
3	5	3	4	3	2
4	5	4	2	4	1
5	7	5	6	5	0
6	2	6	0	6	3
7	0	7	2	7	5

R= x 2
 x 5
 x 2 x 5
 x 5 x 2

R= + 5 - 0
 + 5 - 7

M U E S T R A B

<u>FUNCION XX</u>		<u>FUNCION +-</u>		<u>=</u>	
COLOR	FRECUENCIA	COLOR	FRECUENCIA	COLOR	FRECUENCIA
0	3	0	2	0	1
1	4	1	1	1	2
2	8	2	4	2	0
3	6	3	3	3	0
4	6	4	3	4	3
5	6	5	2	5	0
6	0	6	0	6	7
7	2	7	2	7	4

R=	x 2	x 3	x 4	x 5	R=	+ 2	- 6
	x 2	x 3				+ 2	- 7
	x 2	x 4				+ 3	- 6
	x 2	x 5				+ 3	- 7
						+ 4	- 6
						+ 4	- 7

Como se puede observar, las combinaciones se realizaron de acuerdo al color que con mayor frecuencia se eligió, con respecto a las funciones x x, al igual que en las funciones (+ + objetos deseados; = = características coartadas y - - objetos deseados; que no se utilizaron para el análisis de resultados). Existen en las tablas, interpretación tanto para los números individuales como para los pares. Sin embargo para las funciones + -, las interpretaciones son únicamente en pares.

Para buscar las características sobresalientes de la personalidad de la Comedora Compulsiva, se decidió optar por las funciones $x \times$ (que se refieren a la situación presente ó conducta adecuada para la situación presente); y las funciones $+ -$ (que se refieren al problema actual ó conducta que resulta de la tensión).

se obtuvo la frecuencia de la elección por color de ambas funciones, para cada una de las muestras. Se realizaron las combinaciones y se recurrió a las tablas de interpretación para obtener los resultados de las características de personalidad que se observan en la (tabla 6).

T A B L A No. 6

CARACTERISTICAS SOBRESALIENTES DE PERSONALIDAD
 OBTENIDOS DEL MANUAL DE LA PRUEBA DE LUSCHER
 EN FUNCION DE LAS COMBINACIONES

MUESTRA A

- PERSISTENTE.
- EXIGE LO QUE CREE LE ES DEBIDO.
- SE ESFUERZA POR MANTENER SU POSICION.
- BUSCA IDENTIFICACION Y PROTECCION.
- LUCHA POR MEJORAR SU IMAGEN.
- BUSCA ACEPTACION.
- INTENTA EVITAR CRITICAS.
- TEMOR ANTE RESTRICCIONES.
- MANIPULADOR.

MUESTRA B

- PERSISTENTE.
- EXIGE LO QUE CREE LE ES DEBIDO.
- SE ESFUERZA POR MANTENER SU POSICION.
- BUSCA IDENTIFICACION Y PROTECCION.
- LUCHA POR MEJORAR SU IMAGEN.
- BUSCA ACEPTACION.
- INTENTA EVITAR CRITICAS.
- AUTORITARIO.
- PROPENSO A NO CREER EN LOS PROGRESOS.
- TRATA DE MEJORAR EN POSICION Y PRESTIGIO.
- INSATISFECHO CON LA SITUACION PRESENTE.
- DESEO DE MEJORAR PARA ELEVAR AUTOESTIMA.
- ACTIVO AUNQUE JUZGA QUE HACE PROGRESOS LIMITADOS
- JUZGA QUE OBTIENE RECOMPENSAS INSUFICIENTES.
- ATRAIDO POR LO NUEVO.
- PROPENSO A ABURRIRSE.
- NECESITA SER CONSIDERADO COMO INDIVIDUO EXTRAORDINARIO PARA INCREMENTAR AUTOESTIMA.
- SE OPONE A LA MEDIOCRIDAD.

- SE FIJA NORMAS DE VIDA MUY ELEVADAS.
- SE OPONE A INFLUENCIAS EXTERNAS QUE INTERFIERAN EN SU TOMA DE DECISIONES
- DESEA SER RESPETADO POR REALIZACIONES PERSONALES
- LUCHA CONTRA RESTRICCIONES Y LIMITACIONES.
- SE SIENTE INSUFICIENTEMENTE VALORADO.
- BUSCA CONDICIONES DIFERENTES PARA DEMOSTRAR SU VALER.
- SE SIENTE COARTADO E IMPEDIDO DE PROGRESAR.
- BUSCA SOLUCION A LIMITACIONES.

Como se puede observar, las características de personalidad de ambas muestras, en algunos aspectos son básicamente las mismas ó se relacionan directamente. No obstante muchas de las características de personalidad de la muestra "B", no se encuentran en la muestra "A". Predominando en la muestra "B", aspectos tales como: insatisfacción por la situación presente; el fijarse normas de vida muy elevadas; sensaciones de ser valorado insuficientemente; búsqueda de condiciones diferentes para demostrar su valer y a la vez sensación de no poder progresar y sentirse coartado. Por tal razón se acepta la H₁: Las características de personalidad que se encuentran en la Comedora Compulsiva dentro de un

grupo de apoyo difieren de las que se encuentran en la Comedora Compulsiva que no está dentro de un grupo de apoyo. Y se rechaza la Ho.

Respecto a las hipótesis referentes a las características de personalidad de la Comedora Compulsiva en relación a la concepción de neurosis de Karen Horney (Hipótesis 2). La Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna cae en la concepción de neurosis de Karen Horney, se acepta y la Ho se rechaza. Ya que en la Muestra "B" se pueden observar muchas características de personalidad relacionadas directamente con las necesidades neuróticas que enumera Horney, como son: La necesidad de afecto y aprobación, en la que se vive para complacer y ganar el afecto de los demás; La necesidad de prestigio; La necesidad de admiración personal, es decir buscar que los demás vean en la persona la imagen ideal; La necesidad de ambición de medro personal, que se basa en el deseo de ser importante; La necesidad de autosuficiencia e independencia y La necesidad de perfección e inexpugnabilidad, es decir procurar no tener falla alguna por ser hipersensible a la crítica.

Si bien es cierto la Muestra "A" también

presenta La necesidad de afecto y aprobación, basándose en el hecho de que Karen Horney consideraba a la neurosis como cuestión de grado, se puede describir a la Muestra "A", como "menos neurótica". Seguramente debido a que el programa de Comedores Compulsivos, maneja constantemente el autoanálisis, método que recomienda Horney, para no caer en la adopción de la versión idealizada del YO, que se considera como el YO real y que es el principal motivo por el cuál se cae en la neurosis.

Con respecto a las características de personalidad en relación a la concepción de neurosis de Alfred Adler (Hipótesis 3). La Hi: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna cae en la concepción de neurosis de Alfred Adler, se acepta y la Ho se rechaza. Ya que según Adler, en la lucha por alcanzar superioridad, se crean expectativas irreales. El buscar alcanzar la perfección absoluta es dañino para el funcionamiento de la personalidad, ya que las expectativas persisten sin ser satisfechas. Que es lo que parece que ocurre en la Muestra "B". Ya que se puede observar una constante insatisfacción por las situaciones presentes además de fijarse normas de vida

muy elevadas.

Adler consideraba, que muchas de nuestras metas son ficciones con las que actuamos como si fueran hechos y catalogaba al neurótico como un ser que se siente singular y extraordinario y que actúa como si lo fuera.

El grado de conocimiento de las metas es el grado de normalidad de la persona según Adler. Y como anteriormente se mencionó con respecto a la hipótesis referente a la teoría de Karen Horney, la Muestra "A", ahora basándose en la teoría de Alfred Adler, también tiene más posibilidades de salirse del rubro de las neurosis, ya que Comedores Compulsivos Anónimos en su programa de recuperación, fomenta el examinarse constantemente y evaluar las metas. Además de fomentar el interés social al que Adler consideraba significativo. Para Adler "El perfeccionarse a sí mismo dentro de un sentido altamente desarrollado de sentimientos sociales, es la expresión más saludable".

Y por último, al comparar ambos grupos en relación al principio de Psicopatología (Hipótesis 4). Se acepta la H1: Si las características de personalidad de ambas muestras difieren entre sí, alguna concuerda con cualquier clasificación nosológica de neurosis y se

rechaza la Ho. Ya que se encontró que las características de personalidad de la comedora compulsiva de la Muestra "B", concuerdan con la clasificación nosológica de los Trastornos Neuróticos (CIE-9). En el que se considera que el individuo neurótico experimenta un alto grado de insatisfacción en sus realizaciones básicas, tales como en su vida afectiva; sexual; de relación, con sentimientos de frustración y culpa, para todo lo cual no logra encontrar ni una explicación adecuada, ni tampoco puede voluntariamente modificar en forma favorable y notoria su comportamiento. Puede manifestar o no en forma notable su ansiedad, pero más comúnmente utiliza los llamados mecanismos de defensa que son los que en último término tipifican las distintas variedades de neurosis.

Las principales manifestaciones son ansiedad excesiva, síntomas histéricos, síntomas fóbicos, obsesivocompulsivos y depresión.

CONCLUSIONES

Los problemas asociados a la conducta compulsiva de comer, traen consigo graves consecuencias para el individuo, afectan a la familia y por consiguiente a la sociedad. Por lo tanto al convertirse en un problema social es imprescindible tenersele en consideración dentro del campo del especialista en salud mental.

Comedores Compulsivos Anónimos es una asociación que proporciona apoyo y altos índices de recuperación al comedor compulsivo. La continuidad, el apoyo de grupo, la ventilación de los problemas, la discusión de los riesgos de recaída y el valor de la abstinencia que se promueve como el máximo valor del grupo, parecen ser sus principales factores terapéuticos. Esto se puede observar claramente en la presente investigación ya que pese a que ambas muestras caen en la concepción de neurosis la Muestra "A", que es la muestra extraída del grupo de Comedores Compulsivos, presenta un menor número de características de personalidad neurótica.

Por otro lado es importante hacer hincapié en el valor que tiene un grupo de C.C.A., su sentido de pertenencia y la gran disposición para recibir a cuántos se acercan. Sólo que ha quedado de manifiesto el temor y

resistencia que muestran algunas personas a acudir en busca de ayuda, considerándose como autosuficientes ó mostrando un gran temor a ser reconocidos en el problema que les aqueja.

Para finalizar es importante hacer notar el error en que se incurrió al no poder cerrar el rango de edad, escolaridad, ocupación y estado civil, con la finalidad de que puedan ser controlados por quienes deseen seguir la presente línea de trabajo.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Adler, A.; El Carácter Neurótico; Primera Edición; Edit. Paidós; Barcelona 1984.
- 2.- Asociación Psiquiátrica Americana; Manual de Diagnóstico Estadístico; DSM III R.
- 3.- Bischof, L. S.; Interpretación de las Teorías de la Personalidad; Primera Edición; Edit. Trillas. México 1992.
- 4.- Dicaprio, N. S.; Teorías de la Personalidad; Segunda Edición; Edit. Mc Graw Hill; México 1989.
- 5.- Freedman, Kaplan, Sadock; Compendio de Psiquiatría; Primera Edición; Edit. Salvat; Barcelona 1984.
- 6.- Hall y Lindzey; La Teoría de la Personalidad; Tercera Edición; Edit. Paidós; Buenos Aires 1979.
- 7.- Hall y Lindzey; Las Teorías Psicosociales de la Personalidad; Primera Edición; Edit. Paidós; México 1984.
- 8.- Hollis, J.; La Obesidad es un Problema Familiar; Segunda Edición; Edit. Promexa; México 1991.
- 9.- Horney, K.; La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo; Primera Edición; Edit. Paidós; México 1992.
- 10.- Howard, H. y Goldman.; Psiquiatría General; Segunda

Eición; Edit. El Manual Moderno; México 1989.

- 11- Lira, C. C.; Influencia de la Ansiedad Sobre la Obesidad tratada en Psicoterapia de Grupo; México 1989.
Literatura de Comedores Compulsivos Anónimos.
- 12- Comedores Compulsivos; Literatura 4; Acerca de C.C.A.
- 13- Comedores Compulsivos; Literatura 5; Un Programa para la Recuperación.
- 14- Comedores Compulsivos; Literatura 6; Preguntas y Respuestas sobre el Comer Compulsivamente y el Programa de Recuperación.
- 15- Comedores Compulsivos; Literatura 9; La Compulsión de Comer y el Programa de Recuperación.
- 16- Comedores Compulsivos; Literatura 10; La Comida no es una Panacea.
- 17- Comedores Compulsivos; Literatura 13; 12 Pasos de Comedores Compulsivos.
- 18- Comedores Compulsivos; Literatura 17; La Abstinencia es más Fácil.
- 19- Comedores Compulsivos; Literatura 18; Sugerencias para Abstinentes.
- 20- Löscher, M.; Test de los Colores; Edit. Paidós Barcelona 1990.
- 21- Organización Mundial de la Salud CIE-9
- 22- Ortiz, G.; El Significado de los Colores; Edit. Trillas; México 1992.

23- Vélez, A. H.; Fundamentos de Medicina; Corporación
de Investigaciones Biológicas; México 1990.

A

N

E

X

O

S

EDAD: _____ ESCOLARIDAD _____

Ocupacion: _____

ESTADO CIVIL: _____ PESO CON EL QUE

LLEGO AL GRUPO: _____ ESTATURA Y PESO

ACTUAL: _____ DURANTE CUANTO TIEMPO SE

HA MANTENIDO EN EL MISMO PESO: (años y/o meses) _____

ANTIGÜEDAD EN EL GRUPO: _____

COMO SE ENTERO DE LA EXISTENCIA DEL GRUPO:

Algún miembro la invitó (). Alguien se lo sugirió ().

Por los medios de comunicación (). Otros ().

Cuales: _____

CUALES FUERON LAS CAUSAS QUE LA MOTIVARON A PERMANECER EN

EL GRUPO:

Por que se le brindó la oportunidad de hablar (). Por

que otros compartían su situación (). Por que se

sentía sola (). Otros (). Cuales: _____

ACTUALMENTE USTED:

1.- Come cuando no tiene hambre SI () NO ().

2.- Se dá parrandas de comida sin razón aparente
SI () NO ().

3.- Tiene sentimientos de culpa y remordimientos después
de comer en exceso SI () NO ().

4.- Dedicar demasiado tiempo y atención a la comida
SI () NO ().

- 5.- Anticipa con placer y expectación los momentos en que puede estar sola para comer SI () NO ().
- 6.- Planea con anticipación estas parrandas secretas SI () NO ().
- 7.- Come con mesura delante de otros y luego compensa por ellos cuando está sola SI () NO ().
- 8.- Está su peso afectando su manera de vivir SI () NO ().
- 9.- Ha tratado de hacer dieta por una semana ó más, sin haber logrado su meta SI () NO ().
- 10- Se resiente de los consejos de otras personas quienes le dicen. "Usa un poco de fuerza de voluntad" para dejar de comer excesivamente SI () NO ().
- 11- A pesar de la evidencia en contrario continua usted afirmando que puede hacer dieta "por si misma" cuando lo desea SI () NO ().
- 12- Siente ansias de comer a una hora definida del día ó de la noche, aparte de la hora de las comidas SI () NO ().
- 13- Come usted para escapar de las preocupaciones o los problemas SI () NO ().
- 14- Alguna vez la ha tratado su médico por exceso de peso SI () NO ().
- 15- Su obsesión por la comida hace infeliz a usted o a otros SI () NO ().

EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

Ocupacion: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESTATURA Y PESO ACTUAL: _____

_____ DURANTE CUANTO TIEMPO SE HA MANTENIDO EN EL

MISMO PESO: _____

- 1.- Come usted cuando no tiene hambre SI () NO ().
- 2.- Se da usted parrandas de comida sin razón aparente SI () NO ().
- 3.- Tiene usted sentimientos de culpa y remordimiento después de comer en exceso SI () NO ().
- 4.- Dedicar usted demasiado tiempo y atención a la comida SI () NO ().
- 5.- Anticipa usted con placer y expectación los momentos en que pueda estar sola para comer SI () NO ().
- 6.- Planea usted con anticipación estas parrandas secretas SI () NO ().
- 7.- Come usted con mesura delante de otros y luego compensa por ellos cuando esta sola SI () NO ().
- 8.- Esta su peso afectando su manera de vivir SI () NO ().
- 9.- Ha tratado usted de hacer dieta por una semana o más, sin haber logrado su meta SI () NO ().
- 10.- Se resiente usted de los consejos de otras personas quienes le dicen: "Usa un poco de fuerza de voluntad" para dejar de comer excesivamente SI () NO ().
- 11.- A pesar de la evidencia en contrario continua usted afirmando que puede hacer dieta "por si misma" cuando lo desea SI () NO ().
- 12.- Siente usted ansias de comer a una hora definida del día o de la noche, aparte de la hora de las comidas. SI () NO ().
- 13.- Come usted para escapar de las preocupaciones o los problemas SI () NO ().
- 14.- Alguna vez le ha tratado su médico por exceso de peso SI () NO ().
- 15.- Su obsesión por la comida hace infeliz a usted o a otros SI () NO ().