

8813251  
2



**UNIVERSIDAD DEL  
VALLE DE MEXICO  
CAMPUS LOMAS VERDES**

**PROPUESTA DE UNA TERAPIA  
ALTERNATIVA PARA UN GRUPO DE  
MUJERES CON PROBLEMAS DE OBESIDAD**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN:  
PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**LAURA VELÁZQUEZ ESTRADA**

**DIRECTOR**

**LIC. Ma. ANGELINA AGUILERA GOMEZ**

**ASESOR**

**LIC. ISMAEL MARQUEZ ORDAZ**

**NAUCALPAN, EDO. DE MÉXICO DEL 2007**

**TESIS CON  
PALLA DE ORIGEN**



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.

## Dedicatorias

**A mi mamá:**

Por su apoyo incondicional en este proyecto.  
Por ser para mi un gran ejemplo en disfrutar y apreciar la vida.

**A mi papá:**

Que siempre tendrá un lugar especial en mi corazón.

**A Martín:**

Por el amor y la paciencia que me brinda para realizar mis sueños.

**A Mauricio y Luis mis hijos:**

Porque su ternura me dan ánimos y fuerza para que siempre salga adelante.

**A Chaly:**

Por su talento y dedicación, además de brindarme confianza y tranquilidad de que siempre cuento con ella.

**A Sonia:**

Por su perseverancia en que realizara este proyecto y las vivencias que hemos compartido.

**A mis sobrinos: Tania, Ivan, Luis Rodrigo y Ximena.**

Para mi son un tesoro ya que son los frutos de una maravillosa familia, el aprender a conocerlos es amarlos.

**A mi maestra Angelina:**

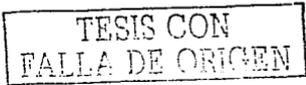
Por la confianza y entusiasmo que me ha demostrado.

**A mi maestro Ismael:**

Por el apoyo y conocimientos brindados.

**A mis amigas:**

Que gracias a sus ratos de esparcimiento hacen que se rompa la rutina.



Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso contenido de mi trabajo recepcional

NOMBRE: Carolina I. Sánchez

FECHA: 21 de octubre de 2008

FIRMA: [Firma manuscrita]

**PROPUESTA DE UNA  
TERAPIA ALTERNATIVA PARA  
UN GRUPO DE MUJERES CON  
PROBLEMAS DE OBESIDAD**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# INDICE:

## INTRODUCCION

CAP. I. ANSIEDAD COMO UNA EMOCION	1
CAP. II. OBESIDAD	9
CAP. III. EMOCIONES ASOCIADAS A LOS HABITOS ALIMENTICIOS	19
CAP. IV. TERAPIA COGNITIVA	31
CAP. V. METODOLOGIA	38
CONCLUSIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	77

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

El presente trabajo se vincula a uno de los problemas de salud que hoy aquejan a las sociedades modernas: los trastornos de alimentación. Cada vez son más las personas que por presiones sociales y de la aparición de nuevos patrones culturales padecen enfermedades tales como la bulimia, la anorexia y el sobre peso. Estas alteraciones de la alimentación no sólo incumben a los médicos bariátras y nutriólogos, sino también a los psicólogos, ya que en muchos casos la raíz de estas enfermedades es de origen psicológico. Por tal razón hemos decidido emprender una investigación de orden teórico y práctico para conocer la relación existente entre la ansiedad y el sobre peso.

Esta investigación parte de un interés particular en el tema ya que mi experiencia laboral con personas obesas en una clínica reductiva de masajes para mujeres me ha permitido observar que las personas comen por motivos emocionales y pretenden reducir de peso para obtener una mejor apariencia física ante los demás, sin importarles tanto las consideraciones de que un peso ideal es lo mejor para una buena salud, no solo física sino también mental. La búsqueda de autoestima será un factor importante que incide en sus deseos de bajar de peso.

Con base en lo anterior se ha pretendido hacer un estudio en el que se vincule la obesidad con la ansiedad que experimentan las personas con sobrepeso y plantear una

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

propuesta desde la psicología para disminuir los niveles de ansiedad y lograr de esta manera un mejor resultado en los programas de reducción de peso.

Esta investigación se ha dividido en cinco capítulos, el primero de estos se titula la ansiedad como una emoción, a lo largo de estas páginas se define al concepto de ansiedad de acuerdo a los estudios realizados por médicos y psicólogos, y se vincula a la ansiedad con los estados emocionales del individuo ya que pueden ser en algunos casos un motivador de la conducta que si se presenta en un grado amenazador puede provocar un desequilibrio y reflejarse en la forma de comer.

En el capítulo II se habla ya propiamente de la obesidad, en el capítulo siguiente se hace referencia a las emociones asociadas a los hábitos alimenticios ya que los factores que despiertan en las personas el deseo de comer son diversos. En el capítulo IV se hace referencia a la terapia cognitiva y la técnica neurolingüística las cuales sirvieron de apoyo para llevar a cabo un programa a través del cual los pacientes puedan reconocer las causas que los llevan a comer y distinguir cuando tienen efectivamente hambre y cuando recurren a la comida como un satisfactor.

El capítulo V es el apartado medular de este trabajo ya que se considera que en el mismo se encuentra la principal aportación que ofrece: la aplicación y valoración del programa propuesto en la sección anterior. Este capítulo ha

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

sido denominado por sus características prácticas con el nombre de Metodología .

El objetivo primordial de este apartado radica en que al estudiar a las personas que deciden reducir de peso y muestren algún rasgo de ansiedad, así como cierto trastorno de alimentación, se les proporcione un programa de apoyo integral en el que a través de la aplicación de ciertas técnicas alternativas se logre controlar tanto el trastorno alimenticio como la ansiedad, logrando así que el paciente alcance los objetivos que se propuso. Se planteó para ello una investigación que corresponde al tipo correlacional-descriptivo y se establecieron las características para realizar la muestra. Una vez que se llevó a cabo el programa se procedió a la evaluación de las mujeres que participaron en éste y se realizó a través de cuadros estadísticos el análisis cuantitativo.

Una vez que se realizó el estudio podemos contar con un estudio teórico-práctico que el profesional podrá utilizar. Los conocimientos teóricos y las técnicas utilizadas podrán ser aplicadas para lograr el bienestar y la salud de las personas que padecen obesidad. A través de esta propuesta y de los resultados derivados de la misma se pretende contar con un instrumento que posibilita una alternativa en los tratamientos de obesidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CAPITULO I**

### **LA ANSIEDAD COMO UNA EMOCION.**

#### **CONCEPTO DE ANSIEDAD**

Consideramos importante iniciar el presente capítulo con una definición sobre el concepto mismo de ansiedad, ya que nuestra investigación tiene como propósito vincular este trastorno con la obesidad:

[La ansiedad] es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Véase Enrique Rojas *La ansiedad de vivir mejor*. España. 1999, y C.D. Spielberg y el Dr. R. Díaz Guerrero. *IDARE inventario de*



Asimismo, la ansiedad es una reacción defensiva simple de la personalidad inmadura en la que el individuo sufre un estado de aprehensión más o menos crónica con episodios agudos de angustia transitoria y expresiones somáticas variadas.

La ansiedad es un estado emocional desagradable o displacentero, cuyas fuentes son menos fáciles de identificar, frecuentemente se acompañan de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento.<sup>2</sup>

Debido a que el temor a ciertas amenazas reconocibles causa tensión mental, y sensaciones desagradables se producen cambios físicos similares.

La ansiedad es una característica de la neurosis que se presenta como una respuesta no realista a una situación en que interviene o no peligro alguno.

La ansiedad podemos considerarla en algunos casos como motivadora de la vida en algunos casos es productiva

---

*ansiedad: rasgo estado, México, El Manual Moderno, 1975.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

si esta es ligera y provoca que el individuo no este inmóvil, pero cuando esta es destructiva provoca en el individuo una confusión total y lo imposibilita para actuar de una forma optima.

La ansiedad puede variar en intensidad, haciendo que el hombre se comporte de diversas maneras, pudiendo llegar en situaciones extremas a la neurosis o a la psicosis.

Es normal que todas las personas presenten ansiedad de vez en cuando ya que es una respuesta a amenazas dirigidas hacia el cuerpo de uno mismo, personas queridas, estilo de vida, posesiones o valores morales, algunos psiquiatras afirman que la ansiedad normal provoca en el individuo una acción útil, presenta un cambio benéfico en el crecimiento de la personalidad, pero el hablar de una ansiedad excesiva va a ocasionar un desequilibrio.

La ansiedad es un síntoma que se encuentra presente en muchas patologías de la conducta, pero no cuenta con una connotación específica. La tasa de prevalencia de trastorno de ansiedad oscila entre un 2.9 % y 8.4 %.

Se ha estudiado que a las mujeres ataca con más frecuencia que a los hombres excepto en el caso de la fobia social en donde no existe diferencias entre ambos sexos.

Es importante hacer toda clase de diferenciaciones entre los términos ya que mientras más específico sea, mayor probabilidades de éxito se tendrán en el diagnóstico y con esto mejor pronóstico y tratamiento.

### SINTOMAS DE LA ANSIEDAD.<sup>3</sup>

FISICOS	PALPITACIONES OPRESION PRECORDIAL TEMBLORES HIPERSUDORACION SECUEDEAD DE BOCA DIFICULTAD RESPIRATORIA PELLIZCO GASTRICO
PSICOLOGICOS	INQUIETUD INTERIOR DESASOSIEGO INSEGURIDAD TEMOR A LA MUERTE TEMOR A PERDER EL CONTROL TEMOR A LA CRITICA TEMOR AL SUCCESO
CONDUCTA	ESTADO DE ALERTA/HIPERVIGILANCIA DIFICULTAD PARA LA ACCION BLOQUEO AFECTIVO INQUIETUD MOTORA TRASTORNOS DEL LENGUAJE NO VERBAL
INTELCTUALES	DIVERSOS ERRORES EN PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION PENSAMIENTOS PREOCCUPANTES Y NEGATIVOS PENSAMIENTOS LOGICOS DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE TRASTORNOS DE LA MEMORIA
ASERTIVOS	DESCENSO MUY OSTENSIBLE EN LAS DIFERENTES HABILIDADES SOCIALES NO SABER QUE DECIR ANTE CERTAS SITUACIONES NO SABER DECIR NO NO SABER TERMINAR UNA CONVERSACION DIFICIL

La ansiedad es un estado subjetivo consciente descrita como una emoción un afecto o un sentimiento. La experiencia de la ansiedad es definida por algunos individuos en forma distinta pero su característica principal es la anticipación desagradable de alguna clase de

<sup>3</sup> La tipología de síntomas que presentamos fue realizada por Enrique Rojas *Op. Cit.* p. 99

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

desventura, peligro o perdición. Esto va acompañada de tirantez, inquietud y la sensación de que debe de hacerse algo. Si la ansiedad persiste conduce a un sentimiento de desamparo y al temor al colapso.

La gente ansiosa tiene sensaciones desagradables en su cuerpo. La mayor parte de ellas pueden presentar características psico-fisiológicas, como sería una respiración excesiva, tensión músculo-esquelética, cefaleas tensionales, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa y dolor de espalda, respiraciones suspirantes, síndrome de hiperventilación, disneas, vértigos, parestesias. Trastornos gastrointestinales como dolor abdominal, anorexia, náuseas, mal sabor en la boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de vacío en el estómago. Irritabilidad Cardiovascular, hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento. Disfunción genitourinaria, frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en las mujeres, frigidez.

### **POSIBLES FUENTES DE ANSIEDAD**

Es importante tomar en cuenta que existen causas multifactoriales que provocan ansiedad en algunas personas a continuación hacemos mención de algunas.

Socializar  
Hablar en público

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Buscar trabajo  
Cumplir en el trabajo  
Practicar deportes  
Cursos educativos  
Sucesos traumático  
Trastorno de estrés postraumático.  
Enfermedades física

Existen para el tratamiento de la ansiedad muchos tipos de terapias la ansiedad implica unas respuestas psicofisiológicas, conductuales y cognitivas anómalas, susceptibles de ser modificadas mediante diferentes técnicas psicológicas. Un análisis riguroso del problema de cada sujeto nos permitirá adoptar una estrategia concreta de tratamiento.

Destacan por su alto nivel de eficacia las técnicas cognoscitivas ya que la meta principal es enseñarle a los pacientes que las sensaciones físicas que disparan crisis de angustia no son signos de una catástrofe inminente. Se debe conducir una análisis funcional de cuando dónde es más probable que ocurran las crisis de angustia, además de atender a los pensamientos, imágenes y sentimientos particulares durante éstos.<sup>4</sup>

Además, antes de proceder con el tratamiento, es importante que el terapeuta descarte una patología física

---

<sup>4</sup>L. Bellak, *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*, México, 2ª.ed., Manual moderno, S.A. de CV

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

real, tal como enfermedades endocrinas, cardíacas y neurológicas, como causa de los síntomas físicos del paciente.<sup>5</sup>

A veces no es suficiente eliminar la ansiedad ligada a una situación, sino que el sujeto tiene una carencia de recursos para hacer frente a ella. Así pues, la labor de, terapeuta deberá también intervenir en el aprendizaje de conductas adaptativas.

Los métodos de relajación permiten auto control y la prevención del estrés, facilitando al paciente ansioso el afrontar los estímulos tóxicos.<sup>6</sup>

Así mismo las psicoterapias breves pueden ser útiles en los casos en que exista un trastorno de personalidad o problemas ambientales con base en la ansiedad, por lo cual serían opción para nuestro caso.

La psicoterapia analítica ortodoxa, por lo contrario, debe quedar restringida a un subgrupo minoritario de pacientes en los que otras terapéuticas son inoperantes. Concretamente, sujetos con graves problemas de personalidad que tengan el nivel suficiente como para seguir

---

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 183

<sup>6</sup> *Ibid.* P 184

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

una terapéutica prolongada y que requiera un elevado nivel de comprensión y metabolización de los conflictos.<sup>7</sup>

Hemos revisado lo que a nuestro parecer es preponderante con relación a la ansiedad, toca el turno a otro aspecto no menos importante como es la obesidad.

---

J. Vallejo Ruiloba y C. Gasto Ferrer, *Trastornos afectivos, ansiedad y depresión*, Barcelona, Salvat, 1990 p. 150.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO II

### OBESIDAD

Es interesante referirnos a la obesidad ya que es un problema que esta afectando en nuestro país, principalmente a las mujeres, y va en aumento en el futuro, es importante tomar en cuenta cuales son los factores que intervienen o circunstancias que la modifica, o la determinan. Hasta 1960 no era considerada como un problema importante de salud pública, se podía asociar a la hipertensión, como a la diabetes entre otras.

Puede decirse que para 1980, comienza la época actual del estudio de la obesidad.<sup>8</sup>

La historia de la obesidad no es un hecho reciente ya que se remonta hasta la prehistoria. Sin embargo seguramente tenía otra connotación y no se veía como un problema, sino todo lo contrario. Las mujeres obesas eran representadas como un símbolo de la fertilidad y eran conocidas con el nombre de Venus.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Jorge Breguinsky y colaboradores, *Obesidad*, Argentina, El Ateneo, 1996 p. 12

<sup>9</sup> Rosalia Velázquez, et al., *Historia Curso Uno*, México, Editorial Cultural. Capitulo de la prehistoria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

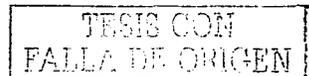
La mujer siempre ha jugado un papel importante en la historia de la humanidad, aunque generalmente su protagonismo ha sido silenciado. Se han exaltado las cualidades de lo femenino (el conjunto madre-esposa, la belleza y el encanto de la seducción), pero los libros especializados en la materia ignoran con frecuencia los nombres de numerosas mujeres que se preocuparon por dignificar la condición femenina. Hasta bien entrado el siglo XX, la desigualdad de la mujer respecto al hombre ante la ley ha sido el motor de un intento de cambiar los valores de la cultura masculina basada en una supuesta superioridad del hombre fuerte, frente a la mujer débil.<sup>10</sup>

Algunos autores diferencian lo masculino de lo femenino. Para ellos lo masculino equivale a lo objetivo, analítico, activo, inclinado al pensamiento, racional, indómito, entrometido, obstaculizador, independiente, autosuficiente, controlado emocionalmente y seguro de sí mismo. Lo femenino en cambio corresponde a lo subjetivo, intuitivo, pasivo, ternura, sensibilidad, es impresionable, dócil receptiva, dependiente emocional y conservadora, "asegurarían algunos" <sup>11</sup>

Gracias a su irrupción impetuosa en el mundo del trabajo y de la cultura, la mujer de nuestro tiempo ha adquirido una proyección social, ha invadido los ámbitos

---

<sup>10</sup> Carlos Gisbert. *Mujer y sociedad*, Barcelona, Océano Difusión, S.A., 1983, p.18



reservados de antaño al hombre y compite duramente con el varón, en pie de la igualdad, en las más diversas profesiones. La mujer atractiva ya no es pues, aquel objeto delicado de otro tiempo, cuidadosamente preparada para suscitar la admiración del hombre, sino una persona que fascina por el despliegue armónico de todas sus cualidades intelectuales y físicas.. Por lo tanto las características físicas adjudicadas en nuestros días a las mujeres son de esbeltez entre otras . Sin embargo no todas cumplen con este molde y la obesidad se hace presente cada vez más en el estándar femenino.

Así pues, la obesidad es tan antigua como el hombre mismo. El significado de la obesidad va cambiando según la época debido a la influencia de muchos factores, por ejemplo en la época que estamos viviendo el impacto de las publicidad en las mujeres ha inducido el querer tener una imagen de modelo provocando que la mujer modifique sus preferencias alimenticias muchas veces que esta sea de una forma negativa.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 2

<sup>12</sup> Tesis que maneja Cariarte a lo largo de su obra. Dr. Ramos Cariarte. *Obesidad. Conceptos actuales*. México, Editorial Página Electrónica, S. A. de C. V., 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el siglo XX y particularmente en las últimas décadas, se logran avances sustanciales como los estudios de la ingesta de alimentos, su regulación, el uso de algunos métodos psicológicos y la farmacología, al existir ciertos avances se ha logrado mayor conocimiento de la obesidad así como su tratamiento.

En las últimas décadas se han utilizado diferentes métodos de adelgazamiento generado información valiosa para la comprensión de este antiguo problema.

El exceso de peso es uno de los problemas de salud mas comunes y controlables este problema afecta aproximadamente a un cuarto de la población adulta, provocando muchos riesgos de salud. Se acepta que cuando la ingesta de calorías es mayor al gasto de energía se considera obesidad., puede ser por la absorción de energía, o una disfunción tiroidea o hipofisiaria y alteraciones del hipotálamo, también podemos considerar a la herencia como un factor importante así como factores psicológicos asociados.

#### **DEFINICION:**

El querer definir la obesidad, no es sencillo ya dependerá del enfoque del autor. Pero se hará mención de algunas que nos parecieron adecuadas para esta investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

" [La obesidad] Es un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso. cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo." Esta es la definición de Daniel H de Girolami<sup>13</sup>

Cormillot por su parte define la obesidad:

"como una tendencia a ingerir mas de lo que el organismo necesita para guardar su equilibrio en el peso normal siendo generalmente este exceso debido a los hidratos de carbono, y/o a una mala utilización de la ingesta que hace que se transforme muy fácilmente en grasa y/o una disminución en la actividad física."<sup>14</sup>

**Obesidad.** condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa en el tejido adiposo bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como los músculos. Todos los mamíferos Almacenan grasa:

---

<sup>13</sup> Cfr. Jorge Bragunsky *Op. Cit.* p. 15

<sup>14</sup> Barber, S., et all, "Los extremos en los trastornos alimenticios: anorexia y obesidad" en *Psicología Iberoamericana*, México, Universidad Iberoamericana, Nueva Epoca Vol.3 núm. 2, junio de 1995, p. 27

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

esta constituye el 25% del peso corporal en mujeres normales, y el 15% en los varones.

El término obeso se aplica generalmente a los individuos que han acumulado una cantidad excesiva de tejido adiposo o grasa, y que están por lo menos 20% por encima de su peso ideal.<sup>15</sup>

El depósito de grasa, cuya capacidad energética es dos veces superior a la de proteínas o carbohidratos, es una forma de almacenamiento energético para necesidades futuras. Sin embargo, cuando estas reservas grasas son excesivas representan un problema de salud. Los datos de las compañías de seguros demuestran que las personas cuyo peso sobrepasa en un 30% el peso ideal tienen mayor riesgo de padecer enfermedades, y de manera especial diabetes, enfermedades de la vesícula, trastornos cardiovasculares y artritis; asimismo, las intervenciones quirúrgicas suponen un mayor riesgo en este grupo de pacientes.

La obesidad es consecuencia de trastornos del sistema endocrino sólo en contadas ocasiones. No es un trastorno congénito, y los bebés obesos no siempre lo son durante todo su desarrollo.<sup>16</sup> La obesidad es la consecuencia de un aporte de energía a través de los alimentos que

<sup>15</sup> Linda L. Davidoff *Introducción a la psicología*, 2ª. Ed. México. Mc. Graw Hill, 1984 p. 394

supera al consumo de energía a través de la actividad. Se ha demostrado que obesos y personas de peso normal pueden comer lo mismo, pero mientras las personas no obesas reducen la ingesta más tarde para compensar este aporte excesivo, los obesos no lo hacen. La obesidad puede también deberse a la falta de actividad, como sucede en las personas sedentarias o postradas en cama.

Se han probado distintos métodos de adelgazamiento para combatir la obesidad, con pocos resultados en general. Las pastillas adelgazantes cuya composición se basa en el fármaco estimulante dextroanfetamina o alguno de sus derivados fueron muy empleadas en la década de 1950, pero resultaban ineficaces y se observó que podían crear dicción, por lo que cayeron en desuso.

No podemos dejar de considerar a la obesidad como un trastorno de alimentación y haciendo referencia a esto es importante preguntarnos ¿qué causa un trastorno de alimentación? Su etiología es compleja y múltiple, pues tiene que ver con factores socioculturales, familiares, psicológicos, y metabólicos. En las últimas décadas, especialmente en sociedades como la nuestra en donde se enfatiza de manera exagerada la apariencia física, la imagen corporal y el peso ideal, se ha observado un alarmante incremento en el número de personas, (principalmente mujeres) que se

obsesionan por obtener estos ideales, mismas que en muchas ocasiones llegan a desarrollar importantes desajustes en sus hábitos alimenticios, conformando una compleja problemática a nivel psicológico y emocional.

Estos trastornos que requieren un tratamiento especializado, se conocen en la actualidad como: Anorexia, Bulimia, Alimentación compulsiva (misma que genera en las personas problemas de obesidad).<sup>17</sup>

Brevemente haremos una descripción de los siguientes trastornos.

#### ANOREXIA NERVIOSA:

Los requisitos para un diagnóstico de la anorexia, según el DSM IV-R son:

Rechazo a mantener un peso corporal normal.

Temor intenso a ganar peso o a ser grueso, aunque se tenga un peso inferior a lo normal.

Distorsión en la manera de percibir el peso, la forma o el tamaño del cuerpo.

---

<sup>17</sup> Victoria Holtz y Antonio Tena. *Revista de psicología iberoamericana.* "Trastornos de la alimentación" Vol. 3, México, 1993 p. 3 .....

Estos pacientes pierden peso mediante el sistema de restringir rigidamente la ingesta de alimentos.

Alteración de la percepción del peso o silueta corporal

Durante la adolescencia presencia de amenorrea.

**BULIMIA.** Los rasgos esenciales son:

Episodios recurrentes de atracones de comida que se producen por lo menos dos veces a la semana en los últimos tres meses.

Sentimientos de que no se puede controlar la conducta alimentaria durante esos episodios.

Vómitos autoinducidos, empleo de lavativas o diuréticos, realización de ejercicios violentos dirigidos a perder peso.

Preocupación excesiva y persistente sobre el peso y la forma del cuerpo.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> David M. Garner, *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria EDI 2*, Madrid, Ediciones TEA, 1988 p. 11 y 12.

Debido a que la obesidad está considerada por muchos como una alteración en los hábitos alimenticios de quienes la padecen, la terapia emocional resultara alternativa en muchos de los casos.<sup>19</sup>

Como se podrá ver definiremos brevemente los trastornos de alimentación. Sin embargo por la experiencia sabemos que estos van asociados a aspectos emocionales por lo que en el siguiente capítulo abordaremos el tema.

---

<sup>19</sup> Edward Abramson, *El comer emocional. Una guía práctica de control*, Bilbao, España, Desclée de Brouwer, 1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CAPITULO III

## EMOCIONES ASOCIADAS A LOS HABITOS ALIMENTICIOS.

A través de esta investigación esperaríamos detectar cuál es el sentimiento que nos provoca el recurrir a la comida, por lo tanto empezaremos por definir sentimientos y emociones determinadas por experiencias pasadas.

Emociones: son procesos y estados afectivos complejos que tienen su origen en las situaciones que una persona afronta en la vida. Se manifiestan en sentimientos subjetivos: tristeza alegría, temor. Las emociones pueden ser causadas por estimulaciones dolorosas, frustraciones, conflictos o por la desaparición de la tensión, o bien como un estado afectivo de perturbación que nace en una situación psicológica. Aún cuando ordinariamente se supone que las perturbaciones son algo desagradable, existen emociones positivas de gozo, de risa, éxtasis, etc. que son en realidad estados emocionales agudamente desorganizados. El concepto de emoción se aplica no solamente a la explosión o malestar inmediato que se siente y que se observa, sino también a los estados mentales persistentes, tales como la ansiedad, hostilidad, amor, humillación y conceptos semejantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Es interesante saber que el obeso guarda en él una serie de sentimientos que lo pueden hacer recurrir a la comida para llenar con ésta el vacío emocional que esta sintiendo; ya que no tienen la conciencia de que es una emoción la que lo motiva a ingerir algún alimento.<sup>20</sup>

Estas personas, muchas veces se someten a una serie de dietas y logran llegar a un peso ideal, pero con el paso del tiempo llegan a recuperarlo, porque no han resuelto su problema de fondo, que es en última instancia psicológico. Por tal razón, no pueden detectar que es una emoción la que provoca este aumento, o bien sus hábitos volvieron a ser los mismos.

Es frecuente que las personas que se han sometido a un tratamiento de reducción de peso y lo llevaron con éxito a cabo, pensaban que al verse delgados su vida iba cambiar de alguna manera, que iban a tener una mejor aceptación social o que iban a tener un mejor ingreso que cambiarían de trabajo, en fin, una serie de situaciones que esperaban, pero al no haber un gran cambio por tanto, volvieron a recuperar el peso perdido, esto sin duda nos hace pensar en su auto-concepto.

---

<sup>20</sup> Estos temas han sido trabajados por Young en su libro, *Como comprender Mejor nuestros sentimientos y emociones*, Editorial Manual Moderno S.A., México, 1978 p. 12

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las dietas no funcionan porque la comida y el peso son en realidad los síntomas pero no el problema real.<sup>21</sup> El hecho de concentrarse en el peso es una forma cómoda y culturalmente reforzada de no prestar atención a las razones por las cuales tantas personas recurren a la comida cuando no tienen hambre. Estas razones son más complejas que la fuerza de voluntad, los recuentos de calorías y el ejercicio, nada de los cual llegará jamás a resolverlas.

Empezamos a comer compulsivamente por razones que tienen que ver con el tipo y la cantidad de amor que hay o que nos hace falta en nuestra vida, ya que el hombre en muchas ocasiones no ha aprendido a amar, a amarse y a recibir amor. El comportamiento compulsivo, en el nivel más fundamental, es una falta de amor hacia uno mismo, es una expresión de nuestra creencia de no valer lo suficiente, por tanto, es un problema que se origina por la baja autoestima.

Ante esta situación no es raro ver la manera en que las personas se adaptan a la situación, pero a costa de rebajar sus expectativas, se deja de pedir lo que necesitan, se inhiben los sentimientos y se piensa que no se es digno de merecer atenciones. Ya no esperan que se les reconozcan sus méritos y ellos mismos buscan, por tanto satisfacer sus necesidades de todo tipo y a cambio de ello

---

<sup>21</sup> Roth Geneen. *Cuando la comida sustituye al amor*, México, Ed. Urano

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

se gratifican con el acto de comer y en ocasiones compulsivamente.<sup>22</sup>

La relación entre el comer compulsivo con necesidades afectivas y por tanto con problemas emocionales y psicológicos nos llevan a ubicar este problema como un trastorno, pero hay que señalar que esta situación no debe considerarse como una enfermedad mental grave que provoque situaciones anormales de la conducta que puedan llevar al sujeto obeso a una falta de adaptación social o a problemas de conducta mayores, sin embargo no debemos dejar de lado la posibilidad de que así sea o inclusive de que compense a través de su simpatía o gracia, tomando en cuenta este aspecto mencionaremos que Sheldon hace una clasificación en la que relaciona el tipo corporal con la conducta y la personalidad.<sup>23</sup>

De acuerdo con esta clasificación nuestro interés se centra en el endomorfo. Este tipo de personas tiene el tipo de cuerpo que flota bien en el agua y que probablemente mostrará rasgos esféricos.

Este punto es, desde luego, un tema controversial, ya que por ejemplo, instituciones como la APA (American

---

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 32

<sup>23</sup> Las tesis de Sheldon son estudiadas por Ledford S. Bischof, *Interpretación de las teorías de la personalidad*, México, Editorial Trillas, 1992 p. 453

Psychiatric Association) se ha pronunciado en el sentido de que los estudios realizados demuestran que los obesos, siempre que no provengan de grupos psiquiátricos o médicos, no muestran niveles de perturbación psicológica mayores que los que no son obesos.<sup>24</sup>

Así, la conexión entre una actividad "humana normal" como *comer*, sumada a otra *emoción*, no crea ningún trastorno mental. Diversos estudios sobre la salud mental de los obesos han llevado a la conclusión de que no son más o menos normales que el resto de la población.<sup>25</sup> Pero no por ello se debe descartar el apoyo psicológico en los tratamientos de obesidad.

Dentro de las emociones vinculadas a los actos compulsivos de ingesta alimenticia se deben señalar las siguientes: La ansiedad es una de las emociones que pueden contribuir a comer en exceso, pero cabe aclarar que no es la única. La depresión, el aburrimiento, la soledad y la

---

<sup>24</sup> David M. Garner, *Inventario de trastornos de la conducta alimentaria*. Manual. TEA Ediciones, 1998, p. 13.

<sup>25</sup> Edward Abramson, *Op. Cit.* . p.22

cólera son algunas otras, las emociones que percibimos de la vida diaria también pueden inducirnos a comer.

Este trabajo puede ayudar a detectar estas emociones pretendiendo que el paciente las reconozca y este dispuesto a controlarlas sin tener que recurrir a la comida. Las emociones pueden hacer que el apetito de una persona se despierte y el estado emocional puede movilizar una serie de conductas alimentarias ya sea por un breve periodo o bien por largas horas, este estado emocional puede provocar que se desee un alimento específico y el paciente piense que sólo ese alimento, que tiene en mente, lo liberará de ese estado ansioso, aunque en algunas personas puede ser cualquier comida indiscriminada.

Cuando se aprende a detectar las emociones, el obeso será capaz de controlarlas, porque va a poder conocer todos los patrones que sigue para satisfacer la conducta de comer. Este hecho le ayudara a resolver momentos críticos en que incida en antiguas prácticas, ya que lo hará comer conscientemente y al racionalizar su acto, podrá volver a considerar la necesidad de cuidar su ingesta.

Es importante tomar en cuenta que las experiencias de la niñez influirán en estos patrones. muchas veces aprendimos que si hacemos algo bien y nuestro comportamiento es el adecuado, entonces merecemos un premio y generalmente nos gratificaban con algún tipo de alimento, o bien situaciones agradables como una fiesta en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

la cual nos sentimos cómodos, e importantes. En la fiesta, desde luego, tiene un lugar importante la comida y se le vincula con el agasajo, por lo tanto lo disfrutamos.

Por otro lado, los niños frecuentemente utilizan a la comida como un elemento de presión hacia sus padres. La decisión de comer o no comer se maneja como un acto para mostrar el agrado, el desagrado e incluso la cólera. La comida es pues, un medio a través del cual se comunican sentimientos se ejerce un poder y se manifiesta un independencia de los padres.

La Dra. Brunch destaca que las conductas alimentarias de un niño pueden provocar fuertes reacciones emocionales en los padres. Y cuando llegamos a la edad adulta y presenciamos cualquier evento que nos produzca una emoción tenderemos a repetir estos patrones, por la asociación natural.

El comer también puede representar otro tipo de interacciones paterno-filiales que pueden generar una asociación de comida-amor. El amor es un estado de conexión recíproca, que incluye la vulnerabilidad y la entrega con uno mismo, exige auto valorarse y ser constante, además de tener una disposición a enfrentarse a lo peor de nosotros mismos en vez de rehuirlo a través del acto de comer..

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La compulsión es un estado en donde el hombre pierde la voluntad, baja su autoestima y experimenta miedo y dolor.

Ante esta situación la respuesta es un acto de evasión y el medio es la comida. Mientras no se reconozca que el hombre es un ser vulnerable y que el dolor no es ajeno al mismo, no pueden enfrentarse una serie de situaciones, pero si se puede comer, aunque el problema sigue estando ahí, por lo tanto se seguirá comiendo.

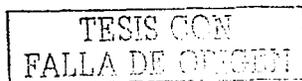
Al reconocer un problema y afrontarlo se establece un acto de amor de sí mismo, que puede ser definido en la siguiente frase: El amor ensancha, la compulsión encoge.<sup>26</sup>

Se hace mucha referencia a que la persona obesa pierde el control de lo que come o deja de comer. El problema de control de nuestras acciones, de lo que sentimos, de lo que pensamos es básicamente la compulsión y es la falta de control, este es un impulso como si tuviera su propia voz, su propia opinión, su propia voluntad.

Cuando se come compulsivamente se recrean sentimientos de falta de dominio, frustraciones, miedo,

---

<sup>26</sup> Edward Abramson. *Op. Cit.* p. 37



cólera. ¿Qué se espera de la comida? se espera compañía, confort, sentir calor y bienestar una forma de proporcionarnos algo nutritivo a nuestra persona, ser amables con nosotros mismos, definiendo el ser auto nutritivos como la propia elección de la actividad que proporcione bienestar al realizarla, siempre y cuando no sea la actividad de comer.

La falta de alegría, de placer, se va creando un vacío significativo y el comer, nos ofrece sensaciones placenteras que nadie más que nosotros mismos nos proporcionamos, es una forma sencilla y fácil de conseguirla, y nos hace sentir buenos con nosotros mismos, la consecuencia de utilizar la comida de esta forma es que la persona además de gratificarse, engorda.

Lo que nos sirve no es el sabor ni la textura ni el olor de la comida, comer en exceso es una manera de darnos lo que en nuestro sentir, nos merecemos, y esta no es la forma más adecuada.

Es importante detectar las emociones, esto no es fácil ya que se ha enseñado a minimizar lo que se siente o a negarlo, Richard Lazarus comenta:

"Cuando reaccionamos con una emoción, especialmente si es con una fuerte, cada fibra de nuestro ser parece estar comprometida con es emoción".<sup>27</sup>

Algunos de los cambios corporales que pueden asociarse a las emociones incluyen:

- 1.- Canalización de la sangre para un mayor abastecimiento de los músculos y el cerebro
- 2.- Lentificación de la actividad estomacal e intestinal.
- 3.- Aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial.
- 4.- Dilatación de las pupilas.
- 5.- Aumento de los índices de metabolismo y respiración.
- 6.- Disminución de la resistencia eléctrica de la piel.
- 7.- Aumento de la velocidad de coagulación de la sangre.

---

<sup>27</sup> *Ibid.* p. 104

### 8.- Erección de los vellos capilares.

Aunque las emociones puedan ser experiencias físicas intensas con frecuencia son difíciles de entender ya que a veces puede sentirse el estímulo físico de una emoción, pero no se puede identificar la causa.

Existen diferentes palabras que se utilizan para describir idénticas o similares emociones. estrés, miedo, tensión, nerviosismo, pánico, terror, que podrían en un momento dado ser lo mismo de acuerdo a la idiosincrasia de cada persona.

Cuando relacionamos las emociones con la comida Richard Ganley encontró las siguientes palabras: ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento, estrés en la familia, y en las relaciones laborales, indefensión, desesperanza separación de un ser querido, frustración, aislamiento, nerviosismo, tristeza, sexualidad reprimida, impulsividad, cansancio, autocompasión, infelicidad y sentimiento de desvalorización, como se mencionó anteriormente muchos de estos términos se refieren a los mismos estados emocionales.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> *Ibid.* p.109

Al revisar el capítulo nos damos cuenta de que la emoción juega un papel importante en la conducta alimentaria de tal manera que nos parece esencial entrar en consideraciones terapéuticas que pueden apoyar a las personas que cursen con algunos de estos trastornos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO IV

### TERAPIA Y PROGRAMAS DE INTERVENCION

**TERAPIA.** Se puede definir como un método general que significa tratamiento de cualquier manifestación patológica. Existen diferentes modalidades terapéuticas en lo que concierne a los trastornos y enfermedades.<sup>29</sup>

Existe un grupo de tratamientos que se dirigen fundamentalmente a los aspectos emocionales y conflictivos en sus modalidades de comportamiento, que se denominan métodos psicoterapéuticos. Estos tratamientos son de índole psicológica y son realizados por los psicoterapeutas, que a menudo no son médicos, ni psicólogos clínicos o psicoanalistas, y que solo han cursado una especialidad.

### TERAPIA COGNOSCITIVA

Para fines del presente trabajo abordaremos solo lo referente a la terapia cognoscitiva y como consecuencia a la técnica neurolingüística.

La terapia cognoscitiva actúa de forma activa directa y es de corta duración se utiliza para tratar diferentes trastornos psicológicos, el objetivo de la terapia es corregir el procesamiento defectuoso de la información y ayudar a los

<sup>29</sup> E.CERDA *Una psicología de hoy* ed. Herder Barcelona 1971 p 615.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pacientes a modificar las suposiciones que mantienen las conductas y emociones desadaptadas.<sup>30</sup> La frecuencia y la duración depende principalmente de las necesidades de la persona pero generalmente se utilizan de entre 5 y 20 sesiones.

El modelo cognoscitivo de la psicopatología es el del procesamiento de información. Afirma que la manera en que las personas estructuran sus experiencias ( es decir , como perciben, interpretan y asignan significados a los sucesos), juega un papel importante en la determinación de sus respuestas emocionales y conductuales a esos sucesos. Es decir, lo que la gente piensa, afecta cómo se siente.

De acuerdo con el modelo cognoscitivo, creencias fundamentales o básicas actitudes y suposiciones acerca de sí mismo, y del mundo, guían la percepción, interpretación y memoria de la persona acerca de los sucesos que experimenta. Estas creencias se derivan de experiencias pasadas y pueden, o no estar sujetas a una inspección consciente por parte del individuo.<sup>31</sup>

La relación entre el paciente y el terapeuta es cálida por parte del terapeuta además de empática se mantiene una relación activa en la cual ambos trabajan para lograr la meta que sería el identificar y modificar las creencias y

---

<sup>30</sup> Bellak, *Op. Cit.* p. 151

<sup>31</sup> *Ibidem* p. 152

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

suposiciones cognoscitivas que representan un problema para el paciente.

#### Lineamientos básicos de la terapia cognoscitiva

- 1.- Familiarizar al paciente con el modelo cognoscitivo.
- 2.-En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta tiene un rol más activo que el paciente.
- 3.-Generar una lista de problemas.
- 4.-Desarrollar y someter a prueba la concepción del caso.
- 5.-Desarrollar un plan de tratamiento.
- 6.-Enseñar al paciente a identificar pensamientos automáticos.
- 7.-Producir reacciones en el paciente hacia las diversas técnicas y hacia el terapeuta.
- 8.-Utilizar pensamientos automáticos para ayudar a identificar las creencias básicas del paciente.
- 9.-Ayudar al paciente a dominar habilidades cognoscitivas para enfrentarse a situaciones.
- 10.-Explorar el desarrollo de las suposiciones subyacentes.

- 11.-Dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento.
- 12.-Examinar las creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento.
- 13.-Revisar metas obtenidas.
- 14.-Preparar las terminación y enfocarse en cómo prevenir recaídas.
- 15.-Hacer arreglos para sesiones "de refuerzo" o llamadas telefónicas de seguimiento.<sup>32</sup>

#### PROGRAMACIÓN NEUROLINGUISTICA.

La influencia cada vez mayor de los enfoques cognocitvistas en psicología, lleva a otorgar un lugar privilegiado a las representaciones de lo real, ya que es a partir de éstas que el ser humano actúa, realiza elecciones y principalmente se comunica. La PNL, es conocida sobre todo por el tratamiento de la información, se refiere a la manera como la persona organiza sus cogniciones en conjuntos significativos. Estas cogniciones, forman parte de la elaboración de representaciones, las cuales entran en relación unas con otras en función de determinadas constantes.

---

<sup>32</sup> *Ibid.* p. 156

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El pensamiento sería en parte descrito por aquello que contiene distintos niveles de representación y por su organización: como se comunican e interactúan estos distintos niveles entre si.<sup>33</sup>

Las técnicas de la PNL se basan en la creación, la reorganización o la desactivación de programas de pensamiento y comportamiento, el pensamiento se puede transmitir mediante lenguaje que lo estructura. Pero a la inversa el lenguaje estructura nuestro pensamiento. Tras numerosos trabajos, Grinder y Bandler han ampliado las relaciones entre lenguaje y pensamiento al lenguaje no verbal.

El lenguaje , aunque no es la forma de comunicación más completa, ha sido la forma más común para el hombre y su comunicación. Utilizamos el lenguaje para representar el mundo, nuestras ideas, pensamientos, sentimientos, percepciones, etc., sin embargo no siempre logramos expresar con claridad todo eso que traemos dentro, de manera que según las percepciones que hayamos tenido del mundo y de los demás, crearemos un modelo único de nuestra experiencia, y al comunicarnos, presentaremos nuestro propio modelo, sin la conciencia de qué palabras seleccionamos, en qué orden decimos las cosas para que el oyente reciba con toda claridad el mensaje.

---

<sup>33</sup> Catherine Cudicio .PNL Y COMUNICACIÓN Ediciones Granica s.a Barcelona 1992. p 19.20.

La PNL esta más interesada en el para qué, que en el porque de las cosas.

Nos permite conocer los procesos mentales que usamos para codificar información, por consiguiente nuestra forma de pensar y de actuar.

Estudia como se puede dirigir el pensamiento mediante la comunicación que se tenga a través del lenguaje.

Ayuda a cambiar conductas que molesten a la persona con estrategias y técnicas efectivas a muy corto plazo.

Apoya al sujeto a tener una percepción más clara de si mismos y de los demás.

Optimiza las propias capacidades, así como estructura las experiencias individuales en la vida.

La PNL es un conjunto de modelos, habilidades y técnicas para pensar y actuar en forma efectiva en el mundo.

Se toma en cuenta esta técnica dentro de la investigación ya que hablamos de hacer conciencia en el acto de comer y la PNL enseña como tener una comunicación con el inconsciente. Existe una enorme cantidad de estímulos simultáneos a los que los cinco sentidos se podrían dirigir. Ruidos, colores, olores, texturas, gustos. Pero solo es consciente de una pequeña parte, ya que su conciencia no puede abordar simultáneamente más que unas pocas informaciones: esta obligada a seleccionar. La elección que se realiza está en función de lo que le

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

parece más útil en ese momento. Y esto cierra la puerta a numerosas percepciones, sensaciones e informaciones presentes en todo momento. El inconsciente controla el conjunto del cuerpo y de las funciones corporales, y puede generar aquellas sensaciones que le parecen útiles.<sup>34</sup>

Otro punto interesante es el hecho de saber plantearse objetivos, el elemento más importante en el momento de fijar o especificar objetivos, es saber a donde quiere uno llegar y saber que es lo que se quiere, ya que cuando este no es claro la energía personal se despilfarran. Es por eso que muchas personas que trabajan y trabajan, intentan muchas cosas, son muy activos y parece que no logran nada, no llegan a ningún lado porque no saben específicamente que es lo que quieren lograr. Si no se sabe a donde va uno cualquier ruta funciona. Es importante en primera instancia, no solo especificar el objetivo, sino vivirlo, sentirlo y hacerlo propio para crear ese programa interior y enseñarle a la mente exactamente lo que queremos. De esta manera, mente y cuerpo quedan programados para que trabajen juntos.

A través de la práctica y de la enseñanza de la PNL, hemos constatado que la mayoría de la gente espera de este tipo de enfoques fáciles y sencillos óptimos resultados para alcanzar sus objetivos.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Erica Guilmanachez. Usted puede cambiar su vida Ed Océano México p 34

<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Catherine Cudicio PNL y comunicación Ed Granica Barcelona 1992 p.14

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPITULO V

### METODOLOGÍA

En este capítulo se integrará los aspectos generales en relación a los objetivos de la investigación, problema, hipótesis, muestra, técnicas y procedimiento.

### OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:

El objetivo primordial del presente trabajo radica en que al estudiar a las personas que deciden reducir de peso y muestren algún rasgo de ansiedad, así como cierto trastorno de alimentación, se les proporcione un programa de apoyo integral en el que a través de la aplicación de ciertas técnicas alternativas se logre controlar tanto el trastorno alimenticio como la ansiedad, logrando así que el paciente alcance los objetivos que se propuso.

### PROBLEMA

¿Influirá la aplicación de un programa de reducción de peso sobre los niveles de ansiedad en mujeres obesas?

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## **PLANTEAMIENTO DE TRABAJO:**

**H1** Si existe diferencia en los niveles de ansiedad cuando una mujer participa en un programa de reducción de peso.

**H2** No existe diferencia en los niveles de ansiedad cuando una mujer participa en un programa de reducción de peso.

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Corresponde al tipo correlacional-descriptivo

## **MUESTRA**

Los sujetos son mujeres que decidieron someterse a un programa de reducción de peso oscilan entre 30 y 52 años casadas y con estudios mínimos de preparatoria, la muestra corresponde al 50% de la población total, lo que la hace representativa.

## **ESCENARIO**

El espacio que ocupa una clínica de masajes la cual cuenta con 4 camas de masaje dos baños de temascal una báscula, un escritorio, y una mesa redonda con 6 sillas en donde se llevaron a cabo las sesiones de aplicación, guardando las mismas condiciones para todas las participantes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

llevaron a cabo las sesiones de aplicación, guardando las mismas condiciones para todas las participantes.

### **PROCEDIMIENTO.**

Se recluto al grupo, se le aplicó el Inventario IDARE, seguidamente el EDI utilizando un promedio de 30 minutos para ambos.

Se les informo en que consistiría el programa y se dio inicio. La duración fue de siete semanas mismas que se describen más adelante incluyendo el objetivo y actividades de cada una .

En la última semana se aplicó un re-test del IDARE.

### **TÉCNICAS**

#### **El IDARE "INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO".**

El inventario de ansiedad Rasgo-Estado es un instrumento que intenta cuantificar los fenómenos de ansiedad. La construcción de la escala se inicio en 1964 en Estados Unidos de Norteamérica .

Es una prueba que mide ansiedad y está constituida por dos escalas separadas de auto evaluación, y se utiliza para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: La

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

escala A-Rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se siente generalmente. Son las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad es decir, a las diferencias entre las personas, tendencia a responder a situaciones percibidas amenazantes, con elevaciones en la intensidad ansiedad estado.

A-ESTADO Consiste en 20 afirmaciones en las que se pide al sujeto. Pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

El IDARE ha demostrado cubrir todas las características necesarias para ser considerado un adecuado instrumento de medición, ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y metodológicos que se exigen para que sea eficaz<sup>36</sup>

Las dos escalas tienen un alto grado de consistencia interna.

---

<sup>36</sup> Véase Redondo J.P. Estudio Transcultural del IDARE en universitarios primerizos de la UNAM y Universidad nacional de Colombia. Tesis doctoral, UNAM, México 1979 .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TABLAS.

La tabla utilizada para la conversión de puntuaciones naturales a estandarizadas se obtuvo de la Tesis Profesional de Leticia Steinner 1991 ya que el instrumento carece de este elemento.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Leticia Steiner Iracheta. *La ansiedad durante el segundo trimestre del embarazo, evaluada a través de la prueba idare*, tesis de licenciatura en Psicología, México, Universidad del Valle de México, 1991, pp. 83-87.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 1**  
**ESCALA T PARA**

**MUJERES MENORES DE 35 AÑOS**

PUNT. T	GRADO DE ANSIEDAD
19-29	MUY BAJA
30-40	BAJA
41-51	NORMAL
52-62	NORMAL
63-73	ALTA

**TABLA 2**  
**ESCALA T PARA**

**MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS**

PUNT. T	GRADO DE ANSIEDAD
16-28	MUY BAJA
29-39	BAJA
39-51	NORMAL
52-63	NORMAL
64-75	ALTA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INVENTARIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Es un instrumento de tipo auto informe de fácil aplicación que ofrece puntuaciones en 11 escalas que son importantes en los trastornos de alimentación.

Consta de 91 elementos a los que se contesta en una escala de seis puntos y en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre "nunca", "pocas veces", "a veces", "a menudo", "casi siempre" o "siempre". El instrumento original surge en 1983, al inicio solo incluía tres escalas que evaluaban actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez, bulimia e Insatisfacción corporal) y otras cinco que son importantes en estos trastornos como sería (Ineficacia, Perfeccionismo, Desconfianza interpersonal, Conciencia introspectiva y miedo a la madurez), posteriormente fueron añadidas 3 nuevas escalas que son Ascetismo, Impulsividad e Inseguridad Social.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS DEL EDI 2*

**OBSESION POR LA DELGADEZ.**

Este constructo fue elaborado por Brunch (1973-1982). Quien describió la obsesión por la delgadez o la búsqueda incesante de la delgadez" como la característica esencial de los T. A. La manifestación clínica de un impulso de estar más delgado o un fuerte temor a la gordura es un síntoma esencial para el diagnóstico de la anorexia y la bulimia. Los elementos de esta escala se refieren a la preocupación por el peso, las dietas y el miedo a engordar.

**BULIMIA**

La escala de Bulimia evalúa la tendencia a tener pensamientos o a darse comilonas o atracones de comida incontrolables.

La presencia de este tipo de conductas es una característica distintiva de la Bulimia nerviosa y permite diferenciar entre los dos tipos de anorexia, bulímico y restrictivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **INSATISFACCIÓN CORPORAL**

Esta escala mide la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen trastornos de alimentación (estomago, caderas, muslos, nalgas, etc). La insatisfacción corporal se considera uno de los aspectos de la "perturbación de la imagen corporal" característica de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Puede considerarse también como uno de los principales factores responsables del inicio y persistencia de conductas encaminadas a controlar el peso en los pacientes con trastornos alimenticios.

## **INEFICACIA**

La escala de Ineficacia evalúa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto desprecio y falta de control sobre la propia vida. Conceptualmente la escala está estrechamente relacionada con una pobre autoestima o una auto evaluación negativa pero va más allá de estos constructos al incluir sentimientos de vacío y soledad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **PERFECCIONISMO**

Esta escala mide el grado en que el sujeto cree que sus resultados personales deberían ser mejores, ha indicado que la lucha por alcanzar niveles de rendimiento perfeccionistas, el perfeccionismo es una condición crítica que facilita el escenario para el desarrollo de la anorexia y la bulimia. Los elementos de esta escala evalúan en que grado el sujeto cree que sólo son aceptables niveles de rendimiento personal excelentes y está convencido de que los demás (padres y profesores, por ejemplo) esperan de él unos resultados excepcionales.

## **DESCONFIANZA INTERPERSONAL**

La escala de Desconfianza interpersonal evalúa el sentimiento general de alienación del sujeto y su desinterés por establecer relaciones íntimas, así como la dificultad para expresar los propios sentimientos y pensamientos.

## **CONCIENCIA INTROSPECTIVA.**

Esta Escala evalúa el grado de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales que se relaciona también con la inseguridad para identificar ciertas sensaciones viscerales relacionadas con el hambre y la saciedad. La confusión y desconfianza en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

relación con el funcionamiento del cuerpo y de los sentimientos se ha descrito con frecuencia como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de algunos casos de anorexia y bulimia.

### **MIEDO A LA MADUREZ**

Esta escala evalúa el deseo de volver a la seguridad de la infancia, y el temor a las experiencias psicológicas o biológicas relacionadas con el peso de la adultez.

### **ASCETISMO**

Esta escala mide la tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales. Se considera que el hacer dieta es una purificación, la delgadez es una virtud y el ayuno un acto de penitencia. En las últimas décadas, las motivaciones ascéticas para perder peso aparecen como menos destacadas en detrimento de otras como la obsesión por la delgadez que pasa a ser el principal factor motivacional. Sin embargo, todavía hay actualmente grupos de pacientes cuya conducta parece estar dirigida en gran parte por la creencia en el carácter virtuoso de la restricción oral. La auto-restricción oral puede formar parte de una actitud más general de renuncia a las satisfacciones físicas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **IMPULSIVIDAD**

Evalúa la dificultad para regular los impulsos y la tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la autodestrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. La incapacidad de regular adecuadamente los propios impulsos se ha visto como un síntoma de pronóstico reservado en los trastornos de la conducta alimentaria.

## **INSEGURIDAD SOCIAL.**

Esta escala mide la creencia de que las relaciones sociales son tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias de escasa calidad. Se ha observado con frecuencia que algunos pacientes con trastornos alimenticios experimentan falta de seguridad y de felicidad en sus relaciones sociales, y ello puede tener consecuencias para el tratamiento.

La utilización del EDI 2 es la evaluación clínica de la sintomatología asociada con los trastornos de la conducta alimentaria. No es estrictamente un instrumento de diagnóstico pero produce información muy valiosa sobre la sintomatología y sobre los aspectos psicológicos que son significativos para los pacientes. Cada escala presenta una puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo evaluado. A efectos clínicos, la puntuación de cada paciente debe compararse con los datos normativos de pacientes con

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

trastornos alimenticios y estas comparaciones permiten un examen detallado de la magnitud de la puntuación obtenida en cada escala en relación con muestras específicas. Se puede aplicar la prueba en repetidas ocasiones y ello da al clínico una valiosa información sobre la evolución del tratamiento aunque para interpretar estos cambios hay que tomar en cuenta el concepto de error de medida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PROGRAMA DE REDUCCION DE PESO.

### OBJETIVO GENERAL.

Este programa se ha fundamentado en las experiencias propuestas por Rosemarie Schneider quien en su trabajo titulado *Comer conscientemente*, pretende lograr que las personas aprendan a comer conscientemente y con ello modificar los hábitos alimenticios.<sup>38</sup> Es importante señalar, que si bien, este trabajo ha sido básico, hemos considerado con base en las lecturas que aparecen en la bibliografía modificar algunos de sus lineamientos y observar si el método propuesto por esta autora cumple las expectativas en un programa de reducción de peso.

Este seguimiento nos permitirá llegar al objetivo primordial del presente trabajo que radica en que al estudiar a las personas que deciden reducir de peso y muestren algún rasgo de ansiedad, así como cierto trastorno de alimentación, se les proporcione un programa de apoyo integral en el que a través de la aplicación de ciertas terapias alternativas se logre controlar tanto el trastorno alimenticio como la ansiedad, logrando así que el paciente alcance los objetivos que se propuso.<sup>39</sup> Verificar esta propuesta es pues el problema a resolver.

---

<sup>38</sup> Rosemarie Schneider, *Comer conscientemente. Un curso en siete lecciones*, 1a. ed en español, México, 1990

<sup>39</sup> *Ibidem*.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

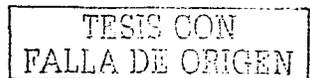
El tratamiento se inicia tomando en cuenta la disposición de la persona en participar. La finalidad del programa no es el que las personas, conozcan una dieta más en la cual tengan una pérdida de peso rápida y fácil, lo que pretendo es que las personas hagan conciencia del comer y la relación con sus emociones, ya que muchas veces en el comer y la relación con sus emociones, ya que muchas veces en el comer encontramos una satisfacción o alivio de nuestro sentir, si se consigue es posible cambiar esa relación existente entre comida-emoción.

Una vez que hayan sido informados en que consiste esta relación existente se les aplicaran dos pruebas psicológicas el inventario de trastornos de la conducta alimentaria, y el inventario de ansiedad RASGO-ESTADO, así como una escala para medir el modo de comer.

Se les proporcionará una cita grupal en la que se llevara a cabo la parte de la sensibilización de la técnica la cual consiste en aprender a respirar, y a través de esto poder hacer conciencia de nuestros pensamientos, ya que el inconsciente tiene poder sobre nuestro cuerpo.

Procedimiento para su implementación.

Se les darán las primeras instrucciones que llevaremos a cabo durante la:



## PRIMERA SEMANA

### OBJETIVO:

Durante esta semana se les entrenará a detectar emociones y visualizar diferentes tipos de situaciones e identificar pensamientos, la persona deberá de hacer las anotaciones de estas observaciones y practicará un ejercicio en el cual se logrará un lenguaje asertivo.<sup>40</sup>

Un modelo de tratamiento que vamos a utilizar va a ser el de Auto-observación. Con frecuencia, los sujetos obesos desconocen su forma de ingesta, Su conducta se da automática-mente, es necesario enseñarles a observar.

### TÉCNICAS:

**Auto-registro.**- Esta es una técnica de un procedimiento terapéutico indispensable. Los estudios han demostrado que el registro diario de los hábitos alimenticios y de la actividad física es tan eficaz como programas más complejos.

**Auto-control.**- Por medio de este se pretende proporcionar al individuo una serie de habilidades que le permitan identificar y controlar su propia conducta manejando antecedentes y sus consecuencias.

---

<sup>40</sup> Thies Stahl. *Introducción a la programación neurolingüística*. Barcelona, Paidós, 2000.

**Análisis funcional.** - Identificación de las variables internas y externas que controlan una conducta, que la antecede o la precede, y las relaciones funcionales existentes entre ellas.

-Estímulos antecedentes.

-Estímulos que desencadenan respuestas emocionales y automáticas.

-Estímulos que actúan como señales discriminativas que provocan respuestas instrumentales inadaptadas.<sup>41</sup>

Utilizaremos algunos puntos importantes de la terapia cognitiva. Enseñar al paciente a controlar su propio pensamiento. Esto implica extraer los aspectos esenciales o nucleares de creencias disfuncionales particulares. Estas creencias deben ser verbalizadas, clarificadas y operacionalizadas para poder determinar sus consecuencias.

De esta manera el terapeuta podrá ayudar a la paciente a reconocer la conexión entre ciertos pensamientos disfuncionales y conductas y emociones inadaptadas.

---

<sup>41</sup> Enrique Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*, Madrid, Pirámide, 1996 p. 253

Ayudará a que la paciente realice interpretaciones realistas y apropiadas, basadas en evidencias.

#### **ACTIVIDADES:**

Cada persona especificará un objetivo y aprenderá a plantearlo.

La persona solamente tendrá permitido comer cuando se sienta hambre física.

Comerá realmente de lo que tenga apetito.

Se deberá crear un ambiente agradable a la hora de comer.

Deberá siempre sentarse para comer, relajar el cuerpo y practicar la respiración .

Se le dará toda la atención a la comida y saborearla.

### **SEGUNDA SEMANA**

#### **OBJETIVO:**

Durante esta semana el foco de atención va a ser el hecho de prestar atención a los cinco sentidos hacerlos conscientes a la hora de comer, solo así se podrá percibir las señales del cuerpo y reconocer sus necesidades en el momento presente en que se va a llevar a cabo la actividad de comer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ACTIVIDADES:**

Ver lo que se come.

Oler los alimentos.

Paladear los alimentos.

Masticar conscientemente.

Escuchar los sonidos mientras se come.

Poner atención a la velocidad con que se come.

Hacer una pausa mientras se come.

Terminar de comer tan pronto se sienta satisfecho.

Practicar afirmaciones positivas, aprender a replantearlas.

Aprenderemos a tener conductas nutricias para uno mismo.

Realizaremos una lista de asuntos pendientes, para detectar posibles focos de ansiedad.

**TERCERA SEMANA****OBJETIVO:**

Con la ayuda de esta lección queremos, en primer lugar ser justos con nuestro cuerpo y con nuestro animo, darle lo que le corresponde, cuando logren controlar y diferenciar esta situación obtendrán una mejor salud y el peso ideal para sentirse bien.

Cuidar el registro de ingesta solo para cuando exista hambre, esto incluye el saber diferenciar exactamente entre el hambre física y la compulsión de comer, debido a otras

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

razones la persona tendrá que responder en que situaciones come aún cuando no tenga hambre física si no se le ocurre nada, le sugerimos lo siguiente con la finalidad de que se auto examine.

Muchos están tan fuertemente aprisionados en la costumbre de comer inconscientemente, o tan distorsionados emocionalmente, que apenas pueden esperar las señales del cuerpo, de que tienen hambre antes de empezar a comer.

¿Como se percibe el hambre física? Cuando el estomago gruñe, este sonido se percibe porque el estomago quiere llegar a su tamaño original, la medida del estomago es igual a la circunferencia del puño, quienes comen más han dilatado sus medidas, y el aprender a satisfacerlo adecuadamente, logrará tener su porción normal. Si se adopta la conducta adecuada para comer sanamente, se moverán entre el 2 y el 5 de la siguiente escala.

Con el 2 sentirán hambre real, y con el 5 hambre física esta saciada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*LOS NIVELES DEL HAMBRE Y LOS GRADOS  
DE SATISFACCION.*

NIVEL	FACTOR SINTOMATICO
0	Caerse de hambre. balancearse y estar ofuscado, estar a punto de desmayarse
1	Muy hambriento, apenas soportable, el estomago casi completamente vacío.
2	Hambriento, con un hoyo en el estómago. Tu cuerpo señala muy claramente lo que necesita. Tu sabes lo que desea comer y tienes apetito de algo específico
3	Hambre ligera. Piensas en lo que se podría comer. Piensas en lo que se podría comer en que es lo que se te apetece. Te permite esperar para comer.
4	Antes de la comida (haciendo hambre): apenas hambriento, las primeras señales del cuerpo que desea alimento. Durante la comida (acercándose al punto de satisfacción): levemente satisfecho.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 4.9 Tu hambre casi está saciada. Podrías terminar ya de comer, pero puedes comer uno o dos bocados más.
- 5 Estás satisfecho. Tu cuerpo recibió lo que necesitaba y está contento. Es muy natural eructar a este nivel.
- 5.1 Ya le diste a tu cuerpo más de lo que realmente necesita. Esto significa comer demasiado.
- 6 Estás más que satisfecho, pero todavía no te sientes mal. Tu cuerpo te señala hace tiempo que no desea nada más.
- 7 Un estado desagradable se va extendiendo, notas que el estómago está sobre expandido. Te sientes hinchado o inflado.
- 8 Tienes más de lo necesario. Ya empieza a doler, un malestar grande.
- 9 Tu cuerpo grita que tiene demasiado. El dolor es grande. Solo desearía estar acostado.
- 10 Lleno hasta reventar. Apenas puedes moverte. Desearías rodar a tu cama y dormir. Todas las energías las necesitas para la digestión. Estás apenas consciente despierto y consciente. No

notaste que comías tanto. Solo deseas que te abran la barriga para sacarte el exceso de comida. Te duele durante mucho rato y te propones no comer por mucho tiempo.

Cuando al principio la persona no este segura del grado de la escala en que se encuentra, se concederá un poco de tiempo para encontrarlo

Esperara a que el cuerpo de una señal y no caiga en la trampa por el ánimo.

*Yo como cuando estoy:*

Agotado

En stress

Solitario

Triste

Infeliz

Enamorado

Exaltado

Aburrido

Excitado

Apenado

Frustrado

Enojado

Angustiado

Inseguro

*Yo como cuando me siento:*

No aceptado

Rechazado

*Yo como cuando:*

Incomprendido

Amado

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

He trabajado demasiado	La comida esta lista
No he trabajado bastante	Tiene buena apariencia
Trabajo sin ganas	Huele rico
Estoy desganada	Me ofrecen
Paso junto al refrigerador	Otros comen
Creo necesitar tragarme el enojo.	

*Yo como porque pienso:*

"Ya esta pagada"

"No voy a regalarle nada al dueño del restaurante"

"Yo puedo pagármelo"

"Tienes que terminarlo o no tendrás postre"

"De todos modos engordo"

"Tengo que desayunar algo"

"Debo comer algo antes de salir de la casa"

"No he comido nada en todo el día hace rato que debería estar hambriento"

"Si no como me desmayo"

"El cuerpo necesita carbohidratos o se debilita"

Si estas razones son las que empujan a la gente a comer, cada persona aprenderá a manejarlas en lugar de comer.

No es aceptable que las personas se afierren a viejas costumbres, se tendrá la libertad de elegir y buscar mejores posibilidades y aplicarlas, detectar ¿cual es la necesidad real y como poder saciarla? por ejemplo cuando me siento agotada me concedo descanso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### CUARTA SEMANA

##### OBJETIVO:

Durante la cuarta semana seguiremos los puntos de las tres semanas anteriores además de llevar los registros.

Conscientiza las opiniones, puntos de vista razones de pensamiento y cuadros de reacción insanas y limitantes y anótalos.

Entrenarse en prestar atención cada vez mejor a lo que deseas vivir.

Aclararse y visualizar lo que se desea ver realizado en las diversas áreas de la vida. formular afirmaciones para ello, y poner todo de su parte para lograr la realización de lo deseado en su estado final. Contamos con un esquema básico que podremos aplicar cada vez que decidamos una meta o acción lo tomamos de Programación Neuro Lingüística.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUESTIONARIO PARA TENER OBJETIVOS

### CONDICIONES:

#### EXPRESADO EN FORMA POSITIVA.

implica lo que uno quiere hacer, no lo que no quiere hacer.

¿Que es lo que específicamente quiere o desea?

#### DEMOSTRABLE EN FORMA SENSORIAL

Representar el objetivo al menos en los tres sistemas de representación (visual, auditivo, kinestésico).

¿Como se daría cuenta de que obtuvo el objetivo?

¿Que vería, que sentiría?

¿Como se daría cuenta otra persona?

#### ESPECIFICANDO Y CONTEXTUALIZANDO

Definir en que contexto se desea y en cuales no se desea.

¿Cuando, donde, y con quien lo quiere?

¿Cuando, donde y con quien no lo quiere?

#### INICIANDO Y MANTENIDO POR EL SUJETO

El logro del objetivo debe basarse en nuestros propios recursos y no en los de ninguna otra persona.

¿Que necesitaría para lograrlo? (recursos).

¿Que le impide lograrlo? (limitaciones)

#### CHEQUEO ECOLOGICO.

El objetivo a alcanzar debe de ser coherente en dos sentidos: por un lado con las creencias y otros objetivos del

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

individuo; y por otro, debe de tener en cuenta el contexto interpersonal en el que se mueve la persona para evitar posibles conflictos.

¿En que se beneficiaría si lo lograra?

¿Que podría perder al lograrlo?

¿Como afectaría a su entorno si lo logrará?

¿Como cambiaría o afectaría a su vida el conseguirlo?<sup>42</sup>

Esta información es obtenida de la técnica de PNL Programación Neuro-Lingüística, técnica creada en los años 70 por Richard Bandler, John Grinder, Robert Dilts, Leslie Cameron. son modelos y técnicas de transformación de comportamiento.

Podríamos describir la PNL como el arte de ayudar a la persona interesada a modificar sus representaciones interiores ( modelos, mapas) de manera que, utilizándolas, pueda desenvolverse mejor en el mundo y en su vida o pueda aceptarlos y disfrutar más de ellos.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Gustavo Bertolott Valles. *Programación neurolingüística. Desarrollo personal*, México, Editorial Diana, 1996 .

<sup>43</sup> Thies Stahl. *Introducción a la programación neurolingüística*, Barcelona, Paidós, 2000, P. 18

## QUINTA SEMANA

### OBJETIVO:

En esta semana la persona ya se puede dar cuenta de que no existe nadie más que ella misma, de la responsabilidad que existe entre ella y la comida, el comer conscientemente no toma la responsabilidad por otra persona, y solo se puede fracasar cuando el sujeto no está dispuesto a escuchar y comprender su cuerpo, y estar atento solo al presente.

Uno de los objetivos de esta lección es el conocer realmente qué es lo que necesita el cuerpo, una de las preguntas para esta semana será ¿que se me apetece?. La inteligencia propia del cuerpo lo informa y deja saber lo que necesita. Bob Shwartz nos dice: "cuando ponemos atención a las señales de nuestro cuerpo, comemos cosas muy específicas, las que demanda nuestro cuerpo, y si analizamos esto a fondo, podemos afirmar, que esa comida es precisamente lo que necesita".<sup>44</sup>

Cuando se le da otra cosa al cuerpo de lo que no necesita seguirá existiendo ese deseo por ejemplo si se desea comer solo un postre en lugar de sopa, carne y

---

<sup>44</sup> Rosemarie Schneider, *Op. Cit.* p. 19

ensalada, pues que se coma solo el postre posiblemente son los azucares que el cuerpo necesita, estar consciente del nivel de hambre y tomar en cuenta el nivel de satisfacción. Si en casa se prepara la comida, se dará tiempo hasta alcanzar el nivel 3 o 4 para escuchar hacia adentro y preguntar en que dirección va tu apetito.

Si se complace a los familiares o se desea otra cosa, prepararse según sean las necesidades, a este nivel ya no se comen grandes porciones, por lo tanto será fácil cocinar algo sencillo., se aprende a aceptarlas y saciarlas, notara que ya no desea otra cosa.. esto dará como resultado que la ansiedad disminuya ya que no existen prohibiciones.

Al escoger lo que se desea comer es necesario hacer un par de respiraciones conscientemente, y así no se dejara gobernar a los caprichos, emociones, ni necesidades emocionales.

Los movimientos emocionales y los de la respiración están unidos muy estrechamente. Cuando una persona se siente tranquila la respiración es pausada pero si esto es al contrario la respiración se vuelve agitada se pone atención en el ritmo de la respiración y esta baja su intensidad o rapidez.

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se hará una diferenciación precisa entre sed y hambre y si se bebe algún líquido posiblemente se precise de comer..

### **ACTIVIDADES:**

Uno de los ejercicios de esta semana va ser el hecho de realizar una lista en la que se elija una o varias personas con la cual queramos estar en armonía y que sea factible, por ejemplo ¿que quiero ver realizado con mi pareja?. escribir una afirmación para poder lograrlo, y saber¿ en que puede contribuir uno para lograrlo?

Además de estos ejercicios se deberá recordar llevar a cabo las anotaciones y las observaciones de las semanas pasadas.

## **SEXTA SEMANA**

### **OBJETIVO:**

Después de la quinta semana la persona ya se encuentra en una etapa de mayor conciencia, ya realiza comentarios acerca de sus experiencias pasadas logra hacer una relación de sus emociones y de sus necesidades de comida, empieza a haber un mayor control de sus pensamientos en relación a lo que come y porque lo come. El hecho de que ahora se puede comer solo cuando se tiene

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

hambre, comer solo lo que se le apetece y se puede terminar cuando se esta satisfecho, el cuerpo alcanza su peso ideal para sentirse bien, la persona se sentirá más ligera y con la libertad de elegir que es lo que desea para estar en armonía con la comida.

#### **ACTIVIDADES:**

Esta semana se cultivara el sentimiento de agradecimiento, hará una lista de 20 cosas por las cuales esta agradecida, ya que la persona cuando esta inmersa en algún problema no percibe lo bueno, pero lo bueno siempre esta presente y el hacer conciencia de esto hace que tome una perspectiva diferente de las cosas y así evitar los pensamientos depresivos y sustituirlos por constructivos si hubieran.

Se llevará a cabo una revisión del día siguiente haciendo una serie de preguntas la noche anterior o la mañana del día que viene, como: ¿Que quedo pendiente y que quiero hacer este día? ¿A que quiero poner más atención? recordar que cada día se hacen las afirmaciones para ese mismo día.

El hecho de revisar diariamente permitirá poco a poco, conscientizarse de lo que debe de dirigir su atención durante el siguiente día.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SEPTIMA SEMANA

### OBJETIVO:

Dominar los registros y hacer conciencia sobre los hábitos adquiridos.

### TÉCNICAS:

Observar cuáles pensamientos limitantes fluyen consciente-mente. Formular afirmaciones que expresen lo contrario deseado y lo que se desea cuando se esta en un estado de conciencia máximo. Conducir la atención a lo que se desea vivir, hacer una revisión de ver si existen asuntos pendientes aún y si así es realizarlos durante esta semana. Hacer una revisión si aún se siguen realizando actividades nutricias y preguntarse si aún faltan actividades por lograr. Hacer un análisis de que se ha logrado con el comer conscientemente.

### ACTIVIDADES:

Concederse, por las noches, un poco de tiempo para terminar el día relajadamente, organizarse para el día siguiente poniendo atención en los asuntos que se deben realizar así como en lo que podemos mejorar, la planeación del día es muy útil porque permite estar consciente de las metas a corto mediano y largo plazo y en las diferentes

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

áreas de la vida por ejemplo en el hogar, la familia, círculo de amigos, círculo de compañeros, salud, área de trabajo, área económica y otras áreas.

En esta semana es importante que la persona examine cuales son los puntos importantes de las semanas anteriores y decida cuales desea lograr con más seguridad y que sean de mayor eficacia, es importante seguir haciendo anotaciones y llevar el calendarios para detectar los puntos que requieren poner más atención, la persona decidirá el tiempo necesario que requiera para sus anotaciones. Llegará el momento en que ya no necesite de estos apoyos, esto se seguirá haciendo con la finalidad de que no se corra el riesgo de comer inconscientemente, y en caso de que esto suceda la persona volverá a realizar nuevamente sus anotaciones..

## DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

De forma general contamos con una población femenil cuyos rangos de edades de dispersaron entre los 30 y 51 años, (ver tabla I). Cuyo elemento común fue la asistencia a una clínica de masajes para disminuir de peso.

En la (tabla II ) puede apreciarse lo relativo a los elementos que se ponen en juego para determinar el sobrepeso de una persona. Vale la pena hacer notar que de los sujetos que integraron la muestra solamente una persona

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

se encuentra por debajo de su peso ideal, las demás alcanzan un promedio de 12.6 kilogramos por arriba.

En la tabla III podemos ver el comparativo en cuanto al (pre test y post-test del IDARE Estado) el pos-test de esta prueba se aplicó después de que las señoras participaron siete semanas en el programa alternativo propuesto encontrando que el 66.8% de la población disminuyó su experiencia de ansiedad, el 26.6% se mantuvo y el 6.6% aumento.

En relación al pre y post test de ansiedad Rasgo (ver tabla IV). El 46.7% se mantuvo en la experiencia de ansiedad y el 6.6% aumento.

Sobre el Inventario de Trastornos de Alimentación en la gráfica V se apreció el perfil general de la población ( de los 15 sujetos) notando fuera de la norma 6 escalas. Fuera del promedio la escala 2 que corresponde a bulimia elevada más allá del rango permitido como normal, la escala 4 ineficacia, la 8 miedo a la madurez la 9 ascetismo, la 10 relaciones interpersonales y la escala 11 inseguridad social disminuidas por debajo del rango, (tabla VI) lo que hace ver que estas características no forman parte del comportamiento general del grupo, aún y cuando están por debajo, solo 2 escalas están notablemente por abajo es el caso de ineficacia e inseguridad social.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En este mismo sentido de generalidad notamos que 5 escalas de las 11 que integran la prueba se caracteriza en un promedio de 10 sujetos por escala por encontrarse inferior al rango de normalidad, en este momento procederemos a enlistarlos retomándolos posteriormente para su análisis escala 4 ineficacia 5 perfeccionismo 6 desconfianza interpersonal, 8 miedo a la madurez y 10 impulsividad (ver tabla VII).

El listado de las escalas sintomáticas y su análisis nos llevo a separar el grupo en dos subgrupos el, primero formado por 6 personas en donde incluimos a los sujetos marcados con los números 1,6,7,11,13 y 15., estos caracterizados por puntuaciones bajas en las escalas mencionadas especialmente en la 4,5,6,y 10 (ver tabla VII y gráfica VII).

Y el segundo grupo formado por nueve sujetos en donde incluimos a los marcados con el número 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12 y 14 y que cuentan con calificaciones superiores al grupo descrito con anterioridad en las mismas escalas (ver tabla VI y gráfica VI), por último es esta descripción en la gráfica VIII, se puede ver el comparativo del grupo I y el grupo II en cuanto a las escalas y su dispersión. En este caso queremos hacer notar la coincidencia de ambos, en escalas que salen del rango aceptado como normalidad como son la escala 2 bulimia por arriba la escala 4 ineficacia y por debajo la escala 5 perfeccionismo que curiosamente en las dos esta fuera del rango, sin embargo en el grupo I esta por debajo y en el grupo II por arriba. La escala 8 miedo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

a la madurez por debajo y la escala 10 impulsividad 11 inseguridad social por debajo.

En lo que se refiere al programa alternativo (ver tabla VIII) pretendemos marcar lo referente a las técnicas que eran importantes desarrollar.

Se incluyen las actividades más sobresalientes y se hace una diferencia de los avances y retrocesos de los grupos A y B.

En lo anterior hemos integrado solo una descripción que pudiéramos interpretar como cuantitativa por lo que utilizamos porcentajes, tablas y gráficas descriptivas, llega el turno de integrar nuestros resultados para tratar de entender la dinámica del grupo.

En relación al problema sobre los motivos de una mujer para participar en un programa de reducción de peso y las dos hipótesis planteadas aceptamos la primera que dice: Si existe ansiedad en una mujer por tal motivo busque participar en un programa de reducción de peso por que aunque el cuestionario de ansiedad Estado muestra que mas de la mitad de la población disminuyo su experiencia de ansiedad esto pudo deberse a que se trata de periodos cortos de alteración emocional . Sin embargo en la ansiedad Rasgo menos de la mitad disminuyo, situación que se esperaría porque la ansiedad Rasgo habla de un estilo de vida en los sujetos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sobre la Hipótesis 2 que dice: No existe diferencia en los niveles de ansiedad cuando una mujer participa en un programa de reducción de peso, se rechaza porque el grupo muestra características de comportamiento contrarias a esta preocupación que deberíamos de ver. Se puede caracterizar al grupo de la siguiente manera, son mujeres que pueden tener pensamientos asociados a las comilonas o atracones de comida, pero que curiosamente no muestran inseguridad, vacío o falta de control, que serían características de una baja autoestima asociada, que tampoco experimentan inseguridad o temor hacia las demandas de la adultez cuyos impulsos están bajo control, aparentemente no presentan hostilidad ni tendencias a la destrucción, lo que sin duda nada tiene que ver con un trastorno de alimentación., en cambio el grupo II muestra también pensamientos asociados a comilonas y atracones, en ellas si se encuentra insatisfacción corporal que pudiera significar una perturbación de su imagen lo que las lleva a controlar su peso y alimentación. No aparece inseguridad o insatisfacción, pero si una búsqueda de perfeccionismo y deseos de rendimiento y excelencia personal, tampoco hay tendencia a la infancia como miedo a la madurez, pero hay una contradicción en cuanto a la búsqueda de virtud, sacrificio o auto superación personal, tampoco se encuentran en ellas dificultad para controlar sus impulsos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIONES

Queda comprobado a nuestro entender que no siempre una persona asiste a un tratamiento reductivo con la intención de bajar de peso. Sería en este caso importante proponer como secuencia de este trabajo un diagnóstico sobre las causas auténticas que pueden inclinar a una persona a seguir este camino.

Otro elemento importante a comentar es que si resulta básico el crear la autoconciencia sobre lo que se hace y deja de hacer en torno a la comida y con esto promover el cambio en la preferencia de las personas que requieren disminuir de peso. Para lo que la actividad nutricia es definitivamente una estrategia de intervención de estos grupos, así como el que intervenga una accesoria nutricional.

Queda igualmente planteada la importancia de las escalas sintomáticas que detectamos sobre las cuales se tendría que proponer nuevos trabajos y por último la consideración en cuanto a la Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo que al ser parte de un estilo de vida del individuo a lo que se puede aspirar es a disminuirlo pero no a erradicarlo.

Finalmente en este apartado cabe reflexionar sobre el involucramiento y desempeño de nuestros sujetos en el

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

programa alternativo llevado a cabo durante las siete semanas.

Considerando las observaciones realizadas a los 2 grupos (Ay B) saltan a la vista las actitudes propositivas que venimos encontrando en el grupo B que nos hacen pensar , que su desempeño fue de mayor conciencia. De mayor participación, de mayor compromiso de la aceptación de experiencias de emociones negativas, resultado de la búsqueda de un cambio en el comportamiento tradicional.

Otro elemento que consideramos fue básico es la participación de la familia en los cambios buscados y el sentido favorable que se crea en el comer concientemente.

Es por tanto la oportunidad para expresar que el grupo A cuenta con comportamientos para los que debe existir sin duda una ganancia secundaria, careciendo de autenticidad y compromiso lo que manifiestan verbalmente.

En cambio el grupo B se caracterizó por ser espontáneo y genuino con el motivo que les llevo a buscar un grupo para bajar de peso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGINAL

Tabla I Datos Generales de la población

<i>Sujeto</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>
1	30	Preparatoria	Ama de casa
2	33	Preparatoria	Ama de casa
3	34	Secundaria	Ama de casa
4	34	Preparatoria	Bailarina
5	35	Secundaria	Ventas
6	35	Preparatoria	Ama de casa
7	37	Licenciatura	Ama de casa
8	37	Preparatoria	Ama de casa
9	38	Preparatoria	Ama de casa
10	39	Licenciatura	Contadora
11	41	Educadora	Ama de casa
12	42	Licenciatura	Empresaria
13	46	Licenciatura	Profesora
14	50	Comercio	Jubilada
15	51	Preparatoria	Ama de casa

TESIS CON  
 FALTA DE ORIGEN

Tabla II Datos Generales de la población

<i>Sujeto</i>	<i>Estatura</i>	<i>Peso</i>	<i>Peso Ideal</i>	<i>Sobre-peso</i>
1	1.65	82.400	56/58	22 kg
2	1.67	82.000	57/59	20 kg
3	1.63	69.000	55/57	12 kg
4	1.67	68.000	57/59	8 kg
5	1.57	57.000	51/53	4 kg
6	1.54	56.000	49/51	5 kg
7	1.58	63.000	52/54	9 kg
8	1.50	46.500	48/50	-3.5 kg
9	1.62	72.000	54/56	16 kg
10	1.52	60.000	48/50	10 kg
11	1.69	69.400	59/61	8.4 kg
12	1.50	71.000	48/50	21 kg
13	1.53	65.000	49/51	14 kg
14	1.62	68.000	54/56	12 kg
15	1.67	75.000	57/59	16 kg

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Tabla III Resultados descripción de las puntuaciones obtenidas en el  
Pre test y Post test del IDARE (Estado)

Sujeto	Pre - test	Post - test	$D_1=(Y_1-Y_2)$	$D_2$
1	43 Normal	49 Normal	- 4	16
2	70 Alta	62 Normal	8	64
3	71 Alta	25 Muy Baja	46	2116
4	66 Alta	43 Normal	23	529
5	49 Normal	39 Baja	10	100
6	60 Normal	50 Normal	10	100
7	50 Normal	37 Baja	13	169
8	52 Normal	51 Normal	1	1
9	52 Normal	35 Baja	17	289
10	70 Alta	62 Normal	8	64
11	42 Normal	37 Baja	5	25
12	62 Alta	50 Normal	12	144
13	45 Normal	28 Muy Baja	17	289
14	44 Normal	41 Normal	3	9
15	53 Normal	47 Normal	6	36

TESIS CON  
 FALTA DE ORIG.

$$t = \frac{\bar{Y}_D}{\sqrt{\left[ \frac{N \sum D^2 - (\sum D)^2}{N} \right] \left[ \frac{1}{N(N-1)} \right]}} \quad (3.867)$$

T= tablas 2.145

T= obtenida 3.867

Se acepta la hipótesis alterna por lo tanto la diferencia de las aplicaciones son significativas.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Tabla IV Resultados: Descripción de las puntuaciones obtenidas en el  
Pre test y Post test del IDARE (Razgo)

<i>Sujeto</i>	<i>Pre - test</i>	<i>Post - test</i>	<i>Tendencia</i>
1	74 Alta	62 Normal	Disminuyo
2	46 Normal	36 Baja	Disminuyo
3	46 Normal	36 Baja	Disminuyo
4	54 Normal	35 Baja	Disminuyo
5	47 Normal	39 Normal	Se mantuvo
6	63 Normal	50 Normal	Se mantuvo
7	39 Normal	41 Normal	Se mantuvo
8	51 Normal	48 Normal	Se mantuvo
9	39 Baja	41 Normal	Aumento
10	65 Mucha	61 Normal	Disminuyo
11	32 Baja	34 Baja	Se mantuvo
12	45 Normal	47 Normal	Se mantuvo
13	40 Normal	38 Baja	Disminuyo
14	36 Baja	34 Baja	Se mantuvo
15	47 Normal	33 Baja	Disminuyo

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

TABLA V

Resultados del Cuestionario EDI 2

ESCALAS	SUJETOS															Promedio Gral
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Distorsion por la delgadez	9	16	14	27	7	7	3	8	6	15	11	1	17	7	0	9.31
Duena	1	5	6	15	2	18	1	0	0	7	3	2	2	3	0	3.63
Satisfaccion corporal	6	2	3	24	1	9	6	3	27	7	14	8	13	2	16	12.13
Intercacia	7	0	4	1	0	7	1	0	0	1	11	0	0	1	1	1.33
Perfeccionismo	7	7	15	14	9	3	1	4	7	6	3	12	11	5	2	4.66
Tercianza Interpersonal	0	6	4	7	0	0	4	6	6	7	7	1	0	0	7	2.46
Comovencia recíproca	5	4	3	17	0	16	11	7	1	5	7	2	2	2	0	4.26
Miedo a la madurez	1	3	1	4	0	7	4	4	7	8	3	4	4	10	2	4.60
Activo	5	4	7	6	2	3	1	2	3	4	4	4	5	4	6	3.66
Inseguridad	7	5	2	14	0	7	0	7	0	0	0	7	0	7	1	1.26
Inseguridad social	1	5	2	7	0	7	3	1	9	0	4	1	1	7	1	2.61

○ SUPERIOR

□ INFERIOR

— PROMEDIO

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

**RANGOS NORMALES DE LAS ESCALAS EDI 2**

<b>ESCALA</b>	<b>RANGO NORMAL</b>
Obsesión por la delgadez	4-13
Bulimia	1-2
Insatisfacción corporal	4-13
Ineficacia	3-9
Perfeccionismo	4-6
Desconfianza interpersonal	3-6
Conciencia introspectiva	4-9
Miedo a la madurez	6-7
Ascetismo	4-6
Impulsividad	5-6
Inseguridad social	3-7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Gráfica V  
Puntuaciones del promedio general  
del grupo. V=M CASOS SIN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

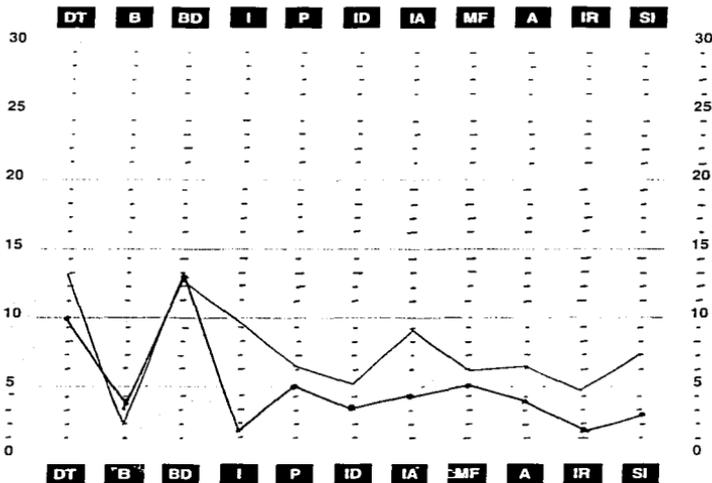


Tabla VI

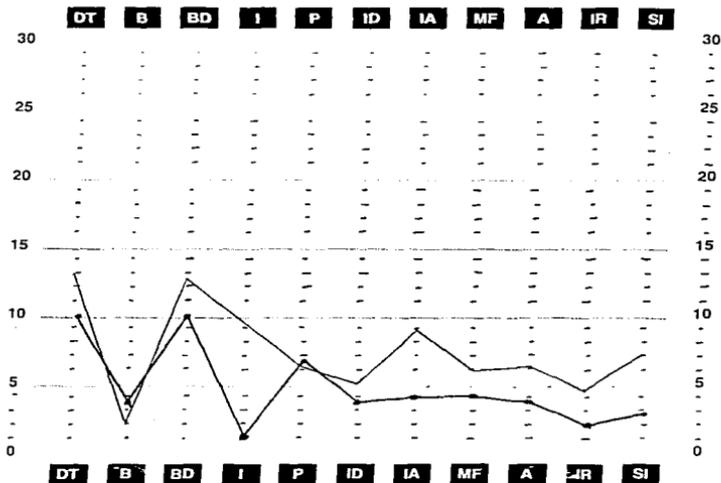
Sujeto / Escalas	2	3	4	5	8	9	10	12	14	Prom.
1	18	14	20	7	8	6	15	3	0	10.1
2	5	0	15	2	0	0	7	0	3	3.5
3	26	5	24	1	3	22	7	8	0	10.6
4	0	4	1	0	0	0	1	0	1	.7
5	7	0	14	9	4	2	8	12	5	6.7
6	6	4	7	0	0	8	2	1	0	3.1
7	4	3	13	0	2	1	5	7	3	4.1
8	3	1	4	0	8	2	6	4	10	4.2
9	4	2	6	2	2	3	4	4	4	3.4
10	0	0	3	0	7	0	0	2	2	1.5
11	5	3	2	0	1	9	0	3	2	2.7

SUJETOS CUYAS ESCALAS SINTOMATICAS ESTAN SUPERIOR AL PERFIL PROMEDIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Gráfica VI Puntuaciones  
superiores de 9 sujetos  
V+M CASOS SIN TRASTORNOS ALIMENTARIOS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla VII

Sujeto Escalas	1	6	7	11	13	15	Prom.
1	9	7	3	13	17	0	8.1
2	1	18	1	3	2	0	4.1
3	26	9	6	14	13	16	14
4	2	2	4	1	0	4	2.1
5	2	3	1	3	1	2	2.3
6	0	0	0	7	0	2	1.5
7	5	16	0	7	3	0	5.1
8	11	7	4	3	4	5	5.6
9	5	3	1	4	5	6	4
10	2	2	0	0	0	1	.8
11	1	2	3	4	1	4	2.5

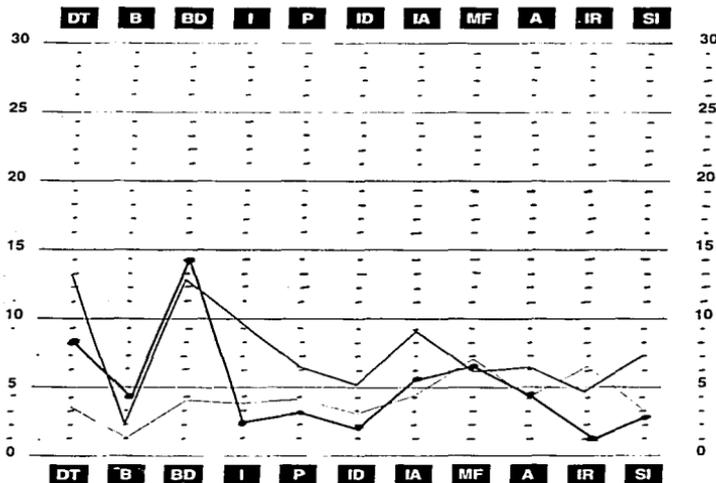
SUJETOS CUYAS ESCALAS SINTOMATICAS ESTAN INFERIORES AL PERFIL PROMEDIO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**PERFIL**

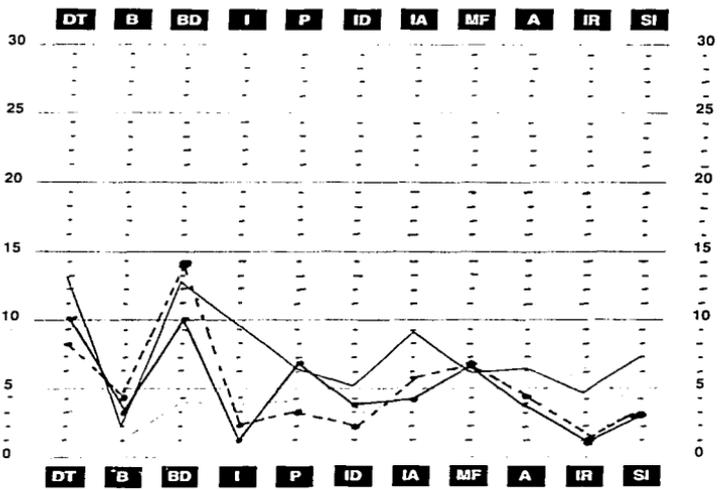
Grafica VII Rangos inferiores de 6  
sujetos  
V+M CASOS SIN TRASTORNOS ALIMENTARIOS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# PERFIL

Gráfica VIII Ranges 9 sujetos  
 --- Inferiores      - - - Superiores  
 V=M CASOS SIN TRASTORNOS ALIMENTARIOS



TESIS CON  
 ... DE ORIGEN

Tabla VIII

TECNICA	ACTIVIDADES	GRUPO A	GRUPO B
AUTOREGISTRO	LLEVAR ACABO EL REGISTRO DE HABITO ALIMENTICIO	SE LLEVARON ACABO LOS REGISTROS DIF PARA LLEVAR REGISTRO NO REALIZAN REGISTROS SI SE LLEVARON A CABO LOS REGISTROS HACEN COMPARACION DE REGISTROS	DIF PARA REALIZAR REGISTROS DISMINUYO SU REGISTRO SE INTERESA POR VER RESULTADOS LA FALTA DE TIEMPO ES FACTOR IMPORTANTE NO EXISTEN REGISTROS AUMENTA EL INTERES DE REGISTROS
AUTOCONTROL	RELAJACION Y RESPIRACION ANTES DE COMER PONER ATENCION A SUS SENTIDOS PERCIBIR EL HAMBRE PUNCIAR A COMER VISUALIZAR LO QUE SE DESEA PONER ATENCION A LO QUE DESEA VIVIR REALIZAR ACTIVIDADES NUTRICIAS FORMULACIONES AFIRMACIONES REALIZAR ASUNTOS PENDIENTES REVISAR ACT PEND	LLEVAR SUS RESPIRACIONES NO PONIAN ATENCION A SUS SENTIDOS NO HABIA INCREMENTO DE CONSCIENCIA PONIAN ATENCION A SUS EMOCIONES PRACTICA DE VISUALIZACION PONIAN ATENCION EN OBJETIVOS REALIZARON ACT NUTRICIAS	DIF PARA RESPIRAR ANTES DE COMER INCREMENTO DE CONSCIENCIA CAMBIO SU ESTADO DE ANIMO (MAL HUMOR) MAYOR CONSCIENCIA EN LOS 5 SENTIDOS NECESIDAD DE PRACTICAR VISUALIZACIONES DIF P. REALIZAR LAS ACT CONSIGO MISMO SI LOGRARON REALIZAR ACT NUTRICIAS
ANALISIS FUNCIONAL	ESPECIF Y PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS AMBIENTE AGRADABLE A LA HORA DE COMER DETECTAR LAS EMOCIONES RELACIONADAS A LA COMIDA PERCIBIR ESTADOS DE ANIMO PENSAMIENTO HUSANOS Y LIMITACIONES PROYECTO DE VIDA SENTIMIENTO DE AGRADECIMIENTO ANALIZAR LO QUE SE HA LOGRADO CON COMER CONSIENTEMENTE	REALIZARON MUY BIEN PONER EL LUGAR AGRADABLE AMBIENTAR LA HORA DE COMER  DIFI PLANTEAR OBJETIVOS SE INCREMENTA ATENCION A LAS EMOCIONES  VISUALIZAN LO QUE DESEAN PERIODO POSITIVO DE AGRADECIMIENTOS ESPERABAN MAYORES RESULTADOS CON COMER CONSIENTEMENTE	SE INCREMENTA LA ATENCION A LA HORA COMER  PARTICIPACION DE LA FAMILIA DIF PARA PLANTEAR OBJETIVOS SE INCREMENTA ATENCION A LAS EMOCIONES DIF P VISUALIZAR Y PERCIBIR LO QUE SE DESEA SENTIMIENTO DE ENOJO Y FRUSTRACION SI SE REALIZARON LOS AGRADECIMIENTOS SI SE HAN SENTIDO CONTENTOS CON COMER CONSIENTEMENTE

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

Abramson Edward; El comer emocional una guía práctica de control; Desclee de Brower; Bilbao, España 1999.

Barber, S Los extremos en los trastornos alimenticios anorexia y obesidad; Psicología Iberoamericana, Nueva Epoca Vol. 3 núm 21 México; 1995.

Bellak L. Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia; Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México.

Bertolott Valles Gustavo; Programación Neurolingüística. Desarrollo Personal; Editorial Diana; México 1996.

Bichof S; Interpretación de las teorías de la personalidad; Editorial Trillas; México; 1992.

Bragunsky Jorge y colaboradores; Obesidad; Ed. Ateneo; Argentina; 1996.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Davidoff Linda; Introducción a la Psicología; 2da. Edición;  
Mc.Grow Hill; México; 1984.

Díaz Guerrero R; IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo-  
Estado; Ed. Manual Moderno; México. 1975.

Echeburúa Enrique; Avances en el tratamiento psicológico  
de los trastornos de Ansiedad, Ed. Pirámide; Madrid; 1996.

Garner M David; Inventario de la Conducta Alimentaria;  
Manual TEA : Madrid; 1998.

Geneen Roth; Cuando la comida sustituye al amor; Urano  
México.

Gispert Carlos; Mujer y sociedad; Océano Difusión, S.A;  
Barcelona; 1983.

Holtz y Tena Antonio; Revista de Psicología Iberoamericana;  
México 1995.

Matheson; Psicología Experimental. CECSA México; 1985

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ramos Cariarte; Obesidad, conceptos actuales; Ed. Página Electrónica, S.A. de C.V. México 1996.

Redondo J.P.; Estudio Transcultural del IDARE; UNAM; México; 1979.

Shneider Rosemarie; Comer conscientemente, curso en siete lecciones; 1ª. Edición en español; México; 1990.

Steiner Iracheta Leticia; La ansiedad durante el segundo trimestre de embarazo evaluado a través de la prueba IDARE; Tesis de licenciatura en Psicología ; Universidad del Valle de México; México; 1991.

Thies; Introducción a la programación neurolingüística; Paidós; Barcelona; 2000.

Vallejo Ruiloba y C.Gaston Ferrer; Trastornos afectivos ansiedad y depresión; Salvat; Barcelona; 1990.

Velázquez Rosalía; Historia curso I; Editorial Cultural; México; 2001.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Young; Como comprender mejor nuestros sentimientos y emociones; editorial Manual Moderno S.A.; México; 1978.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN