



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN CURSO VIVENCIAL PARA EL MANEJO
Y CONTROL DE LA OBESIDAD, DESDE UN ENFOQUE
PSICOCORPORAL.

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ELIA VALDÉS RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE LA TESINA:
DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2011



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.

**“El derecho a ser lo que uno es, incluye
no tener que ocultar su naturaleza auténtica”**

Eva Reich

A mi Universidad la U.N.A.M. y mi Facultad con todo mi cariño y respeto.

A la Dra. Cecilia Silva Gutiérrez por su apoyo, disponibilidad, tiempo y paciencia.

A la Mtra. Alicia Migoni, a la Dra. Mariana Gutiérrez, a la Mtra. Araceli Lambarri y a la Lic. Aída Mendoza, por su tiempo y observación precisa a este y trabajo.

A Ricardo: Por ser mi compañero y maestro de vida, por ese impulso que me das tan grande para que mis proyectos se realicen.

A Cesar: Por ser ese SER tan maravilloso que llena de felicidad mi vida.

A mis Padres: En su memoria, principalmente por darme la vida. Por haberme apoyado en mis locuras a pesar de sus creencias y educación, por darme la oportunidad de hacer lo que me gusta, por su amor.

A Lupe y Antonio: Por formar parte de mi vida, por su amor y apoyo.

A Carlos y Jorge: Por haber sido ese parte-aguas tan importante en nuestra familia, por ser ese gran ejemplo a seguir, por ser esos hombres maravillosos que me apoyan incondicionalmente.

A Armando: Por compartir conmigo tus locuras del universo humano, por haber influido en mí para adentrarme en esta maravillosa profesión, por ser ejemplo, de que sí se pueden cumplir los sueños. Por estar, simplemente por estar.

A Zita: Por ser mi compañera de juegos, por ser mi cómplice, por ser mi confidente, por tu cariño y apoyo.

A Leslie y Alicia: Porque a pesar de su corta edad son muy grandes, por enseñarme a dar sin esperar nada a cambio, simplemente por ser parte de mí.

A Ma. del Carmen Gómez: Por haber recorrido conmigo un largo trecho de mi vida emocional, por toda la contención y amor que me has dado, para poder tomarme de la vida y así llegar a mis metas.

A Rafael, Meche y Paty: Por ser mis maestros, mis guías, mi apoyo y por confiar en mí.

A todos ustedes con mucho cariño y respeto, mi agradecimiento.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	1
Capítulo Uno	
MARCO TEORICO	
OBESIDAD	
1.1 ¿Qué es la obesidad?	7
1.2 Historia de la obesidad	7
1.3 Obesidad en México	9
1.4 Etiología de la obesidad	12
1.4.1 Factores biológicos	12
1.4.2 Factores nutricionales	13
1.4.3 Factores socioculturales	14
1.4.4 Factores psicológicos	17
1.4.5 Factores familiares	18
1.5 Características de los obesos y su relación con la comida	21
1.5.1 Características conductuales	23
1.5.2 Características emocionales	24
1.5.3 Características físicas	30
1.6 Tratamientos psicoterapéuticos para la obesidad	33
1.6.1 Principales enfoques de psicoterapia para el trabajo de la obesidad: El Psicoanálisis y la Terapia Cognitivo conductual.	34
1.7 Terapia Psicocorporal (estructuras caracterológicas)	46
1.7.1 Estructura esquizoide	52
1.7.2 Estructura oral	55
1.7.3 Estructura masoquista	58
1.7.4 Caracterología y personalidad del obeso desde un enfoque psicocorporal.	60

Capítulo Dos

PROPUESTA

Justificación	64
Propuesta de intervención	65
Carta descriptiva	70
Alcances y Limitaciones	89
Referencias	91
Anexos	97

RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica que deteriora el estado de salud física y psicológica de un individuo. En los últimos años su prevalencia ha aumentado en México y en el mundo, por lo que existe una gran preocupación tanto para combatirla como para tratarla. Por tal motivo, el objetivo de este trabajo de investigación es la propuesta de un curso para el manejo y control de la obesidad desde un enfoque psicocorporal el cual proporciona métodos para el manejo de las emociones, (factor estrechamente relacionado con el comer excesivo) con la finalidad de coadyuvar a los pacientes a bajar de peso y propiciar un desarrollo personal y social que implique una mayor plenitud de vida.

INTRODUCCION.

La obesidad es una enfermedad crónica que deteriora el estado físico y emocional de una persona; de acuerdo a las investigaciones al respecto se es obeso cuando el índice de masa corporal (IMC) es mayor o igual a 30 (Stein y Colditz, 2004).

A través de la historia de la humanidad, la obesidad ha tenido diferentes connotaciones de acuerdo con las culturas y las épocas, y; en la actualidad constituye un problema de salud importante. En México la obesidad en adultos ha aumentado a un paso acelerado y alarmante, desbancando del primer lugar mundial a Estados Unidos de Norte América. (www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=66539). Por lo que se ha convertido en un enemigo público no sólo porque reduce la esperanza de vida, si no porque genera un aumento considerable de gastos médicos, lo cual repercute

indudablemente en los problemas económicos del país, empobreciendo y disminuyendo la productividad laboral.

La obesidad es una enfermedad compleja de origen multifactorial, es decir, no se puede atribuir a una sola causa, pues existen diversos factores que a lo largo de este trabajo abordaremos.

Los medios de comunicación y publicidad son un factor que contribuye al desarrollo de la obesidad, ya que el bombardeo publicitario de lo que tendría que ser un cuerpo saludable y bello, origina que las personas busquen tener un cuerpo ideal, bajo la creencia de que el atractivo físico tiene recompensas sociales y psicológicas. El argumento comercial que se vende actualmente, pareciera ser en el sentido de que el cuerpo puede ser moldeado siempre y cuando haya una estricta autodisciplina, en donde se realizan “dietas” (restricción del alimento). El hacer “dieta” tras “dieta”, solo agrede al cuerpo, ya que al bajar de peso, de esta forma, es por un corto periodo de tiempo, y al “terminar la dieta” por lo general viene un llamado “rebote” que hace subir más de peso, y aumenta las frustraciones y el enojo a las personas que se sometieron a éstas; entonces, la gordura se estigmatiza como una falla personal, donde no se escucha, ni siente el cuerpo (Brownell y Rodin, 1994).

Por lo que, podemos decir, la sobrealimentación es un síntoma que refleja factores psicológicos que no han sido atendidos, por lo que es importante hacerse cargo de las causas psicológicas para poder modificar la conducta de sobrealimentación. Entonces, puede decirse que el comer en exceso no es la causa, sino la consecuencia, y la obesidad es un síntoma, y una vez que los factores emocionales que la crearon sean reconocidos, entendidos, y reducidos; la pérdida de peso se conseguirá con facilidad (Last, 2000).

Así también se aprecia que la familia es quien transmite los valores, hábitos costumbres, y la producción de los trastornos de la conducta alimentaria; al niño pequeño no se le enseñó a manejar las herramientas con las que cuenta para

enfrentar la vida, por lo que la comida se convierte en esa gran herramienta, y el cuerpo formó corazas para defenderse del dolor y el desamor, a través de la comida. Puede decirse que un número considerable de personas obesas comen para atenuar su tedio, fatiga, ira, tensión, soledad, ansiedad, tristeza o excitación; los hábitos alimentarios se convierten en una respuesta aprendida a estos sentimientos y a estímulos externos (Ramos, 1998).

Se revisará también como el individuo en algún momento de su vida engordó como forma de protección, para cuidarse de lo que le amenazaba en la infancia, la sensación de falta de ternura, afecto, amor y, cuidado en la niñez, se lleva a flor de piel; por lo que la intimidad y la confianza en la vida adulta se vuelve un riesgo de volver a revivir momentos dolorosos; el alimento representa el amor, el cuidado, es algo que siempre va a estar, y que ayuda a llenar el vacío emocional. Entonces, lo que se necesita, es empezar a reconocer, que lo que se come o se bebe es generalmente una demanda de ese cuerpo emocional y/o de ese niño (a) que todavía está presente, escondido en el cuerpo de un adulto (Cervera, 2010).

Aunque el comer emocional provenga de experiencias de la niñez temprana, no quiere decir que para cambiar la conducta se necesite un largo tratamiento como el psicoanalítico, o uno breve donde se plantee un régimen alimenticio severo de restricción de alimentos y registros de comidas, donde sea difícil de mantener el tratamiento y los efectos a largo plazo, ya que a las personas que lo llevan a cabo, les produce depresión y desesperación reduciendo sus estados de bienestar.

Las dietas (restricción de alimentos) funcionan en la medida que se hace un gran esfuerzo, solo que al terminar ese gran esfuerzo por lo general se derrumba lo ganado en disminución de peso, y se gana mayor peso y frustración. En ese sentido, surge la necesidad de plantear el control de peso desde una perspectiva diferente, que no implique únicamente modificar o restringir los alimentos, si no que conlleve un planteamiento en donde el problema sea resuelto por completo y que no sea solo una mejoría temporal.

El comer en exceso es considerado como un síntoma de situaciones psicológicas no resueltas en la persona, (como ya se mencionó) por lo que al resolver esta situación desde el enfoque psicocorporal, le permitirá al individuo encontrar una solución a su comer en exceso y un control de peso permanente.

El tratamiento de la obesidad necesariamente, tiene que ser un programa a largo plazo, en donde el conocimiento de sí mismo, y el cambio de hábitos, sea duradero.

Así, en el ámbito de la psicología se propone una nueva perspectiva que entienda a la enfermedad (la obesidad) de diferente manera, donde la misma se vea como una construcción basada en un proceso corporal, que a su vez se manifiesta en un proceso psicosomático, el cual por lo general se ha construido desde la infancia, hasta la edad adulta, que como se ha hecho referencia es producto de un todo integrado por factores sociales, psicológicos y biológicos.

Debido a la problemática que se ha generado actualmente en nuestro país y a las diferentes propuestas que se han hecho, valdría la pena explorar este tema desde el enfoque psicocorporal el cual parte del cuerpo como un organismo plástico, móvil y reorganizable; mismo que se conforma de capas para regenerarse, reformarse y crecer y en donde la persona es capaz de participar en estos cambios no solo a nivel bioquímico, sino también en los de la forma y movilidad a nivel neuromuscular, con un impacto importante en lo emocional y lo social. (Keleman 1985). Este enfoque parte de la premisa principal de que al revivir el momento (en un espacio de protección emocional) este cuerpo puede resignificar el evento.

De acuerdo a esto, en la presente propuesta se esboza un curso del manejo y control de la obesidad desde un enfoque psicocorporal, donde los beneficios son múltiples, pues las personas podrán conocer, el origen emocional de su sobre

peso, podrán aplicar herramientas nuevas para el manejo de sus emociones con relación al comer en exceso y experimentarán en el cuerpo el fluir de la energía libremente, que propiciará un estado de mayor plenitud y alegría por la vida generando crecimiento y desarrollo personal.

Entonces, el punto central del tratamiento psicológico corporal que se propone radica en que la persona realice cambios de raíz, que amplíe su conciencia, que reconozca sus emociones, su cuerpo, su coraza y sus propias necesidades para poder tener una vida más satisfactoria. Cuando las personas tienen una vida satisfactoria (sexual, social, familiar, laboral, etc.) son más productivas y viven en plenitud con la sociedad.

La presente tesina está integrada por un capítulo con siete apartados en los cuales se desarrolla la problemática de la obesidad. Se plantea como los conceptos y la vivencia de la obesidad ha cambiado a través de la historia de la humanidad. Se atiende la etiología y se desglosa cada uno de los factores determinantes en el desarrollo de la obesidad; como son los biológicos, nutricionales, socioculturales, familiares y psicológicos, se desarrollan las características del obeso, en sus diferentes aspectos, como son físicas, conductuales y emocionales, se presentan dos formas terapéuticas para trabajar la problemática, el psicoanálisis y la terapia cognitivo conductual; se concluye explicando que es la terapia psicocorporal, sus principales conceptos y los rasgos caracterológicos de algunas estructuras que se equiparan con las características del obeso.

En un segundo capítulo, se realiza una propuesta de intervención psicoterapéutica desde el enfoque psicocorporal, que consiste en un curso con una duración de quince sesiones, en las que se abordan temas relacionados con el sobre peso como: la depresión, el comer en exceso como una forma de sustituir el amor, la ansiedad, etc. y se realizan ejercicios psicocorporales actings de vegetoterapia (movimientos suaves que contactan con las emociones) y de bioenergética de

Lowen; con la finalidad de conocer el origen emocional del sobre peso y aplicar herramientas nuevas para el manejo de las emociones en relación al comer en exceso.

Finalmente, se presenta un apartado de alcances y limitaciones.

1. CAPITULO

1.1 ¿Qué es la obesidad?

La obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presencia de trastornos que pueden deteriorar el estado de salud físico y psicológico. (Valdez, 1999 citado en Hidalgo, 2000). Es decir, cuando un individuo ingiere una mayor cantidad de energía de la que requiere su cuerpo esta energía se acumula en forma de tejido adiposo.

Existen diferentes métodos para medir la obesidad; algunos son muy costosos y poco eficaces para utilizarse en el estudio de poblaciones grandes. Para el estudio e investigación con diferentes poblaciones se utiliza, con frecuencia, el cálculo del Índice de Masa Corporal; que se obtiene dividiendo el peso de la persona entre la estatura elevado al cuadrado ($IMC = \text{Kg}/\text{m}^2$), este método arroja el dato del grado de grasa corporal en la persona. La medición de la circunferencia de la cintura, también es utilizada, sin embargo, el IMC es una medición estandarizada y valuada por la Organización mundial de la salud (OMS) (Stein y Colditz, 2004).

De acuerdo a las tablas estandarizadas y valuadas por la OMS, considerando la antropometría, una persona obesa es aquella cuyo IMC es igual o superior a 30 (OMS, 2011).

1.2 Historia de la obesidad

En la historia de la humanidad, para algunas culturas la obesidad no era considerada como un problema de salud; en la prehistoria al parecer la obesidad femenina representaba el atractivo físico, la fuerza, la fertilidad, la maternidad y la fecundidad (Díaz, 2007). El problema de salud está asociado con la civilización en el cambio de dieta que es un consumo bajo en fibra y alto en grasas y azúcares.

A través del tiempo ha ido cambiando la conceptualización de la gordura. En las antiguas civilizaciones los cuerpos delgados y fuertes eran bien vistos y apreciados; eran un símbolo de belleza. Los romanos tenían un gusto por la comida y por la exageración en ellas (comilonas), por lo que a estos se les atribuye la costumbre de comer y vomitar para sentirse aliviados y seguir comiendo. En esa época sólo a los pobres se les caracterizaba como obesos ya que comían pan en exceso. Hubo grandes pensadores obesos, como Platón y Horacio. En la Edad Media era signo de la “Gracia Divina”, las mujeres flacas eran mal vistas y la obesidad era sinónimo de belleza; a pesar de que la gula se consideraba un pecado capital (Bruch, 1973; Covarrubias, 1997).

En Grecia, Hipócrates identifica la obesidad como un riesgo para la salud, e incluso señaló la muerte súbita y la infertilidad en mujeres como consecuencias de la obesidad. Platón (siglo V – IV A.C.) asocia la disminución de la esperanza de vida con este factor, y señala que una dieta equilibrada es aquella que contiene todos los nutrientes.

En la antigua Roma, Galeno, identifica dos tipos de obesidad: la moderada (que se consideraba natural) y la inmoderada (mórbida) que se relacionaba con un estilo de vida inadecuado (Foz, 2004; Díaz, 2007).

Por otra parte los Aztecas y los Incas, consideraban la obesidad como un atributo divino de fertilidad. Las figuras encontradas, provenientes de tales culturas son de senos voluminosos, vientres inflados y nalgas enormes, constituyéndose en general cuerpos obesos (Covarrubias, 1997).

En el siglo XIX se empezó a investigar la relación peso, talla y se fue introduciendo un nuevo concepto “peso ideal”. En donde el peso corporal debe ser corregido en función de esta relación (kg/m^2), es decir, el IMC.

En el periodo renacentista la gordura era aceptada cultural y socialmente, pues era el símbolo de la belleza femenina.

Entre los siglos XVIII y XIX se manejaba la creencia de que el obeso podía aguantar grandes hambrunas por la reserva de grasa contenida en su cuerpo en épocas de escasez de alimentos e incluso que las mujeres obesas poseían una mayor ventaja durante el embarazo y la lactancia (Covarrubias, 1997).

En España, en 1926, Gregorio Marañón escribe la etiopatogenia de la obesidad y admite que su causa es multifactorial, y hace una descripción de lo que actualmente sería el síndrome metabólico (Foz, 2004).

En los años 30's a, 50's, la representación de belleza era lo que hoy en día se considera exceso de peso o gordura. Las personas con sobre peso eran aceptadas y eran calificadas sólo como "robustas" "fuertes" o "regordetas".

Sin embargo, en la actualidad, es motivo de desagrado, molestia o inclusive de temor, ya que se le rinde culto a la delgadez, lo cual puede ser considerando producto de los medios de comunicación y la publicidad, por lo que la obesidad es vista como una condición poco deseable (Ramos, 1998).

También se puede observar que de unos años a la fecha se han realizado diferentes estudios donde se empieza a pensar en la obesidad como un problema de salud y como una condición inadecuada para el ser humano.

En la actualidad existen una serie de estudios relacionados con el comer en exceso la obesidad y la genética. Y se incursiona en el trabajo de terapias para el tratamiento de la obesidad (Foz, 2004).

1.3 Obesidad en México

México vive una gran paradoja entre la obesidad y la pobreza. Existe un contraste claro en el aspecto nutricional en donde la desnutrición y las deficiencias nutricias son el resultado de la pobreza social, en tanto que en el polo opuesto se encuentra el consumo abundante de alimentos de alto contenido calórico que lleva al mexicano a la obesidad y a enfermedades cardiovasculares, diabetes e incluso cáncer. (Secretario de Salud José Ángel Córdova Villalobos seminario internacional de Obesidad México-Francia, organizado en el hospital Manuel Gea González. 2010 en www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=66539).

La adopción de hábitos y costumbres de otros países (EU, por ejemplo) y el proceso de urbanización, han modificado los estilos de vida y los hábitos alimenticios del mexicano. (Villalobos en www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=66539) En estratos socioeconómicos bajos, la alimentación es alta en carbohidratos y lípidos; y baja en proteínas; en los estratos altos es mucho más rica en lípidos y colesterol; el consumo general de fibra es bajo. Dicha situación ha tenido repercusiones importantes en la prevalencia de enfermedades crónicas. La relación que hay entre los hábitos alimenticios y la enfermedad se da en todos los estratos sociales. (Encuesta urbana de alimentación, ENURBAL 1995).

En el 2006 según la encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT), el sobrepeso y la obesidad en México se ha triplicado, en la población adulta. El secretario de salud José Ángel Córdova apoyándose en esta encuesta dice que actualmente 52.2 millones de mexicanos sufren de sobrepeso y obesidad. (www.eluniversal.com.mx/nacion/175055.html). En los adultos la obesidad ha aumentado a paso acelerado, sobre todo entre las mujeres, y es un problema de salud, no estético, ya que disminuye 6 años de vida en las mujeres y 7.2 en los hombres, por cada 15 kilos de más, el riesgo de muerte prematura es de 30% (OCDE, 2010, www.eluniversal.com.mx/nacion/175055.html), y trae consigo

grandes conflictos económicos, sociales, generando discriminación a quien la padece, así como aumento en el costo de atención médica.

Para el sistema de salud pública la prevalencia de estas tasas implica un costo significativo. En el periodo de 2000-2008, el costo directo estimado en la atención médica por enfermedades relacionadas con el sobrepeso y obesidad aumentó en un 61%; de igual manera, el costo indirecto por pérdida de productividad por muerte prematura debido al sobrepeso y obesidad aumento 70% (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria SSA, 2010).

En el primer semestre del año 2010 México ocupaba el segundo lugar en el mundo en obesidad en adultos. En un informe del segundo semestre del 2010 hecho por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reportó que el 70% de los mexicanos en edad adulta tiene algún grado de sobrepeso y/o obesidad, tomando así el primer lugar del mundo en cuanto a este problema ya que Estados Unidos de Norte América tiene un 68%, y era el país que tenía el primer lugar (septiembre 2010 www.eluniversal.com.mx/nacion/175055.html).

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en un enemigo público, no sólo porque reducen la esperanza de vida sino porque generan gastos de atención médica mayores a un 25%, entre las personas que no la padecen; ya que las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes, hipertensión y algunos tipos de cáncer han aumentado por ser causadas por la obesidad. Por ejemplo: el 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y el 91% de esos casos se atribuyen a la Obesidad. Así mismo, son consideradas como causas de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral. Por lo que existe una necesidad imperiosa de crear programas nacionales de salud, para fomentar la mejora de la calidad de vida, la prevención, el tratamiento multifactorial adecuado, y evitar el costo económico ocasionado por sus complicaciones. (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria SSA, 2010).

1.4 Etiología de la obesidad

La obesidad es una enfermedad compleja de origen multifactorial, no se le puede atribuir una sola causa, ya que las investigaciones han arrojado información acerca de los diversos factores que originan la obesidad, en este apartado los abordaremos, son: biológicos, socioculturales, nutricionales y psicológicos. Dentro de los biológicos se encuentran la genética y lo endocrino- metabólico. En los factores socioculturales, la conducta de comer, la cantidad de actividad física, los valores sociales; en los dietéticos, el cómo comer, y en los psicológicos, la ansiedad, la depresión y el comer como sustituto del amor (Hernández, 2004).

1.4.1 Factores biológicos

Zerbe (1993) refiere que algunos autores ponen el factor genético en un nivel causal, al exponer que no se ha logrado determinar con precisión su contribución, pues se tendría que definir con detalle entre la llamada herencia genética y la herencia social. Es decir, existe una vulnerabilidad genética y la influencia social determina qué tan obesa será la persona. Stunkard (1988) citado en Hidalgo (2000), también considera importante la influencia genética en el desarrollo de la obesidad.

En términos generales, las investigaciones al respecto otorgan un lugar importante al papel de la genética en la predicción de la obesidad. En un estudio realizado por Stunkard y cols. en 1990 con gemelos idénticos criados por separado, concluyeron que los factores genéticos explicaban entre el 66 y 70% de la varianza del peso corporal, lo cual indica un fuerte componente genético en la determinación de la obesidad; afirman también que las influencias genéticas sobre el índice de masa corporal son fundamentales, mientras que el ambiente de la infancia tiene poca o ninguna ascendencia.

Existe, entonces, una gran probabilidad de que el volumen corporal esté relacionado con las familias, ya que padres e hijos comparten tanto el medio

ambiente como la constitución genética. Sin embargo y en cuanto a la herencia de la obesidad, no existe claridad en la predisposición de la genética de un gen en específico o sea, puede ser un efecto poli genético (Ogden, 2005)

Ogden (2005) propuso, que la teoría de la lentitud del metabolismo como causa de la obesidad no tiene sustento en investigación pues no existen pruebas de que las personas obesas sufran de un defecto metabólico fundamental que aumente la eficiencia para utilizar o almacenar calorías. Existen cambios en el funcionamiento endócrino de muchos pacientes obesos en los que se ha observado que muchos de estos casos los desarreglos son la consecuencia más que la causa de la obesidad (Hidalgo, 2000).

Según Banning (2005) alrededor entre el 25 al 70% de las variaciones en el peso corporal se deben a factores genéticos; que controlan la ingesta, la saciedad, la litogénesis (síntesis de triglicéridos), la lipólisis (proceso metabólico donde los lípidos son transformados en ácidos grasos y glicerol), la regulación de gasto energético; por medio de mecanismos como el metabolismo de nutrimentos, la termogénesis, el apetito; que influyen en el control del peso corporal pero no son determinantes para que el individuo sea obeso. La interacción de los factores genéticos, ambientales, y psicosociales actúan por medio de mecanismos fisiológicos del apetito y del metabolismo energético (Martínez, Moreno, Marques- lopes, Martí, 2002; Hernández, 2004).

El envejecimiento también es un factor biológico donde se conjugan diferentes eventos como cambio de dieta, problemas dentales, alteraciones en el metabolismo de los alimentos, alteraciones emocionales, disminución de actividades físicas cotidianas, que favorecen al aumento del peso corporal (Hernández, 2004; Marius y Wildes, 2009).

1.4.2 Factores nutricionales.

Dentro del campo de la nutrición la obesidad es considerada como el resultado de la ingestión de una mayor cantidad de energía de la que se necesita. La sobre alimentación (obesidad transitoria) puede ocurrir en cualquier etapa de la vida y su inicio podría darse desde los primeros meses de edad (Casanueva, Kaufer, Horwitz, Perez-Lizamur, Arrollo; 1995), por lo que la dieta tiene un papel determinante en el desarrollo de la obesidad de un individuo. La distribución de los alimentos (hidratos de carbono, proteínas y lípidos), que un individuo consume en su dieta tiene un impacto importante sobre el metabolismo, el apetito, y la respuesta del sistema nervioso simpático (controla la ingesta y la saciedad) y por lo tanto se presentan consecuencias en el balance energético y en el peso corporal (Martínez, Moreno, Marques-lopes, Martí; 2002).

Los hábitos de alimentación inadecuados como un factor determinante en la obesidad; están influenciados por otros factores como la geografía, el clima, la vegetación, las costumbres, las experiencias, la información disponible, la capacidad de compra, la selección, preparación y forma de consumir los alimentos, así como el aumento de las porciones en alimentos procesados (Barquera, Hernández, Campos, Espinosa, Flores, Barrigete; 2008).

Podemos considerar que el paciente obeso es víctima del ambiente nutricional que lo rodea. Por ejemplo en México el bombardeo publicitario es grande; además de que abundan en las calles alimentos ricos en grasas, que son económicos (Hidalgo, 2000).

Una causa nutricional poderosa en la obesidad es el aumento del contenido de grasa en la dieta, y una de las causas subyacentes es que el contenido de grasa no logra controlarse con la misma precisión que el consumo de proteínas y carbohidratos. El consumo de grasa no suprime el apetito, muchas veces podemos consumir grandes cantidades de grasa sin darnos cuenta de lo que realmente consumimos (Lawton, Burley, Waldes, Blundell, 1993).

1.4.3 Factores socioculturales

Entre los factores sociales asociados con la obesidad se incluyen los demográficos como edad, género, etnia y clase social. En lo que se refiere a la edad, la prevalencia más alta de obesidad se encuentra en personas jóvenes; las mujeres presentan tasas de obesidad mayores que los hombres; los hispanos más que las otras etnias; y en los niveles sociales más bajos se encuentra mayor prevalencia de obesidad (Van der Merwe, 2007). Sin embargo existe un contraste con lo anteriormente mencionado y lo encontrado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Barquera, et al. 2009), en donde se encontró que el consumo total de energía para los niveles socioeconómicos bajos, es mucho menor que en los niveles socioeconómicos más altos, por lo que existe mayor obesidad en estos últimos.

Igualmente han contribuido al aumento de la prevalencia de la obesidad los fenómenos migratorios, la transculturización, el aumento en el tamaño de las porciones de los alimentos, las condiciones de urbanización cada vez menos aptas para caminar, la falta de hábito en cuanto a la nutrición, así como las diversas opciones que hay en el mercado de soluciones mágicas y obviamente sin esfuerzo para tratar la obesidad (Hernández, 2004).

El bombardeo publicitario de lo que tendría que ser un cuerpo saludable y bello, origina que las personas busquen tener un cuerpo ideal, bajo la creencia de que el atractivo físico tiene recompensas sociales y psicológicas, y que el cuerpo puede ser moldeado al gusto siempre y cuando se logre tener una estricta autodisciplina, por lo que la gordura se estigmatiza como una falla personal (Brownell y Rodin, 1994).

Sarlio (citado en Hidalgo, 2000) propone que en muchas culturas la gordura y la grasa moderada en el cuerpo son apreciadas y se relacionan con la belleza y la prosperidad; como entre los Tarahumaras en México.

El sobrepeso puede ser un factor de mayor estrés y estar conectado con la depresión entre la gente con un mayor nivel cultural, sin embargo en la mayoría de los grupos sociales, el hecho de adaptarse a las normas de belleza y atractivo a través de una dieta puede resultar muy estresante.

Los incrementos en los índices de obesidad coinciden con la disminución del gasto energético diario debida a las mejoras de los sistemas de transporte y al paso de una sociedad agrícola a una industrial cada vez más basada en la información. La inactividad es un factor importante en la obesidad (Ogden, 2005).

La falta de actividad física juega un papel muy importante en el desarrollo de la enfermedad, situación que se favorece por el alto número de horas que la población ve la televisión, así como por las largas jornadas de trabajo en los cuales predominan actividades más bien sedentarias, ya que actualmente pocas ocupaciones pueden clasificarse como activas, aunado a que los horarios de trabajo influyen en la ingesta de comidas de alta densidad energética, pues generalmente se adquiere comida rápida o antojitos mexicanos los cuales se consumen en grandes cantidades y tienen una preparación inadecuada, (exceso de grasa, sal etc.) básicamente porque están al alcance, son de buen sabor y tienen bajo precio (OMS, 2011).

Refiere Ogden (2005), que estudios realizados en Finlandia por Rissanen (1991) y Haapenen (1997) demostraron que los bajos niveles de actividad física constituían un factor de riesgo para el aumento de peso, y que en un promedio de 10 años hay una probabilidad de ganar 5 kgr. Así también refiere Ogden que en Estados Unidos se realizó otro estudio (Gortmaker y cols., 1996) similar en el que se concluyó que la vida sedentaria y el tiempo dedicado a ver televisión son factores para aumentar de peso.

Se puede decir que la baja actividad física es un factor que puede conducir al desarrollo de la obesidad. Se ha encontrado que los adultos obesos, particularmente las mujeres obesas, son menos activas que la gente con peso

normal y también es posible que no realicen alguna actividad física o ejercicio por algún estigma o vergüenza (Ogden, 2005).

En México Hernández (2004) encontró que ver televisión dos horas al día se asocia con un aumento del 23% en el riesgo para padecer obesidad, por lo que disminuir las horas frente al televisor ha demostrado que reduce la aparición de obesidad. Tanto la urbanización como los cambios socioeconómicos que han ocurrido en México han influido en la disminución de la actividad física, así como la falta de entornos adecuados y seguros para su realización. Cabe destacar que entre los adolescentes y adultos jóvenes (de 12 a 29 años) sólo el 40% practica algún tipo de actividad física, presentándose mayor sedentarismo en mujeres que en hombres (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, SSA, 2010).

1.4.4 Factores psicológicos.

La sobrealimentación, como ya se expuso, es un factor nutricional de la obesidad y también es un síntoma que refleja factores psicológicos que no han sido atendidos, por lo que es importante hacerse cargo de las causas psicológicas para poder modificar la conducta de sobrealimentación en el obeso y que éste reduzca su peso (Last, 2000).

Por lo tanto, la obesidad en muchos casos es originada por factores psicógenos que dan respuesta a una experiencia emocional intensa, como por ejemplo: la muerte de un ser querido, el divorcio o separación, el fracaso escolar o social, el nacimiento de otro hijo, etc., así como también por trastornos psicológicos como la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión, los sentimientos de rechazo, de vulnerabilidad y probablemente por la relación de figuras parentales dominantes o figuras parentales protectoras.

Como considera Ramos (1998), el comer en exceso de las personas obesas y/o con sobrepeso se produce por múltiples causas, de las cuales dentro de las psicológicas destacan las siguientes:

- Las personas con obesidad y/o sobrepeso utilizan la comida como consuelo, ya que les recuerda la forma en que sus padres las consolaban.

- Comen para subir de peso como muestra de enojo hacia la pareja, papás u otra figura significativa.
- Temen ser rechazados por los demás, culpando a su gordura por el rechazo.
- Temen a la sexualidad y el sobrepeso les hace sentirse con poco atractivo físico y sexual.
- Con la gordura evitan enfrentarse a situaciones que les provoque angustia.
- Existe una necesidad de auto castigo.
- El obeso come para sentirse aceptado y obtener amor de un ser querido como el de la mamá.
- Con el comer llena un sentimiento de privación y experimenta un sentimiento de gran placer.

Como vemos en la obesidad y/o sobrepeso los factores psicógenos son de importancia fundamental.

En un análisis realizado en 13 países se encontró que hay una relación estadísticamente significativa entre obesidad y depresión, así como entre obesidad y ansiedad, siendo estas relaciones más fuertes entre las personas obesas con un IMC mayor a 35 (Scott, Bruffaerts, Simón, Alonso, Angermeyer, Girolamo, 2008).

Asimismo, se afirma que en mujeres con obesidad aumenta el riesgo de padecer alguna psicopatología, particularmente altos niveles de depresión y ansiedad (Kasen, Cohen, Chen, Must, 2008).

1.4.5 Factores familiares

Dentro del espacio cultural se intercambian formas y maneras de vivir, permitiendo que las representaciones se materialicen en el cuerpo, en formas y comportamientos de ver el mundo en familia. Siendo que las relaciones familiares son un proceso respecto de la enfermedad y la salud. En este proceso el sujeto materializa y somatiza la relación familiar en su cuerpo, sin olvidarse del proceso

histórico social, de la geografía y de la cultura que median las relaciones familiares (Santamaría, 2005).

Los factores individuales, sociales y culturales tienen una influencia en la forma en que se experimenta el propio cuerpo (Grogan, 1999, citado por Silva y Sánchez-Sosa, 2006) El núcleo social más cercano al individuo es la familia, responsable de la transmisión de valores, hábitos y costumbres, así como de la producción de los trastornos de la alimentación.

La influencia de la familia en la obesidad es fuerte, ya que juega un papel determinante en el desarrollo del niño; no solo comparten genes, si no ambiente, hábitos alimenticios, actitudes y conductas en torno a los alimentos.

Los padres constituyen los modelos o patrones fundamentales en los hijos. En los casos clínicos que suelen ser considerados de origen constitucional y genético se hace evidente que el modelo juega un papel muy importante en el establecimiento de las conductas. Los niños que presentan obesidad precoz y que continúa en la adolescencia, provienen de familias en la que al menos uno de sus padres, son obesos; y en donde el ambiente familiar gira en torno a la comida, modelando y reforzando las conductas alimentarias de ingesta calórica excesiva y actividad física nula o sedentaria (Vázquez, 2006).

López (2000), corrobora la influencia de la familia en los hijos pero él lo maneja en referencia con el cuerpo humano, y dice que no es sólo una herencia genética cultural, si no también se forma o deforma con los ritos familiares en casa, ya sea que hayan sido impuestos o instituidos por la norma de la familia, y que la base emocional del hombre se construye en la convivencia familiar.

Entonces podemos decir que la familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él; las conductas dependen de las interacciones y características organizacionales de la familia formando un todo; por lo que ésta actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, así, entonces los padres pueden influir fácilmente en las conductas

alimentarias de los hijos a través de un modelamiento de actitudes y hábitos respecto a la comida y el peso (Constanzo y Woody, 1985 citados en Vázquez, 2006).

Según Ganley (1986): Minuchin (1988), Onnis (1990) citados por Vázquez (2006) la obesidad es un desorden psicosomático, en donde la dinámica familiar juega un papel trascendental en su génesis.

Onnis (1996), sostiene que el sistema familiar de los obesos, al igual que el de los anoréxicos y bulímicos, se caracteriza por ser conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado, por lo que esta clase de familias emplean patrones de comunicación pobres, afectando la expresión de emociones y roles difusos y en donde la comida puede ser utilizada como arma ofensiva o defensiva durante el conflicto familiar (Abramsom, 1999)

En este tipo de familias existe confusión tanto en el sentir de las emociones como en los límites entre padres e hijos, así como en el establecimiento de los límites entre familia nuclear y de origen (Bowen 1966, citado en Ganley 1986)

En estudios realizados en México se destaca que la alimentación de las madres determina la alimentación de sus hijos, ya que transmiten sus propios hábitos alimenticios y su relación con la comida, y pueden establecer reglas que generen malos hábitos (Menella, Turnbull, Ziegler, & Martínez, 2005, citados en Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006). Así es posible que la gama de alimentos que se le presenta al niño, determine conductas y creencias específicas que le lleve a determinar una conducta alimentaria. De acuerdo a esto se piensa que el problema de la obesidad podría empezar a gestarse durante el primer año de vida, debido a la incapacidad de la madre para entender las necesidades reales del niño si ella misma no diferencia entre las necesidades físicas de alimentación, las emocionales, las biológicas u otras. Reafirmando este planteamiento Bruch (1969) expone que la interacción madre hijo juega un papel importante en el aprendizaje de la necesidad biológica alimenticia del niño; o sea que, cuando una madre

ofrece comida en respuesta a signos que indican necesidad nutricia, el niño instalará gradualmente el mensaje de hambre como una sensación distinta de otras tensiones o necesidades, o si la madre continuamente utiliza la comida para acallar las demandas del niño y mantenerlo quieto; el resultado es que el niño tendrá escasas oportunidades para diferenciar sus emociones, sentimientos y necesidades y responderá a las situaciones negativas o displacenteras con la conducta de comer (Bruch, 1974, citado en Caroli & Lagravinese, 2002, citado en Silva-Gutiérrez y Sánchez-Sosa, 2006).

Entonces, el comer desempeña un papel importante en las interacciones paternas filiales, y un patrón muy común es utilizar la comida como recompensa, generando una asociación de comida con el amor; en donde más tarde la forma de comer se convierte en un comer emocional (Abramsom, 1999).

Para concluir y reforzando lo ya escrito, Silva-Gutiérrez, y Sánchez-Sosa (2006) señalan que el ambiente familiar juega un papel estrechamente relacionado con la producción y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria; que durante la hora de la comida es cuando se crean los patrones de alimentación y se posibilita la interacción social entre los miembros de la familia; se refuerzan los hábitos alimentarios saludables y se previenen conductas alimentarias problemáticas o se favorece al establecimiento de creencias erróneas o la asociación entre emociones negativas y la alimentación. Las conductas y las actitudes de los padres durante las comidas pueden generar ambientes de cordialidad que reduzcan el riesgo para emitir conductas patológicas de control de peso; entre mejor es la atmósfera, se presentan menos problemas al respecto.

1.5 Características del obeso y su relación con la comida

Para poder entender cómo funcionan los problemas psicológicos en el obeso, Bruch (1973) divide a los pacientes en dos grupos. El primer tipo de obesidad es

el que comienza en la infancia, y continúa a lo largo de la vida, y se caracteriza por diferentes trastornos de la personalidad; a este tipo Bruch la denomina como obesidad del desarrollo. El segundo tipo de obesidad se da por una reacción a algún evento traumático, es decir, el aumento de peso es causado por una experiencia emocional traumática, como ya se había mencionado, puede ser por un duelo, fracaso escolar o social, divorcio etc., y la denomina obesidad reactiva. Evidentemente, la relación que el obeso mantiene con el alimento resulta un factor también importante para el desarrollo de la obesidad, aún sabiendo que los factores son múltiples y las características del obeso (sobre todo las emocionales) dependen en gran medida de la historia de cada individuo, y del momento en que se desarrolla la enfermedad, pues no tiene las mismas implicaciones desarrollarla durante la infancia que en la vida adulta, y tampoco es lo mismo como se conducen los obesos en tratamiento que los que no lo tienen.

A lo largo de la vida se adquieren hábitos alimenticios que impactan en el desarrollo emocional del obeso. Para poder comprender mejor la obesidad abordaremos el significado de la alimentación y el papel que juega la comida en ésta, ya que al parecer la comida es usada como una fuente de apoyo, satisfacción, consolidación y seguridad, que resulta muy accesible y confiable. (Ganley, 1986), por lo que adquiere una dimensión que va mas allá de la meramente nutritiva, y que puede menguar situaciones de tensión emocional.

Rozin y Kass, (1998) como lo describe Hidalgo (2000), sostienen que la comida es como la incorporación física de fuerzas emocionales y sociales: el objeto de nuestro más poderoso deseo, la base de nuestras primeras relaciones y nuestras memorias más tempranas; la comida tiene un gran poder sobre nuestras actitudes y emociones, sobre nosotros mismos y los demás, y nos logra conectar con el mundo externo.

Entonces la comida para el obeso no es un calmante ocasional ante la angustia, la ansiedad o la tristeza, es una forma de conducir su vida que pocas veces calma y

tranquiliza su estado emocional, como pudiera ser para cualquier otra persona (Casanueva y cols., 1995).

1.5.1 Características conductuales

¿Cómo actúa el obeso con respecto a la comida?

Las personas que comen en exceso según Cynthia Last (2000) lo hacen por diferentes razones que tienen que ver con su estilo de vida y que se relaciona con sus problemáticas emocionales.

Algunos obesos no prestan demasiada atención a la comida, por lo que comen rápidamente en cualquier lugar, mientras realizan otra actividad, parados, en el carro, sin utilizar plato..., lo importante es comer sin importar el sabor, lo que importa es la cantidad y generalmente olvida lo comido, ya que come entre comidas y no lo considera como alimento, y dado que come en cualquier lugar y no lo registra, es común que reporten que no entienden cómo es que están gordos si casi no comen.

Puede ser que estas personas tengan mucha energía, la cual ocupan sólo para estresarse y preocuparse en demasía por situaciones, acontecimientos u otras personas, sin hacer nada en concreto, por lo que tienen dificultad en relajarse.

Sabemos que la alimentación produce una sedación natural ya que la digestión activa el sistema nervioso parasimpático; las personas bajo mucho estrés buscan comer para tener una sensación de bienestar; ya que algunos alimentos tienen la propiedad de calmar.

Otras personas ocupan el alimento como estimulante, no para reducir el estrés si no para aumentar su energía, ya que es muy baja; son personas que generalmente se sienten cansadas, deprimidas, tienen una visión negativa de la vida, consideran que su problema no tiene remedio, son pesimistas, padecen ansiedad social, por lo que consideran que sólo la comida es su mejor amiga (Last, 2000; Roth, 1999).

También encontramos a las personas que comen porque les encanta la comida, la saborean y disfrutan lo que comen, saben con exactitud lo que comen, sólo piensan en comer y la calidad de la comida (altos en grasas y azúcares, por ejemplo) no les importa la cantidad; se toman su tiempo para hacer cada una de las comidas y comen despacio (Last, 2000).

El estilo de vida es un papel muy importante en las conductas de alimentación de la gente, pues puede ser una forma de evadir situaciones que presenta la posibilidad de experimentar dolor y junto con el comer son una forma segura de experimentar placer.

La comida se convierte en una forma de escaparse de los problemas o situaciones de la vida cotidiana; las personas que le dan este uso tienen dificultad para identificar sus sentimientos, son personas que se preocupan por los problemas de los demás, anteponen las necesidades de los otros antes que los de ellos; mediante la comida tratan de ignorar sus problemas con la esperanza que desaparezcan, así que comen para no pensar en las situaciones difíciles. Por ejemplo si sienten ansiedad social, por dificultad para relacionarse entonces se sienten en riesgo y se sobrealimentan.

El comer para sentirse mejor consuela, satisface, pero cumpliría su propósito si fuera perdurable y no sólo es una sensación transitoria. Ya que el obeso queda atrapado entre dos fuerzas: por una parte, se siente bien cuando come pero, como se sabe con kilos de más, se molesta y por otro lado no disfruta la comida por mucho tiempo porque sabe que contribuye a su obesidad (Ramos, 1998).

Al parecer no pueden controlar su peso, ya que han tenido varios intentos y han fallado, por lo que este control tienden a externalizarlo en su vida, así que la comida se ha convertido en algo ingobernable por medios conscientes, fuera de su sentir interno (Hidalgo, 2000).

1.5.2 Características emocionales

Abramsom (1999) propone que en una primera etapa de vida los niños aprenden a conocer el mundo a través de su boca, es por esta razón por lo que, todo lo que tocan se lo llevan a la boca. En esta época la relación que mantienen con sus madres es de vital importancia, porque es el contacto que tienen con ella a través del alimento lo que les permite tener sus primeras experiencias de afecto. El ser alimentado, tocado, acariciado amorosamente va a permitir que surja una relación entre el amor, la nutrición y el comer.

Cuando el entorno del niño en su primer año de vida no es tan benigno quedará fijado en la oralidad. Esto se refiere a que cuando el niño no fue alimentado lo suficiente no sólo en cuanto al comer (tomar leche) si no en cuanto al alimento emocional (abrazo, contención, tocamiento amoroso) probablemente por haber sido destetado antes de tiempo o cuando el niño ha sido gratificado abundantemente sin tomar en cuenta sus necesidades reales, es posible que el no pueda desarrollar "otras" fuentes de alimentación, por lo que cuando es adulto ocupa la comida como su principal fuente de soporte emocional. Este adulto, cuando requiere enfrentar o resolver situaciones de la rutina diaria que le producen estrés, utilizará la comida como una forma de recuperar la seguridad el confort que experimentaba en su primera etapa de vida con su mamá al ser abrazado, contenido, alimentado (Abramsom, 1999).

Abramsom (1999), refiere que la Dra. Bruch en sus escritos sobre obesidad, sostiene que la forma en que se conduce a comprender la sensación de hambre y a diferenciarla de otras necesidades, es cuando la madre, es receptiva, sensible a las necesidades del niño y, sabe por ejemplo, cuando éste llora por querer alimento. Sin embargo, advierte que cuando la madre no discrimina las necesidades del niño y su reacción es continuamente inapropiada (negligente, demasiado solicita, indiscriminadamente permisiva, etc.) provoca en el niño perplejidad y confusión. Entonces, como ya se comentó en el párrafo anterior, este niño, cuando sea adulto, no tendrá la capacidad suficiente para diferenciar entre el

hambre como una necesidad fisiológica y una necesidad emocional, o entre satisfacción, inquietud o tensión.

Muchas de las ideas que se asocian con los alimentos y el comer son vestigios de la infancia, así como el afecto y el consuelo. Bruch (1973) considera que existe un hueco materno en las conductas de aprendizaje más tempranas, las cuales resultan en el desarrollo adulto reflejándose en un sentido defectuoso de afectividad y una inhabilidad para modular sentimientos e identificar correctamente el hambre, las emociones y otros estados corporales. De acuerdo con esta afirmación, la comida es usada para cubrir sentimientos molestos, desagradables o desconocidos. La comida sirve de una gran ayuda para los obesos que se sienten desconectados de sus madres, ya que por este medio pueden resistir emociones que resultan dolorosas. Podríamos entonces decir que la comida sirve como objeto transicional, el cual es un objeto físico que conforta al pequeño cuando la madre se ausenta (Winnicott 1957/1965, citado por Casanova y cols., 1995).

Según Musante, Constanzo y Friedman (1998), de acuerdo a lo escrito por Hidalgo (2000) los niveles de depresión de los pacientes obesos están intrínsecamente ligados a la naturaleza de las prácticas, hábitos y emociones alimentarias irregulares. Las mujeres son más propensas a reportar episodios de alimentación irregular como respuesta a afectos negativos como lo son la ira, la tristeza, la soledad y el sentimiento de inadecuación. Pudiera ser que las mujeres deprimidas, lo estén en función de que se perciben a sí mismas como mujeres "inadecuadas". Se encontró que el nivel depresión más alto está acompañado por un mayor número de tendencias alimentarias irregulares y desordenadas y por una fuerte inclinación a engancharse a un tipo de alimentación social y afectivamente desordenada.

Por lo que podemos decir que un número considerable de personas obesas comen para atenuar su tedio, fatiga, ira, tensión, soledad, ansiedad, tristeza o excitación. Las personas que comen mucho en respuesta a ciertos estados emocionales han aprendido a relacionarlos con el acto de comer. Y es posible que este aprendizaje se haya dado durante la infancia. Los hábitos alimenticios se

convierten en una respuesta aprendida a sentimientos como la tristeza, la ira o la preocupación y/o a estímulos externos (Ramos, 1998).

Ogden (2005), hace referencia a la teoría de la exterioridad de Schachter quien propone que toda la gente responde a estímulos ambientales que activan la vista o el olfato, pero los obesos responden con mayor fuerza y en ocasiones de manera incontrolable, provocando exceso de ingesta de comida. Los individuos de peso normal comen como respuesta a sus claves interiores (hambre, saciedad) y los obesos no tienden a responder a estas claves, si no a las exteriores. Ogden (2005) en su teoría emocional comenta que los obesos también comen como una respuesta a sus emociones como la ansiedad, el miedo, el aburrimiento y la depresión. Confirmando lo dicho anteriormente, estos individuos que no diferencian las sensaciones de hambre de las emociones, interpretan los sentimientos con un vacío que quieren o necesitan llenar con comida utilizándola como un sustituto de consuelo emocional.

Algunos obesos se muestran como personas bonachonas, simpáticas, complacientes, como una forma de ocultar su ira y enojo, no se permiten experimentarlo, en lugar de eso le dan paso a la depresión; entonces la sobrealimentación actúa como un disfraz para aminorar tal sensación (Hidalgo, 2000). Así, la sobrealimentación y la obesidad son aliados en mantener escondida la ansiedad y la obesidad.

Las personas que comen en exceso para olvidar sus problemas tienen dificultad para identificar sus sentimientos, para ser autoafirmativas, suelen tener pesadillas perturbadoras, son personas sensibles y miedosas (Last, 2000).

El comer puede ser usado como una evitación de las emociones y sentimientos negativos. Pero estas emociones negativas inevitablemente regresaran ya que la fuente generadora del dolor no ha sido identificada por la persona. Así como el alcohol, la comida puede ser usada como un escape temporal (Hidalgo, 2000).

Según Roth (1999), muchas mujeres ocupan la comida como una forma de escaparse de sus problemas, de evitar la confianza y la intimidad; existe tanto temor a amar y, sobre todo, a ser lastimado, que la comida resulta un refugio seguro.

La sensación de falta de ternura, afecto, amor y, cuidado en la niñez, se lleva a flor de piel; por lo que la intimidad y la confianza en la vida adulta se vuelve un riesgo de volver a revivir momentos dolorosos; el alimento representa el amor, el cuidado, es algo que siempre va a estar, que ayuda a llenar el vacío emocional. La sobrealimentación en las personas obesas sirve, para mantener a distancia a las personas; la grasa y la gordura sirven como una coraza protectora para defenderse de los demás. La ansiedad y la culpa asociado con la propia sexualidad o la manifestación abierta del odio parecen ser menos peligrosas cuando están rodeadas de una capa protectora de grasa (Roth, 1999).

Por otra parte, las personas obesas son personas especialmente vulnerables, con una gran ansiedad y poco control de sus impulsos, tienen problemas de mayor dependencia y pasividad, y también presentan un alto grado de agresividad contenida y tensión. Por lo que el concepto que tienen de sí mismos es por lo general un concepto negativo que les hace percibir su estado como auto castigo, sentir culpa y odio hacia ellos mismos; y sus relaciones con los demás no son buenas, especialmente con el sexo contrario y su autoestima tiende a ser baja (Mesa, 2000).

Ryden (1990) citado por Mesa (op. cit) refiere que la relación entre los hábitos para comer y las actitudes emocionales hacia la comida, están asociados a padecimientos de depresión, angustia, agresividad e impulsividad en las personas con mayor sobre peso u obesidad.

Igualmente, Hjordis, Gunner y Daisy, (1989), citados por Mesa (op.cit) estudiaron a obesos severos y encontraron que padecían problemas de una gran tensión muscular, acompañada de sentimientos de culpa y represión de la agresión verbal,

por lo que la culpa pareciera ser un obstáculo para el mantenimiento del peso ideal en el obeso.

Dentro de los obesos están los comedores compulsivos y sus rasgos, son similares a los obesos que comen sin compulsión; existe una tendencia a la depresión, quizás por una agresión reprimida, contenida o auto dirigida, padecen una tensión acumulada, por la pérdida de autoconfianza y deterioro de la autoestima. En los obesos compulsivos existe una falta de control de los impulsos, acompañado por un yo débil. En donde la ansiedad y/o angustia son factores que desencadenan la dificultad de ejercer control en la conducta compulsiva. A mayor ansiedad menor control (Mesa, 2000).

Entonces podemos reafirmar que el obeso come por tener baja energía, pues se esfuerza mucho en las críticas severas hacia sí mismo y los demás, teniendo sentimientos de tristeza; su autoestima es muy baja y a menudo siente ansiedad social; al sentirse incómodo cuando está rodeado de gente, en las reuniones sociales corre el riesgo de sobrealimentarse. Estas personas generalmente consideran su problema de obesidad o sobre peso como algo que no tiene remedio. Este pensamiento proviene de una visión negativa de la vida, en donde no ve verdaderas posibilidades de triunfar, y para aliviar estos síntomas come para volverse a deprimir (Last, 2000).

De acuerdo con Levander y Rosser (1986, citados por Mesa, 2000), los principales estados que impulsan a la persona al consumo excesivo de alimentos son los estados de tristeza, soledad, aburrimiento, angustia y/o ansiedad, que siente la persona en un momento dado. Su yo débil y su bajo control de impulsos, hacen que necesiten urgentemente llevarse algo a la boca, como un mecanismo tranquilizador. Por lo que la reducción de peso se convierte en un proceso difícil de seguir, ya que en estados de estrés, soledad, resolución de problemas u otro estado similar, aumenta su impulso a comer, por lo que podemos referir una marcada fijación oral.

Cervera (2010) propone engordar es un asunto de memoria. El individuo en algún momento de su vida tuvo que engordar como forma de protección, para cuidarse de lo que le amenazaba en la infancia por la forma que se relacionaba con los padres y, en la vida adulta, a alguna situación que no se pudo aceptar o resolver; entonces, en el momento presente cuando necesita resolver alguna situación su inconsciente golpea recordando que conoce para apaciguar ese dolor: olvidar comiendo. Entonces, lo que se necesita es empezar a vivir en libertad reconociendo que lo que se come o bebe es una demanda de ese cuerpo emocional y en muchas ocasiones de ese niño (a) que todavía esta atemorizado, y se protege tras el alimento, tras la grasa, para evitar el dolor. La gordura es un sentimiento, es un recuerdo, es una memoria, cuyo inicio no se puede especificar claramente.

1.5.3 Características físicas

Aguilar (1990) describe la obesidad como un trastorno metabólico que nace con la humanidad; la historia nos ha demostrado que muchos hombres célebres han sido obesos, caracterizándose por un gran desarrollo del abdomen, tórax ancho, cuello corto, tejidos blandos ricos en grasa, mandíbula amplía, cara (contorno de trapecio), boca grande con labios abultados y ojos profundos y pequeños.

Estas características que son empleadas para describir a un hombre obeso, no necesariamente todos los obesos las tienen. Varían de población a población.

Por lo que otros autores como Zaraté, Basurto y Sausedo (2001) clasifican la obesidad según la distribución de la grasa:

a) Obesidad ginecoide, características al parecer predominantes en las mujeres. En donde la acumulación de grasa se da en caderas, vientre y muslos.,

b) Obesidad androide al parecer predominante en el hombre. La grasa se acumula en la parte alta del vientre, la espalda, los hombros, las regiones supraclaviculares, el cuello y la cara, en contraste con la relativa delgadez de las caderas, las nalgas y las extremidades. Este tipo de obesidad se acompaña frecuentemente de alteraciones metabólicas principalmente, hiperinsulinismo e

hiperandrogismo, que se asocian con la diabetes mellitus y trastornos de los hipoproteínas.

Basándonos en estos tipos de obesidad androide (tipo manzana) y ginecoide (tipo pera) podemos determinar las características de la estructura corporal del obeso.

Estructura en forma de pera. (Obesidad Ginecoide)

Esta estructura tiene la parte superior del cuerpo angosta y la inferior (abdomen y caderas), con gran volumen.

Keleman (1985) denomina a este tipo de cuerpo como un cuerpo de Estructura Hinchada. Dice: “La estructura hinchada es parecida al delta de la desembocadura de un río desparramándose, con poca contención fulminando el entorno” (pag. 164).

Describe al cuerpo con estructura hinchada de la siguiente forma:

- Excesivo embalsamiento del abdomen que produce un estrechamiento en tórax, cabeza cuello y zonas pélvicas.
- La presión interna que existe en la parte superior del cuerpo estrecha el tórax.
- La cavidad torácica, las costillas inferiores, abdomen y diafragma ejercen una presión hacia fuera y hacia abajo, hinchando el abdomen.
- La zona pélvica y la columna lumbar empujan hacia adelante, el diafragma pélvico es forzado hacia abajo y el área púbica es forzada hacia fuera.
- El espacio interior está expandido. La motilidad de los órganos está ensanchada más que contenida, por lo que resulta lenta e insensible.
- Cabeza inflada, tórax retraído, ausencia de hombros, diafragma abultado, abdomen protuberante piernas inseguras.
- La forma de pera de la estructura obliga a los músculos abductores a extenderse.
- Existe una gran contracción muscular en la base del cuello y las pantorrillas para mantener a la persona erecta.

El hiper-expanderse, el hincharse, de esta estructura es para mantener alejados a los demás, en donde su cuerpo constantemente dice: "Recházame para encontrar mis límites". Se derrama en el medio ambiente mostrando una postura invasiva y de rechazo.

La persona hinchada es como un niño adulto; un adulto en el cuerpo de un niño que mantiene muchas características inmaduras. Estas personas están preocupadas por los demás, para hacer lo que otros desean que sea. Niegan tener preocupaciones, se esparcen a sí mismas porque carecen de la capacidad de contener las cosas y una gran necesidad de ser llenadas (Keleman, 1985).

Estructura en forma de manzana (Androide)

Como se mencionó en párrafos anteriores, esta estructura de cuerpo es redonda, la grasa pareciera ser que abarca desde el pecho hasta el abdomen bajo. Y en general todo el cuerpo es regordete, denso. Se refiere que este tipo de obesidad es la más dañina ya que quien la padece tiende a ser más proclive a enfermedades cardiovasculares.

Este tipo de cuerpo se asemeja a la estructura de cuerpo definida por Keleman (1985) como "Densa" donde el cuerpo esta compactado y contenido, este cuerpo fue humillado.

La persona de tipo denso se encuentra atrapada entre resistir la dependencia y estar temeroso de la independencia. Se basa en las experiencias tempranas que tuvo de apoyo y sus expectativas fundadas en actuaciones pasadas seguidas de desencanto y de la desaparición del apoyo. El denso se contrae para rechazar a los otros, esto sucede en un estado precoz de la infancia cuando el envaramiento se constituye en una defensa contra el miedo y el abandono. La respuesta de la estructura densa se produce a consecuencia de la invasión, al principio recibe amor, pero más tarde cuando comienza la independencia, se le trata con vergüenza y humillación, en la dinámica de la familia un estímulo va seguido de una desaprobación (Keleman, 1985).

La estructura densa comprime, compacta, acorta, pero no se desinfla. Los músculos se acortan y engordan para favorecer la figura compacta, la motilidad se contiene y la estructura se abulta (Lowen, 1977). Son personas sin cuello, sin cintura, piernas y brazos que parecen troncos y glúteos metidos. Dice Keleman (1985) “es como un tubo de pasta dentífrica sin abrir que fuese estrujado tanto por un extremo como por el otro” (pág. 155). Esto se da por la fusión del tórax y el abdomen y por la compresión del cuello y alrededor del ano. La pared corporal se vuelve tensa, endurecida y acortada.

1.6 Tratamientos psicoterapéuticos para la obesidad

Cuando se realiza “dieta” tras “dieta” (restricción del alimento) lo que hacemos es agredir a nuestro cuerpo y a nuestra persona, ya que al bajar de peso, de esta forma es por un corto periodo de tiempo, y al “terminar la dieta” viene un rebote en cual se pierde lo ganado en la disminución de peso con un aumento mayor de éste, y así mismo crece el enojo y la frustración.

El comer en exceso no es la causa del sobre peso, si no la consecuencia, y la obesidad es un síntoma; una vez que los factores emocionales que crearon la obesidad sean reconocidos entendidos, reducidos; entonces la pérdida de peso será con facilidad (Last, 2000).

La obesidad necesita tratarse en una forma multidisciplinaria, sin embargo, un área importante en este proceso de bajar y/o controlar el peso, es el tratamiento psicológico, por lo que a través del tiempo la terapia cognitivo conductual ha tenido grandes aportaciones, así como el psicoanálisis que ha ayudado a entender la etiología de la obesidad.

De la Garza (2004) define a la psicoterapia como un tratamiento de los trastornos mentales (emoción, conducta y personalidad); que un terapeuta entrenado aplica

al paciente a través de una serie de conversaciones e interacciones, y las causas y/o consecuencias que considera una persona para someterse a tratamiento para reducción de peso son: los problemas sociales, psicológicos y de salud; de los cuales los que más le interesa resolver, son los sociales y los psicológicos, con los que se enfrentan día a día por ejemplo, la dependencia, la gran necesidad de amor, la baja autoestima, el descuido de las relaciones interpersonales (Villegas, 2003).

1.6.1 Principales enfoques de psicoterapia para el trabajo de la obesidad: Psicoanálisis y Terapia Cognitivo Conductual.

Psicoanálisis

El primer sistema estructurado de la psicoterapia es el psicoanálisis. Este sistema creado por Sigmund Freud es considerado como una obra que ha impactado de forma fundamental el ámbito de los tratamientos psicoterapéuticos (Martorell, 2004).

Freud (1915) explica que “El tratamiento psicoanalítico aparece como un intercambio de palabras entre el paciente y el analista. El paciente habla, relata los acontecimientos de su vida pasada y sus impresiones presentes, se queja y confiesa sus deseos y emociones. El médico escucha, intenta dirigir los procesos mentales del enfermo, le moviliza, da a su atención determinadas direcciones, le proporciona esclarecimientos y observa las reacciones de comprensión o rechazo que de esta provoca en él”. (Freud, 1915, pag. 2126).

Entonces la terapia psicoanalítica actúa como un procedimiento quirúrgico que intenta emerger de manera clara y precisa lo existente en la vida psíquica, e ir hasta la raíz de los síntomas, resolviendo las resistencias internas conjuntamente con el paciente, para darle un destino diferente al conflicto (Freud, 1915).

Refiere Martorell (2004) que para Freud el aparato psíquico se representa en dos modalidades: consciente e inconsciente, donde los contenidos conscientes están

governados por el principio de realidad y datos mediatos, que obedecen a las leyes de la gramática y a la lógica formal, lo que implica la adaptación al mundo exterior; y los contenidos inconscientes que sólo pueden ser inferidos y están regidos por el principio del placer. Los procesos inconscientes son de dos formas, una donde los contenidos están sujetos a la represión (dinámicamente inconsciente) y los que no están reprimidos y tienen la posibilidad de transformarse en conscientes (preconscientes).

En una segunda tónica, el aparato psíquico estaría estructurado en el yo, el ello y el superyo. Donde el yo vendría a ser el consciente (la razón, el sentido común y se rige por el principio de realidad); el ello, el inconsciente gobernado por el principio del placer, depositario de los instintos, el cual Freud (1923) lo describe como oscuro y de difícil acceso; y el superyo que contiene los dos elementos los conscientes e inconscientes, sólo que éste procede de la introyección de las figuras de los progenitores tal como eran vividas en la niñez y por lo tanto depositarias de lo que está bien y mal, los mandatos e inhibiciones que derivan de él, al pertenecer al pasado del individuo, pueden estar en conflicto con sus valores actuales, la conducta en conflicto con el super yo produce culpa.

Adicionalmente, comenta Matorrel (2004) que para Freud la libido es como una forma de energía, que tiene su origen en el ello y su desarrollo se da de acuerdo a distintos periodos o estadios por los que pasa el niño: oral, anal, fálico, de latencia y genital. Las respectivas zonas erógenas son en cada caso, su propia fuente de placer libidinal. El exceso o la falta de gratificación pueden producir trastornos evolutivos con consecuencias muy relevantes en la vida adulta.

De acuerdo con Ruch y Zimbrano, (1986) citados por Mesa (2000), en la teoría Freudiana los fundamentos de la personalidad adulta se constituyen en la niñez temprana. O sea que los temores, los conflictos de la neurosis que se viven en los acontecimientos cotidianos se originan en el transcurso del desarrollo de las etapas y estadios de la personalidad.

El alimento y el afecto es lo primero que recibe un niño de la madre al nacer; es un elemento de gran contenido emocional ya que es la primera forma de sentir cariño, seguridad y confianza. Según Spitz (1965) el amamantar es un factor importante en el cual el afecto es un proceso para que se dé la “necesidad-satisfacción” y de apertura a la percepción.

El pecho de la madre no solo alimenta, si no también proporciona a través de las sensaciones táctiles y cinestésicas, protección, contención y amor; y crea una confianza básica emocional, donde el alimento constituye una incorporación con la realidad.

Por lo que la retirada del pezón debe ser gradual y cariñosa, ya que el bebé, en su estado incorporativo es receptivo de todo lo que se le ofrece; percibirá el alimento como afectuoso, escaso o agresivo, y a la madre como constante o impredecible. Por lo que el destete puede constituir un choque traumático en el niño y provocar una desorganización de la personalidad (Mesa, 2000).

El alimento se asocia en la etapa de amamantamiento (oral) como amor y esperanza de vida. Si la madre fue constante y predecible el niño puede percibirlo esto como señal de respuesta ante sus ansiedades. En este periodo de contención y cariño, es básico para que el niño sienta una esperanza de vida mayor, a un sentimiento de desconfianza y frustración, que podrían retrasar o estancar su desarrollo para toda la vida.

Entonces, el destete puede ser otra de las causas que obliguen al niño a aferrarse a una conducta de tipo oral. Produciendo una incapacidad de dar afecto y una exigencia de recibir mucho.

Según Collete, (1969), citado por Mesa (2000) otra causa que obliga al niño aferrarse a conductas orales es probablemente cuando el recién nacido percibe el peligro de perder el objeto amoroso (madre o sustituto) o se encontró con una mayor frustración que inhibió la poca satisfacción que pudo sentir. El infante

desarrolla un mecanismo de defensa que tratará de enfrentar las amenazas y peligros que acechan a su persona provocándole angustia.

El niño se funde en esta madre-alimento de la que no se diferencia, debido a que no tiene la menor consciencia de su yo, ni de su individualidad. Debido a ello, cuando se llega a la fase oral activa, se dice que el niño empieza a diferenciar a su madre como objeto distinto de sí. Esta etapa se caracteriza por un temor intenso en el niño al reconocer a su madre como identidad separada de sí y un gran deseo a incorporarla totalmente (Mahler, 1977).

Como ya se comentó, existen madres que no son sensibles a las necesidades del neonato, y, que ante cualquier reclamo (llorar) que le hace el niño, ésta reacciona sobrealimentándolo, de esta forma sólo acumula tensión y angustia en vez de que el niño pueda descargar.

Los comedores compulsivos concentran su atención y energía en conseguir alimento; aunque en muchas ocasiones ese alimento no les agrade, sólo sienten la necesidad de llevarse algo a la boca, como pasa en la primera infancia. Personas que no son comedores compulsivos, en algún momento de angustia, soledad, depresión (alguna situación emocional), también tienen momentos regresivos (etapa oral) donde llevarse algún alimento a la boca calmará su sensación.

Entonces, el comedor compulsivo detuvo su desarrollo emocional; quedó atrapado en los miedos infantiles (pérdida del objeto amoroso) en el dominio de un superior severo, en donde la angustia a la separación le hace quedarse en un modo antiguo de vida, y no procede a adquirir un modelo nuevo de vida (Mesa, 2000).

Como ya lo mencionamos el exceso o la privación en alguna etapa del desarrollo psicosexual lleva a una fijación en la vida adulta. En el obeso existe una fijación en la etapa oral de acuerdo a la teoría del psicoanálisis.

Abramsom (1999) refiere que la Dra. Bruch llegó a la conclusión de que el psicoanálisis no resulta demasiado útil para tratar los problemas de alimentación. Aunque el comer emocional provenga de experiencias de la niñez temprana, no quiere decir que para cambiar la conducta se necesite un largo tratamiento psicoanalítico.

Según Abramsom (op. cit.) la explicación psicoanalítica en el comer emocional presenta algunas deficiencias, ya que las personas fijadas en la etapa oral no siempre ocupan la comida para calmar su angustia (malestar emocional) si no también puede ser que fumen, beban o hablen en exceso.

Por lo que el psicoanálisis constituye una desventaja para el tratamiento de la obesidad porque no está diseñada específicamente para ello; la obesidad no es un objetivo principal de tratamiento, ya que los psicoanalistas consideran a ésta como una representación somática de conflictos emocionales. Además de que el tratamiento no ofrece modificación directa de la conducta ni apoyo social. No se ha demostrado que el descubrir las causas inconscientes de la sobre ingesta cambie la elección de síntomas de las personas obesas que comen en exceso en respuesta al estrés (Kaplan, 2000)

Castanedo, Brenes, Jensen, Lucke, Rodríguez y Thomas (1993) sostienen que en la actualidad es muy difícil sustraerse del influjo directo o indirecto de la obra de Freud, por lo que podemos considerar que quienes cumplan con los siguientes elementos estarán explícita e implícitamente reactualizando las innovaciones freudianas del tratamiento psicoanalítico:

-Considerar que en la labor psicoterapéutica es de central importancia la historia vital del individuo.- Afirmar que la relación establecida entre el terapeuta y su

paciente es un momento esencial del proceso psicoterapéutico. -Resaltar el autoconocimiento del terapeuta como condición necesaria para poder ayudar a otros.

Con el transcurso de los años, el psicoanálisis se ha desarrollado hacia una enorme pluralidad de concepciones teóricas y técnicas diferentes.

Terapia conductual

La terapia conductual surge en consecuencia de la insatisfacción que generó la terapia psicoanalítica, y del desarrollo de la psicología del aprendizaje.

El conductismo (cuyo máximo representante es Skinner) a diferencia del psicoanálisis u otros tipos de psicoterapia, no se preocupa por la historia del paciente, a no ser en términos de aprendizaje. El medio externo es el responsable de lo que somos, osea que el comportamiento no depende de las experiencias internas, sino del medio ambiente (Mesa, 2000).

De acuerdo con Martorell (2004), el punto de partida de esta terapia es la consideración de que la mayor parte de la conducta (incluyendo la conducta inadaptada) es aprendida.

Según Martorell (2004), los tres paradigmas del aprendizaje en torno a los cuales se han desarrollado la mayoría de las intervenciones del modelo conductual son:

1. El condicionamiento clásico de Pavlov.- Un estímulo incondicionado provoca una respuesta incondicionada que después se vuelve condicionada
2. El condicionamiento operante de Skinner.- Es cuando una respuesta es reforzada en presencia de un estímulo discriminativo.
3. Modelado de Albert Bandura.- Es cuando un observador puede incorporar a su repertorio una conducta compleja por la observación de cómo ejecuta esa conducta un modelo.

Así mismo Matorrell (2004) explica los puntos comunes que existen en las terapias de conductuales:

1. El interés central es la conducta por la que la persona acudió a terapia, sin suponer que esta conducta sea una señal de un proceso psicodinámico intrapsíquico.
2. La conducta normal y la anormal se mantienen y modifican por los mismos principios. La conducta desadaptativa puede desaprenderse y sustituirse por otra conducta adaptativa.
3. A partir de teorías concretas se pretende la aplicación de la práctica clínica, los datos de la psicología experimental, y desarrollo de técnicas terapéuticas.
4. La terapia de conducta hace un especial hincapié en mantenerse dentro de la tradición experimental en la evaluación de la conducta y en la evaluación del tratamiento.

La relación terapéutica no es considerada tan determinante y central como en otros modelos terapéuticos. El terapeuta tiende a ser visto como un instructor o un reforzador social.

Principales técnicas:

Desensibilización sistemática: Wolpe.- Tiene 3 elementos 1. Entrenamiento de relajación. 2. Elaboración de una jerarquía de situaciones ansiógenas. 3. Emparejamiento de los elementos de esta jerarquía con el estado de relajación.

Entrenamiento asertivo.- Su fin es el tratamiento de la ansiedad ante situaciones interpersonales en donde también puede haber jerarquización de las ansiedades.

Técnicas de relajación de Shultz, Jacobson.- La relajación es incompatible con la ansiedad y sus estados asociados. Shultz es la técnica del entrenamiento autógeno. Jacobson es una técnica de la relajación progresiva.

Inundación e implosión: Stamfl.- La inundación es una técnica que se aplica cuando es necesario eliminar o modificar una respuesta de evitación, como las

que se dan en los miedos a situaciones sociales; se somete al paciente a estímulos ansiógenos de gran intensidad durante un largo periodo de tiempo.

Condicionamiento encubierto: J Cautela.- Parte de la suposición básica de que la conducta puede ser modificada imaginando la realización de una conducta específica y las diferentes consecuencias que se deriven de ella.

Terapia aversiva.- Consiste en el empleo de un estímulo aversivo o punitivo como medio para modificar la conducta.

Modelado: Bandura.- Es un aprendizaje por imitación.

Psicoterapia Cognitiva

La terapia cognitiva es un tratamiento centrado en el proceso mental, donde su concepto básico es el de cognición; este término incluye ideas, creencias, imágenes, atribuciones, expectativas, etc., que giran en torno al concepto de significado, y especialmente de cómo se construye. El objetivo de esta terapia es el cambio de las cogniciones o estructuras cognitivas que impiden el correcto funcionamiento psicológico de la persona. En general esta terapia se combina con la terapia conductual, por lo que algunas terapias de este modelo se denominan tanto cognitivas como cognitivo-conductuales (De la Garza 2004; Martorell, 2004).

Tres puntos básicos de la terapia cognitiva:

- La actividad cognitiva afecta a la conducta.
- La actividad cognitiva puede ser controlada y alterada.
- El cambio conductual puede obtenerse mediante el cambio cognitivo.

Características de los métodos terapéuticos:

- El terapeuta adopta un papel directivo.
- Son terapias con procedimientos activos.

- Siguen pautas altamente estructuradas.
- Tiende a ser de corta duración.
- La relación terapéutica es considerada como una colaboración.

Algunos enfoques:

Terapia racional emotiva de Albert Ellis.- Los procesos cognitivos disfuncionales son representados en actitudes y creencias irracionales que llevan a conclusiones falsas. El objetivo de esta terapia es manipular los procesos cognitivos; cambiar la escucha pasiva por una actitud claramente activa y directiva, en el dialogo que se establece con el paciente acerca de las ideas y creencias en las que su comportamiento se basa. Detrás de este planteamiento esta la consideración de que el pensamiento y la conducta irracionales pueden ser combatidos directa y conscientemente.

Para la terapia racional emotiva las alteraciones psicológicas se explican por la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto y dogmatico que dan lugar a un conjunto de creencias irracionales.

En lo referente a las emociones se propone que entre los hechos y la emoción se da una “autocharla” es decir, que la persona se dice algo a sí misma, interpreta el suceso y de ahí proviene la emoción, no del propio suceso (Martorell, 2004).

La terapia cognitiva de Beck.- Es un sistema de psicoterapia basado en el supuesto de que la forma en que los individuos perciben y estructuran su experiencia determina sus sentimientos y acciones. Uno de los objetivos de esta terapia es que el paciente identifique los pensamientos automáticos. Ponga a prueba la realidad de sus cogniciones para que analice de una forma más correcta las cosas como son, por medio de la técnica de examinar estas cogniciones y someterlas a una prueba de realidad. El terapeuta ayuda al paciente a modificar sus errores cognitivos y su hipótesis disfuncionales. (Martorell, 2004)

El tratamiento con técnicas conductistas es de lo más utilizado en la actualidad para el control de la obesidad, ya que es un tratamiento a corto plazo, que puede funcionar en medidas de autocontrol y prevención de síntomas. Estas técnicas se utilizan con frecuencia en hospitales con personas que tienen trastornos de la conducta alimentaria (Mesa, 2000).

Como se mencionó anteriormente el modelo conductual se basa en la aportación de nuevas formas de aprendizaje sobre una conducta; que pueden ser: eliminar el comportamiento que resulta dañino o insatisfactorio para el individuo o enseñar habilidades de las que el individuo carece.

Este modelo, pondrá especial atención en los síntomas o hábitos tal y como existen en la actualidad. La eliminación del síntoma, constituye en sí misma, la curación de la patología.

El comer en exceso será tratado como el síntoma que debe curarse y se espera que al solucionar éste, se resuelve el problema de la obesidad o sobre peso (Mesa, 2000).

Se propone el seguimiento de tres etapas en el tratamiento conductual:

1ª Identificación del problema. 2ª Clasificación de los problemas específicos, en categoría de exceso o déficit y 3er. Determinar a quién afecta tal exceso o déficit, con la finalidad de determinar un planteamiento para un nuevo estilo de vida. Esto sólo se puede realizar, observando las circunstancias que presenta tal conducta.

En el caso de un exceso de peso, un registro de que, cuándo y dónde come supondría una ayuda esencial para una posterior modificación.

El análisis conductual, se dará en base a la observación directa de la conducta en su entorno natural, así como en la información verbal que se pueda obtener del individuo con la conducta-problema (Mesa, 2000).

En la conducta del obeso se puede identificar cuando el alimento ha sido asociado con emociones o experiencias reconocidas como gratas o ingratas en su sistema familiar.

Posiblemente en la mayoría de los casos, el análisis conductual arroja que en las conductas de comer en exceso, existe un déficit importante de conductas sociales e interpersonales, y ansiedad que como sabemos, son conductas que forman parte de lo que llamamos “baja autoestima”, donde la estrategia del tratamiento pudiera ser un entrenamiento autoafirmativo y de reestructuración cognoscitiva.

En el comer compulsivo puede haber una combinación de técnicas como: entrenamiento autoafirmativo, ensayo conductual (el paciente practica alternativas de expresión de sentimientos hostiles y de defensa de sus derechos como persona), procedimientos de sensibilización encubierta (aversiva) de las conductas de comer en exceso, autoinducción del vómito entre otras técnicas (Castanedo, et al. 1993).

Técnica del automonitoreo.

La terapia cognitivo conductual es un método de ayuda en el cual se recomienda al paciente que auto registre o auto monitoree sus pensamientos y sentimientos anteriores a periodos de voracidad (González, 1990 citado por Mesa, 2000).

Este autoregistro permite darse cuenta de los estímulos psicológicos y ambientales asociados con la ingestión de comida:

-El paciente deberá contar sus calorías tanto en lo que come, como en lo que gasta.-Hora en que comió, -que hacia mientras comía, -comida que tomó, -cuánta tomo, -dónde y con quién, -cómo se sintió (antes y después de comer) En este último punto, se pueden descubrir los sentimientos que impulsan a la persona a comer de forma excesiva (soledad, aburrimiento, depresión, cólera, ansiedad o temor).

Control de estímulos.

Los estímulos externos se pueden controlar por métodos que van desde la compra de alimentos, hasta hábitos alimentarios y debilitamiento de la asociación de la comida con los lugares, personas o sentimientos que motivan este impulso.

Autorecompensa.

El paciente se recompensará de forma adecuada cada vez que alcance sus objetivos. Sin que sea la misma comida, sino que deberá aprender a tener otras alternativas como premios. Por ejemplo, un sistema de puntos, o bien, visitas a amigos, viajes o cualquier otra alternativa que resulte agradable para el paciente. Esto ayuda a romper la asociación de premio-alimento.

Técnicas de sensibilización encubierta.

Esta es una técnica que se puede utilizar con el fin de provocar una conducta de evitación en los alimentos. Para este propósito, se emparejan imágenes que son aversivas en relación a la ingestión de alimentos que no deben ser deseados, como son pasteles, dulces y otros alimentos ricos en calorías.

Existen diferentes técnicas en el tratamiento cognitivo conductual en el trabajo de la obesidad, con logros significativos, sin embargo, se ha encontrado que muchos pacientes obesos desean que el terapeuta se responsabilice y tome decisiones por ellos, provocando con este tipo de terapia directiva una gran frustración. Parece ser que el control de sus vidas reside fuera de ellos mismos, y que no se visualizan como instrumentos efectivos para controlar sus propias vidas (Zerbe, 1993).

Ross (1994) refiere que es difícil mantener los efectos a largo plazo en el trabajo de bajar de peso con los obesos, ya que el tratamiento cognitivo conductual, tiene sus desventajas, como incluir dietas que van de las 800 a 1500 calorías al día, lo que lleva a que las personas que se someten a este tipo de dieta entren en estados depresivos y de estrés; además de que no se lleva un registro adecuado de calorías, dando por resultado baja adherencia al tratamiento. Las personas que

llevan una dieta por largo tiempo son poco felices porque no pueden comer lo que desean y el comer les produce culpa.

1.7 Terapia Psicocorporal (estructuras caracterológicas)

Según Ortiz (1999), la terapia psicocorporal es la psicoterapia que utiliza sistemáticamente la respiración, la postura, el movimiento o el contacto físico y que tiene por objetivo aumentar la capacidad del placer, aliviar el sufrimiento, ampliar la conciencia, así como generar la expresión de emociones, crecimiento, y desarrollo personal. Pero, sobre todo, que el paciente llegue a establecer una vida sexual genital satisfactoria.

Recordemos que psicoterapia es un tratamiento para los problemas emocionales, en donde una persona entrenada (terapeuta) establece una relación profesional con el paciente.

Wilhelm Reich (1967) discípulo de Sigmund Freud descubre que para desaparecer el trastorno que afecta a un paciente, y recuperar su estado natural de alegría para vivir no basta con hacer consciente lo inconsciente, ya que después de un tiempo vuelve a aparecer el trastorno con la misma intensidad o mayor, o de alguna otra forma. Así, propone que al trabajar con el paciente masajeando partes del cuerpo tensas y con su respiración, aparecen antiguas emociones relacionadas con situaciones traumáticas, que al ser liberadas del cuerpo hacen desaparecer por completo el trastorno (<http://www.psicoterapiacorporal.com/indE=6&idZ=6>).

“Reich extendió la teoría freudiana de la libido hasta incluir todos los procesos fundamentales biológicos y psicológicos. Consideraba el placer esencialmente como un movimiento libre de la energía desde el centro del organismo hacia la periferia y el mundo exterior; la ansiedad es como una retracción de energía al contacto con el mundo exterior. Reich llegó a considerar la terapia como un proceso dirigido a permitir el flujo libre de energía a través de todo el cuerpo, mediante la disolución sistemática del bloqueo ocasionado por la coraza

muscular. Reich descubrió que esos bloques sirven para distorsionar y destruir el sentimiento natural y, particularmente, para inhibir las sensaciones sexuales y evitar el orgasmo total y satisfactorio". (<http://www.psicoterapiacoporal.com/indE=8&idZ>).

Sus conceptos principales son:

El Carácter.- Se conforma como un patrón permanente de respuestas a diferentes situaciones, que incluye actitudes habituales de una persona, es decir, el estilo de conducta (timidez, agresividad, etc.), así como actitudes físicas que son los hábitos y posturas que toma el cuerpo al sostenerse y moverse, y que se origina como una defensa ante la demanda de impulsos inconscientes (Ortiz, 1999).

Con anterioridad Freud ya había estudiado este concepto de carácter, sin embargo Reich fue quien trató a los pacientes, interpretando la naturaleza y función de su carácter más que analizando sus síntomas.

“El carácter se hacía más evidente en el modo en que los pacientes se conducían en las sesiones, que en lo que decían. Entonces Reich empezó a intervenir más sobre el cómo, que sobre el qué de la conducta” (Ortiz, 1999, p.61).

Lowen (1977) especifica que el carácter se estructura en el cuerpo mediante tensiones musculares crónicas, y el aspecto psíquico por un sistema de negaciones, racionalizaciones y proyecciones conectadas al ideal del Yo.

Podemos decir que, en general, la literatura Psicocorporal define al carácter como una defensa, como una máscara, como una parte que se resiste al cambio más que como un modo de ser, resultado de identificaciones (Ortiz, 1999).

La coraza del carácter.- Es una especie de defensa contra la ansiedad originada por el temor al castigo. La primera defensa contra el temor es la represión, la cual reprime temporalmente los impulsos sexuales. Estas defensas son crónicamente activas y automáticas por lo que se transforman en rasgos de carácter o en

coraza. “La concepción que Reich tiene sobre esta coraza incluye la suma total de todas las fuerzas defensivas de represión que están organizadas en un patrón más o menos coherente dentro del ego”. (www.psicoterapiacorporal.com). Esta coraza es representada por un conjunto de tensiones crónicas en los músculos, que es superficial o profunda, blanda como una esponja o dura como el acero. En cada caso su función es proteger contra el displacer, solo que el organismo paga por tal protección, con la pérdida considerable de su capacidad de placer (Reich, 1955).

Ortiz (1999) refiere que según Boadella (1973) Reich consideraba que la coraza estaba formada por tres capas. La primera que es la cara que individuo presenta al mundo. Enseguida, por debajo de ésta, estarían los impulsos y fantasías irracionales y grotescas (el inconsciente) y después de penetrar este nivel se encontraba un centro en el que los impulsos eran sanos.

El modelo de Reich, lleva al cuerpo muchos de los conceptos freudianos. Para Freud reprimir es hacer inconsciente un impulso, y olvidar el proceso por el cual fue creado. Para Reich el impulso se expresa por una tensión crónica de un grupo de músculos (coraza), el individuo no se da cuenta de esta tensión, ni la relación que existe con una emoción. Esta tensión se vuelve parte del carácter que se forma según consideró Reich de acuerdo a los siguientes factores:

- El momento en el que, el impulso era frustrado.
- La frecuencia y la intensidad con la que los impulsos se frustraban.
- El impulso contra el cual se dirigiría principalmente la frustración.
- La relación entre la frustración y la permisividad.
- El género de la persona que actúa como principal agente frustrado.
- Las contradicciones entre las frustraciones.

Reich (1967) propuso que la coraza estaba organizada en segmentos de acuerdo al flujo de la energía del cuerpo que estaba bloqueada. Los segmentos son:

ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico. Los segmentos superiores se bloquean a una edad muy temprana y los inferiores posteriormente (aún en la niñez). También observó que al desbloquear la coraza de estos segmentos corporales liberaba energía, que tenía que ver con el sistema nervioso vegetativo, a lo que llamo a esta técnica “vegetoterapia caracteroanalítica”.

Navarro (1993) describe los siete segmentos en relación a las emociones y afectos:

-Segmento I (ojos, oído, nariz)

Emoción: alarma, miedo, terror, pánico.

Afecto: sorpresa, maravilla, desorientación.

-Segmento II (boca)

Emoción: conmoción, disgusto, gusto, separación

Afecto: depresión, resentimiento, rabia, apego

-Segmento III (cuello)

Emoción: abandono, miedo a caer, miedo a morir

Afecto: simpatía, antipatía, interés, orgullo, cerrazón.

-Segmento IV (tórax)

Emoción: nostalgia, ira, odio

Afecto: tristeza, soledad, felicidad, amor incertidumbre, ambivalencia.

-Segmento V (diafragma)

Emoción: angustia, ansia

Afecto: hostilidad, serenidad

-Segmento VI (abdomen)

Emoción: agitación, desesperación

Afecto: dolor, cólera.

-Segmento VII (pelvis)

Emoción: excitación, apego, placer

Afecto: potencia, represión, agresividad (ira)

La “Vegetoterapia supone un trabajo terapéutico sobre el sistema neurovegetativo, y caracterológico implica un trabajo de transformación de una caracterialidad por un carácter genital maduro” (Navarro, 1993, p.22).

El objetivo de la vegetoterapia es disolver la coraza caracterológica, desbloqueando los diferentes segmentos que la conforman, reactivando así la historia de la persona desde la vida intrauterina hasta la estructuración del carácter (www.psicoterapiacorporal.com/indE=6&idZ=6).

Entonces, según Navarro (1993), la vegetoterapia busca curar al paciente a través de intervenciones corporales (actings) específicas, que producen reacciones neurovegetativas emocionales y musculares que reestructuran la psicoafectividad que ha sido puesta en conflicto desde el nacimiento del individuo.

También se busca un reequilibrio neurovegetativo (mediante la activación de sistema nervioso vegetativo) que acompañado del análisis del carácter (expresión del lenguaje corporal) pone al sujeto en condiciones no sólo de comprender, sino principalmente de sentir su capacidad, o sea su yo y su estar en el mundo como elemento dialéctico.

La vegetoterapia caracterológica, permite al sujeto cambiar su modo de relacionarse y su valoración del mundo por una visión y una capacidad de sentir natural que supone el cambio, es decir que recupera su funcionalidad del “ser” como una auténtica autogratificante, autogestión, toma de conciencia.

La aplicación de la metodología reichiana logra gradualmente el desbloqueo de la coraza, para recuperar el Yo (corporal); al desbloquear la energía en varios niveles del cuerpo, tiene la posibilidad de facilitar nuevas integraciones de la personalidad, abriendo nuevos espacios; al reencontrar la energía bloqueada o mal investida y utilizarla en un equilibrio, se transforma la relación existencial, y de la sociedad actual. Por lo que esta metodología es una propuesta de revolución socio cultural

permanente, dinámica, que transforma las relaciones humanas, actualmente alineadas y débiles o privadas de una verdadera conciencia.

Esta metodología permite al individuo ser sensible y consciente de su propio cuerpo, de sus tensiones, posturas y el significado de sus emociones. Así mismo el yo sé fortalece y aparecen nuevos contenidos; a nivel corporal se dan cambios significativos como: cambio de tono muscular, disoluciones de tensiones, el color de piel (la piel es más oscura en donde existe bloqueo), la temperatura y por lo tanto en la posición corporal (Melo referido por Navarro, 1993).

La vegetoterapia técnicamente tiene una metodología que no puede ni debe ser explicada de manera mecanicista. Los movimientos musculares realizados son simples, intencionales, activos, específicos, funcionales y neuropsicológicos ligados a la esfera emocional, por lo que el tiempo dado a cada acting (movimiento muscular), debe ser respetado rigurosamente así como su frecuencia, que es la que determina la abreacción que provoca el insight psicodinámico.

El proceso de desbloqueo de un segmento por medio de los actings se continúa y se completa en el momento del sueño, como un movimiento natural del organismo en busca de la salud. Por lo que el sueño manifiesta la condición energética y bloqueo del individuo e indica que segmentos han sido elaborados y suavizados o disueltos.

La vegetoterapia trabaja principalmente con las emociones reconstruyendo de manera funcional el desarrollo psicoafectivo del individuo, para esto es necesario reactivar todo aquello que infelizmente sucedió a la persona al inicio de su vida (Navarro, 1993).

Las diversas estructuras de carácter se clasifican en diferentes tipos, que para el tema que nos ocupa describiremos sólo tres: Esquizoide, oral y masoquista. Cada estructura tiene su propio patrón de defensa así como su nivel psicológico y

tensión muscular. Se describirán por separado, solo que según las características en el caso del obeso los rasgos caracterológicos son combinados. Bueno al igual de otras personas no obesas, las caracterologías puras no son comunes (Stephen, 1994).

1.7.1 Estructura esquizoide

Lowen (1977) llama a esta estructura esquizoide, porque tiene tendencias del estado esquizofrénico; se escinde del funcionamiento unitario de la personalidad; va hacia adentro, perdiendo contacto con el mundo exterior; así mismo reduce el contacto con su cuerpo y sus sentimientos. Es decir, esta estructura, tiene un ego débil por un sentido del yo disminuido.

El sentido del yo es inadecuado por la falta de identificación con el cuerpo, por lo que la persona no se siente integrada, es muy sensible por la debilidad de las fronteras del ego. Las presiones del exterior no las resiste y se retira en defensa propia. Tiende a evitar las relaciones íntimas y sentimentales, por lo que al relacionarse va tener un comportamiento “como si”, o sea no genuino.

En cuanto los impulsos, su formación es débil, debido a que la energía es llevada al centro dejando sin ésta, a los órganos que contactan con el exterior (manos, pies, rostro y genitales). Por esta razón en estos órganos se disocia su funcionalidad, con los sentimientos que emanan del corazón de la persona. La energía se bloquea en la base de la cabeza, los hombros, la pelvis y las articulaciones por tensiones musculares crónicas.

La estructura esquizoide se origina en la primera etapa de vida, cuando el niño es rechazado por su madre de una forma hostil velada o abierta; este rechazo se experimenta como peligroso para su existencia. El rechazo y la hostilidad crearon un temor a tratar de alcanzar algo, de exigir o hacer valer su derecho, porque significaría su ruina completa. El niño tuvo que disociarse de la realidad y de su

cuerpo para sobrevivir, así como crear murallas alrededor de su vida sentimental para defenderse (Lowen, 1977).

Los padres de estos niños pueden ser personas que no desearon tenerlos, o de forma consciente si los deseaban pero la ambivalencia estaba generalmente presente. También fueron padres que, sí deseaban tener un hijo, sólo que al nacer, fue muy grande el impacto que le produjo este niño, y rebasaba al padre en sus recursos para hacerle frente a la realidad. Estos padres suelen ser, fríos, severos, rechazantes, llenos de odio, y resentidos ante la sola existencia del infante. Cuando el padre o cuidador es cruel, el infante elige desapegarse, retirarse hacia adentro, es una vía de escape, que al parecer ocupa como una forma de poder preservar su vida; “dejando de vivir” (Stephen, 1994).

La respuesta inicial del infante hacia el ambiente frío e intimidante es de terror y rabia; por lo que se vuelve contra sí mismo; suprimiendo la fuerza vital de su organismo; el movimiento y la respiración se inhiben para dar paso a una musculatura rígida que pueda contener la fuerza vital. Por lo que sus movimientos, sus sentimientos y comportamientos pierden espontaneidad.

Físicamente, los brazos y las piernas parecen extensiones del cuerpo y los pies están contraídos vueltos hacia fuera (fríos). La cara es como un máscara en donde los ojos carecen de vivacidad y no establecen contacto, y las principales áreas de tensión muscular es en la base del cráneo, las articulaciones de hombros, piernas, pelvis y en torno al diafragma. Por lo que da una apariencia de un cuerpo desproporcionado con falta de color en la piel (Lowen, 1977; Stephen, 2004).

Restringe la respiración a través de la contracción del diafragma, la respiración es superficial en el pecho, elevando los hombros constriñendo el pecho; para eliminar el flujo de la energía vital (Stephen, 2004) reprime la ansiedad, conteniendo el cuerpo por lo que tiene dificultad en el proceso de digerir los alimentos.

Los recursos cognitivos, conductuales, como la expresión de afectos se congelan significativamente como consecuencia de la frustración recibida a temprana etapa. Su expresión general puede ser de perturbación o de falta de sentido de

pertenencia en el mundo e incluso un sentimiento de irrealidad acerca de la propia conexión con éste.

Los sentimientos profundos del niño son de terror asociado con aniquilación, en el nivel adulto, esto sería, el fracaso para hacerla en el mundo. Todas las defensas se ordenan para evitar el rechazo y el fracaso. Mientras más completa sea la defensa contra este temor, más extensa será la retirada hacia un comportamiento mecánico y una total ausencia de cualquier sentimiento aparente; así también en esta retirada puede entrar una conducta “como si”, que es la expresión de los sentimientos en una actuación de un papel o rol que debería desempeñar, obviamente sin sentir tal cosa.

En esta estructura es común el afecto de tristeza, dolor o depresión por no ser aquel que no pudo ser y por no haber recibido una relación que instintivamente se esperaba pero no ocurrió.

El esquizoide se desconecta de los procesos de vida, del cuerpo, de los sentimientos, de los seres queridos, de la comunidad y a menudo de los objetos inanimados como la comida, la naturaleza etc. Puede estar en la vida desempeñándose excepcionalmente, donde le funcione muy bien la racionalidad, que tiende a exagerarla, para zafarse continuamente de la confrontación y de la cercanía o contacto de los demás.

A nivel cognitivo tendrá varias creencias que serán sentidas y vividas, como el mundo es peligroso, difícil y frío o “hay algo malo en mí”. Obviamente estas ideas serán negadas sin embargo tendrá un sistema de creencias que apoya esto. El tema de la existencia es crítico y probablemente habrá alguna expresión de esto en la vida cotidiana de una persona. Tener suficiente dinero, aferrarse a su trabajo -en suma, “hacerla” en la vida- puede ser una preocupación constante (Stephen, 2004).

1.7.2 Caracterología oral

La caracterología oral tiene rasgos de la etapa del desarrollo infantil llamada en psicoanálisis "Oral"; en donde la persona que tiene esta estructura tiende a estar apegada a los demás, necesita que los otros la sostengan, por lo que tiene un débil sentido de independencia. El sentimiento esencial que tienen las personas con esta estructura es de privación y rechazo.

La energía de los cuerpos de esta estructura es débil y sobre todo es muy notable en la parte inferior del cuerpo, por lo que se les dificulta sostenerse en sus pies (metafóricamente y físicamente). Todos los puntos de contacto con el medio ambiente están poco cargados.

Necesitan apoyarse en los demás, no pueden estar solos; sin embargo la disimulan o encubren con una actitud exagerada de independencia, en donde parecen expresar "No necesito de ti". Siempre al parecer brindando apoyo, pero solo con esto lo que buscan es que llenen su sensación de vacío, que los lleva a un estado depresivo. Tienen una actitud generalmente que se les debe "algo" (Lowen, 1977).

En esta estructura, el bebé es deseado, solo que a edad temprana sufre la pérdida o privación de una madre cariñosa, formando un apego débil. La madre puede estar físicamente presente y emocionalmente ausente por ejemplo aquejada de depresión u otra enfermedad. Este niño tendrá un desarrollo precoz, hablará y caminará antes de la edad. Esforzándose por superar el sentimiento de pérdida se hará independiente (Lowen, 1977; Stephen, 2004).

De acuerdo al desarrollo emocional del niño comienza la simbiosis pero no se completa, entra a la siguiente etapa de forma prematura; la individuación; en la subfase ejercitación, el niño realiza descubrimientos para él maravillosos, nuevos, en donde crea momentos de grandiosidad y narcisismo naturales; que importa si esta mamá o no, lo puede hacer solo. Con esto se escapa de la pena entrando a la euforia de la individuación y al moverse y entrar al mundo.

Por lo que tendrá en la vida adulta en su comportamiento actitudes opuestas; por un lado tendrá tendencia a aferrarse de forma desesperada, miedo a la soledad al abandono y por otro lado no podrá expresar sus necesidades, no pedirá ayuda, pero si tendrá un cuidado excesivo por los demás y una grandiosa independencia. Entonces vemos que el oral tiene periodos eufóricos y periodos con poca energía llegando a la depresión.

El colapso en la depresión debe enfrentarse de alguna forma para ajustarse a las demandas del mundo exterior. Pareciera que el yo le dice al cuerpo no podemos vivir así, entonces deciden actuar las fantasías de la satisfacción oral, que son: vivir la buena vida y consumir en exceso comida, bebida, drogas, etc. Es un intento infantil de recobrar la dulzura de la experiencia de crianza.

Por otra parte la privación precoz o brusca del seno materno provoca el sentimiento de pérdida y origina la condición depresiva, esta oralidad insatisfecha o carente se compensara generalmente con la comida, alcohol, tabaco en casos graves drogas (Navarro, 1993).

La persona en desarrollo aprende a contraerse en contra de la necesidad y no buscar ayuda; limitando la entrada y salida de energía. En este sentido su capacidad de tomar afecto y nutrirse del mundo es débil, por lo que generalmente estará en un estado de hambre y soledad crónicos, atrapada en el dolor de la vaciedad no satisfecha y el miedo de exponerse a ser nuevamente abandonado.

Físicamente es un cuerpo con musculatura subdesarrollada y débil que se muestra más en los brazos y piernas, los pies son delgados y estrechos, las piernas parecen no capaces de sostener erguido el cuerpo, las rodillas generalmente están tensas, pecho colapsado y hombros redondeados, restricción general de la respiración, tensión crónica en la cintura escapular, tensión en omóplatos, cabeza y pelvis lanzados hacia adelante; son cuerpos con apariencia infantil (Lowen, 1977; Stephen, 2004).

Las personas con esta estructura para inhibir el llanto y la desesperanza tensan los músculos abdominales bajos, para cerrar los músculos en la base del cuello y

la quijada; que le ayudarán a suprimir los impulsos agresivos y de miedo. Así mismo la tensión en la cintura escapular, la espalda superior y los pectorales le permitirán inhibir la posibilidad de lanzar un golpe. Esta persona es una debilucha ante el mundo.

El oral es un organismo desnutrido con sus reservas energéticas agotadas, por lo que la fase maniaca es un intento por negar esta situación y evitar confrontar la desesperanza. Viven en un constante conflicto inconsciente entre la necesidad y el miedo de repetir la terrible desilusión.

Por lo tanto, estos niños abandonados tienden a enfermarse mucho, no internalizaron las funciones de auto cuidado correctamente; el periodo de euforia o hipomanía agota sus recursos, por lo que da paso a la enfermedad, que es aceptable socialmente y es una petición ego sintónica de atención y cuidado.

El niño abandonado trae con él, el miedo al abandono futuro en las relaciones amorosas, ya que nunca logra la constancia del objeto, por lo que los objetos transicionales por su propia naturaleza juegan un papel importante en éste, en donde desarrolla un apego fuerte, sobre todo con aquellos que le hacen sentir mejor, como por ejemplo las drogas, el alcohol, la comida etc., así mismo sublimará y compensará con estos, la experiencia interna de pérdida, vacío y desesperanza.

El oral, vive un odio a sí mismo no tanto como una fuerza extraña que lo invade de fuera, si no hacia la persona débil y dependiente que siente ser. Este odio es una proyección del odio que siente hacia la madre y dirige hacia su propio ser.

Entonces, la persona oral sencillamente creció demasiado rápido, y creó un resentimiento subyacente por haber tenido que crecer tan rápido y asumir responsabilidades de adulto. Por eso, frecuentemente estas personas se ven a sí mismas como incomprendidas no apreciadas y perseguidas; además que sienten que el mundo les debe algo (Stephen, 1994).

1.7.3 Estructura masoquista

Esta estructura se refiere a las personas que se quejan pero siguen sumisos; se muestran sumisos en el exterior, sin embargo en su nivel emocional más profundo muestran sentimientos de rencor, negativismo, hostilidad y superioridad; mismos, que son contenidos por un miedo a explotar o perder el control. Esta estructura está plenamente cargada, y su acción expresiva limitada.

La contención lo lleva a un colapso del organismo. Los impulsos hacia arriba y hacia abajo se estrangulan en el cuello y la cintura lo cual explica la propensión acusada a la ansiedad.

Estas personas no se pueden defender fácilmente, la contención tan fuerte que tienen las lleva a reducir notablemente su agresividad; en lugar de ser agresivo se queja y lamenta al igual que tiene comportamientos provocativos en donde busca arrancar en los otros acciones violentas y explosivas (Lowen, 1977).

Esta estructura se desarrolla en el seno de una familia rígida, en donde el amor y la aceptación se mezclan con presiones rigurosas, donde generalmente la madre es dominante y abnegada, el padre pasivo y resignado. Esta madre sofoca literalmente al niño, lo anula y le hace sentir culpable por cualquier intento de declarar su libertad o expresar alguna actitud negativa. Estos padres también tienden a tener poca tolerancia a la oposición o a cualquier signo de falta de respeto, estrictos en los horarios y a la excesiva limpieza. Es típica una fuerte concentración en comer y en eliminar. “Sé buen niño” “Acábate la comida” (Lowen, 1977; Stephen, 2004).

A la edad de dos años es cuando pueden crearse los rasgos masoquistas, ya que es cuando el niño empieza a tener una resistencia notable a obedecer y hace notar su deseo de realizar actividades de forma independiente. Aunado a la etapa desarrollo que vive el niño, tendremos que considerar el entrenamiento para el ir al baño, como un aspecto de la socialización y que se da en este momento. Las necesidades del niño pueden integrarse con las necesidades de los padres y la sociedad o bien ser tremendos choques de voluntades, ansiedad, vergüenza y

apabullamiento, en donde el pequeño tendrá todas las de perder; estos niños comúnmente tienen una sensación de estar aprisionados (Stephen, 2004).

Estas personas cuando son adultas como dice Reich (1967) experimentarán una sensación de estar atrapados en la “ciénaga”. Así mismo tendrán la experiencia desesperanzada de estar atrapados en un círculo interminable del máximo esfuerzo que reconducen a la derrota. Estas sensaciones alimentan el desencanto, el pesimismo, la desesperación, una profunda desconfianza y la desesperanza en el futuro.

En este particular estancamiento del carácter masoquista va girar alrededor del hecho de un comportamiento autoderrotista, que es lo único disponible; la autoderrota le permite mantener contacto con el objeto original controlador o sádico. Logra un estado de adicción que secretamente mantiene viva la esperanza y el orgullo al demostrar perversamente la habilidad del individuo de soportar castigo.

En el carácter masoquista existe un continuum que va del hipersocializado al sádicamente controlado. Los individuos tienden a ser complacientes, ansiosos y guiados por la culpa, con poca conciencia de los modos en que su autoderrota es derrotante. Alguien que ha sido tan consistentemente derrotado se atrinchera en la desconfianza del mundo. Por lo que estas personas tienden a ser conservadoras, muy desconfiadas del cambio y la esperanza. En donde su respuesta a cualquier sugerencia de cambio es: “no funcionará”, “hay algo ahí que está mal”, “lo he intentado antes”, “es peligroso” (Stephen, 2004).

Otra actitud típica consiste en que intenta ser bueno, esa fue su decisión predefinida esencial cuando renunció a luchar por su independencia; existe el miedo a equivocarse y volver a ser castigado como antes. Estas actitudes subyacen a las muy notorias tendencias a la obediencia, a la autoanulación al servilismo y al apaciguamiento. De manera consciente esta persona se ve a sí misma como inocente, bien intencionada, pero desperdiciada, no apreciada, desafortunada, victimizada o con mala suerte.

Físicamente se caracterizan por un cuerpo bajo, recio y muscular, de cuello corto y grueso con la cabeza hundida, la cintura es también proporcionalmente corta y ancha y tienden a meter los glúteos hacia adentro, da una expresión de un cuerpo abultado. El diafragma está en posición espiratoria. Esta estructura se encuentra atrapada entre resistir a la dependencia y estar temerosa de la total independencia. Las personas con esta estructura tienen un bloqueo a nivel cuello y garganta, así como en los esfínteres anales y genitales, o sea que nada puede entrar ni salir. (Lowen, 1977; Keleman, 1985).

1.7.4 Caracterología y Personalidad del obeso desde un enfoque Psicocorporal

El tratamiento de la obesidad necesariamente, tiene que ser un programa a largo plazo, en donde el conocimiento de sí mismo, el cambio de hábitos sea un cambio duradero.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, en las características del obeso y la descripción de las caracterologías, se pueden relacionar datos y describir los rasgos caracterológicos que tienen los obesos y desde ahí trabajar su problemática. Rasgos según Last (2000), Lowen (1977) y Stephen (2004):

Rasgos de la caracterología esquizoide:

- Sus representaciones cognitivas: “hay algo mal en mí”, “No tengo derecho a existir”. Al parecer el comer les permite conectarse con la vida. Que es un reto desde que nacieron.
- Se concentran en la comida como un medio para evitar el acercamiento e intimidad.
- La falta de identidad, no sienten que poseen un cuerpo ya que carecen de consciencia de sensaciones corporales.

- Sus relaciones con los otros son desde el intelecto o son muy espirituales.
- La obesidad sirve como defensa, que provee desde la infancia un sentido de seguridad y fuerza contra sentimientos de distorsión de su imagen corporal.

Entonces los pacientes generalmente regresan a sus disturbios alimenticios para ganar confianza y alivio; como un mecanismo tranquilizador al percibir su yo dividido, para sentir mayor cohesión de su ser.

Rasgos de la caracterología oral:

Los obesos por lo general ocultan sus problemas emocionales, bajo una fachada de la complacencia en donde se muestran como simpáticos y bonachones, que es como se refieren algunas personas de ellos “Gorditos bonachones”; debajo de esta apariencia se encuentra el enojo, la ira, que no se permiten expresar por lo que se deprimen frecuentemente y recurren a la sobrealimentación como una defensa.

- Utiliza la comida como una necesidad de consuelo.
- Teme el rechazo, por lo que ocupa el sobre peso como responsable de éste.
- Con la comida satisface un sentimiento de privación, experimentando un gran placer sin limitación, es un gran consuelo.
- La comida es accesible, los padres no lo son. No están.
- La comida posee un significado simbólico: el de ayudar a llenar el vacío emocional.
- El comer vorazmente podría ser como un modo de incorporar el amor de una persona querida.

- En terapia desean que el terapeuta se haga cargo de él totalmente en responsabilidades y decisiones.
- La comida es utilizada como objeto transicional.
- Les gusta ayudar a la gente, se hacen los necesarios.
- Les es difícil manejar sus propios problemas.
- Intentan olvidar sus problemas con la comida.
- Creen que el ignorar sus problemas con la comida, estos desaparecerán.
- Tienen baja autoestima.
- No les es fácil reconocer sus sentimientos.
- Antepone las necesidades de los demás, ante las suyas.
- Comen para disminuir su tensión, tristeza, angustia.
- Existe sobre protección de los padres ó ausencia de estos.

Rasgos de la caracterología masoquista:

En su libro Last (2000) define a las personas que comen para levantar su ánimo como vigorizadoras, y estas, comenta que son muy críticas consigo mismas y que su autoestima es muy baja, a menudo sienten ansiedad social, que cuando se sienten incomodas por estar rodeadas de gente, en las reuniones sociales corren el riesgo de sobrealimentarse.

Las mujeres masoquistas, se victimizan frecuentemente, como resultado de sentirse rechazadas por los demás, por una baja autoestima, evitando los espacios concurridos, alta ansiedad social. Los actos fallidos por bajar de peso provocan sufrimiento, el hambre induce a la depresión, irritabilidad y pereza, y una preocupación constante por la comida (Hidalgo, 2000).

- La familia es rígida y sus miembros son perfeccionistas.
- El subir de peso es un medio para mostrar el enojo contra alguien.
- Teme su propia sexualidad, el sobrepeso con lleva a una sensación de poco atractivo físico y sexual, así evita enfrentarse con situaciones de angustia.
- Necesidad de autocastigo. En el que momentáneamente está bien con el comer para aumentar la energía e inmediatamente viene la culpa.
- La comida es un medio de agresión, se agrede a sí mismo, ya que fue agredido con anterioridad.
- Con la comida se protege antes de enfrentar sus relaciones en donde se siente vulnerable como en la niñez.
- Comer para sentirse aceptado (como cuando era niño y su mamá lo obligaba a comer y expresaba aprecio por esta conducta)
- Son personas muy racionales, perfeccionistas se encuentran en el “deber ser”
- Todo lo que hacen lo toman muy en serio. No le es fácil aceptar las bromas.
- Generalmente se sienten insatisfechos, aburridos, cansados, tristes, que la comida les ayuda momentáneamente modificar estos sentimientos.
- Tiene baja tolerancia a la frustración por lo que tienen una visión pesimista del futuro.
- Tienen baja Autoestima.
- Se autocastigan con la comida.
- La forma de comer exagerada y no controlada es una forma de provocar a otro, para que éste reaccione de forma violenta y explosiva.

2. CAPÍTULO

PROPUESTA

JUSTIFICACION

El enfoque psicocorporal como ya se mencionó es un trabajo en donde se pretende que el individuo alcance mayor plenitud en su vida, que el flujo de energía fluya libremente por su cuerpo y que genere crecimiento y desarrollo personal en donde está implícita la alegría de vivir.

La terapia psicocorporal pretende que al revivir el momento traumático se pueda resignificar el evento.

Las dietas (restricción de alimentos) funcionan en la medida que se hace un gran esfuerzo, sólo que al terminar ese gran esfuerzo se derrumba lo ganado en disminución de peso, y se gana mayor peso y frustración. Por lo que se necesita plantear el control de peso desde una perspectiva diferente, que no sea el modificar o restringir los alimentos, si no un planteamiento en donde el problema sea resuelto por completo y que no sea solo una mejoría temporal.

El comer en exceso es considerado como un síntoma de situaciones psicológicas no resueltas en la persona, por lo que conocerlas desde el enfoque psicocorporal le permite al individuo encontrar una solución a su comer en exceso y un manejo de peso permanente.

Entonces el punto central del tratamiento psicológico corporal es que la persona tenga cambios de raíz, que amplíe su conciencia, que conozca sus emociones, su cuerpo y sus propias necesidades para poder tener una vida más satisfactoria. Cuando las personas tienen una vida satisfactoria (sexual, social, familiar, laboral, etc.) son más productivas y menos nocivas para la sociedad y para sí mismas.

El dejar de preocuparse por el sobre peso u obesidad, por lo que comen o dejen de comer, le permite al individuo ocuparse de otras situaciones como mejorar la relación familiar, participar en su sociedad activamente.

El enfoque Psicocorporal es una forma de trabajo estructurada a través de la investigación clínica; sus principales precursores son Wilhem Reich discípulo de Freud, Alexander Lowen, John Pierrakos, Stanley Keleman etc. y los maestros en México son Rafael Estrada Villa, Héctor Kuri, Roberto Navarro, Agustín Ramírez, Salvador Rocquet (Ortiz, 1999). Entonces el trabajo de la obesidad podrá realizarse de una manera profesional, desde el enfoque psicológico, en donde los estudiosos de este tema encontraran una excelente herramienta.

Se hace una propuesta de un curso para el trabajo de la obesidad desde un enfoque psicocorporal, el cual sería una excelente forma de abordar la problemática ya que el paciente obeso se disocia entre su cuerpo y su mente; creo que es importante que este sienta, perciba su cuerpo, y que esta gran defensa que utiliza para defenderse del mundo y de sí mismo se desvanezca, aprendiendo nuevas formas de relacionarse con el mundo y con él; que es algo que este enfoque psicocorporal le va a proporcionar.

Entonces los beneficios que obtendrán en este curso son dos principalmente: podrán reconocer, el origen emocional de su sobre peso, podrán aplicar herramientas nuevas para el manejo de sus emociones en relación al comer en exceso.

Además en esta propuesta se proporciona a los profesionales de la psicología, un enfoque diferente y complementario, con otros elementos para el trabajo emocional del obeso.

PROPUESTA DE INTERVENCION

Nombre del Curso:

Curso para el manejo y control del sobre peso con un enfoque psicocorporal.

Objetivo General: Al término del curso los participantes conocerán las emociones y sentimientos que los llevan a comer en exceso con la finalidad de manejar sus

emociones por medio del trabajo continuo de técnicas psicocorporales para el control y manejo de su sobrepeso.

Población: El curso está dirigido a una población ubicada en México D.F., que su índice de masa corporal (IMC) se encuentre entre sobre peso y obesidad dos, (IMC entre 25 y 34.9) ambos sexos, que se encuentren en una edad entre los treinta y cinco y cuarenta y cinco años, con una escolaridad mínima de secundaria, con un nivel socioeconómico medio-medio a alto. El tamaño del grupo será de diez participantes.

Duración: 15 sesiones de dos horas, cada semana.

Ubicación: Un salón amplio, bien iluminado, ventilado y alfombrado.

Material: Veinte cojines para sentar a los participantes y realizar algunas actividades.

Procedimiento:

La primera sesión se presentara el objetivo del curso, forma de trabajo y evaluación, que consiste en aplicar los siguientes instrumentos de evaluación:

El Perfil de Valores Hartman está basado en la axiología formal desarrollada por Robert S. Hartman matemático y filósofo de origen alemán, en el año de 1966. La adecuación del Perfil para aplicarlo en el área del crecimiento personal, fue elaborado por el mismo y el Dr. Salvador Roquet (eminente psiquiatra mexicano).

El Perfil de valores Hartman es un medio que evalúa los dos mundos de la persona, el mundo externo que mide: su relación con los otros, capacidad de percibir el entorno con claridad, capacidad de afecto, compromiso, manejo de situaciones, estado anímico de estar en la vida; y el mundo interno que mide: su relación consigo mismo, capacidad de percibirse a sí mismo, su autoestima,

estado anímico (depresión, ansiedad), dependencia, independencia, relación con su propio cuerpo.

De acuerdo a los resultados que muestra el Perfil, al ser interpretados con los principios establecidos por el Dr. Hartman, el Dr. Roquet y Alfonso Castro Asomoza (presidente de la Asociación Española de Axiología Robert S. Hartman), el mapa del carácter de la persona aparece con toda claridad, descubriendo así sus capacidades y bloqueos particulares, que influyen en su momento presente y que estimulan o frenan su crecimiento personal.

El perfil se presenta en dos columnas (mundo externo y mundo interno) con dieciocho frases cada una las cuales contienen una fórmula matemática que recoge las combinaciones de las tres dimensiones de la axiología formal (intrínseca, extrínseca y sistémica). Su valoración matemática e interpretación correcta aportan información de múltiples variables y un perfil nítido de la persona, por lo que se convierte en un instrumento de diagnóstico de gran utilidad y precisión. También es un sistema validado y una herramienta que combina sencillez, objetividad y confiabilidad que aporta una gran cantidad de precisa información de personas y grupos.

El Perfil de Valores Hartman puede ser aplicado en diferentes áreas como: en lo laboral o clínico; por lo que será útil para: guiar la dirección del tratamiento y para indicar resultados y progresos, medir los niveles de somatización y profundizar en su origen, elaborar técnicas de manejo de la tensión y del estrés, evaluar las tendencias y fluctuaciones dentro de un grupo dado.

Alfonso Castro Asomoza, Presidente de la Asociación Española de Axiología Robert S. Hartman, durante 10 años (1975 -1985 aproximadamente) trabajo conjuntamente con el Dr. Roquet en investigaciones y formas de aplicación del Perfil de Valores.

Desde 1980 hasta el año 2008 aproximadamente se formó un archivo con más de 3000 personas a las que se les han aplicado el perfil de valores Hartman. En

las investigaciones de los autores mencionados, se incluye el seguimiento de procesos individuales de crecimiento personal, así como aplicaciones en instituciones como el Instituto Wilhelm Reich de México. Actualmente se encuentra en proceso de estudio UPREZ (Unión popular revolucionaria Emiliano Zapata) y en la facultad de Economía de Ciudad Universitaria UNAM. (<http://colaboro.wordpress.com/2010/03/06/axiología-y-perfil-de-valores-hartman>, www.axiologia.com/?cont=biografia, www.axiologia.com/?cont=test-hartman Asociación española de axiología Roberts Hartman (A.E.A.R.S.H.))

Cuestionario de perfil alimentario (CPA). Fue elaborado por Cynthia G. Last, en Estados Unidos de Norte América, lo refiere en su libro cinco razones por las que comemos en exceso (2000), Last comenta que se creó para identificar y diagnosticar los factores psicológicos que provocan la sobrealimentación, por lo que el perfil fue diseñado para explorar las características de la personalidad y el comportamiento frente a la comida. El CPA se elaboró a partir de las entrevistas y los tratamientos de cientos de personas con problemas de peso; su finalidad es diagnosticar las cinco causas más comunes por las que la gente come en exceso (compulsión, hedonismo, estrés, evasión y vigorización), según lo refiere, ella en su libro. Es un cuestionario de treinta ítems con respuesta alternada o cerrada, puede ser aplicada en individual o en grupo, tiempo de realizar es aproximadamente de cinco minutos. El CPA no ha sido estandarizado en México sin embargo por sus cualidades es un perfil idóneo para aplicar a los participantes de este curso.

Historia clínica. Es un cuestionario con ítems de respuesta múltiple, en donde se explora: los antecedentes personales, heredofamiliares patógenos y no patógenos del paciente, historia dietética y cambios de peso a lo largo de cinco años aproximadamente, así como padecimientos actuales, exploración psicológica (conductas y emociones en relación a la comida). Dado que la obesidad en México es un problema de salud pública desde 1998, se establecen lineamientos para su atención y control, por lo que se crea esta herramienta de acuerdo a lo requerido en la Norma oficial NOM-174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad,

en donde especifica que, en el tratamiento médico y/o psicológico se deberá elaborar un expediente clínico. Este cuestionario es adaptado a la necesidad del curso que se propone. (<http://obesidad.net/spanish/norma.htm>, www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_12.htm)

En las subsecuentes sesiones se abordarán temas relacionados con el sobre peso como: la depresión, el comer como una forma de sustituir el amor, la ansiedad; y en el trabajo psicocorporal, se realizarán actings de vegetoterapia (ejercicios suaves que contactan con las emociones) y ejercicios de bioenergética de Lowen. Se da inicio al curso en la primera sesión.

Los participantes compartirán en cada sesión todo lo que les ha pasado en la semana, sus vivencias, sueños, la forma en que comieron esa semana; a partir de la sesión cinco se hará hincapié de expresar los sentimientos y sueños que se tuvieron en esa semana, (esto es porque en la sesión cuatro iniciamos el trabajo con los actings de vegetoterapia) Se realizarán los ejercicios correspondientes a la sesión, al terminar se revisará cuales fueron las sensaciones corporales, los sentimientos, las imágenes que hubieron en el transcurso de la realización de los actings con la finalidad de identificar la emoción, sentimiento o conducta en relación al sobre peso y forma de comer, para terminar la sesión se expondrá brevemente un tema relacionado a la obesidad.

El trabajo de los actings tienen que ver con las etapas del desarrollo, ya que desde etapas tempranas del niño se van instalando bloqueos (corazas) para no permitir expresar los sentimientos y/o emociones; la aplicación de los actings van en ese sentido del desarrollo, por lo que se inicia con el primer segmento (ocular). Los actings fueron tomados del libro *Metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica* de Federico Navarro, y fueron adaptados para este curso.

En la sesión catorce se realizará de nuevo, la aplicación de las evaluaciones con la finalidad de que en la última sesión se den los resultados de las dos, observando el contraste entre la primera y segunda.

CARTA DESCRIPTIVA

Sesión # 1 Introducción

Objetivo: Al término de la sesión los participantes conocerán los alcances del curso, así como la forma que se trabajará.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Presentación del facilitador y participantes	Conocer el nombre de los participantes	-El facilitador se presentará ante el grupo. -Cada uno de los participantes de presentará (datos personales).	Ninguno	15'
Exposición de objetivos y alcances del curso	Conocer las expectativas de los participantes para explicarles que de lo que esperan se va a trabajar durante el curso, de acuerdo al objetivo general.	-Se expondrá el objetivo general ¿Qué esperan los participantes de este curso? Compartir las vivencias personales: - ¿Cuánto tiempo llevan con sobrepeso? - ¿Cuántas veces han hecho dietas? - ¿Cómo se han sentido en esas ocasiones? -Comentar los contenidos que se trabajarán en el curso.	Ninguno	30'
Reglas del trabajo	Que los participantes conozcan las reglas para asistir a la sesión	Se explicará a los participantes: -Cuál es el horario -Lo importante que es asistir a todas las sesiones, si falta avisar, si llegan tarde ocupar inmediatamente un lugar sin hacer ruido. -Realizar las tareas (actings en casa)		3'
Aplicación de evaluación	Con la finalidad de conocer como inician el curso. En relación con la comida y sus emociones	Se les aplicará instrumentos de evaluación -Inventario de valores de Hartman -Exploración psicológica -Cuestionario de perfil de alimentación.	Formatos de los instrumentos lápices y tablas para recargarse	45'
Ejercicio de respiración y relajación	Que los participantes, experimenten una técnica de relajación y	Se les indicará a los participantes que se sienten cómodamente cierren los ojos, y solo pongan atención en su respiración. -Inhalar y exhalar cuatro veces		12'

	terminen la sesión relajados.	hinchando sólo el pecho. -A continuación tensar y soltar todo el cuerpo cuatro veces. -Volver a respirar de la misma forma cuatro veces -Abrir los ojos		
cierre	Que expresen sus dudas	Dudas y comentarios de los participantes		15'

Sesión # 2 Metas y compromisos

Objetivo: Al término de la sesión los participantes se plantearán una meta a corto plazo con la finalidad de adquirir un compromiso con ellos mismos para el cumplimiento de bajar de peso.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Re-capitulación sesión anterior	Conocer si tienen alguna duda acerca de la forma de trabajo. Y como inician la sesión emocionalmente.	Preguntar dudas, comentarios y describir cómo se sienten.		10'
Breve exposición: Metas y compromisos	Que el participante conozcan que es una meta y la forma de cumplirla, para plantearse una, en relación a bajar de peso	Explicar a los participantes: -Qué es una meta -Qué es una meta a corto, mediano y largo plazo -La importancia de plantearse en el caso de bajar peso metas a corto plazo - Factores para cumplir una meta: Lo importante de tener una meta es tenerla. -Factores para llegar a la meta: <ul style="list-style-type: none"> • Plantear una meta y relajarse • Disfrutar, ver las cosas que se obtienen en el camino, que son gratificantes. • Disciplinarse y enfrentar las limitaciones "NO puedo" • Asumir el compromiso • Brindar todo el esfuerzo • Perseverar -Para cumplir la meta conocer que es lo que motiva -Explicar los motivadores internos y	Pizarrón y plumones	30'

		externos.		
Ejercicio “La línea de la vida”	Por medio de este ejercicio aprenderán a plantearse metas cortas para el manejo y control de su sobrepeso así como identificarán cuáles son sus motivaciones para cumplir dichas metas.	Ver anexo #1	Hojas blancas Colores de madera Tablas para recargarse	40’
Ejercicio Relajación	Que los participantes adquieran una herramienta de relajación como un paso para cumplir sus metas.	-Se les indica a los participantes que se pongan cómodos, puede ser en su lugar o acostados ellos eligen. -Poner atención en su respiración, inhalar y exhalar suavemente Al inhalar hinchan su abdomen y suavemente exhalar por la boca así cuatro veces. -Relajar cada músculo de su cuerpo empezando por la cabeza. Se describe cada parte del cuerpo de la cabeza a los pies. Por ejemplo: “relaja, suelta, los músculos de tus hombros, siente como se sueltan y relajan los brazos, siente como se sueltan se relajan, etc.” y así con cada parte de cuerpo, observando como la respiración es más pausada, que es un indicativo que la persona se está relajando. Al terminar con los pies. Dejar cinco minutos ahí como están sintiendo su cuerpo relajado. -Realizar cuatro respiraciones profundas como al principio del ejercicio, y abrir los ojos.	cojines	20’
Cierre	Conocer el sentimiento que les causo las actividades y si están relajados o tranquilos.	Retroalimentación -Preguntar cómo se sienten al haber realizado estas dos actividades y cuáles son sus sentimientos. -Tarea poner su hoja de la línea de vida en un lugar visible y realizar este tipo de relajación por lo menos dos veces durante la siguiente semana.		10’

Sesión # 3 El cómo, el qué y el porqué del sobrepeso

Objetivo: Al término de la sesión los participantes conocerán el cómo comen, qué es lo que comen y porqué lo comen, con la finalidad de identificar las emociones que repercuten en su cuerpo como tensiones y bloqueos emocionales.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Re-capitulación sesión anterior	Saber en qué estado de ánimo inician la sesión y resolver las dudas.	Preguntar si hay dudas, comentarios y como se sienten.		10'
Ejercicio: "reconociendo el cuerpo" (movimiento consciente)	Los participantes hagan consciente las tensiones en el cuerpo, en un estado de vigilia como parte de los bloqueos emocionales que tienen.	Ver Anexo #2	El espacio del salón sin cojines	45'
Retroalimentación	Que comenten su experiencia para hacer notar los bloqueos que existen en el cuerpo, que son diferentes para cada caracterología (personalidad)	Cada participante comentar brevemente como se sienten ¿Cuál es su experiencia con el ejercicio? ¿Cómo percibieron su cuerpo?		40'
Exposición	Conocer algunos factores que los llevan a comer en exceso como forma de mitigar algunos sentimientos.	<ul style="list-style-type: none"> - El cómo del comer en exceso, se refiere a las formas, horarios y hábitos. - El qué del comer en exceso, que se come en cantidades y tipos de alimentos. - El Porqué del comer en exceso, porque se está ansioso, deprimido o se 		15'

		quiero evadir alguna situación. (que tiene que ver con los rasgos caracterológicos)		
Cierre	Conocer cuál fue su aprendizaje y con qué sentimiento termina la sesión.	Expresar brevemente con que sentimiento se termina la sesión cada participante, y cuál fue su aprendizaje		10'

Sesión # 4 El comer en exceso, un reemplazo del amor (Segmento ocular y oral)

Objetivo: Al término de la sesión los participantes conocerán la relación que se crea del alimento con el amor, y por medio de los actings experimentarán sensaciones relacionadas con el comer y la necesidad de afecto.

Nota. Ver anexo # 3 para el significado de cada acting

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Saber en qué estado de ánimo inician la sesión y resolver las dudas.	Preguntar dudas, comentarios y como se sienten.		10'
Actings segmento ocular y oral	La finalidad de los dos actings es que el participante contacte con sus sentimientos y sensaciones, para reconocer su necesidad de alimento emocional. Que la energía de la cara se distribuya.	-Los participantes se colocarán en posición de arraigo (acostados boca arriba, piernas flexionadas y abiertas a lo ancho de sus hombros, con las plantas de los pies apoyadas en el piso, y los brazos a los costados) 1) Fijar un punto en el techo (siempre el mismo y tratando de no perderlo) alternativamente con la punta de la nariz, con ambos ojos así durante diez minutos. 2) Movimiento de la boca rítmicamente de los músculos labiales hacia adelante, como succión sin succionar la respiración sigue siendo por la nariz. (pez) diez minutos. - Hacer muecas (Mover los músculos de la cara de diferentes formas)		85'

	Conocer la experiencia para observar la relación que existe entre su experiencia y el comer por una necesidad de afecto.	-Expresar, comentar cuál fue su experiencia durante los actings (verbalizar si tuvieron algún pensamiento, si hubo ensañaciones, imágenes, sentimientos)		
Exposición	Que el participante conozca diferentes aspectos del comer emocional	Breve exposición: -Cómo se origina la necesidad de suplir el amor con la comida. -La importancia de reconocer los sentimientos y emociones. -La importancia de expresar los sentimientos. -Diferencia entre hambre fisiológica y hambre emocional -Dudas		20'
Cierre	Crear una herramienta que reconstruye el evento donde se originó la insatisfacción del alimento emocional.	Tarea: Realizar el movimiento de pez en casa una vez al día cinco minutos.		5'

Sesión # 5 El comer en exceso como reemplazo del amor (segmento ocular y oral)

Objetivo: Al término de la sesión el participante habrá contactado con sus emociones, con la finalidad de reconocer si tiene sensaciones de vacío corporal (pecho) y su relación con el comer en exceso.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Conocer el proceso interno en el que están.	A partir de esta sesión es importante que los participantes comenten si tuvieron sueños cuales fueron al igual que los sentimientos.		20'
Actings segmento ocular y oral	Se espera que el participante contacte con su	-Los participantes se recostaran en el piso en posición de arraigo. 1) Fijar punto techo y a la nariz durante diez minutos.		35'

	necesidad de afecto a partir de una sensación de vacío corporal (pecho).	3) Con los ojos cerrados, mantener la boca abierta, sin hacer ningún movimiento, durante diez minutos. 4) Alternar los movimientos punto techo, nariz y de pez. Durante diez minutos -Hacer muecas		
Retroalimentación	Que el participante exprese su experiencia para realizar la retroalimentación de los actings	Expresar las experiencias de los actings. Relacionar la experiencia con sus actos cotidianos del comer en exceso como una necesidad de calmar la sensación de vacío, y ayudarlo a reconocer cual es la necesidad que tiene.		60'
Cierre	Crear una herramienta que reconstruye el evento donde se originó la insatisfacción del alimento emocional	Tarea Realizar el movimiento de pez en casa una vez al día cinco minutos.		5'

Sesión # 6 El comer en exceso un reemplazo del amor (segmento ocular y oral)

Objetivo. Al término de la sesión los participantes habrán contactado con los sentimientos que los llevan a comer en exceso, por medio del trabajo de los actings.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Conocer con que sentimiento inician la sesión y el proceso interno en el que están.	Preguntar dudas, comentarios, como se sienten, que soñaron en la semana y si hubo algo extraordinario		15'
Actings segmento ocular y oral	La finalidad de los dos actings es que el participante	-Los participantes se pondrán en posición de arraigo 1) Fijaran un punto en el techo		35'

	contactar con sus sentimientos y sensaciones, para reconocer su necesidad de alimento emocional	alternativamente con la punta de la nariz, con ambos ojos, durante diez minutos. 2) Movimiento de pez, durante diez minutos. 4) Los actings anteriores se realizan al mismo tiempo alternando, durante diez minutos -Verbalizar lo acontecido en todos los actings.		
Retroalimentación	Que el participante exprese su experiencia para realizar la retroalimentación de los actings	Expresar las experiencias de los actings. Relacionar la experiencia con sus actos cotidianos del comer en exceso como una necesidad de apaciguar la necesidad de afecto.		60'
Cierre	Crear una herramienta que reconstruye el evento donde se originó la insatisfacción del alimento emocional	-Recordar que los actings que se han trabajado hasta el momento son una herramienta que podrán utilizar para suavizar sus sensaciones de hambre emocional. Tarea Realizar el movimiento de pez en casa una vez al día cinco minutos.		10'

Sesión # 7 ¿Qué es la depresión? (segmento oral y ocular)

Objetivo: Al término de la sesión el participante conocerá que es la depresión y como se vincula con el acto de comer y sobrepeso

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Conocer con que sentimiento inician la sesión y el proceso interno en el que están	Preguntar dudas, comentarios, como se sienten, que soñaron en la semana y si hubo algo extraordinario		15'
Acting oral y ocular	El participante contactara con sus sentimientos de tristeza y/o	-Los participantes se recostarán en el piso en posición de arraigo. 5) Fijar un punto al techo con sus dos ojos del lado izquierdo y enseñar los dientes, sin moverse,		25'

	enojo y como utiliza el alimento para mitigar a estos.	durante diez minutos. 6) Mover los ojos en forma lateral y pendular de izquierda a derecha, hasta el límite que permita ambos ojos, durante diez minutos - Realizar muecas		
Retroalimentación	Que el participante exprese su experiencia con la finalidad de explorar las conductas de comer en exceso ante sus sentimientos	-Verbalizar todo lo ocurrido durante la realización de los actings -Explorar a cerca de los sentimientos de enojo y tristeza y el comer en exceso y hacer notar que existen otras formas de resolver sin recurrir al alimento.		60'
Exposición	Que los participantes conozcan que es la depresión y como se vincula con el comer en exceso.	-¿Qué es la depresión? Su relación con el alimento. -Comportamientos habituales en la depresión: Tristeza, enojo, fluctuación entre estados de mucha energía y poca.		10'
Cierre	La finalidad de la tarea es de hacer conscientes los estados ambivalentes de enojo, miedo y tristeza. Con los actings el participante tendrá una herramienta para suavizar estos sentimientos.	Preguntar si tienen alguna duda del tema expuesto. Tarea - En la semana poner atención cuales son los acontecimientos que les enoja o les causa temor y cuáles son los que les entristece, para exponerlos en la siguiente sesión. -Mover los ojos en forma lateral y el del pez una vez al día cinco minutos, realizar en casa.		10'

Sesión # 8 La depresión (segmento oral)

Objetivo: En el transcurso de la sesión el participante experimentará sentimientos relacionados con pérdida y enojo, y reconocerá como la comida es un medio para mitigar este sentimiento.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Conocer en qué momento emocional están, y si algún bloqueo empezó a suavizarse	Preguntar si identificaron sus sentimientos de enojo, miedo o tristeza y si tuvieron sueños		20'
*Acting oral	El participante contactara con sus sentimientos de pérdida y enojo y como utiliza el alimento para mitigar a estos.	-Se les indica a los participantes colocarse en posición de arraigo en piso. 5) Fijar un punto al techo del lado izquierdo con los dos ojos, y solo enseñar los dientes, durante diez minutos. 6) Mover los ojos en forma lateral de izquierda a derecha, durante diez minutos. 7) Se entregará una toallita por cada persona, la cual masticará morderá, durante 10 minutos. -Hacer muecas	Una toallita facial de tela por cada participante	35'
Retroalimentación	Que los participantes expresen sus sentimientos de enojo, tristeza y pérdida, para relacionar estos sentimientos con el acto de comer en exceso	Verbalizar todo lo ocurrido durante los actings, sensaciones, sentimientos, ensoñaciones...		60'
Cierre	Que reconozcan en la semana sus sentimientos ante algunas situaciones a resolver	Tarea. -Seguir observándose acerca de los sentimientos de enojo, tristeza y miedo. -Realizar en casa, movimiento de ojos laterales y el del pez una vez al día durante cinco minutos		5'

**Nota. Aunque el segmento principal a trabajar es el oral no podemos desvincular el segmento ocular.*

Sesión # 9 La depresión (segmento oral)

Objetivo: Al término de la sesión el participante habrá adquirido herramientas para el manejo de su depresión por medio de los actings realizados.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Conocer en qué momento emocional se encuentran, y saber que elementos ocupan para resolver algunas situaciones.	Preguntar cómo se sintieron en la semana y si notaron si algún enojo era con la persona indicada y en la intensidad adecuada, y como lo resolvieron. Los sueños que tuvieron.		20'
Acting oral	Reconstruir el evento donde se originó la insatisfacción, frustración y enojo ante la pérdida del seno materno El participante encontrara tranquilidad y compañía, para poder asimilar las sensaciones y sentimientos tenidos en los actings.	-Se les indica a los participantes colocarse en posición de arraigo. 8) Fijar un punto al techo del lado izquierdo con los ambos ojos, enseñar los dientes inhalar y exhalar por la nariz rápidamente (gato), después de sacar el aire se hace una pausa y se vuelve a inhalar, durante diez minutos. 7) Se les entregará a cada participante una toallita de tela, y durante 10 minutos la masticarán con los ojos cerrados. -Hacer muecas -Giran hacia su lado izquierdo y se colocan junto a sus compañeros en posición fetal lo más cerca que puedan cierran sus ojos y se colocan en la boca su dedo pulgar, se quedan así diez minutos	Toallitas faciales de tela una por cada participan	35'
Retroalimentación	Conocer los sentimientos y sensaciones que tuvieron en los actings	Verbalizar todo lo ocurrido durante los actings. Retroalimentación se les indicara que el acto de comer tiene que ver con las frustraciones y los enojos no expresados.		60'
Cierre	Para favorecer los desbloques corporales	Tarea Continuar con los ejercicios de ojos laterales y el movimiento de pez cinco minutos diarios en casa.		5'

Sesión - 10 ¿Qué es la autoestima? (segmento cuello y tórax)

Objetivo: Al finalizar la sesión el participante conocerá qué es la autoestima y la importancia que tiene conocerse a sí mismo con la finalidad de responder ante situaciones de la vida de forma saludable sin ocupar el comer en exceso.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior	Conocer con que sentimiento inician la sesión y el proceso interno en el que están	Preguntar como estuvieron en la semana si hubo situaciones extraordinarias en relación a sus sentimientos y la comida.		10'
Actings cuello tórax	<p>4) Vincular los segmentos anteriores con el del cuello y tórax.</p> <p>La finalidad de los actings es reconocer su Yo</p>	<p>-Se les indica a los participantes que se coloquen en posición de arraigo en piso, tomando precaución de espacio de lo largo de sus brazos entre cada uno.</p> <p>4) Los actings de punto al techo con ambos ojos, punto nariz, con el del pez se realizan al mismo tiempo alternando, durante cinco minutos</p> <p>10) Colocar un cojín de bajo la espalda en una posición en que la cabeza quede colgando, fijar un punto al techo sin dejarlo de ver, van a mover la cabeza de izquierda a derecha y expresando la palabra "no", durante diez minutos.</p> <p>11) Se colocarán cojines a los lados de cada participantes debajo de sus brazos, igual con el punto al techo dirán la palabra "Yo", golpeando los cojines con sus manos o puños, durante diez minutos.</p>	Cojines	30'
Retroalimentación	Vincular la experiencia de los actings con el conocimiento de sí mismo.	<p>Verbalizarán lo ocurrido durante los actings</p> <p>Preguntar qué ocurrió durante los ejercicios, corporalmente como se sienten y emociones tienen</p> <p>El conocerse a si mismo evita solucionar las situaciones de vida con la comida.</p>		55'
Exposición	Conocer los componentes de la autoestima	<p>¿Qué es la autoestima?</p> <p>Componentes de la autoestima:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoconocimiento • Autoconcepto 		20'

	con la finalidad de aumentar el conocimiento de sí mismos.	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaceptación • Autorespeto • Autoevaluación 		
Cierre	Favorecer el fortalecimiento de la autoestima.	Tarea. Ejercicio de punto al techo, nariz y pez. Sugerir caminar 30 minutos.		5'

Sesión - 11 La autoestima y el sobrepeso (segmento cuello y tórax)

Objetivo: Al terminar la sesión el participante conocerá la relación que existe entre la baja autoestima y el comer en exceso con la finalidad de fortalecer su autoestima

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior		Preguntar cómo están en este momento y si hubo algo extraordinario en la semana en relación a la comida y sus sentimientos.		10'
Actings cuello tórax	<p>-Preámbulo del siguiente ejercicio, para que comience a experimentar la sensación de seguridad y fortaleza en ellos mismos.</p> <p>12) Reconocimiento de sí mismos corporalmente para fortalecer su autoestima</p>	<p>-Posición de "tomando tierra" (piernas abiertas a lo ancho de los hombros, rodillas semiflexionadas, las puntas de los pies ligeramente hacia adentro), con los ojos, cerrados solo contactarán con su respiración inhalarán y exhalarán por la nariz suavemente hinchando el tórax durante cinco minutos</p> <p>12) Se colocarán por parejas paradas en posición de arraigo "tomando tierra", se colocaran uno frente al otro. Se verán a los ojos, uno de los participantes dirá la palabra "Yo" moviendo la cabeza como si dijera "Si" (de atrás hacia delante), y la pareja contestara "Si" con el mismo movimiento de cabeza, durante diez minutos, se descansa 1 minuto. Se invierte las palabras en la pareja</p>		85'
Retroalimentación	Vincular la experiencia del ejercicio con el fortalecimiento de la autoestima	<p>Verbalizaran lo ocurrido durante los actings</p> <p>Preguntar qué ocurrió durante los ejercicios, corporalmente como se sienten y emociones tienen</p> <p>El pobre conocimiento de si mismo lleva a la baja autoestima y comer en exceso, el fortalecimiento de la autoestima lleva a comer de forma</p>		

		saludable.		
Exposición	Que conozcan las características de las personas con baja autoestima para diferenciar con una autoestima fuerte.	Características de las personas con baja autoestima: (no se conoce, estados de ánimo de tristeza, enojo, dependencia hacia los otros...) su relación con el sobre peso El comer saludable es un signo de la autoestima fuerte o alta.		15'
Cierre	-Reforzar la sensación de gratificación. -Reforzar la sensación de bienestar	Tarea. -Ejercicio de punto al techo, nariz y pez. -Sugerir caminar 30 minutos.		10'

Sesión - 12 La autoestima y el sobrepeso (segmento cuello y tórax)

Objetivo: El participante al término de la sesión experimentará la importancia de fortalecer su autoestima como una forma de dejar de comer en exceso.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior		Preguntar cómo están en este momento y si hubo algo extraordinario en la semana en relación a la comida y sus sentimientos.		15'
Actings de cuello, tórax	Preámbulo del siguiente ejercicio, para que comience a experimentar la sensación de seguridad y fortaleza en ellos mismos. 12) Reconocimiento de sí mismos corporalmente para fortalecer su autoestima	- Se colocarán en posición de "tomando tierra", con los ojos cerrados solo contactaran con su respiración inhalarán y exhalarán hinchando el tórax durante cinco minutos 12) Se colocarán por parejas paradas en posición de arraigo tomando tierra (piernas abiertas a lo ancho de los hombros, rodillas semiflexionadas y las puntas de los pies ligeramente hacia adentro), se colocaran uno frente al otro. Se verán a los ojos, uno de los participantes dirá la palabra "Yo" moviendo la cabeza como si dijera "Si" (de atrás hacia delante), y la pareja contestara "Si" con el mismo movimiento de cabeza, durante diez minutos, se descansa 1 minuto. Se invierte las palabras en la pareja		85'

Retroalimentación	Vincular la experiencia del ejercicio con el fortalecimiento de la autoestima	Verbalizaran lo ocurrido durante los actings Preguntar qué ocurrió durante los ejercicios, corporalmente como se sienten y emociones tienen El pobre conocimiento de si mismo lleva a la baja autoestima y comer en exceso, el fortalecimiento de la autoestima lleva a comer de forma saludable.		
Cierre	Reforzar la sensación de gratificación. -Reforzar la sensación de bienestar	Tarea. -Ejercicio de punto al techo, nariz y pez. -Sugerir caminar 30 minutos.		

Sesión - 13 La ansiedad y el sobrepeso (Segmento diafragmático)

Objetivo: El participante al término de la sesión habrá adquirido herramientas para el manejo de la ansiedad a través de los actings realizados.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior		-Preguntar cómo están en este momento y si hubo algo extraordinario en la semana en relación a la comida y sus sentimientos. -Realizar una reflexión acerca de las herramientas que han adquirido para modificar su alimentación		30'
Acting de diafragma	Proporcionar al participante una herramienta con la cual podrá reducir la ansiedad.	13) Posición de arraigo en piso, con ojos cerrados, la cabeza llevarla atrás tan lejos como se pueda para extender la garganta, colocar las dos manos sobre el vientre por encima de los huesos púbicos, de modo que se pueda sentir los movimientos abdominales. Se inhala hinchando abdomen, exhalar, y sacar todo el aire sintiendo vaciar los pulmones, y volver a inhalar, durante diez minutos 14) Posición de arraigo, con los ojos cerrados, van inhalar expandiendo pecho y abdomen tomando todo el aire que puedan, para después exhalar por la boca		30'

		suavemente todo el aire, emitiendo el sonido "a" sin forzar el sonido (evitar tensar la garganta) hasta sentir un vaciamiento total de los pulmones, el sonido será Ah, ah, ah!! entre cada inhalación y exhalación dejar una pausa y volver a inhalar y exhalar con el sonido de la letra "a", durante diez minutos		
Retroalimentación	Conocer si hubo alguna modificación en su sentir emocional y corporal con la finalidad de que reconozcan la importancia de mejorar la forma de respirar	-Verbalizar lo acontecido durante los actings. -Preguntar si tuvieron algún pensamiento, o sensación corporal -Comentar que estos ejercicios es una forma de mejorar la oxigenación en el cuerpo por lo también el bienestar general.		60'
cierre	Favorecer el desbloqueo diafragmático	Tarea. Realizar el ejercicio de respiración con el sonido de "a"		5'

Sesión · 14 La ansiedad y el sobrepeso (segmento diafragmático)

Objetivo: el participante al término de la sesión reconocerá el manejo de la ansiedad como un factor importante en el control de peso.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Recapitulación sesión anterior y explicar la forma de trabajo de la sesión de hoy	Comentar que es la penúltima sesión en la cual se aplicarán de nuevo unos instrumentos de evaluación	Preguntar cómo se sienten emocionalmente y corporalmente, por estar próximos a terminar el curso.		20'
Aplicación de evaluación	Con la finalidad de constatar los cambios que tuvieron durante el curso,	Se les aplicará instrumentos de evaluación -Inventario de valores de Hartman -Exploración psicológica -Cuestionario de perfil de alimentación.	Formatos de los instrumentos, lápices y tablas para recargarse	40'

	comparando los resultados con la evaluación inicial			
Acting diafragma	Proporcionar herramientas para el manejo de la ansiedad, y el aumento del bienestar emocional.	<p>14) Posición de arraigo, con los ojos cerrados, van inhalar expandiendo pecho y abdomen tomando todo el aire que puedan, para después exhalar por la boca suavemente todo el aire, emitiendo el sonido “a” sin forzar el sonido (evitar tensar la garganta) hasta sentir un vaciamiento total de los pulmones, el sonido será Ah, ah, ah!! Entre cada inhalación y exhalación dejar una pausa y volver a inhalar y exhalar con el sonido de la letra “a”, durante diez minutos.</p> <p>15) Posición de arraigo, con los ojos cerrados, inhalar expandiendo el abdomen, tomando el aire que mas puedan, al exhalar van a imaginar que pegan el ombligo al piso, entre cada inhalación y exhalación hacer una pausa, durante cinco minutos</p>		20'
Retroalimentación y cierre	Constatar que los ejercicios los lleva a relajar el diafragma con la finalidad de reducir la ansiedad y el deseo de comer en exceso	<ul style="list-style-type: none"> -Verbalizar lo acontecido en los ejercicios. -Preguntar cómo se sienten emocionalmente. -Recordar que han aprendido varias herramientas para manejar sus emociones y evitar el comer en exceso. -Comentar que los ejercicios de respiración se necesitan seguir realizando como un hábito. 		40'

Sesión · 15 Cierre

Objetivo: En el transcurso de la sesión se realizará un resumen de lo expuesto durante el curso, así como se retroalimentará al participante de los cambios obtenidos, por medio del comparativo de las evaluaciones aplicadas en la primer y catorceava sesión.

Actividad	Propósito	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Resumen de los temas expuestos durante el curso	Recapitular las temas vistos con la finalidad de que el participante refuerce su aprendizaje	Se expone un recapitulado de lo visto en el curso, destacando lo importante que es conocer su cuerpo y sentimientos para mantener y controlar el peso.		30'
Ejercicio un círculo de amigos. (Acevedo, 2003)	Que los participantes reconozcan lo significativo en su aprendizaje y cambios del curso	<p>-En posición de "tomando Tierra" inhalar y exhalar por la nariz suavemente con los ojos cerrados, durante cinco minutos</p> <p>-Se toman de las manos haciendo un círculo, se sueltan de las manos y se les solicita se junten hombro con hombro, giran flanco izquierdo y toman la cintura del compañero que está enfrente. Se les pide que respiren profundamente, suavemente y en un movimiento pausado se sienten en las piernas del compañero que tienen atrás. Ya realizado esto, extienden los brazos a los lados, se les comenta que sientan el equilibrio del grupo su solidez y su fragilidad, y que en ellos mismos sientan estos tres elementos. En esta posición cada uno comentará lo más relevante que aprendió en el curso, cuando exponga el último participante, se levantan suavemente sin perder el círculo.</p> <p>Se les pedirá que se sienten</p>		20'
Ejercicio Dos renglones (Acevedo, 2003)	Realizar una retroalimentación grupal de los cambios individuales	Se les repartirá nueve pedazos de hojas a cada uno de los participantes. En las cuales van a escribir el nombre de cada uno de los	Hojas blancas cortadas nueve partes,	20'

	observados	compañeros por un lado y en lado contrario, el cambio que notaron en el transcurso de las quince sesiones de esa persona. Se juntaran los pedazos de hoja por nombre, y se le entregaran a la persona que le pertenezca. Cada persona leerá las coincidencias escritas, y expresará si también él (ella) noto esos cambios.	lápices y tablas para recargarse	
Resultados evaluaciones y cierre	Vincular y retroalimentar la información obtenida en los dos ejercicios con los resultados de la última evaluación	-Se les dará a los participantes los resultados de sus evaluaciones en comparativo de cómo iniciaron el curso, cuáles fueron sus avances, vincular con lo expuesto de los compañero y lo propio. -Comentar lo que les falta por trabajar, de acuerdo a los resultados de las evaluaciones, y lo importante de continuar un proceso psicoterapéutico.		50'

Nota: Los ejercicios en la sesión quince fueron tomados del los libros Aprender jugando tomo dos y tres de Acevedo (2003) y adaptados para el trabajo de este curso.

Alcances y limitaciones

Dada la problemática que cada vez es mayor en nuestro país y en todo el mundo es importante plantearse que la obesidad necesita tratarse en una forma multidisciplinaria, dada su etiología, sin embargo, el tratamiento psicológico, es un eje de suma importancia, ya que como se describió en los apartados anteriores el comer en exceso que lleva a la obesidad es solo un síntoma de un problema emocional que tendrá que ser resuelto para poder bajar de peso. Dentro de los tratamientos esta la terapia cognitivo conductual que ha tenido grandes aportaciones, así como el psicoanálisis que ha ayudado a entender la etiología de la obesidad; sin embargo han tenido sus limitaciones, es por eso que se propone trabajar desde el enfoque psicocorporal, el cual le permite al individuo encontrar una solución a su comer en exceso y un manejo de su peso corporal permanente.

Como se observó la obesidad es un problema de salud en donde no solo afecta al individuo si no que tiene un impacto social y económico en el país. La psicoterapia corporal desde el trabajo con los actings de la vegetoterapia es una propuesta en donde el individuo disuelve la coraza caracterológica, reactiva y desbloquea la psicoafectividad de manera funcional; permite cambiar su modo de relacionarse y su valoración con el mundo, donde va a recuperar su yo corporal, (conciencia de tensiones, posturas, etc.), su ser sensible y significado de sus emociones; al dejar de preocuparse por el sobre peso u obesidad, por lo que comen o dejan de comer, les va a permitir ocuparse de otras situaciones, como mejorar la relación familiar y participar en la sociedad activamente.

La propuesta de un curso para el trabajo de la obesidad desde un enfoque psicocorporal es una excelente forma de abordar la problemática ya que el paciente obeso se disocia entre su cuerpo y su mente, y es importante que este sienta, perciba su cuerpo; que esta gran coraza que utiliza para defenderse del mundo y de sí mismo, se desvanezca para aprender nuevas formas de relacionarse con el exterior y con él mismo, que es algo que este enfoque psicocorporal le proporciona. Al terminar el curso los participantes conocerán las

emociones y sentimientos que los lleva a comer en exceso, así como podrán manejar sus emociones por medio de trabajo continuo de técnicas psicocorporales.

El enfoque psicocorporal como ya se mencionó es un trabajo en donde el individuo alcanza mayor plenitud en su vida, generando crecimiento y desarrollo personal; a partir de revivir en el cuerpo el momento del dolor, se resignifica el evento, por lo que el trabajo con los obesos permitirá que el problema de origen sea resuelto y que no se produzca únicamente una mejoría temporal.

Este enfoque es una forma de trabajo estructurada a través de la investigación clínica, en donde el trabajo de la obesidad podrá realizarse de una manera profesional, que permitirá a los psicólogos, conocer una metodología que tiene grandes beneficios para el individuo y la sociedad. Sin embargo es de suma importancia que éste, sea formado en psicoterapia corporal.

El trabajo de manejo y control peso, es un proceso, que en un curso de quince sesiones es imposible tener resultados significativos de cambio permanente, por lo que se tendrá que proponer extender este curso a un programa, con mayor duración de tiempo, para tener cambios significativos y perdurables en la conducta del obeso y que pueda ser impartido por instituciones públicas para que tenga un mayor alcance e impacto en la sociedad. Así también se plantea formar a los psicólogos en este enfoque con la finalidad de crear psicoterapeutas corporales especialistas en la obesidad.

REFERENCIAS

- Abramsom, E. (1999). *El comer emocional*. Bilbao Editorial Descleé de Brouwer.
- Acevedo, A. (2002). *Aprender jugando tomo I*. México. Editorial Limusa.
- Acevedo, A. (2003). *Aprender jugando tomo II*. México. Editorial Limusa.
- Acevedo, A. (2003). *Aprender jugando tomo III*. México. Editorial Limusa.
- Acuerdo Nacional para la salud alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso. 1er. Edición Enero 2010 México D. F. D.R. Secretaría de Salud
- Aguilar, E. (1990). *Aguas, grasas y electrolitos. En Cartas a un Diabético*. (23-33) México: Trillas.
- Banning, M. (2005). Obesity Pathophysiology and treatment. *The journal of the royal society for the promotion of health*, 125, 163-167
- Barquera, S., Hernández-Barrera, Campos Nonato, Espinosa, J. Flores M., Barriguete, A. (2009). Energy and nutrient consumption in adults. Analysis of the mexican national health and nutrition survey 2006. *Revista de salud pública México*, 51 (supl 4) 562 – 573.
- Brownell, K. y Rodin J. (1994). The dieting maelstrom. *American Psychologist*, 49 (9), 781-791
- Bruch, H. (1969). Hunger and instinct, *Journal of nervous and mental disease*. Vol. 149(2), 91-114
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders*. New York. Basic Books
- Casanueva, E., Kaufer, Horwitz, M. Perez-Lizamur A., Arroyo, P. (1995). *Nutriología Médica, México Panamericana*.
- Castanedo C., Brenes A., Jensen H., Lucke H., Rodríguez G. Thomas P. (1993). *Seis Enfoques psicoterapéuticos*. México. Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V.
- Cervera, V. (2010). *Las gordas también van al cielo. Parte I y II*. Recuperado el 12 de noviembre de 2010, www.vivicervera.com

- Covarrubias, J. (1997). *El Complejo de Adipo*. México D.F. Gernika
- De la Garza, F. (2004). *Depresión, angustia y bipolaridad*. México. Editorial Trillas
- Díaz, G. (2007). *El antiguo mal recién descubierto*. Recuperado el 10 de enero de 2011, <http://obcityhealth.com.mx/articulospdf/OBESIDAD.pdf>
- Encuesta de alimentación y nutrición en la zona metropolitana de la ciudad de México (ENURBAL) (1995) Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran
- Freud, S. (1915-1917). Obras Completas segundo tomo *Lecciones Introductorias al psicoanálisis*. 4ª. Edición 1981 Madrid. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923). Obras Completas tercer tomo. *El "Yo" y el "Ello"*. 4ª. Edición 1981 Madrid, Biblioteca Nueva.
- Foz, (2004), Historia de la Obesidad. *Monografías Humanitas No.6* Recuperado el 15 de noviembre 2010, de www.fundaciónmhm.org/pdf/mono6/articulos/articulo1.pdf
- Ganley R. (1986). Epistemology, family patterns, and psychosomatics the case of obesity. *Family Process*, 25, 437-448
- Hernández, J. (2004). *Fisiopatología de la Obesidad*. *Gaceta Médica Mexicana*. 140 (supl 2) 27-32
- Hidalgo, M. (2000). *Factores Biopsicosociales de la obesidad en la mujer*. Tesina Universidad Iberoamericana.
- Kaplan, D. (2000). Promoting *weight loss in the obese patient care*; Recuperado el 12 de Noviembre de 2010, www.findarticles.com
- Kasen, S. Cohen, P. Chen, H. Must, A. (2008). Obesity and psychopathology in women: a three decade prospective study. *International journal of obesity*, 32: 558-566
- Keleman, S. (1985). *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática*. Traducción al español por Editorial Descleé de Brouwer, S.A. Bilbao.

- Last, C. (2000). *5 Razones por las que comemos en exceso*. Barcelona Editorial Urano.
- López, S. (2000). *Zen y cuerpo humano*. Mexico: CEAPAC Verdealago
- Lawton, C., Burley, Waldes, J., Blundell, J. (1993). Dietary fat and appetite control in obese subjects weak effects on stiantion and satiety. *International journal obesity*, 17, 409 – 416
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México D.F. Editorial Diana
- Lowen, A. (2000). *Ejercicios de bioenergética*. Argentina. Editorial Sirio, S.A. sexta edición.
- Mahler, M. (1977). *Simbiosis e individuación*. Recuperado el 8 de febrero de 2011, de <http://www.Textosdepsicologia.blogspot.com/2010/10/mahler-m-autismo-y-simbiosis-dos.html>
- Martínez, J., Moreno, M., Marques – lopes, Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Sis san Navarra*, 25 (supl. 1) 17-27
- Marius, D. Wildes E. (2009). Obesity: is it mental disorder? *International journal of eating disorders*, 6, 1-11
- Martorell, J. (2004). *Psicoterapias escuelas y conceptos básicos*. Madrid Ediciones Pirámides.
- Mesa B. Mónica. (2000). *Principales causas y propuestas de la compulsión a comer, desde tres diferentes perspectivas psicológicas*. Tesina Universidad Iberoamericana.
- Musante, G., Constanzo, P., Friedman, K. (1998). The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet- seeking obese population. A matter of gender specificity. *Internacional Journal of eating disorders*, 23(1) 65-75
- Navarro, F. (1993). *Metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica*. Publicaciones Orgón de la Escuela Española de terapia reichiana Valencia.
- Navarro, F. (1993). *La somatosicodinámica*. Publicaciones Orgón de la Escuela Española de terapia reichiana Valencia. Segunda Edición.

- Ogden J. (2005). *Psicología de la Alimentación*. Madrid. Editorial Morata SL
- Onnis, L. (1996) *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona Paidós.
- Ortiz F. (1999). *La relación cuerpo-mente Presente, pasado y futuro de la terapia psicocorporal*. México. Editorial Pax.
- Organización mundial para la salud (2011) *Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva número 311 recuperado el 29 de mayo de 2011.*
www.who.int/midiacentre/factsheets/fs311/es/index.html
- Ramos, A. (1998). *Obesidad Conceptos Actuales*. (2ª. Ed.) México D.F. Página electrónica S.A. de C.V.
- Reich W. (1955). *La función del orgasmo*. México. Editorial Paidós. 1a. edición
- Reich, W. (1967). *Análisis del carácter*. Barcelona. Paidós.
- Roos, C.E. (1994). Obesity dieting and depression. *Harvard mental health letter*, 11 (4) 6.
- Roth G. (1999). *Cuando la comida sustituye al amor*. Barcelona. Editorial Urano.
- Santamaría, M. (2005). *Obesidad como padecimiento psicósomático*. Tesis empírica. Facultad de estudios superiores Iztacala UNAM
- Scott KM, Bruffaerts R., Simon GE, Alonso J., Angermeyer M, De Girolamo G., (2008) Obesity and mental disorders in the general population: results from the world mental health surveys. *International Journal of obesity* 32(1), 192-200
- Secretaría de salud. (2010) *Acuerdo Nacional para la salud alimentaria, estrategia contra el sobre peso y la obesidad México*. 1era edición
- Silva-Gutiérrez, C. y Sánchez-Sosa, J.J. (2006). *Ambiente Familiar, alimentación y trastornos de la conducta alimentaria*. *Revista mexicana de psicología* 23, 173-183
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. México. Fondo de cultura económica.

- Stein, C., Colditz, C. (2004) The Epidemic of Obesity. *The journal of clinical endocrinology and metabolism* 89, 2522 – 2525
- Stephen M. (1994). *Character Styles*. Traducido por psicoterapeutas de Psicotepal A.C. con base a la edición de 1994 publicado por W.W. Norton & Company Ltd. New York
- Scott, K. Bruffaerts, R. Simon G. Alonso, J., Angermeyer M. de Girolamo G. (2008). Obesity and mental disorder in the general population; results from the world mental health surveys. *International Journal of obesity*, 32:192-200
- Van der Merwe M. (2007). Psychological correlates of obesity in woman. *International journal of obesity*, 31, 14 – 18
- Vázquez, V. (2006) *Obesidad con trastorno por atracón y sin, uso del eating disorder inventory (EDI-2)* Tesis inédita. Facultad de Psicología UNAM.
- Villegas M. (2003). Tratamientos para la obesidad ventajas y desventajas Tesis inédita. Facultad de Psicología UNAM
- Zarate, A. Basurto, L. & Saucedo, R. (2001). La obesidad conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamientos. *Revistas de la Facultad de medicina. UNAM*, 2 (44), 66-70.
- Zerbe, K. (1993) *The body betrayed*. California Gurze Books.
- http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=66539 Periódico El Excelsior 24 Septiembre 2010. *México ya desbanco a EU en obesidad*. Recuperado el 29 de octubre de 2010.
- <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/175055.html> Periódico El Universal, Septiembre 2010. *Alerta por "epidemia" de obesidad en México*. Recuperado el 29 de octubre de 2010.
- <http://www.psicoterapiacorporal.com/indE=6&idZ=6> ¿Qué es la psicoterapia? s.f. recuperado el 8 de febrero de 2011.
- <http://www.psicoterapiacorporal.com/indE=8&idZ> Reich W. *Antecedentes intelectuales. Psicoanálisis*. s.f., recuperado el 8 de febrero de 2011.

<http://colaboro.wordpress.com/2010/03/06/axiología-y-perfil-de-valores->

[hartman](#). 06 de marzo de 2010. *Axiología y perfil de valores*. recuperado el 26 de agosto de 2011.

<http://www.axiologia.com/?cont=biografia>. s.f. *Biografías*. Asociación Española de axiología Robert S. Hartman (A.E.A.R.S.H.) recuperado el 26 de agosto de 2011.

<http://www.axiologia.com/?cont=test-hartman> s.f. *Test de Hartman*. Asociación española de axiología Roberts Hartman (A.E.A.R.S.H.) recuperado el 26 de agosto de 2011.

<http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm> s.f. La norma oficial mexicana para el manejo integral de la obesidad NOM-174.SSA-198 recuperado el 26 de agosto de 2011.

http://www.alcmeon.com.ar/1/3/a03_12.htm, s.f. *Historia clínica conceptos básicos*. Revista Argentina de clínica neuropsiquiátrica. recuperado el 26 de agosto de 2011

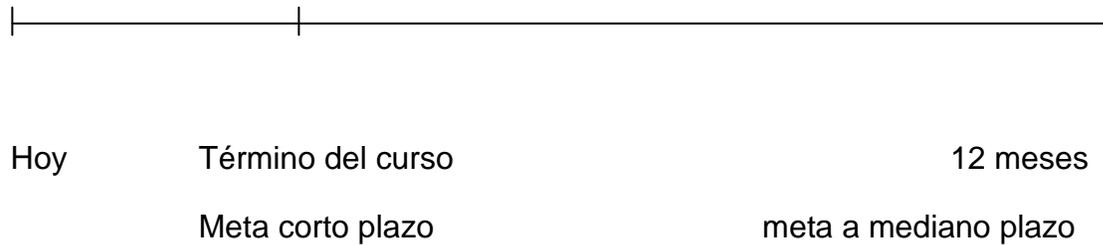
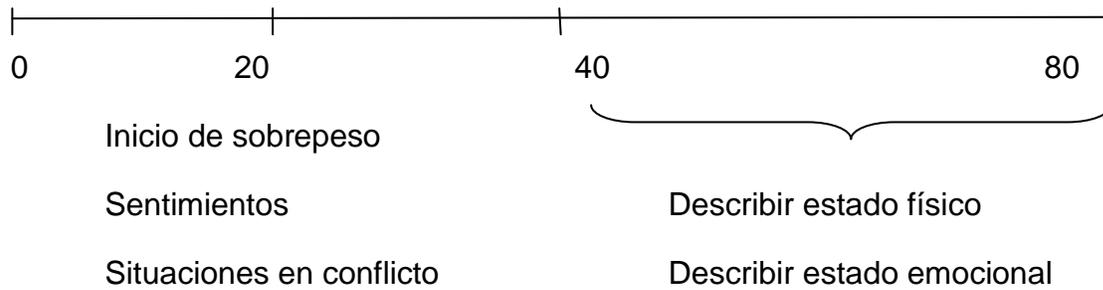
ANEXOS

Anexo # 1

La línea de la vida

En una hoja en blanco van a dibujar una línea horizontal con un color, la van a dividir como recta numérica, y solo pondrán los números que se les indicará: al inicio ponen el número cero y al final de la línea la edad en que creen o piensan morir y ubican dentro de este rango que edad tienen y lo señalan con otro color.

- Ubican a qué edad comenzó su sobrepeso y señalan numéricamente cuanto tiempo llevan con él. Debajo de Éste escribir como se ha sentido emocionalmente con este sobre peso y cuáles son los conflictos o situaciones a las que se han enfrentado.
- En la parte derecha de la recta, escribe como te gustaría estar emocionalmente y con tu cuerpo en el tiempo que tienes por vivir.
- Realizar otra recta numérica y señalar en que tiempo quieren alcanzar el peso que necesitan (meta a mediano plazo) y anotar la fecha en que termina el curso para anotar una meta a corto plazo. Debajo de estas fechas describir brevemente: Los kilos que desean bajar, y como se sienten emocionalmente.
- Escribir que es lo que les motiva a bajar de peso.
- Describir cuales son los pasos para cumplir estas metas y a que se comprometen para cumplir sus metas.
- Se ejemplifica a continuación:



¿Qué es lo que te motiva? ¿Cuál es el peso que necesitas tener?

¿Cómo te sientes emocionalmente?

¿Cuáles son los pasos para llegar a la meta?

¿A qué te comprometes contigo mismo?

Nota: Este ejercicio fue tomado del libro Aprender jugando Tomo I de Acevedo, (2002) y adaptado para el trabajo de sobrepeso.

Anexo # 2

Reconociendo el cuerpo. Movimiento consciente

Se les indica a los participantes que se pongan de pie y que caminen en diferentes direcciones dentro del salón, poniendo atención sólo a las indicaciones que se les den.

Poner atención en la respiración sin modificar, solo sintiendo como entra y sale el aire por la nariz y en este acto que parte del cuerpo se mueve, tal vez se hincha el pecho, o el abdomen o las dos partes, sin modificar solo poner atención en este acto.

Caminar en diferentes direcciones moviendo la cabeza de izquierda a derecha como si las orejas quisieran tocar los hombros sintiendo las tensiones del cuello, de igual forma de izquierda a derecha como diciendo no, después de atrás hacia adelante como diciendo si. Reconociendo las tensiones del cuello.

Mover los hombros hacia adelante y hacia atrás suavemente, arriba y abajo sin dejar caer los hombros, y moverlos en círculos hacia adelante hacia atrás. Haciendo consciencia de las tensiones de la espalda superior y el pecho.

Ahora respirar profundo hinchando solo el pecho así, cuatro veces.

Caminar sintiendo si se hace encorvado o derecho, sin modificar solo sentir poner atención en qué posición va la espalda y los hombros

Poner atención en el abdomen va contraído o suelto sin contención, sentir la cadera si va hacia adelante al caminar o hacia atrás, caminar cruzando las piernas y girando el tronco.

Sentir las rodillas como se flexionan al caminar, si perciben tensión en estas.

Caminar soltando las piernas como si realizara una patada hacia adelante y posteriormente hacia atrás.

Caminar poniendo atención en los pies, como tocan el piso, si toda la planta del pie toca el piso, caminar con la parte externa y después con la interna del pie, caminar en puntas y después en talón. Caminar normal y solo sentir como sus piernas y sus pies sostienen todo el peso de su cuerpo.

Caminar en diferentes posturas, exagerando los movimientos e ir identificando cual es la sensación que les da cada postura:

Caminar como la estructura esquizoide, las rodillas sin flexionar y pies hacia el exterior, los brazos colgados como sin fuerza, contraer el diafragma haciendo los hombros hacia arriba, con ojos bien abiertos sin parpadear.

Caminar como la estructura oral, sin fuerza como si las piernas y los pies no los sostuviera, conteniendo la respiración, los hombros echados hacia adelante.

Caminar como la estructura masoquista, metiendo la cabeza entre los hombros, la cadera y los glúteos hacia adelante.

Caminar como normalmente lo hace cada quien realizando cuatro respiraciones profundas, inhalando por nariz exhalando por la boca, detenerse pararse en posición de arraigo compas abierto a lo ancho de los hombros, flexionando un poco las rodillas, en esa posición cerrar los ojos y pensar en cada uno de los movimientos realizados, percibiendo a su cuerpo como lo sienten, que partes sienten tensas, que sentimientos y emociones tienen en este momento. Hacer dos respiraciones profundas y abrir los ojos.

Anexo # 3

Significado de los actings

Los actings se realizan en posición de arraigo, acostados boca arriba, piernas flexionadas y abiertas a lo ancho de sus hombros, con las plantas de los pies apoyadas en el piso, y los brazos a los costados. Es una posición en donde la espalda tiene un sostén que es el sostén que se tiene cuando se es cargado por la madre, los pies es el contacto con el aquí y ahora.

El realizar muecas al finalizar los actings, es para estimular los músculos mímicos y permitir la distribución de la energía en el rostro, además de vincular energéticamente el primer segmento con el segundo.

El verbalizar lo acontecido durante la realización de los actings, si tuvieron algún pensamiento, si hubo ensoñaciones, imágenes, sentimientos; es con la finalidad de saber cuál es el proceso emocional y de asimilación en que se encuentran.

- 1) En posición de arraigo, fijar un punto en el techo (siempre el mismo y tratando de no perderlo) alternativamente con la punta de la nariz, con ambos ojos.

Es un punto de referencia fuera de sí mismo, que es la proyección de su propio yo, una buena acomodación y convergencia permiten poder identificarse y desidentificarse

El punto en el techo: es el no yo, el infinito, el símbolo de la madre

Punta nariz: es el yo, lo finito lo concreto en sí mismo.

Es un punto de referencia entre la madre y el neonato para poder progresivamente tener contacto con su propio yo.

- 2) En posición de arraigo con los ojos cerrados, movimiento de la boca rítmicamente de los músculos labiales hacia adelante, como succión sin succionar, la respiración sigue siendo por la nariz. (movimiento conocido como el pez).

Este movimiento recuerda el succionar; la gratificación o no gratificación de este evento en etapas tempranas de vida. Con este acting generalmente el individuo verbaliza sensación de hambre.

- 3) Con los ojos cerrados, en posición de arraigo, mantener la boca abierta, sin hacer ningún movimiento.

Es un ejercicio que contacta con el comportamiento de demanda, de búsqueda, de satisfacer una necesidad. Este acting puede producir sensaciones de sequedad de boca y vacío que tienen que ver con el miedo. Y también sensación de hambre.

- 4) Los actings de punto al techo con ambos ojos y punto nariz con el del pez se realizan al mismo tiempo alternando.

El movimiento se refiere al momento del lactante donde está succionando, mira alternativamente a la madre y el pezón. Induce a la reactivación de la lactancia. Cuando existe dificultad en coordinar los movimientos oculares con los labios, (que es frecuente) es una señal, de una lactancia con disturbios e inadecuada.

- 5) En posición de arraigo, fijar un punto al techo con sus dos ojos del lado izquierdo y enseñaran los dientes, sin moverse.

El punto fijo del lado izquierdo como referencia que el ojo izquierdo es la madre y el ojo derecho es el padre (hemisferio derecho ojo izquierdo y hemisferio izquierdo ojo derecho). El mirar hacia un punto fijo es la referencia fuera de sí mismo y lado izquierdo representando a la madre.

Mostrar los dientes tiene dos significados sociales: sonreír, mirar a, de defensa amenazante ante una situación destructiva.

Entonces la combinación de estos dos ejercicios permite expresar el enojo de forma dirigida hacia la madre, que se relaciona con uno de los primeros duelos que sufre el humano que es el destete.

- 6) En posición de arraigo, mover los ojos en forma lateral y pendular de izquierda a derecha hasta el límite que permita en ambos extremos.

Este acting está ligado a la experiencia del destete, por lo que reactiva una sensación de enojo por impotencia.

Las reacciones más comunes que se presentan son el miedo (del extraño) y la tristeza con llanto por la sensación vivida de estar buscando alguna cosa, a alguien que ya no ésta. Permite explorar el primer elemento psicológico de la instauración de la ambivalencia.

- 7) Posición de arraigo, masticar mordiendo una toallita (facial) con los ojos cerrados.

Permite la expresión y la descarga de la rabia fijada en los músculos maseteros.

Al igual que el acting de movimiento lateral de ojos, este, está relacionado con la experiencia de destete. Si se presenta malestar o rechazo al ejercicio es muestra de un destete mal hecho, que induce al neonato al disgusto, irritación y rechazo de la incorporación de cualquier otra cosa desconocida o sustituto del pezón con miedo, rabia y ansia. Origen de la ambivalencia: aceptar rechazar

- 8) En posición de arraigo, fijar un punto al techo del lado izquierdo con los ambos ojos, enseñar los dientes, inhalar y exhalar rápidamente por la nariz después de sacar el aire se hace una pausa y se vuelve inhalar. (se conoce como el acting del gato)

El punto fijo del lado izquierdo como referencia que el ojo izquierdo es la madre y el ojo derecho es el padre (hemisferio derecho ojo izquierdo y hemisferio izquierdo ojo derecho). El mirar hacia un punto fijo es la referencia fuera de sí mismo y lado izquierdo representando a la madre.

Este movimiento del gato es un ejercicio que impacta directamente al segmento del abdomen, sin embargo se trabaja también el segmento oral, con la rabia, depresión contenida y el apego.

9) En posición de arraigo, fijar un punto al techo del lado izquierdo, mirada fija y con la boca abierta, sin ningún movimiento.

Referenciar a la madre como objeto de demanda, puede haber dolor en los maseteros, que es la rabia reprimida o temor a expresarse.

- El trabajo con el segmento cervical (cuello) es fundamental, en el cuello está fijado el narcisismo (primero está formado por un yo intra-físico y de un yo intra-psíquico que expresan el contacto consigo mismo y con los otros). En el cuello se encuentra el famoso “complejo de inferioridad”

10) Colocar un cojín de bajo la espalda en una posición en que la cabeza quede colgando, fijar un punto al techo sin dejarlo de ver, van a mover la cabeza de izquierda a derecha y expresando la palabra “no”.

Capacidad de expresar un “no” defensivo, ósea es una forma expresiva importante en la formación del yo, el decir “no” no es una negación es una afirmación del propio punto de vista. Una persona incapaz de decir “no” no es buena si no débil.

- El tórax (cuarto segmento) sede de la ambivalencia afectiva y de la identidad individual del yo individual, se encuentra el odio y el amor.

11) Se colocaran cojines a los lados de cada participantes debajo de sus brazos, igual con el punto al techo dirán la palabra “Yo”, golpeando los cojines con sus manos o puños.

Permite afirmar la propia identidad, se refuerza lo intra-psíquico, el encuentro consigo mismo desde el referente psicobiológico de un yo masculino y yo femenino. Aceptar el propio yo evita compensar en el afuera social.

- 12) Se colocaran por parejas paradas en posición de arraigo tomando tierra (piernas abiertas a lo ancho de los hombros, rodillas semiflexionadas y las puntas de los pies ligeramente hacia adentro), se colocaran uno frente al otro. Se verán a los ojos, uno de los participantes dirá la palabra “Yo” moviendo la cabeza como si dijera “Si” (de atrás hacia delante), y la pareja contestara “Si” con el mismo movimiento de cabeza, durante diez minutos, se descansa 1 minuto. Se invierte las palabras en la pareja.

Tomar tierra significa que una persona sabe donde se planta y por lo tanto sabe quién es. En un sentido más amplio, la toma de tierra representa el contacto de un individuo con las realidades básicas de su existencia. Aumenta el sentido de seguridad. Este acting refuerza el sentido del yo intra-psíquico.

- Los actings de la respiración implican al diafragma (quinto segmento) sede de la ansiedad. Al desbloquear el diafragma se recupera la capacidad de respirar saludable, que significa dejar la vía libre para la adquisición del carácter genital.

La ansiedad condiciona al sujeto a tener una actitud respiratoria de tipo inspiratorio en detrimento de la espiración.

Atraves de la respiración se obtiene oxígeno y produce mayor energía en el cuerpo.

Los siguientes actings tienen como finalidad principal movilizar el diafragma para relajarlo o desbloquearlo y se active una respiración natural saludable que permite reducir y/o desaparecer la ansiedad.

- 13) Posición de arraigo, con ojos cerrados, la cabeza llevarla atrás tan lejos como se pueda para extender la garganta, colocar las dos manos sobre el vientre por encima de los huesos púbicos, de modo que se pueda sentir los movimientos abdominales. Se inhala hinchando abdomen, exhalar, y sacar todo el aire sintiendo vaciar los pulmones, y volver a inhalar.

- 14) Posición de arraigo, con los ojos cerrados, van inhalar expandiendo pecho y abdomen tomando todo el aire que puedan, para después exhalar por la boca suavemente todo el aire, emitiendo el sonido “a” sin forzar el sonido (evitar tensar la garganta) hasta sentir un vaciamiento total de los pulmones, el sonido será Ah,ah,ah!! entre cada inhalación y exhalación dejar una pausa y volver a inhalar y exhalar con el sonido de la letra “a”.

La pausa después de la exhalación permite la distribución del oxígeno en el organismo, hasta que aparece de nuevo la necesidad de recibir otra vez oxígeno, con la consiguiente expiración y pausa y así sucesivamente.

La respiración está conectada con la voz. Ayuda a relajar la garganta para permitir la respiración libre, que la lleva a la vibración pectoral y permite el aumento de energía en el cuerpo. Las personas que no pueden emitir sonidos al parecer fueron personas que los padres se les ordenó severamente estar quietos; este derecho negado a utilizar la voz conduce a la creencia que no tienen voz en sus propios asuntos. Puede empezar a vibrar la voz y enseguida salir el llanto.

- 15) Posición de arraigo, con los ojos cerrados, inhalar expandiendo el abdomen, tomando el aire que mas puedan, al exhalar van a imaginar que pegan el ombligo al piso, entre cada inhalación y exhalación hacer una pausa.

Nota: Los ejercicios fueron tomados de los libros: Navarro (1993) Metodología de la vegetoterapia carateroanálitica (del primero al once) y Lowen (2000) Ejercicios de Bioenergética (del doce al quince).

Anexo # 4

Instrumentos de medición:

- Inventario de valores de Hartman
- Historia clínica
- Perfil de alimentación

INVENTARIO DE VALORES HARTMAN

Nombre: _____ Edad: _____

Profesión: _____ Fecha: _____

PARTE I: FRASES

INSTRUCCIONES:

Al lado derecho observa Ud. una columna con 18 frases. Cada una de ellas representa algo a lo que una persona puede asignar un valor: **bueno** o **malo**, dependiendo para ello de sus propias consideraciones.

Lea cuidadosamente todas las frases y si hay alguna de la que no entiende el significado, pregúntelo.

Escriba el **núm. 1** delante de la frase que, en su opinión, representa el **mejor valor** o el **más bueno**. Indique con el **núm. 2** la frase que Ud. considera en segundo lugar, y así sucesivamente.

Enumere todas las frases **usando un número diferente** para cada una de ellas (1, 2, 3, 4...) hasta llegar al **núm. 18** que Ud. considera **lo peor**.

No juzgue las frases por la importancia, sino exclusivamente por la **bondad** o **maldad** que contienen según Ud.

Concéntrese en su tarea. Decida con rapidez qué número va asignar a cada una de las frases. No hay tiempo límite, pero la mayoría de personas puede enumerar todas las frases en unos diez minutos.

Ahora puede empezar.

- ___ Una buena comida
- ___ Un mejoramiento técnico
- ___ Una idea absurda
- ___ Una multa
- ___ Basura
- ___ Un científico dedicado
- ___ Hacer estallar un avión en vuelo con pasajeros dentro
- ___ Quemar a un hereje en una hoguera
- ___ Un cortocircuito eléctrico
- ___ Con este anillo yo te desposo
- ___ Un bebé
- ___ Torturar a una persona
- ___ Amor a la naturaleza
- ___ Un chillado
- ___ Una línea de producción en serie
- ___ Esclavitud
- ___ Un genio matemático
- ___ Un uniforme

ASEGÚRESE QUE HA USADO TODOS LOS NÚMEROS —DEL 1 AL 18— SIN REPETIR NINGUNO.

PARTE II: CITAS

INSTRUCCIONES:

Al lado encontrará Ud. 18 citas o frases. Cada una concierne a algo a lo que una persona puede asignar distintos valores, dependiendo de sus pro-pias convicciones.

Lea cuidadosamente todas la citas de la lista. Si hay alguna que no entiende, pregunte su signifi-cado.

La expresión **mi trabajo** se refiere a su trabajo u ocupación actual. En caso de no tener trabajo substituya la expresión **mi trabajo** por **lo que estoy haciendo**.

Escriba el **núm. 1** delante de la cita con la que está Ud. **más de acuerdo** o, dicho de otro mo-do, aquella que representa lo **más importante** para Ud. en la vida.

Escriba el **núm. 2** delante de la cita que Ud. con-sidera en segundo lugar más importante, y así sucesivamente.

Enumere todas las citas o frases hasta llegar a aquella con la que Ud. está **más en desacuerdo**, la que representa el menor valor para Ud.: a esta le asignará el **núm. 18**.

Concéntrese en su tarea. Decida rápidamente qué número va a asignar a cada una de las frases No hay tiempo límite, pero la mayoría de personas puede enumerar todas las frases en unos diez minutos.

Ahora puede empezar.

___ Me gusta mi trabajo y me hace bien

___ El Universo es un sistema notablemente armonioso

___ El mundo no tiene mucho sentido para mí

___ Por más intensamente que trabaje, siempre me sentiré frustrado

___ Las condiciones en que trabajo son deplorables y arruinan mi labor

___ Yo me siento a gusto en el mundo

___ Detesto mi trabajo

___ Mi vida está trastornando el mundo

___ Mi trabajo no contribuye con nada al mundo

___ Mi trabajo pone de manifiesto lo mejor que hay en mí

___ Estoy contento con ser yo mismo

___ Maldigo el día en que nací

___ Me encanta mi trabajo

___ Me molesta que el Universo no tenga sentido

___ Cuanto mejor comprendo mi lugar en el mundo, tanto mejor me va en mi trabajo

___ Mi trabajo me hace desdichado

___ Amo la belleza del mundo

___ Mi trabajo contribuye a la belleza y armonía del mundo

ASEGÚRESE QUE HA USADO TODOS LOS NÚMEROS —DEL 1 AL 18— SIN REPETIR

HISTORIA CLINICA

FECHA:

DATOS PERSONALES

NOMBRE	
EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD	
OCUPACIÓN	
DIRECCIÓN	
TELEFONO	

MOTIVO DE CONSULTA

--

ANTECEDENTES PERSONALES

1- No Patológicos

	TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Drogas			
Ejercicio (Deportes que se practican)			
Actividades Sociales (Fiestas, Cine, Teatro etc)			

2- Patológicos

Enfermedades de la Infancia	
Enfermedades Actuales (Si toma algún medicamento indique cual)	

3-Gineco Obstétricos

Menarca (Edad)		Menstruación (Periodo)	
Control de fertilidad			
Embarazos		Partos	Abortos

5- Antecedentes Familiares

	TIPO	FRECUENCIA	PARENTESCO
Tabaquismo			
Alcoholismo			
Drogas			

Padecen alguna de las siguientes enfermedades:

	Si o No	Parentesco
Diabetes		
Cardiopatías		
Convulsiones (epilepsia)		
Hipertensión arterial		

HISTORIA DIETETICA

No. de comidas al día		Donde come	
Quien prepara sus alimentos			
Alimentos que mas le gustan			
Alimentos que no le gustan			
Régimen dietético anterior			
Duración			
Resultados obtenidos			

**Registro de Medidas

Peso Máximo		Peso Promedio		Peso Mínimo		Estatura	
-------------	--	---------------	--	-------------	--	----------	--

Busto (pecho)		
Cintura (abdomen)		
Cadera		
Piernas	Izq.	Der.
Pantorrilla	Izq.	Der.

IMC

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Anote una X en los recuadros de acuerdo a lo que usted crea o sienta (S) Siempre (F) Frecuentemente (A) Algunas veces (N) Nunca

	S	F	A	N
Me siento triste				
Me irrito con facilidad				
Me siento apática(o) para realizar mis actividades				
Me cuesta trabajo levantarme por las mañanas				
Me siento incomoda (o) con la gente que conozco				
Me preocupa mi estado físico				
Me siento dependiente de otros				
Siento que soy agradable a los demás				
Padezco de dolores de cabeza				
Padezco de dolores en mi cuerpo				
Padezco de insomnio				
Hago cosas que no quiero, solo porque los demás me dicen que las haga.				
Me cuesta trabajo arreglarme				
Soy estreñida (o)				
Me aílo de la gente				
Me siento mal con mi forma de comer				
Cuando estoy sola (o) como abundantemente				
Cuando estoy en reuniones sociales como desmedidamente				
Tengo miedo a tener exceso de peso				
Cuando empiezo a comer no puedo dejar de comer hasta que le veo fin.				
Cuando era niña (o) me obligaban a comerme toda la comida				
Cuando era niña (o) si no me terminaba todo el alimento me castigaban				
Cuando era niña (o) me premiaban con dulces, chocolates etc.				

Contesta las siguientes preguntas.

¿Cuántos hermanos tienes y que número de hijo eres?	
¿Cuánto tiempo te amamantaron?	
¿Qué alimentos, cuando los consumes te hacen sentir mal (culpable)?	
¿Qué alimentos son buenos para ti?	
¿Qué alimentos son malos para ti?	

¿De que manera afecta tu peso corporal?
¿Existe algo que no puedas hacer debido a tu peso?
¿A qué edad empezó tu aumento de peso?
¿Qué ganarías al bajar de peso?

TRATAMIENTO

FIRMA DEL PACIENTE

PERFIL DE ALIMENTACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Contesta “Si” ó “No” a cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿Comes de pie a menudo? _____
2. ¿Te resulta difícil recordar todo lo que has comido hoy o comiste ayer? _____
3. ¿Comes a menudo entre horas? _____
4. ¿Sueles acabar de comer antes que los demás? _____
5. ¿Comes con frecuencia sin utilizar platos u otros utensilios? _____
6. ¿A menudo realizas otras actividades mientras comes? _____
7. ¿Es la calidad de la comida más importante que la cantidad? _____
8. ¿Tienes tendencia a comer despacio? _____
9. ¿Disfrutas probando distintos tipos de comida? _____
10. ¿Te gusta la comida rica en grasas y en azúcares? _____
11. ¿Rechazas la comida que no es apetitosa? _____
12. ¿Comer es uno de tus grandes placeres? _____
13. ¿Eres una persona nerviosa o muy sensible? _____
14. ¿Te tomas tentempiés con frecuencia cuando estás tenso o nervioso? _____
15. ¿Te resulta difícil resistirte a comer algo que tienes justo delante ti? _____
16. ¿Te resulta difícil relajarte? _____
17. ¿Con frecuencia el acto de comer te resulta más importante que lo que comes? _____
18. ¿Eres una persona dada a preocuparse? _____
19. ¿Te resulta difícil expresar tus convicciones? _____
20. ¿Tienes sueños que te perturban? _____
21. ¿Comes a menudo para no pensar en cosas que te perturban? _____
22. ¿te resulta difícil en algunas ocasiones identificar tus sentimientos? _____
23. ¿Tienes problemas que parecen insuperables? _____
24. ¿Eres una persona que siempre complace a los demás? _____
25. ¿Hay algún alimento que te hace sentir bien? _____
26. ¿Te provoca la comida una subida o una exaltación inicial? _____
27. ¿Te sientes con frecuencia triste, aburrido o deprimido? _____
28. ¿Te haces a menudo obsequios de comida? _____
29. ¿Tienes una opinión excesivamente crítica de ti mismo? _____
30. ¿Te falta energía o entusiasmo? _____