

302925

17

24

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U. N. A. M.



**ASPECTOS PSICOLOGICOS QUE CONTRIBUYEN
A LA OBESIDAD**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LAURA ELENA OROZCO VAZQUEZ

ASESOR : LIC. LUCRECIA MOLINET S.

MEXICO, D. F. ~~XXXXXXXXXX~~

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA:

Con todo el cariño y respeto que se merecen, agradezco a Dios , a mi familia , maestros, amigos, por la ayuda y apoyo, para la realización de mis metas.

G R A C I A S

**ASPECTOS PSICOLOGICOS QUE CONTRIBUYEN
A LA OBESIDAD.**

CAPITULO I. INTRODUCCION.

CAPITULO II. JUSTIFICACION.

CAPITULO III. OBJETIVOS.

CAPITULO IV. MARCO TEORICO.

CAPITULO V. ASPECTOS QUE CONTRIBUYEN A LA OBESIDAD.

- 5.1. Obesidad de la Niñez y Adolescencia. Factores de Riesgo
- 5.2. Definición y Riesgo de la Obesidad.
- 5.3. Aspectos Psicológicos de la Obesidad.
- 5.4. Obesidad en la Niñez y Adolescencia. Tratamientos.

CAPITULO VI. METODOLOGIA.

- 6.1. Planteamiento del Problema.
- 6.2. Delimitaciones.
- 6.3. Formulación de Hipótesis.
- 6.4. Formulación de Variables.
- 6.5. Descripción de Instrumentos.
- 6.6. Población
- 6.7. Muestra
- 6.8. Diseño
- 6.9. Sistematización de Datos.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES.

CAPITULO VIII. BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO IX. ANEXOS.

I. INTRODUCCION

Aunque todas las personas, tienen sus propios conceptos intuitivos con los cuales distinguen al individuo obeso del que no lo es, la dicotomía científica de los grupos es sumamente difícil.

En general existe una situación de movimiento dinámico con respecto al peso ideal.

Es posible que tal escala de los pesos idóneos altere la definición de la obesidad.

Una gran cantidad de definiciones han sido sugeridas por médicos nutriólogos, cirujanos y anestesiólogos, cada uno coincide a una proporción anormal elevada de grasa corporal en relación a la masa corporal magra, como veremos en el capítulo V.

Es posible que la obesidad en las mujeres debiera definirse como un contenido corporal de lípidos, mayor de 30% del peso corporal total; mientras que para los hombres una definición comparable sugeriría un contenido corporal un tanto mayor de 25% del peso total. La medición precisa de la grasa corporal requiere técnicas sofisticadas que están a disposición de muchos especialistas en la práctica diaria. Estos mé

todos incluyen mediciones de la densidad corporal, determinaciones de lípidos y el agua, mediante dilución isotópica o química y la medición del isótopo del potasio que existe en forma natural.

El sobrepeso como cantidad de grasa se define en relación a los cuadros de peso deseable, por lo general estos cuadros son preparados de manera retrospectiva.

A partir de las estadísticas de mortalidad de las compañías de seguros, es correcto establecer que todas las personas obesas usualmente tienen sobrepeso, pero no todos los individuos con sobrepeso son obesas.

Con solo duplicar el peso ideal del paciente, según su estatura, es posible determinar lo que podría considerarse como obesidad patológica para un individuo de determinada estatura.

Los pacientes exageradamente obesos, patológicos o intratables han sido definidos como aquellos con un sobrepeso de 45 kilogramos o bien los que pesan aproximadamente dos veces su peso ideal, según está indicado en las tablas proporcionadas por la Metropolitan Life Insurance.

Existen algunos peligros indicados a causa de la obesi--
dad. Los factores de riesgo que se asocian con los grados mo
derados de sobrepeso son mínimos, sin embargo cuando éste ex
cede se encuentra afiliada una mortalidad en exceso. En realid
ad hay otros estudios que han hecho sobre el tema del increm
ento de la mortalidad asociado en personas con sobrepeso.

La causa más común de muerte en el obeso fue el trastor-
no cardiovascular, casi con 30% más alto para la población --
masculina global. Estos datos sugieren que las estadísticas -
de mortalidad publicadas en relación a hombres con obesidad -
patológica han subestimado la gravedad de este problema. Por_
lo anterior se determina que la obesidad es un agente casual_
para una diversidad de enfermedades crónicas, por ejemplo: ac
identes vasculares cerebrales, diabetes mellitus, colelitia-
sis, cirrosis y trastornos cardíacos.

Así podemos resumir que los sujetos con infiltración de
grasa severa tienen un riesgo mayor de ser afectados.

Por todo lo antes comentado los especialistas deben com
prender los trastornos fisiopatológicos, psicopatológicos y
bioquímicos subyacentes a la mortalidad por obesidad.

El presente trabajo incluye ocho apartados; en una primem
ra parte se incluye a la introducción misma; justificación, -

objetivos y el marco teórico. En una segunda parte, en dos -- grandes capítulos, se trata a los Aspectos que contribuyen a la obesidad, incluyendo causas, riesgos y aspectos psicológicos de la obesidad, así como los tratamientos que existen para la reducción de peso y cómo afecta a niños y adolescentes.

En el capítulo VI titulado Metodología, se inserta información sobre el estudio llevado a cabo con mujeres que trabajaron en grupo para la reducción de la ansiedad, a través de sesiones, donde se tenía como finalidad que ellas manifestaran sus problemáticas que les induce a comer; de igual forma se aportan los resultados de esta investigación.

II. JUSTIFICACION

Se ha llegado a la determinación que la conducta obsesiva de comer se ve influenciada por factores psicológicos, ambientales, así como la calidad y cantidad de los alimentos.

Por lo anterior las preferencias de diferentes platillos así como el horario serán específicos de cada cultura y país, siendo influenciados por razones sociales y psicológicas.

Muchos disturbios psicológicos han sido postulados como: un alto nivel de ansiedad, un alto grado de oralidad, como defensa de la depresión, una real adicción a la comida por problemas sexuales, etc.

Una de las principales razones de esta investigación es brindar en sus páginas una clara investigación de cómo los aspectos emocionales, o sea, todas y cada una de las experiencias vivenciales pueden tener efecto directo sobre nuestra manera de comer.

Podemos ver que hay un contraste muy relevante en la forma de comer, ya que gente con problemas de obesidad tem-

prana tiene mayor disposición a tener problemas psicológicos. De ahí que se determine la clase de asociaciones que se tenga con la comida de la infancia a la pubertad.

Por ello cuando llegamos a la edad adulta ya hay patrones de conducta que se pueden relacionar con la comida asociada a la ansiedad y no sólo al alimento mismo, sino también a conductas orales en la edad adulta. Esto deriva en que cuando estamos preocupados muchos de nosotros fumamos, tomamos o comemos más de lo normal. Como respuesta de este tipo de conductas exageradas, se dan como resultado a personas psicóticas; en este caso la comida es lo más importante para ellos, despertándose una enorme ansiedad por saciar algo interno, que puede traducirse en aceptación, competencia con el medio ambiente, rol que juega en su familia, y de acuerdo a las alteraciones propias del individuo, esto iría dando los grados de psicosis. Las personas comen en forma desmedida y posteriormente les causaría sentimientos de culpabilidad, creando así un círculo vicioso que llega a alterar los estados psíquicos y emocionales del individuo.

Asimismo vemos por otro lado que la imagen corporal se va a encontrar distorsionada; esta problemática va a ser consecuencia de los factores primarios psicológicos e inician

en la infancia ya que a partir de esta etapa el infante comienza a formar ciertas líneas y parámetros de sí mismo en virtud de la imagen que él proyecte hacia los demás; por -- ejemplo, hay ciertas frases convencionales que pueden etiquetar a las personas causándoles daños como son: ¡Hey tú cerdo!, haciendo una comparación para referirnos a un obeso.

El presente estudio es sobre el grado de ansiedad que presentan las personas con sobrepeso, así como sus relaciones psicológicas.

III. OBJETIVOS

- Efectuar un tratamiento terapéutico de la obesidad, - analizando los cambios psicológicos resultantes de poder equilibrar su peso.

- Medir los grados de ansiedad y comprobar si realmente los sujetos experimentan un bienestar psicológico mediante el equilibrio en su manera de comer.

- Observar si la satisfacción oral tiene relación con alteraciones del carácter, analizando si los pacientes se sienten más sanos física y mentalmente cuando cambian sus hábitos alimenticios.

IV. MARCO TEORICO.

Vemos que dentro de la sociedad en la que vivimos ha sido invadida por ideas donde los individuos se ven presionados por los cánones de belleza para poder alcanzar determinada imagen, y con ello la persona se sentirá aceptada o rechazada dentro del ambiente en que se desarrolla.

Existen diversas investigaciones que se han llevado a cabo para el tratamiento de la obesidad. Dado la problemática que en algunos seres humanos causa el estar obeso.

Roshenthalb, 1981, efectuó un estudio con mujeres obesas, con el fin de investigar los efectos que se tienen cuando bajan de peso en cuanto a su ansiedad y depresión, empleando dos técnicas: dieta y terapia, encontrando que las pacientes cuando disminuían de peso, estaban menos ansiosas, que cuando aumentaban de peso. Revelando así que los alimentos son sus ministros narcisísticos que mitigan la angustia y la depresión. (44)

C A P I T U L O V .
ASPECTOS QUE CONTRIBUYEN A LA OBESIDAD.

5.1. Obesidad en la Niñez y en la Adolescencia. Factores de Riesgo.

La obesidad en la niñez y adolescencia es el producto de factores que se adquieren durante el desarrollo.

Es importante conocer los riesgos que se pueden tener a causa de la obesidad, ya que en nuestro medio se presenta cada vez con mayor frecuencia como una manifestación de deficientes hábitos dietéticos.

Obesidad Infantil:

La obesidad se manifiesta principalmente en dos momentos de la vida: de los 0 a los 3 años y de los 6 a los 12. Estableciendo también relación entre el grado de obesidad y el tiempo de evolución. Las etapas de crecimiento del tejido adiposo son de la semana 30 de gestación al año de edad y en la pubertad.

Existen ciertos indicios referentes a que los problemas que comenzaron en la niñez pueden dejar una marca en la composición del cuerpo, ya que aquellos que han sido obesos de la infancia encuentran más complicaciones al reducir su peso que los sujetos cuyas dificultades de este tipo comenzaron siendo adultos. Hay una teoría que nos plantea que una persona puede engordar de dos formas:

- a) Aumentando el número de células de grasa (Tejido Adiposos).
- b) Incrementando el tamaño de las que ya tiene.

Con respecto a esta teoría Mahoney y Mahoney (1981), "marcan que un niño sobrealimentado almacena las calorías excedentes acrecentando el número de células y que durante la adolescencia el cuerpo cesa de fabricar nuevas células adiposas y empieza acumular el sobrante de calorías adicionando solo las que ya poseen. Ante la reducción de peso, el organismo vacía los depósitos de grasa, pero nunca destruye las células adiposas." (1)

González, Lozano, Rull (1975); Hirsh y Knittle, (1971) - señalan que una serie de investigaciones sobre el desarrollo del tejido adiposo han colaborado para explicar la persistencia de la obesidad infantil. Señalan que se manifiesta un aumento significativo en el número total de adipositos en el tejido subcutáneo y otros almacenes adiposos, en cambio en los individuos con peso normal tienen un total de 25 a 30 x 10 células adiposas, los obesos presentan 5 veces más este número. El promedio contenido de grasa en las células adiposas de personas obesas y no obesas varía en un grado todavía menor, 0.7. para las de peso normal y 1.0 microgramos para los obesos. (20)

La obesidad durante la infancia, difiere de aquellas en que se vuelven obesas en la adultez. La obesidad infantil muestra una fuerte tendencia a persistir. LLOYD y Col. (1981)

"refieren que el 80% de los niños obesos son adultos obesos y que el 75% de estas personas, iniciaron el sobrepeso en la infancia. Encontraron que el 86.6% de los sujetos comenzaron la obesidad antes de los 9 años." (34)

Jiménez, González, Peña, Rivera, 1982. "Los malos hábitos de alimentación, fundamentalmente la ingestión irregular de alimentos y la vida sedentaria son los principales factores de riesgo que influyen en la constitución e intensidad de la obesidad infantil." (24)

Los patrones alimenticios en el primer año de vida están asociados con el sobrepeso infantil (Coates, Thoreson, 1978), esto se debe principalmente como indican Jiménez y -- Col (1962), a tres factores: "la suspensión temprana de la lactancia materna; la introducción precoz de los alimentos sólidos en la dieta del lactante y la adicción de azúcar a la leche." (11)

En nuestra población mexicana indican Fernández y Sumano (1986) "que los factores socioculturales condicionan desnutrición crónica materna favoreciendo una ingesta rica en hidratos de carbono en los niños lo que explica la diferencia de peso al nacimiento y la gravedad de la obesidad." (18)

Caragona y Col, 1975; Kingsley y Shapiro, 1977; Jiménez

y Col, 1984; Jaffe y Kosarov, 1982," cuando al niño se le proporciona una alimentación inadecuada durante largo tiempo, desarrolla obesidad que perjudica su salud, altera su capacidad normal de crecimiento e inclusive puede limitar su esperanza de vida." (23)

Una investigación realizada por Jaffen y Kosarov (1982) "sobre el desarrollo motor de bebés obesos hallaron que estos neonatos presentan un retraso en el desarrollo motor comparado con bebés de peso normal". (23)

Por otro lado Stimbert y Coffey (1972),"detectaron problemas músculo-esqueletales en las extremidades inferiores entre los niños que han sido obesos en un tiempo duradero". Mobb (1970)" también detectó defectos físicos como pie plano." (36)

Coates, Thoresen, (1978), Cohen y Col, (1980)," especifican que los niños obesos manifiestan mayores tasas de: infecciones respiratorias, enfermedades de hipertensión vascular y enfermedades cardiovasculares que se muestran cuando ya son adultos. Además exhiben altas tasas de diabetes y enfermedades arterioescleróticas del corazón."(11)

Levine , Hennekens, Rosner , Gouler, Gelband y Jesse 1981.
" Con respecto a las enfermedades cardiovasculares de los niños obesos se han identificado factores de riesgo tales son como un nivel elevado de lípidos en sangre, alta tensión ar-

terial preocupando que esto aumente la probabilidad de futuros accidentes cardiovasculares. También existen pruebas que los infantes con sobrepeso presenten concentraciones mayores de colesterol sérico y triglicéridos" (14)

Jiménez y Col (1984), "señalan a la obesidad y a los lípidos séricos altos como factor de riesgo de trombosis. En su estudio tuvieron como resultado que los niños obesos tienen una disminución importante de los factores protectores contra la arteriosclerosis así como un estado de hipercoagulabilidad sanguínea."(2)

Luengas y Cuellar (1976), "apuntan que en México, se ha encontrado evidencia clínica como constipación, hemorroides y prolapso rectal imputables al sobrepeso infantil. Así como también alteraciones músculo-esqueléticas y en el desarrollo de la circulación periférica."(33)

Todos estos problemas sólo son en cuanto al aspecto de salud, pero la obesidad trae consigo igualmente conflictos de tipo social y psicológicos.

Cohen, Gelfand, Dodd y Turner, (1980); Castro y Cuellar, (1976), los infantes obesos tienen una pobre autoimagen y un sentido de fracaso, problemas en sus relaciones interpersonales, familiares y compañeros que suelen usarlos para mofa de todo el día." (10)

Maddox, Back y Leiderman, (1968), "Consideran que dado el estigma social que se le atribuye a la obesidad, el niño obeso es menos aceptado por sus compañeros; experimenta discriminación de los adultos. Tal vez sus padres les digan que no ha hecho lo que se supone debió hacer para evitar la gordura o que efectúa algo que la provoca. Quizás ellos con sus palabras y actos, lo responsabilicen de lo que ocurre o le comuniquen la idea de que es merecedor de hostigamiento, es posible que él mismo esté de acuerdo, como lo especifica Cahnman (1968), el obeso cree que tiene la culpa de ser como es, y cuando se lo trata mal puede ser llevado a aceptar ese comportamiento con respecto a él como una conducta justa." (35)

Cabe preguntarse qué efecto tienen o predictiblemente darán estas posiciones de los demás en el niño obeso. En general, serán como factores que ayuden a incrementar la inseguridad ya existente en él, y por lo tanto, se verá en la necesidad de recurrir a algo que sí le proporcione seguridad y bienestar y ese algo es el alimento, llegándose a cerrarse el círculo vicioso que tan frecuentemente encontramos en los casos de obesidad.

Bruch (1966)¹ afirma que el niño obeso, crece en un desarrollo inadecuado del sentimiento de seguridad, una baja autoestima y de sentir que no cuenta con la ayuda del mundo exterior. Esta postura hacia la vida, hace al individuo una víctima constante de incertidumbre y ansiedad. Por otra parte - asegura que la obesidad en la infancia representa una perturbación de la personalidad, en la que el tamaño corporal y excesivo se convierte en el órgano de expresión de un conflicto"¹ (7)

Buller y Cols (1963)² "efectuaron una investigación sobre las actitudes que tienen las niñas obesas y las no obesas hacia la actividad física, la comida y la familia. Encontraron que las obesas mostraron mayores dificultades en su vida familiar ya que las madres de estas son suprimidas y hacen a las niñas dependientes del núcleo familiar y no toman en cuenta la importancia que tiene la actividad física dentro del problema de obesidad." (9)

Rascovsky realizó un estudio con 150 niños a los cuales estuvo observando durante varios años. Las conclusiones a las que llegó fueron: que existe una combinación muy marcada de un carácter fuertemente dominante por parte de la mujer, contraponiéndose a una extrema pasividad masculina.

Obesidad en la Adolescencia.

Stunkard (1976)["] plantea que más que el niño con sobrepeso, el adolescente obeso puede encaminarse a la situación de adulto con sobrepeso. Por lo que si no se reduce de peso entre los 10 y los 20 años, la posibilidad de que el adolescente se convierta en un adulto con sobrepeso es de 28 contra 51."

Numerosos autores coinciden en que la mayoría de los de sordenes alimenticios ocurren durante la adolescencia. Fre---
cuentemente la obesidad en los jóvenes es una expresión de -
sus problemas emocionales subyacentes. El rápido incremento -
en el peso puede darse durante períodos de estres emocional,
alternados con frenéticos esfuerzos para reducir peso.

Avila 1982

" Los factores psicológicos que se dan en esta etapa, llegan a constituirse las influencias más importantes sobre los hábitos dietéticos; la comida no sólo tiene valores nutritivos sino que se emplea como premio o castigo, llegando a ser incluso un sustituto de amor; la seguridad a los sentimientos de pertenencia, puede ser un satisfactor en los períodos de ansiedad o frustración, conduciendo a un consumo excesivo y/o establecer una dependencia hacia los alimentos, " (3)

" Mallick, (1980) señala que entre los aspectos de la obesidad adolescente podría contarse la autocondena, que es capaz de dirigir a los muchachos a prácticas destinadas a modificar el peso cuyas consecuencias son desalentadoras." (36)

" Wooley y Wooley, (1980) puntualizan que igualmente aparece con cuestiones psicosexuales y de imagen corporal; a las que más les afecta son a las adolescentes, algunas de las cuales, debido a que tienen cuerpo grande, se consideran obesas, cuando en realidad no lo son."

" Allon (1980) observó el modo en que la conformación de cuerpos de niños adolescentes influye en sus interacciones -- con las personas sin sobrepeso. Para estas adolescentes que tomaban clase de gimnasia para adelgazar, sus cuerpos eran el centro de sus interacciones con sus compañeros de la misma edad (14-17 años) y con otras que no eran obesas. Creían que su aspecto les creaba una aureola negativa y sentían que su obvia corpulencia confundía a los delgados, llevándola a juicios erróneos acerca de sus habilidades físicas y sociales, limitándolas a participar en diversas actividades." (2)

Miller y Sherelle, (1976); Drash (1973); Col, (1979), -
" también se han encontrado con comitancias físicas, tales como hiperinsulinismo, anormalidades de lípidos en sangre e irregularidades en la tensión arterial." (36)

2. Definición y Riesgos de la Obesidad

El cuerpo humano es un sistema complejo que necesita y gasta energía, la cual obtiene por medio de los alimentos y nutrientes, como son: las proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, y minerales. Además el organismo realiza una variedad de funciones que requieren de un poder calórico, como son las reparaciones de tejido, la actividad física, lucha contra infecciones, etc.

Cuando existe un equilibrio entre el número de calorías que se consumen y la cantidad que se emplea, se logra un estado relativamente constante y el peso del cuerpo se mantiene estable.

En cambio si la ingestión de calorías es menor a la energía calórica del momento, tenemos una crisis negativa y el cuerpo debe recurrir a las fuentes de almacenamiento con que cuenta su organismo. Se dice que se presenta una crisis positiva de energía. Si el número de calorías que el cuerpo consume excede a lo que se necesita obteniendo como resultado la obesidad.

Saldaña y Rosell (1988), Mahoney, Rogers, Straw (1986) "han definido a la obesidad como la acumulación excesiva del tejido adiposo que se manifiesta en un momento del peso corporal, debido a que el organismo come más alimento de lo que pide para cubrir sus requerimientos de energía, guardando el resto en forma de grasa." (46)

Atkinson (1991),["] considera a la obesidad como una enfermedad o síndrome, con distinción de anormalidades fisiológicas o bioquímicas, antes que ser un problema de auto-disciplina o consumo considerable de alimento." (1)

Bourges (1990),["] plantea que la obesidad es un sobrante de tejido adiposo, indeseable por cuanto se asocia con diferentes enfermedades con mayor mortalidad, producto de un balance energético superior al óptimo que a su vez puede venir de numerosos factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, nerviosos, psicológicos, sociales y culturales." (4)

Solís (1991),["] dice que así como existen diversas definiciones de la obesidad también podemos hablar de una clasificación." (48)

1.- ESTADO FISIOLÓGICO.

De acuerdo a la etapa de vida en la que se desarrolla: infantil, juvenil, del embarazo, de la adultez, de la menopausia, de la senectud.

2.- MAGNITUD.

El peso es el punto de referencia que se considerará de acuerdo a su estatura, constitución corporal, edad y sexo. - Se tomará como normal una variación de 10% hacia abajo o arriba del peso recomendado, y si rebasa el límite se ubicará de acuerdo a los siguientes grados:

Primero: si el exceso de peso es del 11 al 20%.

Segundo: del 21% al 30%.

Tercero: del 31% al 40%.

Cuarto: del 41% en adelante.

Vera y Fernandez (1989) ["] clasifican a la obesidad en leve, moderada y severa o masiva. Atkinson la define como un aumento del 17% sobre el peso deseable, de acuerdo a las tablas Metropolitanas de Aseguramiento de Vida en los Estados Unidos.- Señala que existen al menos dos factores que diferencian a la gente masivamente obesa de aquella que es delgada o moderadamente obesa. El primero es la hiperplasia de tejido adiposo, y el segundo elemento es una anomalía en el gasto de energía y utilización de ésta." (53)

3.- CARACTERISTICAS DEL TEJIDO ADIPOSEO.

El número y tamaño de las células adiposas del individuo son básicas para determinar si es obesidad:

Hiperplásica.

Que se desarrolla durante las etapas de crecimiento en la infancia y la adolescencia, los adipositos se reproducen en exceso.

Hipertrófica.

Se presenta después de la etapa de crecimiento, manteniéndose el número de células adiposas igual que antes de iniciarse la obesidad.

Combinación de las dos anteriores.

Inicia durante el crecimiento y se agrava después de él.

La obesidad es una enfermedad compleja con múltiples etiologías. Atribuir la obesidad exclusivamente a un exceso de comida es en el mejor de los casos, una sobresimplificación. En la generalidad de los obesos es el producto de una combinación distintos factores tanto fisiológicos como medioambientales.

A continuación se hablará de estos que determinan este problema de obesidad:

I. FACTORES FISIOLÓGICOS.

A) Hipotalámicos:

El hipotálamo tiene un par de centros en la zona ventro-

medial que actúan como frenos de núcleos laterales que están constantemente activados y que estimulan el apetito.

B) Endocrinos.

Algunas endocrinopatías cursan con aumentos globales o selectivos de la masa del tejido adiposo, es evidente que las hormonas influyen en la regulación de los depósitos de grasa; nos menciona Williams, (1984), "que pueden originar un efecto general sobre el metabolismo del tejido adiposo, por ejemplo, la insulina y la hormona tiroidea; o en una zona como los glucocorticoides y los estrógenos." (54)

El aumento de grasa en las personas que padecen trastornos es mínimo. El hiperinsulinismo, causado por células de tumores islet o por inyecciones con cantidades excesivas de insulina, originan incremento en el consumo de comida y almacenaje, pero la magnitud de los efectos de esto es pequeña. Se observa mayor obesidad con el incremento de secreción de cortisol lo que sucede en el síndrome del Cushing (cúmulo de tejidos adiposos en el tronco y cuello), en el síndrome de Prader-Willi, (que incluye retardo en el desarrollo, y una obesidad que inicia de los dos a los cinco años y evoluciona hasta edad adulta), el de Lauren-Moon Beidl, que se caracteriza por degeneración retineana, retardo en el desarrollo.

La resistencia a la insulina y el hiperinsulinismo pue-

den provocar en personas normales haciéndolas engordar. Se ha demostrado que los niveles de insulina circulante regulan sus propios receptores en la superficie celular. De esta forma la obesidad se asocia a un menor número de receptores celulares_ insulínicos en el músculo, y van contribuyendo posteriormen te a la resistencia insulínica y a una utilización inapropia da de la glucosa en estas células.

C) Genéticos.

Evidencias recientes han venido confirmando, que la he-- rencia genética puede ser el factor dominante en la determina ción del peso corporal. Diferentes investigaciones fundamen-- tan la relación entre el peso de un niño adoptado y el índice de masa corporal de sus padres biológicos, no así los adopti vos como se observa en el estudio de Stunkard en que los re-- sultados lo corroboran .

Estos hechos inducen a pensar en una tendencia familiar, ya que la obesidad suele afectar a varios integrantes de la familia. Bray (1976)" ha comprobado que cuando los padres son obesos el 80% de sus hijos también son, en cambio cuando sólo uno de los progenitores lo es, la probabilidad se reduce al 40%, mientras sólo se encuentra un 10% cuando hay padres del gados." (5)

D) Metabolismo.

El metabolismo es una síntesis de los procesos químicos involucrados en la regulación de la energía. El metabolismo tiene incidencia en el equilibrio energético que es fundamental en la obesidad. Puede hacer diferencia en cuanto a la rapidez y eficiencia de los procesos de regulación de la energía, así es que los individuos con grados más altos de metabolismo tienen menor posibilidad de aumentar de peso que las personas con un grado más bajo. Sin embargo, son muy raras las pruebas de que existan notables diferencias metabólicas entre las personas obesas y aquellas que no lo son.

Una variedad de anormalidades en el metabolismo de lípidos ha estado ligado a la obesidad. Esto incluye el incremento en los niveles de ácido graso libre en plasma, aumento en la densidad de lipoproteínas por el hígado, exceso en la producción de colesterol en el sistema biliar y en los niveles de proteína lipasa. Todas las lipoproteínas muestran algunas anormalidades en obesidad, además DeGroot (1989),["] ha reportado un excedente de los niveles de triglicéridos en obesos con una deficiencia para excretar agua y sal. (15)

E) Neurológicos.

Pitts (1978),["] señala que una vez desarrollada la obesidad y a pesar de que el propio sujeto tienda a restringir su

ingestión, ésta limitación ya no consigue detener el proceso de engordar al haber sobrepasado un determinado peso, dado -- que el organismo tanto humano como animal dispone de mecanismos reguladores del peso corporal." (42)

II. FACTORES MEDIOAMBIENTALES.

Las principales diferencias entre las personas obesas y las que no son, radican en los patrones alimenticios, la actividad física, situaciones físicas y sociales relacionadas con la conducta ingesta y las motivaciones que tiene el individuo para comer.

Estos factores además de originar la obesidad en gran parte, son los causantes de su mantenimiento dado que el sujeto que se someta a un tratamiento que no modifique sus hábitos y conductas sobre la comida; una vez concluido el procedimiento él volverá a su vida cotidiana teniendo como resultado el sobrepeso de nuevo.

Rhdury (1983)," afirma que la obesidad obedece principalmente a la costumbre que se adquiere en la convivencia familiar." (45)

RIESGOS DE LA OBESIDAD.

Sinopoulus y Van Itallie (1984)," efectuaron una revisión de múltiples investigaciones de peso corporal, salud y longe-

vidad, encontrando una relación de peso corporal con la mortalidad." (47)

Van Italle (1979)," vincula la obesidad con una serie de patologías: (5)

- 1.- Diabetes Mellitus
- 2.- Hipertensión.
- 3.- Hiperlipidesmia.
- 4.- Enfermedades cardíacas:
 - arterioesclerosis.
 - coronarias.
 - defecto congestivo del corazón.
- 5.- Apnéa del sueño.
- 6.- Accidentes cerebro - vasculares.
- 7.- Cáncer: seno, útero, colon.
- 8.- Enfermedades de la Vesícula biliar.
- 9.- Riesgos durante la gestación.
- 10.- Gota.
- 11.- Decremento de la fertilidad.
- 12.- Anormalidades menstruales o del esperma.
- 13.- Artritis (52)

5.3. Aspectos Psicológicos de la Obesidad.

Los factores psicológicos parecen ocupar un lugar fundamental en la génesis y en el tratamiento de la obesidad.

Se ha pensado de que los obesos son seres humanos que -- tienen conflictos emocionales que alivian mediante la conducta de comer.

Señalan Saldaña y Rosell (1988) "que la generalidad de - obesos lo son porque:"

- a) Tienen problemas de personalidad los cuales se consuelan por medio de comida.
- b) La ansiedad juega un papel significativo en la conducta de ingesta, por lo que la sobre-ingesta se utiliza como un mecanismo para reducirla.
- c) La conducta de comer en los obesos está bajo el con--trol de estímulos externos, mientras que los indivi--duos con norma-peso lo están por estímulos internos_ (control fisiológico).

"Un deseo de amor y afecto es comunmente un estímulo para comer inapropiadamente, es claro que la sobrealimentación sigve a algunos sujetos como un escape para evitar otras dificultades."(16)

Stunkard (1959) "clasifica los patrones de alimentación - de los obesos." (51)

A) - Síndrome de alimentación nocturna.

Consume más del 25% de sus calorías. después de la cena, tienen insomnio y sufren anorexia (falta anormal de apetito) por la mañana. Se estableció que períodos de estres los preceden.

B) - Parranda alimenticia.

Sus características son:

- 1) Se ingieren grandes cantidades de comida de una manera orgiástica en intervalos irregulares.
- 2) Los episodios concluyen cuando el malestar de vómito_ que es auto-inducido ocurre.
- 3) El suceso es seguido por culpa y auto-condenación .

C) - Ingestión sin satisfacción.

"Asociada con deterioro del Sistema nervioso." (46)

Gold (1976) "abordó los patrones alimenticios de los obesos relacionándolos con su ajuste emocional. . (19)

- 1) La adaptación oral y un mecanismo de adaptación ante la ansiedad, tensión, tristeza y frustración.
- 2) La comida deviene una "droga" para hacer frente a -- las carencias de ajuste social.
- 3) El hombre reemplaza sensaciones de excitación, melancolía o ira.

Con respecto al punto 3, Bruch (1973) "afirmó que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los cuadros de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingeste inadecuada, mezclando por parte del obrero frecuentemente sus diferentes estados de activación emocional con el hambre." (7)

En 1976, Slochous "efectuó un estudio donde encontró que los sujetos obesos presentan un incremento significativo en su comer cuando no pudiera reconocer la causa de su ansiedad, siendo menor cuando ésta era identificada, mientras los sujetos con norma si manifestaron una reducción en su consumo de alimentos en la situación de ansiedad." (50)

Continuando con este enfoque Lowe y Fisher (1982) "compararon la reactividad e ingeste emocional en un medio natural de estudiantes obesos y con peso normal. Los resultados obtenidos fueron que los obesos mostraban mayor reactividad emocional, y que sus ingestas coincidían con mayor periodicidad con estado emocional que los estudiantes con normo peso."

Robbins y Fray (1980) "plantearon la hipótesis de que la relación entre ansiedad e ingesta es curvilínea; bajos niveles de activación incrementan la ingesta, en cambio, los niveles altos inhiben la conducta de comer. Esto se explica porque las personas obesas no aprenden a diferenciar entre respuestas emocionales y hambre, y como consecuencia comen inapropiadamente en respuesta a la activación emocional man-

teniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que a su capacidad de reducir el estrés." (44)

"
Bruch (1980); Collip (1980) encontraron en comparación con personas delgadas, los obesos se muestran más vergonzosos, pasivos, temerosos, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal, mencionándose incluso que tienen un desarrollo de la personalidad inadecuado." (8)

"
Gray, Susan (1977) realizó un trabajo efectuado con un grupo de obesos de ambos sexos, empleando una prueba de papel y lápiz con el objeto de estudiar dos aspectos de la imagen corporal: la distorsión de la imagen corporal y el afecto hacia el cuerpo. La muestra fue de 62 hombres y 117 mujeres formándose tres grupos: bajo peso, peso normal y sobre peso, dio los siguientes resultados: las mujeres se perciben tal como están, en cambio los varones se ven más delgados de su apariencia. Además se encontró que los sujetos obesos obtuvieron puntajes negativos en el afecto corporal, comparado con los de peso normal y bajo peso" (21).

"
Levy (1974) efectuó otro estudio hecho con individuos -- obesos reportando que estos tiene dos imágenes del cuerpo. Una de sí mismos y otra de su ego ideal. Se encontró que la persona obesa busca o bien una satisfacción narcisista o la gratificación de sus impulsos, pero nunca los dos al mismo -

tiempo. Se descubrió de igual forma que los sujetos obesos - sufren depresión y que se logran mayores éxitos cuando se busca la causa de depresión.

Se llevó a cabo una observación de 60 hombres con sobrepeso y de una edad promedio de 28.6 años; se les aplicó un cuestionario para examinar la relación entre los hábitos para comer y las actitudes emocionales hacia la comida. Los resultados revelaron que las personas de más sobrepeso sufren problemas de depresión, angustia e impulsividad en mayor proporción que los que no tienen tanto sobrepeso.

Lev (1978) "en una investigación que realizó con mujeres obesas, para estudiar los cambios que se producían en ansiedad y depresión en relación con la pérdida de peso. Encontró que las mujeres:

- a) Cuanto mayor era el porcentaje de sobrepeso, más era el grado de ansiedad y depresión.
- b) Que habían disminuido de peso, estaban menos ansiosas y deprimidas.
- c) Cuya pérdida de peso, a lo largo de todo el tratamiento, superaba a la media de grupo, mostraban más recaídas en ansiedad y depresión al término del tratamiento que aquellos que habían perdido menos peso.

El psicoanálisis revela que el contenido inconsciente de este síndrome es un conflicto preedipico con la madre y la femineidad. El impulso urgente de comer tiene un significado inconsciente de incorporar algo que puede traer un relajamiento, tensión interior "femenina" y comer es reincorporar un objeto cuya pérdida ha conducido a sentirse hambrienta, constipada, castrada, femenina, gorda. Es decir, los alimentos son suministros narcisísticos que aplacan la angustia. La tendencia a forzar la adquisición de estas provisiones y el temor de no alcanzarlos por culpa de una repulsiva fealdad, les hace tener un comportamiento exhibicionista. Para recuperar el equilibrio perdido aparece la depresión, producto del fracaso ocasionado por los medios sádico-orales empleados en el intento de recuperación." (30)

En otros casos esta neurosis no es más que una especie de adicción a la comida. León (1989) "afirma que en el comer neurótico se acentúa una de las funciones especiales contenidas en el comer que consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto, mediante la acción de incorporar repetida y continuamente el alimento que lo representa, negando de esta manera que nulificó al objeto y procurando conservar un contacto directo y prolongado con sus subexistencia, consiguiendo calmar la angustia determinada por la culpa y el tomar al objeto destruido." (29)

Para estas personas la comida reúne las cualidades de objeto primitivo. En cada acto alimenticio se renueva la negación, como mecanismo de defensa, logrando entender así la insaciabilidad del obeso.

El obeso come compulsivamente ante la ansiedad, y esa negación se vuelve extensiva, llegando a cubrir aspectos más amplios de su vida, conformando un cuadro maniaco característico en el cual pasan fácilmente de la alegría a la depresión, misma que tratan de evitar proporcionándose suministros externos (comida). Varios autores han relacionado al obeso con estados maniacos, señalando esta reacción tiene origen la situación melancólica subyacente, y que se dirige a satisfacciones fantaseadas, de escaso contacto con la realidad exterior.

Rascovsky indica que la obesidad puede ser vista como un sustituto compensatorio de las frustraciones reiteradas.

Sobre el marco familiar en el que se desarrolla el obeso, se han encontrado características que lo agrupan. Al respecto Ramírez , Brush (1964), "plantean que en forma sistemática, en la historia familiar del obeso se encuentra una madre sobreprotectora en cuanto a las necesidades alimenticias del niño." (7) El problema de la obesidad está básicamente centrado en la dependencia. Afirman que la mayoría de las madres de estas personas han dado un trato inadecuado a sus hijos fomentando

la supeditación de estos infantes hacia ellas, lo cual trae como consecuencia que estos infantes siempre estén buscando la ayuda y el apoyo materno.

Cuando el niño inicia a manifestarse con conductas motoras, como moverse, sentarse, andar, la mamá por su ansiedad tratará de restringirlo, dándole comida para que se esté quieto. Pronto este hijo aprende que encuentra el amor de la madre cuando come y desaprobación cuando se mueve.

Al hacerse adulto esta pauta habrá sido incorporada y comerá ante cualquier tensión ya que así fue como en su infancia se le permitió derivar su tensión y ansiedad.

Las madres sobreprotectoras hacen de sus hijos individuos víctimas constantes de la incertidumbre y la ansiedad y como esas mamás fueron incapaces de darle un afecto genuino, sino que se limitaron a calmar las necesidades del niño ofreciéndoles comida, el alimento se convierte en un escudo contra la ansiedad.

La comida para las personas obesas posee un exagerado valor que está basado en el amor y la seguridad.

En este ámbito familiar la imagen paterna es habitualmente una figura débil. Es común que la madre tenga grandes ambi

ciones respecto de su hijo a fin de que logre ser importante, como compensación al fracaso de los padres. Como predominan los anhelos de los progenitores, el niño no alcanza a desarrollar independencia personal ni auto-estima. Suele ser el tipo infante que acepta pasivamente su posición privilegiada sin rebelarse, debido a su propia actitud exigente, la cual no puede resolver fuera del hogar. El equilibrio que da el alimento como expresión de amor y atención es lo que cumple sus demandas dentro del contexto familiar.

Así vemos que los sujetos con sobrepeso expresan simbólicamente su agresión comiendo demasiado, cuando se ve expuesto a frustraciones sociales, con el consecuente surgimiento de hostilidad y, la búsqueda de satisfacciones por medio de la comida.

Onnis (1991) reporta algunos casos en que el problema de la obesidad está sostenido por una dinámica familiar disfuncional, donde la persona obesa sirve de mediador entre los padres; los mensajes pasan a través de él y de su síntoma, que adquiere una función específica, comunicativa y relacional en el interior de la familia. (40)

Rosenenthal y Atkinson (1968) dicen que el consumo de comida incrementa con el estrés y la considerable ganancia de peso ocurre durante la crisis familiar; otras investigaciones

realizadas por Marshall y Neil, (1977), relacionan las grandes pérdidas de peso con la ruptura de matrimonios.

Los individuos obesos tienen excesivas dificultades, en sus relaciones interpersonales los señala Ganby (1986) "dado que la obesidad juega un papel trascendental en la dinámica familiar. La alta incidencia de inmadurez, pasividad y de conflictos en sus interacciones, sugiere que la inhibición de la autonomía e individualización es algo que se encuentra en las familias obesas. El estado del peso y el efecto de los cambios en estos sobre su trato, provee fuerte evidencia acerca de la presencia de amalgamiento y rigidez. Cuando las modificaciones en una persona tienen consecuencias dramáticas en todo el sistema, los niveles tanto bajos de diferenciación como los altos del amalgamiento son claramente identificables. También el aislamiento, la depresión y hastío sugieren que - las familias obesas tienen problemas para reunirse y convivir lo cual es igual a otra familia psicósomática." (21)

Brown (1966)

«En los obesos adultos, las fronteras son débiles entre - la familia nuclear y las familias de los cónyuges, lo que - produce confusión entre los límites padre-hijo" (5).

Estamos seguros de que el componente familiar y emocional ejerce influencia en la obesidad, pero se debe considerar si los rasgos psicológicos causales en la patogénesis de la -

obesidad, o son las presiones de vivir en una sociedad que elogie la delgadez; lo que causa aflicciones que involucran sensaciones por un sobrepeso moderado; pero algunos de estos son masivamente obesos, por lo que las oportunidades de una vida social y de trabajo normal son inhibidas en caso del repudio de la sociedad; lo que trae como consecuencia frustración, ansiedad y desordenes emocionales. La obesidad es relacionada con diversos prejuicios en nuestra sociedad presentándose actitudes negativas, ostracismo social, predisposición académica, discriminación y obstáculos en el avance de su carrera.

Estos prejuicios aparecen por imitar modos que están establecidos temporalmente, no han sido individualizados y son simplificados en un compendio de singularidades personales adjudicando a los obesos (Cowan, 1991). "Estos patrones son transmitidos culturalmente en la niñez y continúan reforzados en la vida adulta por lo que la obesidad dentro de nuestra cultura también es asunto de enseñanza." (14)

Krantz (1979) "observó que las presiones sociales que operan sobre el obeso son decisivos de su conducta de ingesta, reconociendo una "supresión social" efecto asociado con la auto-concientización cuando come en demasía, dados los efectos sociales que ésto le traerá (28). Por otro lado, Rosenthal y Marx (1981) identificaron dos grupos de gente sobre-alimentada: el

comedor social y el comedor, cada grupo presenta modelos diferentes de déficits de habilidades, la comida ante situaciones sociales se vinculó con una falta de asertividad, mientras -- que el comer en soledad ocurre como respuesta a emociones penosas, lo que indica una inhabilidad de afrontamiento." (44)

En México, Cuellar y Castro (1976)," realizaron un estudio de factores psicosociales culturales que influyen en la obesidad, identificando como los principales: alteraciones en las relaciones interpersonales, cambios frecuentes de estado emocional, conducta compulsiva como masticar rápido los alimentos, comer de prisa y más de tres veces al día." (10)

5.4. Obesidad en la niñez y la Adolescencia: Tratamientos.

Los principales tratamientos aplicados al problema de la obesidad son: las dietas, los fármacos, el ejercicio físico, la cirugía y los programas conductuales.

Dietas.

Gonzalez Lozano (1975)

"Existe una diversidad de tratamientos de este tipo, los cuales podemos clasificar en tres grupos: (20)

Equilibradas. Son las que contienen todos los nutrientes: grasas, carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales; con una limitante en calorías.

Desequilibradas: Prohiben los alimentos que poseen carbohidratos y grasas.

De Ayuno Total: Sólo se puede tomar agua, sin ningún alimento.

Mahoney y Mahoney (1981), González y Col. (1975),⁴ señalan que es conveniente insistir sobre el horario, el contenido

do y la composición de las comidas que tienen por objeto condicionar al obeso para que alcance recuperar ciertos hábitos que sustituyan la regulación automática de la ingestión de los alimentos que generalmente está perdida en la obesidad.- Dado que el problema no son los kilos, sino los hábitos, es por eso que las dietas no dan resultados satisfactorios en cuanto al mantenimiento." (37)

La explicación que se dá a este suceso es que mientras el sujeto está haciendo la dieta, el acto de comer se encuentra bajo el control de estímulos sucesivos generalmente asociados con la dieta, privación, eliminación de comidas desechables, etc., sin embargo vuelve a estar controlado por los estímulos anteriores a la dieta en cuanto ésta se deja.

Ruiz . . . " efectuó un estudio sobre el efecto de una dieta de reducción de 1000 KC. en un grupo de niños obesos. Proporcionando información nutricional, educación para el consumo y dietas prescritas. Se descubrió que sólo un 50% de los infantes siguieron las dietas en forma adecuada. En encuestas educativo-nutricionales se encontró un promedio de 6.5% contra 9.5% al final del tratamiento. Esto nos demuestra que los niños aprendieron lo que se les enseñó, pero no cambiaron su actitud y conductas de manera conveniente como para consumir lo prescrito." (8)

Terapia Médica

Este tipo de tratamiento se utiliza en forma aislada o en combinación con anorexigénicos, psicotrópicos, estimulantes metabólicos y estimulantes de la saciedad, los cuales están destinados a reducir el apetito.

Anorexigénicos. En este grupo se incluyen las anfetaminas, - sus derivados y algunos compuestos tricíclicos. De estos, las anfetaminas y sus derivados han sido los más empleados.

La anfetamina y metanfetamina comparten un compuesto anorexigénico que inhibe el apetito, pero tiene una acción estimulante neurológica muy significativa con efectos colaterales como insomnio, nerviosismo, sequedad de mucosa, vasoconstricción, taquicardia e hipertensión arterial. El problema más delicado de estos fármacos es la dependencia física y psíquica que ha llevado en la actualidad a su abandono como agentes terapéuticos.

Psicotrópicos. Estas drogas pueden ser tranquilizantes o antidepresivos, sin embargo, este método es ineficiente, ya que mientras se tomen las pastillas se reducirá el peso, pero al dejar de tomarlas se tiende a subir nuevamente.

Estimulantes de saciedad. Son para disminuir la sensación de hambre en las dietas. La problemática de éstos es que dificultan la absorción de algunos substratos.

Este tipo de tratamientos con fármacos requiere de estricta vigilancia médica ya que con la automedicación ha cobrado algunas vidas, y se ha puesto en peligro otras.

Ejercicio Físico.

Ha sido considerado por todos los especialistas benéfico para la salud en general, excepto en casos específicos -- donde existen problemas fisiológicos que impidan realizarlo.

Son programas de ejercicios para que la persona siga cogiendo lo mismo, pero exige mayor gasto de energía y se dé un mejor equilibrio. Hay que considerar si el ejercicio se efectúa antes de comer, cuando el nivel de azúcar en el cuerpo es muy bajo, ya que puede resultar contraproducente debido a que el hambre se incrementa y la cantidad de alimento que se come será mayor. Si por el contrario, el ejercicio se realiza unas horas después de comer, el nivel de azúcar no ha disminuido lo suficiente, y entonces podemos decir que el ejercicio sí es efectivo pues produce un descenso en el porcentaje de grasa corporal.

CAPITULO VI.

METODOLOGIA

Terapia Quirúrgica

González y Col (1973), "plantean que en los últimos 10 años se inició este procedimiento, haciendo un corto circuito intestinal para producir el síndrome artificial de mala absorción. Se trata de disfuncionalizar un segmento del intestino delgado, yeyuno y/o ileo, suficiente para ocasionar mala absorción sin provocar graves padecimientos, a pesar de esto - se han encontrado trastornos colaterales como diarrea, lesiones hepáticas," etc. (9)

Hay otros sistemas que están encaminados a modificar diversas variables relacionadas con la comida y que remarcan - la importancia de los hábitos alimenticios y el ambiente como variables que mantienen la obesidad. Estos tratamientos - son los conductuales.

Conductuales

Los principios en que se basan estos tratamientos son - los de cambiar el comportamiento que antecede o acompaña a - la ingesta de cada individuo, ya que consideran que la obesidad es el resultado de un aprendizaje de conductas inapropiadas, las cuales suponen, pueden ser transformadas con un nuevo aprendizaje.

Estos procedimientos se clasifican en base a los fundamentos de modificación conductual.

Estímulos Antecedentes

Son el primer peldaño para la conducta de comer, tales como el olor, gusto, presentación de la comida, etc. Como se ha planteado que los obesos responden a los estímulos externos.

El origen de estos métodos es efectuar un análisis de los estímulos discriminativos.

Sensibilización Encubierta: Tiene por objeto asociar la conducta de comer con un estímulo aversivo, en un estado de relajación.

Condicionamiento Operante Encubierto: Es el uso sistemático de pensamientos negativos, imágenes, reflexiones relacionadas con la pérdida de peso, los cuales son reforzados por conductas positivas.

Autoreforzamiento: Consiste en el control de

estímulos discriminativos antecedentes de la ingesta.

Estímulos Consecuentes

Reforzamiento Positivo: Se aplica un sistema de fichas o administración contractual por contingencias.

Reforzamiento del Medio Ambiente Social:

La conducta del individuo está controlada por un rango de reforzamiento del ambiente, - por lo tanto, el mantenimiento de la reducción de peso va a depender de esto.

Procedimientos Adicionales

Automonitoreo: Aquí se autoregistra cada persona con el fin de tener información del peso, hábito alimenticio, actividad física, tipo de alimentación, etc. - obteniendo así retroalimentación de las variables anteriores.

res y las del ambiente que están influyendo en su conducta de comer. El automonitoreo - también es efectivo como reforzador ya que se pueden ver los progresos que se van logrando personalmente.

Establecimiento de Metas: En común acuerdo el experimentador y el sujeto deciden las mejoras que ha de hacerle al tratamiento, y las metas a las que se quiere llegar.

Todos los tratamientos por sí solos no tienen tan óptimos resultados si no se lleva a cabo un tratamiento integral como el que plantean Paredes y Sumano

Durante un año trabajaron con 83 niños y adolescentes - con el fin de favorecer un ambiente familiar que promoviera la modificación del hábito alimenticio estableciendo el siguiente esquema: a) vigilancia médica de crecimiento; b) -- orientación dietética individual; c) sesiones programadas de ejercicio físico semanal en forma grupal, individual y/o familiar; d) terapia psicológica de la misma forma que la anterior, y e) pláticas grupales de información y orientación mé

dica, psicológica, social y dietética.

En otro estudio se llevó a cabo un ensayo comparativo -- entre dos técnicas para el tratamiento de la obesidad:

a) Programa de modificación de conducta.

b) Con ayuda de dieta.

En un grupo de 20 obesos se observó la pérdida de peso alcanzada por el grupo experimental (programa de modificación de conducta) después de doce semanas fue de 6900 kg. por semana.

También se encontraron diferencias significativas en los dos grupos estudiados con relación al abandono del tratamiento, al final de doce semanas permanecían en el mismo 80% del grupo experimental y 70% del grupo control.

CAPITULO VI. METODOLOGIA.

6.1. Planteamiento del Problema

¿Qué influencia tiene la reducción de ansiedad como factor predisponente de la obesidad, después de una terapia de grupo?

6.2. Delimitaciones

Con el fin de hacer una investigación profunda de las personas que son obesas y han llevado un sin fin de tratamientos no siendo satisfactorios del todo; una vez teniendo los resultados de las personas siendo sometidas a un tratamiento, lograrán cambiar su manera de comer, bajar la ansiedad así como poder bajar de peso.

Llegar a mostrar a los diferentes grupos, que se encuentran afectados por este mismo problema, que bajo cierto tratamiento psicológico y dieta, estas personas podrán tener un grado más bajo de ansiedad, así sus frustraciones o depresiones, no las podrán refugiar en la comida para saciar todas aquellas cosas que no se le fueron concedidas y tendrán otro tipo de actividad para compensar ciertas necesidades que requerimos día a día.

Si esto se obtiene, podrá partirse de la amplia experiencia para poder tratar a personas con problemas de obesidad.

6.3. Formulación de Hipótesis.

Ha. Existe diferencia significativa en las personas obesas que presentan ansiedad, ante una terapia del grupo.

Ho. No existe diferencia significativa en los sujetos obesos que presentan ansiedad ante una terapia de grupo.

6.4. Formulación de Variables.

Variable Independiente.	Terapia de Grupo.
Variable Independiente.	Terapia de Grupo.
Variable Dependiente	Obesidad.
Variable Dependiente	Personas que en relación a su peso y estatura exceden 10 kilos.
Variable Dependiente	Ansiedad.
Variable Dependiente	Personas con puntaje mínimo de 60 en el -- IDARE. (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado).

6.5. Descripción de Instrumentos o Material.

- 1.- Entrevista Inicial.
- 2.- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- 3.- Báscula para registro del peso.

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

El tipo de entrevista empleada fue estructurada no estandarizada, para lo cual se empleó un cuestionario. (Anexo 1)

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

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

La escala A-Rasgo, se refiere a las diferencias individuales relativamente estables, en la propensión a la ansiedad

la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de respuesta.

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

Las puntuaciones crudas obtenidas por las aplicaciones se transforman a puntuaciones "T" normalizadas para las dos escalas; ésto a través de la confiabilidad y validez propia de la prueba (media igual a 100, y que se localiza en el cuadro I del Manual-Instructivo de la Prueba).

6.6 Población.

La población consta de 200 sujetos de los cuales fueron mujeres de 25 a 30 años de edad con sobrepeso, de nivel socioeconómico medio, mexicanas , amas de casa y que presentan obesidad no orgánica y no menos de dos años con sobrepeso , reconociendo su problema como tal.

6.7 Muestra.

La muestra está representada por 60 sujetos de los cuales 30 son grupo experimental y 30 grupo control.

6.8 Diseño.

Expost-Facto de verificación de hipótesis alternativas, se trata de una investigación de campo , donde las variables dependientes ya estan dadas y donde se pretende ver qué efecto tiene la variable independiente.

6.9. Sistematización de Datos

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

V1.= Peso Inicial.

V2.= Ansiedad Estado Inicial.

V3.= Ansiedad Rasgo Inicial.

V4.= Peso Final.

V5.= Ansiedad Estado Final.

V6.= Ansiedad Rasgo Final.

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

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

Empleando la fórmula:

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

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

Donde: \bar{X}_1 = Media del primer grupo. (Antes)

\bar{X}_2 = Media del segundo grupo. (Después)

diff = Error standart de la diferencia antes-después.

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

$$d^2 - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2$$

$$= \frac{\quad}{N}$$

Donde:

d^2 = Diferencias de los resultados al cuadrado.

N = Número de sujetos.

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

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

Y la fórmula del error standart de la diferencia antes--
después.

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

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

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

Empleando la fórmula:

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N^3 - N}$$

Donde: r = A los rangos ordenados.

d = A la diferencia de los rangos.

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

N = Número de sujetos.

Donde para probar la significación de cualquier cambio - observado con este método se elaboró una tabla de 4 entradas de frecuencias que representen al 1o. y 2o. conjunto de resultados de los mismos individuos.

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

		Después	
		-	+
Antes	+	A	B
	-	C	D

Se usan + y - para simbolizar respuestas diferentes.

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

"A" si cambió de + a -.

"D" si cambió de - a +.

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

"B" respuestas de + antes y después.

"C" respuestas de - antes y después.

Sistematización de Datos:

El análisis de resultados se llevó a nivel cualitativo y cuantitativo.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA TERAPIA DE GRUPO.

El trabajo terapéutico se desarrolló en sesiones con duración de tres horas.

En las primeras sesiones se les administró el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, en forma grupal. Posteriormente se efectuó la presentación de cada una, así como sus datos generales y la razón principal que las motivó a estar en el grupo.

Dentro de los motivos se encontró:

- 1.- Bajar de peso.
- 2.- Verse bien.
- 3.- Vanidad.
- 4.- Prescripción médica de bajar peso.
- 5.- Otro método de bajar de peso.
- 6.- Aceptación.
- 7.- Reducir la ansiedad al comer compulsivamente.
- 8.- Evitar el rechazo familiar.
- 9.- Tener un control y motivación porque sola es más difícil.

Se les midió y se les registró el peso.

Sujeto	Medida Actual	Peso Actual	Sobrepeso
1	1.57	79 kgs.	23 kgs.
2	1.66	70	10
3	1.55	82	30
4	1.61	67	11
5	1.70	86	14
6	1.75	90	25
7	1.54	67	15
8	1.65	70	12
9	1.59	81	26
10	1.65	81	23
11	1.61	70	14
12	1.70	90	18
13	1.62	67	11
14	1.75	85	20
15	1.54	70	17
16	1.65	85	26
17	1.72	86	14
18	1.68	82	26
19	1.56	80	25
20	1.75	85	13
21	1.55	75	23
22	1.59	79	21
23	1.59	81	26
24	1.70	85	13
25	1.61	68	12
26	1.66	72	12
27	1.57	83	29
28	1.62	73	10
29	1.58	77	18
30	1.66	70	10

También se les aplicó un cuestionario nutricional (Anexo 3).

Además, se dio una conferencia nutricional donde se tocaron las siguientes puntos: (Anexo 4).

- 1.- Definición de Alimentos
- 2.- Nutrientes y sus funciones
- 3.- Grupos de Alimentos
- 4.- Hábitos Alimentarios
- 5.- Definición de Obesidad y Problemas que produce para la Salud.

Proporcionándoles folletos de la información de la conferencia (Anexo 5).

Se les indicó que deberían de efectuar un registro de consumo de alimentos (Anexo 6).

Al inicio de la terapia manifestaron que les causa ansiedad pertenecer a este tipo de grupos, hablaban de sus deseos de abandonar el grupo, porque no sabían que iba a ocurrir y si iban a lograr mantenerse o no; si podrían cumplir, si podrían compartir sus conflictos, etc., anteponiéndose así sus mecanismos defensivos, así como sus resistencias.

Para reducir esta angustia se les explicó que son reacciones comunes dentro de cualquier grupo de terapia.

Les resultó difícil registrar su consumo de alimentos - dado lo que implica ser responsable de si mismas y su conducta.

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

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

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

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

Lo que sucedió en forma casi unánime, fue una constante

necesidad de pensar en sí mismas.

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

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

Se mencionaron conflictos de la adolescencia, para relacionarse con los jóvenes, de la incapacidad de contacto físico por el sentimiento de culpa, de la autoestima y la falta de independencia otorgada por los padres y hermanos.

Plantearon también, el problema de descifrar los mensajes que envía su pareja, ya que surge confusión por las dos partes acerca de la ansiedad afectiva y la necesidad --- sexual.

Esto es, en ocasiones expresar sus necesidades les hace vivir conflictos, disgustos y pleitos porque se les "ve" como objetos sexuales y no como seres con necesidades emocionales surgiendo odio y resentimiento hacia la figura masculina.

Expresaron de que al casarse pasaron a ser dependientes, (emocionalmente) de sus parejas, que ésto les dañó porque no rompían con el pasado sino lo cargaban y lo reforzaban.

Se desprendió que la baja autoestima o la minusvalía viene desde la infancia, que sus problemas son desde pequeños, hablan de rivalidades con sus madres y un sentimiento de confusión y culpa ante éstas, comentan de sus hijos, de las cosas que les preocupan en relación a ellos para "no cometer los mismos errores".

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

Comunicaron la inseguridad como padres en el trato a los hijos, de la situación que se crea por la angustia de los -

progenitores en estos.

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

"Para dar hay que tener, sino cómo puedes dar".

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

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

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

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

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

Esto trajo consigo la importancia de la reeducación sobre los hábitos de alimentación, mencionaron entre otras cuestiones lo mal habituada que estaban a comer por comer, a no verse ni a ver qué cantidad de alimento ingerían realmente. Hablaron de lo que debían hacer con su alimentación y se les planteó manejar su sentir, regresar un poco a esos momentos y expresar sus conductas y sentimientos cuando se sentían en mejor peso o con un mejor físico, esto les sorprendió un po-

co, pero reaccionaron favorablemente manifestando una incongruencia en sus actividades (en ese momento) y sus reacciones mentales.

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

Se hizo reflexión sobre la dependencia, sobre cómo los demás manejan sus sentimientos.

Se trato el manejo de autoresponsabilidad, de su deseo de retornar a etapas anteriores y gracias a ésto el papel - que adquieren de infantes por momentos, así como socialmente de minusvalía y la forma en que se les hable (sobrenombres) por su forma de comportarse al comer.

Se cuestionó acerca del motivante al comer, ¿si comen porque lo desean, por autogratificación, por costumbre o por miedo, o porque motivos sociales parecen existir para hacerlo? donde expresaron con dificultad: que se identifica la necesidad de satisfacer "algo" que no fuere satisfecho en su infancia y la necesidad de reducir la ansiedad generada por los conflictos sin que exista un control del impulso gratificador, en este caso la comida.

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

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

Esto se manejó como resistencia y mecanismos defensivos

manifiestos, se redujo ansiedad, se estableció la diferencia entre las necesidades inconscientes y los deseos conscientes.

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

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

Se habló de si deben dar más o escucharse a sí mismas en cuanto que están mal al dar y no recibir, si viven devaluadas.

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

A partir de esto, se menciona la necesidad de auto-agresión al darse cuenta de su insatisfacción con su imagen corporal, hablaban de su dificultad primordialmente en la infancia para expresar sus deseos, el no ser escuchadas, "me con--

sentían, pero no me escuchaban, tenía que ser como querían ellos y no lo que a mí me gustaba, siempre estaba sola, creí que tenía algo de malo dentro de mí y trataba de hacerlos reír, y de que se sintieran bien para que me escucharan".

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

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

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

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

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

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

Se les comentó que son individuos plenos de potencialidades que no se habían descubierto antes, se habla de haber caído en una cierta apatía que las condujo a sobrevivir sin importar que sucesos afectaron su vida tanto en forma positiva como negativa.

Comunicaron de un cambio en diferentes áreas de su vida principalmente en cuanto a creatividad, amor por las cosas y

fé en los demás.

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

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

ANALISIS CUANTITATIVO

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

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

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

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

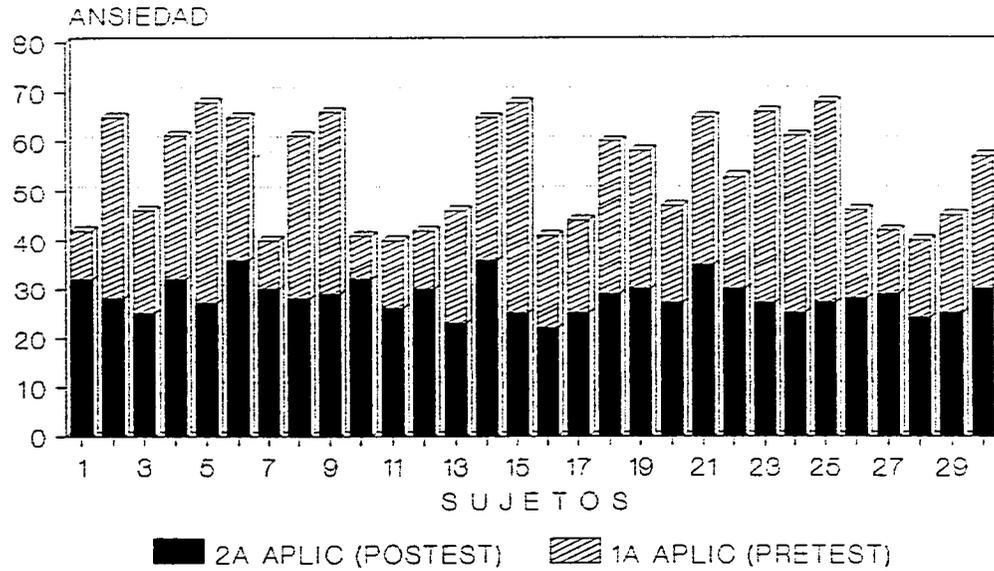
Para el manejo de ésta información se empleó la prueba de Mc Nemar para la significación de los cambios, particularmente apropiada para los diseños antes y después en los que cada persona es usada como su propio control, y que en la medida tiene la fuerza de una escala nominal y ordinal, señalando el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

Los resultados obtenidos en la prueba del IDARE, en la escala de Ansiedad-Estado, variable 2 y 5 fueron: (ver gráfica 1).

SUJETOS	PRETEST	POSTEST
1	42	32
2	65	28
3	46	25
4	61	32
5	68	27
6	65	36
7	40	30
8	61	28
9	66	29
10	41	32
11	40	26
12	42	30
13	46	23
14	65	36
15	68	25
16	41	22
17	44	25
18	60	29
19	58	30
20	47	27
21	65	35
22	53	30
23	66	27
24	61	25
25	68	27
26	46	28
27	42	29
28	40	24
29	45	25
30	57	30

GRAFICA 1. RESULTADOS IDARE (ANSIEDAD-ESTADO)

GRAFICA 1 RESULTADOS IDARE (ANSIEDAD-ESTADO)



$$\text{Donde: } \sigma = \sqrt{\frac{\sum d^2 - 2(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}{N}} = 15.344$$

$$\text{Diff} = \frac{\sigma}{N - 1} = 5.81$$

$$"t" = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ Diff.}} = 3.80$$

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

Ho. Las personas después del tratamiento no reducen ansiedad.

En cuanto a Ansiedad-Rasgo, variables 3 y 6, los resultados fueron: (ver gráfica 2)

Sujeto	Pretest	Postest.
1	68	27
2	37	30
3	53	33
4	42	39
5	51	36
6	62	27
7	34	27
8	55	35

Sujeto	Pretest	Postest
9	56	30
10	61	32
11	41	27
12	65	28
13	46	25
14	40	30
15	56	28
16	68	29
17	51	25
18	37	30
19	42	37
20	56	30
21	53	33
22	34	28
23	51	25
24	68	30
25	65	35
26	48	20
27	53	38
28	68	24
29	51	28
30	46	30

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

$$\text{Diff.} = \frac{\quad}{N - 1} = 4.13$$

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

Obteniéndose una media inicial de 48.75 y la media final de 3.5. con un valor "t" de 3.81 y un nivel de significancia de 1. De lo que existen cambios en la ansiedad, después del tratamiento, rechazando la hipótesis nula que dice:

Ho. Las personas después del tratamiento no reducen ansiedad.

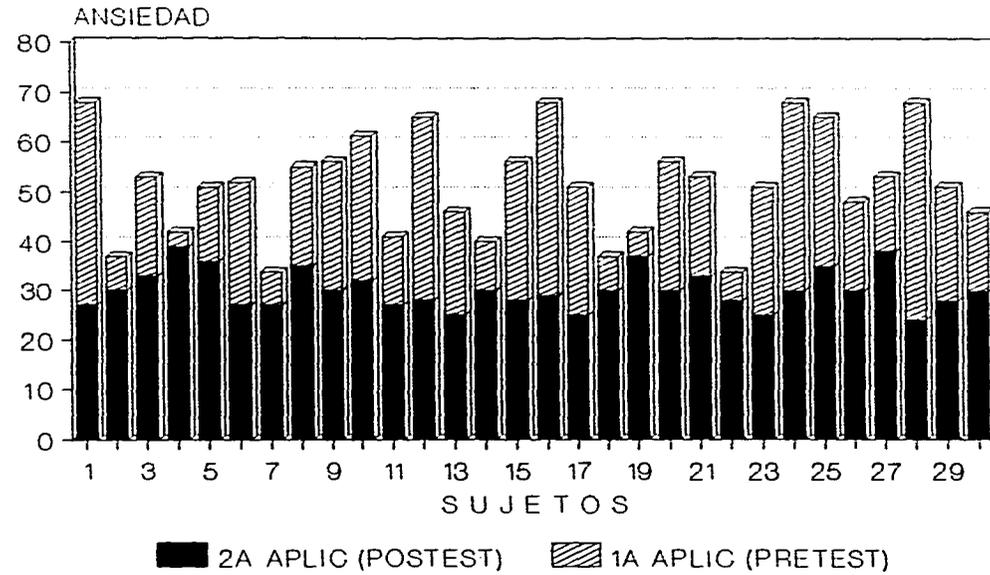
Obteniendo como resultados posteriores al tratamiento y luego de pesarlos se observa que sí hubo una baja real tanto de peso como de ansiedad, que no se debió al azar.

Sujeto	Antes	Después
1	79	72
2	70	65
3	82	76
4	67	61
5	86	79
6	90	85
7	67	61
8	70	65
9	81	78

Sujeto	Antes	Después
10	81	76
11	70	67
12	90	85
13	69	62
14	85	78
15	70	66
16	85	79
17	86	80
18	82	78
19	80	76
20	85	80
21	75	69
22	79	73
23	81	77
24	85	80
25	68	62
26	72	67
27	83	78
28	73	69
29	77	74
30	70	64

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA 2 RESULTADOS IDARE (ANSIEDAD-RASGO)



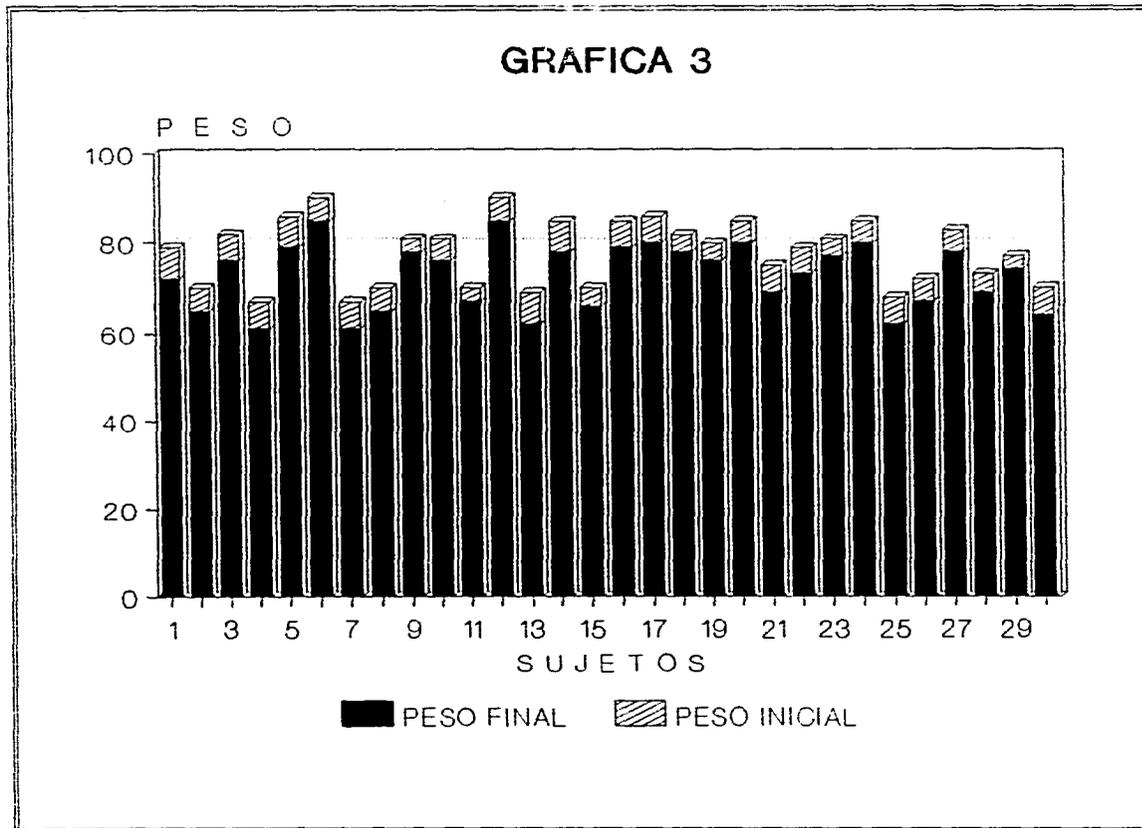
Donde:

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

$$\text{diff} = \frac{\sigma}{\sqrt{N - 1}} = 1.23$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ diff}} = 49$$

Obteniéndose un valor "t" de 49 con un nivel de significancia de .001, por lo que existen diferencias significativas en tre el peso inicial y el peso final después del tratamiento.



C A P I T U L O V I I .

C O N C L U S I O N E S .

CAPITULO VII. CONCLUSIONES.

Dentro de la obesidad se considera la causa genética - como frecuente en familias de obesos, aunque en realidad es transmitida de padres a hijos principalmente por la tendencia que existe a comunicar hábitos y costumbres, adecuando la probabilidad de tendencia genética.

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

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

En ocasiones las personas obesas comen por la noche - porque se representa un menor control social y situacional, mismos que le ayudaría a frenar los problemas relacionados con el control de la alimentación.

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

El desarrollo de la obesidad suele ocurrir en un marco familiar en que los padres compensan las propias frustraciones y desengaños de su vida a través de su devoción hacia el infante, sin permitir que el niño se desenvuelva comúnmente tratándolos con una sobreprotección angustiada que los motiva a comer, le demuestran amor por medio de la comida, y le brindan salud y protección condicionándolos a ingerir alimentos para complacer a sus padres y a su vez, poder recibir atención.

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

El proceso anormal ocurre cuando la figura paterna le dice al hijo como se siente él, y forza la ingestión de alimentos como un medio de aliviar la angustia del progenitor, sin considerar las necesidades corporales del niño.

Algunos individuos emplean el sobrepeso como medio de escapar a sus angustias, esto se complica más cuando sienten que sus familiares y amigos los rechazan por su obesidad, - por lo que buscan el equilibrio a través de la comida, misma que se vive como expresión de amor y satisfacción. La comida les está representando algo (inconscientemente), formándose una necesidad que no pueden satisfacer, por lo que comen más y más, generalmente se trata de una demanda no satisfecha de otra etapa.

Se presentan diferentes sintomatologías como manifestación de ansiedad, como por ejemplo, preocupación sobre lo_ que pensarán los demás por lo que hayan realizado, cefálea, problemas gastrointestinales, falta de sueño, morderse las uñas, dificultades para relajarse, inquietud, depresión, - etc.

Las personas con la problemática de la obesidad consideran que cubren sus exigencias que creen que requieren físicamente, cuando en realidad se debe a motivos psicológicos.

En cuanto a los trastornos causados por la obesidad podemos observar cómo afectan no sólo en el área física del ser humano, sino también sociales y psicológicas.

Problemas que por el medio familiar se podrían aminorar_ alterando los patrones negativos de conducta principalmente - en lo referente a la aceptación o rechazo del infante por me_ dio de la comida y, en cuanto a la transmisión de conflictos_ de padres e hijos que por una supuesta prevención para éstos últimos les causen mayor daño " (para que no le suceda lo que a mí) ".

Es importante resaltar que la obesidad, tiene su esencia en las causas psicológicas de ahí que los tratamientos deben estar encaminados a identificar la causa real y no dar apela_ tivos como a veces acontece con las dietas, masajes, ejerci-- cios que en un corto tiempo tenemos efectos significativos, - sin embargo, dado que persiste el conflicto a largo tiempo - volvemos a tener nuestro sobrepeso.

En la investigación una de las situaciones que se obser_ vó es que la hostilidad reprimida es una fuente de angustia, - manifestándose también mecanismos defensivos y la fluctuante_ ansiedad.

Se advirtió una marcada devaluación al igual que agre_ sión la cual estaba dirigida hacia los seres amados de los

que son dependientes que no les permiten vivir plenamente negándoles posibilidades de adelgazar con dobles mensajes que les confunden y les frustran, no solo en esta cuestión sino en las diversas áreas de su vida, ocasionándose autoagresión, culpa, deseos de venganza, etc., en general emociones desgastantes que les impiden resolver la conflictiva, aumentando -- sus sentimientos de angustia y agresión ante aquellos que les ayudan a mantener cierto tipo de personalidad equivocada lejos de permitirles sanar, con su simple no obstrucción.

También se observó de acuerdo a los resultados obtenidos por medio del instrumento psicométrico que la ansiedad disminuyó en las personas que participaron en la terapia de grupo.

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

- 1.- Atkinson R., L. Massive Obesity; Complications and Treatment Nutrition Review, 1991, 49: 49-54 p.
- 2.- Alon, C. The Control of Eating. Journal of Mathetics # 1. N.Y. USA. 1980. pág. 87-93.
- 3.- Avila, R. H., Nutrición y Salud: Conceptos Inseparables Cuadernos de Nutrición, 1982, 5: 20-31 p.
- 4.- Bourges, R. Guías para la Orientación Alimentaria, Primera Parte. Cuadernos de Nutrición, 1987, 10, 17-32 p.
- 5.- Bowen, M. Teorías Sociales. Family Therapy in Clinical - Practice, 1966 New York: Gardener Press. 150 p.
- 6.- Bray, G. The Obiese Patients, 1976, Filadelfia, Saunders 150 p.
- 7.- Bruch, H., The Importance of Overweight, Nueva York, W. W. Norton & Co. 150 p. 1966
- 8.- Bruch, H. Eating Disorders, 1973, Nueva York, Basic Books 200 p.
- 9.- Buller, B., Moneud, L., Cohen, H. Attindes Toward Psysical activity food and family in obese and nonobese adolescents girls, The American Journal of Clinical Nutrition 1963, 12, (1) 1-11.
- 10.- Castro, G., y Cuellar A. Psico-Socio Culturales que In--fluyen en la Obesidad. Cuaderno de Nutrición, 1976, 1 -- (3), 211 -218 p.

CAPITULO VIII.

BIBLIOGRAFIA.

- 11.- Coates, T. y Thoresen C., Treatin Obesity in Children - and Adolescentes: A Review. American Journal of Public - Health, 1978, 68, (2) 143-149 p.
- 12.- Cohen, E. Gelfand, D. Dodd, D. y Turner, Ch. Self-Control Practices Associated with Weight Loss Maintenance of Children and Adolescents Behavior Therapy, 1980, 11, 26-37 p.
- 13.- Collip, P. Childhood Obesity, 1980, USA, Litteton, Mass
- 14.- Cowan, G. Samlley, D. Defibaugh, N. Sehuert, W., y James S., Obesity Sterotypes Among Physicians, Medical - and College Students, Obesity Surgery, 1, 171-175 p.
- 15.- Degrou, L. Endocrinology, 1983 Vol. III, USA, Sauders Company United States of America
- 16.- Díaz-Guerrero R., Spielberg Inventario de Ansiedad, --- Rasgo-Estado, 1975, México, D.F., Edit. Manual Moderno 28 p.
- 17.- Drash, A., Relation Ship Between Diabetes Mellitus and Obesity in the Child Metabolism, 1973, 22, 336-344 p.
- 18.- Fernández, F., Suman E., Obesidad en la Niñez y Adolescencia, Evaluación a un Año de Tratamiento Integral, -- Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 1986, - 43 (9), 555-557 p.
- 19.- Gold, D., Psychological Factors Associated whit Obesity American Family Physician, 1976, 13, 87-91 p.
- 20.- González B., Lozano, C., Rull J. Obesidad, Instituto -- Nacional de la Nutrición, Edit. Sandoz, México, 1975, - 150 p.

- 21.- Gray, S., Social Aspects of Body Mage Perception of Normality of Weight and Effect Perceptual and Motor Skill -- 1977, 45, 1035-1040 p.
- 22.- GroiJam, M., El Arte y la Técnica de la Terapia Grupal Analítica, 1980, Buenos Aires, Edit. Paidós, 200 p.
- 23.- Jaffen, M.; Kosarov, C., The Motor Development of Fat -- Babies, Clinical Pediatrics, 1982, 21 (10), 619-621 p.
- 24.- Jiménez R.; Apestegui A.; Trejos, R., Hipercoagulabilidad en Niños Obesos, Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 1984, 41 (1), 265-268 p.
- 25.- Khoury, P.; Morrison J., Sibiling Body Mass Index Associations During After Sharing of Common Hodsh, Metabolismo, 1983, 32 (1), 83-89 p.
- 26.- Kingsley, R. y Shapiro, J. A Comparison of Three Behavioral Programs for the Control of Obesity in Children Behavior Therapy, 1977, 8, 30-36 p.
- 27.- Kollar, E., Atkinson R., The Effectiveness of Fasting - in the Treatment of Fasting in the Treatment of Super-Obesity Psychosomatics, 1968, 10, 125-135 p.
- 28.- Krantz, D., A Naturalistic Study of Social Influences - on Meal Size Among Moderately Obese and Non Obese Subjects, Psychosomatic Medicine, 1979, 41, 19-27 p.
- 29.- León, A., The Role of Physical Activity in the Prevention and Management of Obesity in: Tryan, A., Allman T. (Eds.), Sport Medicine, San Diego; Academic Press, - 393-613 p.
- 30.- Levy, F., Two Weight, Two Measures of the Subterfuge of the Obese Person Evolution Psychiatry, 1974, 39 (1), -- 23-42 p.

- 31.- Lewis, J., Family Structure and Stress, Family Process, 1986, 25, 235-247 p.
- 32.- Lucas, A., Undernutrition and Growth, The New England - Journal of Medicine, 1983, 1, 550-553 p.
- 33.- Luengas B.; Cuellar R., La Atención Médica del Niño Obeso, Cuadernos de Nutrición, 1976, 1 (3), 173-181.
- 34.- Lloyd J., Wolf O., Childhood Obesity British, Medical Journal, 1981, 2, 145-151 p.
- 35.- Maddox, Back, Leideman, 1968.
- 36.- Mahoney M., Control Permanente de Peso, 1981, México, - Edit. Trillas.
- 37.- Mahoney B.; Rogers T.; Straw M. y Mahoney M., Human Obesity Assessment and Treatment, 1982, USA, Prentice-Hall.
- 38.- Mc Guigan, F., Psicología Experimental, México, 1973, - Edit. Trillas, 460 p.
- 39.- Marshall, J.; Neil J., The Removal of a Psychosomatic - Symptom, Effects on the Marriage, Family Process, 1977, 16, 273-280 p.
- 40.- Onnis, L., (1990), Terapia Familiar de los Transtornos Psicosomáticos, 1990, España, Edit. Paidós, 200 p.
- 41.- Paredes F., Sumano E., Obesidad en la Niñez: Factores - de Riesgo, Boletín del Hospital Infantil de México, -- 1986, 43 (1), 53-55 p.

- 42.- Pitts, G., Physiologic Regulation of Body Energy Storage, Metabolism, 1978, 27, 469-478.
- 43.- Plutchik R., Emotions and Attitudes Relates To Being --- Over Weight. Journal of Clinica Psychologic, 1976, B2 - (1), 21-24.
- 44.- Roshenthalb, Marx R., Determinants of Initial Relapse - Episodes Among Dieters, Obesity Bariatric Medicine, -- 1981, 10, 91-97 p.
- 45.- Ruiz, R. y Cuellar, A. El Efecto de una Dieta de Reducción de 1000 Calorías en un Grupo de Niños con Obesidad Exógena, Cuaderno de Nutrición, 1976, 1 (3), 197-209 p.
- 46.- Saldaña C., Rosell R., Obesidad, España, Edit. Martínez Roca, 150 p.
- 47.- Sinopoulos A., Van Itallie T., Body Weight, Health and Longevity. Annals International Medicine, 1984, 100, - 285-295 p.
- 48.- Solis, A., Obesidad ¿Qué es? ¿Cómo Prevenirla? ¿Cómo - Corregirla?, 1991, México, Instituto Nacional de Nutrición, 100 p.
- 49.- Siegel, S. Estadística no Paramétrica, 1986, Edit. Trillas, México, 346 p.
- 50.- Start, B., Compórtese Delgado, Consérvese Delgado, 1981 México, D.F., Edit. Diana, 120 p.
- 51.- Stunkard A., Sorensen T., An Adoption Study of Human -- Obesity, Journal of Medicine, 1986, 314: 193-197 p.

- 52.- Van Italle T., Obesity! Adverse Effects on Health and Longevity, American Journal Clinical Nutrition, 1979, - 32, 2723-2733 p.
- 53.- Vera M., Fernández M., Prevención y Tratamiento de la - Obesidad, 1989, España, Edit. Martínez Roca.
- 54.- Williams, R. H., Tratado de Endocrinología, 1984, México, Interamericana, 150 p.

CAPITULO IX.
ANEXOS

A N E X O S

ANEXO 1

ENTREVISTA INICIAL

NOMBRE: _____
DIRECCION: _____
EDAD: _____
SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: _____
OCUPACION: _____

¿CON QUIEN VIVE AHORA? _____
NUMERO DE MIEMBROS, PARENTESCO, EDAD, SEXO, Y ESTUDIOS QUE -
TIENEN:

No.	PARENTESCO	EDAD	SEXO	ESTUDIOS
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

TRABAJOS	DURACION	SALARIOS
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿HA TENIDO PROBLEMAS CON LOS COMPAÑEROS O JEFES? _____
¿POR QUE? _____
¿QUE ESTUDIOS TIENE? _____
¿TIENE ALGUN TITULO O DIPLOMA? _____
¿ULTIMO AÑO QUE ASISTIO A LA ESCUELA? _____

¿EDAD DE INICIO Y FINALIZACION DE ESTUDIOS? _____
 ¿TUVO DIFICULTADES PARA EL ESTUDIO? _____
 ¿QUE TIPO DE DIFICULTADES TUVO? _____

 ¿COMO ERA SU RELACION CON LOS COMPANEROS DE ESTUDIO? - _____

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

 ¿COMO DESCRIBIRIA SU PERSONALIDAD? _____

 ¿QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA HACER? _____

 ¿CUALES SON SUS HABITOS ALIMENTICIOS? _____

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

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

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

 ¿CUAL ES SU NIVEL CULTURAL? _____

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

¿ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE ESTOS INTENTOS? _____

¿REACCIONES DE LA FAMILIA ANTE SU CONDUCTA DE (TABAQUISMO -
ALCOHOLISMO, ARRESTOS, PERIODOS DE PRISION, ROBOS, MENTIRAS,
INTENTOS DE SUICIDIO)? _____

¿QUE EDAD TENIA SU PADRE CUANDO USTED NACIO? _____

¿Y SU MADRE? _____

¿VIVE SU PADRE? _____

¿VIVE SU MADRE? _____

¿QUE EDAD TIENEN? _____

¿SI YA NO VIVEN QUE EDAD TENIAN CUANDO FALLECIERON? _____

¿QUE ESTADO CIVIL TIENEN SUS PADRES? _____

¿OCUPACION DE SU PADRE? _____

¿OCUPACION DE SU MADRE? _____

¿ESTUDIOS DE SU PADRE? _____

¿ESTUDIOS DE SU MADRE? _____

¿TRABAJO SU MADRE CUANDO USTED ERA NIÑA? _____

¿DE QUE? _____

¿QUE EDAD TENIA USTED CUANDO SU MADRE TRABAJÓ? _____

¿QUIEN SE HIZO CARGO DE USTED HASTA SUS 15 AÑOS DE EDAD? _____

¿TIENE HERMANOS? _____

¿CUANTOS? _____

¿MEDIOS HERMANOS? _____

¿QUE LUGAR OCUPA USTED? _____

¿ALGUNO HA MUERTO? _____

¿USTED FUE HIJO DESEADO? _____

¿EN CASO DE QUE NO, SABE POR QUE? _____

¿QUE TRATO LE DABA SU FAMILIA CUANDO ERA NIÑO? _____

¿CUAL ERA SU CONDUCTA ANTE LOS ADULTOS Y FIGURAS SIGNIFICATI
VAS? _____

¿COMO SE LLEVABA CON SUS HERMANOS CUANDO ERAN NIÑOS? _____

¿COMO LOS TRATABAN SUS PADRES? _____

¿COMO LO TRATA SU FAMILIA DE ORIGEN EN LA ACTUALIDAD? _____

¿DONDE CONOCIO A SU PAREJA? _____

¿QUE CONDICIONES PREDOMINAN EN EL MOMENTO DE INICIAR SU
RELACION? _____

¿EDAD AMBOS AL CASARSE? _____

¿QUE CONDICIONES AMBIENTALES Y/O FAMILIARES EXISTIAN AL CA-
SARSE? _____

¿QUE CARACTERISTICAS Y CONDICIONES EXISTIAN EN LA RELACION _
CUANDO SE EFECTUO EL MATRIMONIO? _____

¿PORQUE ELIGIO ESA PAREJA Y NO OTRA? _____

¿EN QUE SE PARECE SU PAREJA Y SU PADRE? _____

¿CUALES SON LAS CONDICIONES ACTUALES DEL MATRIMONIO? _____

¿CUAL ES EL AMBIENTE ACTUAL EN SU CASA? _____

¿QUE ENTIENDE O CREE QUE ES EL AMOR? _____

¿QUE PIENSA DE LA INFIDELIDAD EN EL HOMBRE? _____

¿HA SIDO USTED INFIEL ALGUNA VEZ? _____

¿CUALES SON SUS METAS COMO PAREJA? _____

¿EXISTEN CELOS INTERFAMILIARES? _____

¿DE QUE TIPO? _____

¿CUANDO OBTUVO SU PRIMERA INFORMACION SEXUAL? _____

¿DE QUIEN Y COMO? _____

¿EDAD DE INICIO DE SU MENSTRUACION? _____

¿REACCION ANTE ESTA? _____

¿CUANDO FUE SU PRIMERA RELACION HETEROSEXUAL? _____

¿EN QUE CONDICIONES SE EFECTUO? _____

¿QUE SENSACION TIENE DE ESTA? _____

¿AUMENTO SU DESEO SEXUAL CON EL MATRIMONIO? _____

¿CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO? _____

¿HA SUFRIDO ABORTOS? _____

¿CUANTOS HIJOS TIENE? _____

¿QUE METODO DE CONTROL DE LA NATALIDAD EMPLEA? _____

¿CUAL ES LA FRECUENCIA DE SU VIDA SEXUAL ACTUALMENTE? _____

¿QUE IMAGEN MENTAL TIENE DURANTE EL COITO? _____

¿HA SUFRIDO FRIGIDEZ? _____

¿SU PAREJA HA SUFRIDO IMPOTENCIA? _____

¿HA SUFRIDO MENOPAUSIA? _____

¿HA TENIDO PERIODOS DE MASTURBACION? _____

¿CUANDO INICIO? _____

¿CON QUE FRECUENCIA LA REALIZA (O)? _____

¿QUE SENTIMIENTO LE CAUSA? _____

¿HA TENIDO RELACIONES DE TIPO HOMOSEXUAL? _____

¿HA PRACTICADO ALGUN TIPO DE PERVERSION SEXUAL? _____

¿QUE ACTITUD ASUMIO ANTE ELLAS? _____

¿CUALES SON LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO? _____

¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES VENEREAS? _____
¿QUE TRATAMIENTO LE DIERON Y CUAL FUE SU ACTITUD EMOCIONAL -
ANTE ESTAS? _____

¿HA SUFRIDO ENFERMEDADES MENTALES? _____
DENTRO DE SU FAMILIA SE PRESENTARON: _____
¿SUICIDIOS? _____
¿ABANDONO DE HOGAR? _____
¿INFIDELIDADES? _____
¿CELOS? _____
¿EPILEPSIAS? _____
¿PSICOPATIAS? _____
¿ACTITUDES RELIGIOSAS FANATICAS? _____
¿ORGANIZACIONES PATRIARCALES O MATRIARCALES? _____
¿CUAL ES EL NIVEL CULTURAL FAMILIAR? _____
OTROS: _____

PROBLEMA ACTUAL: _____
INICIA: _____
SINTOMAS SOBRESALIENTES _____
CUADRO AMBIENTAL EN EL QUE SE HA DESARROLLADO EL PROBLEMA: -

SENTIMIENTOS HACIA EL PROBLEMA: _____
APARIENCIA: _____
ACTITUD A LA ENTREVISTA: _____
CONDUCTA Y AJUSTE A LA REALIDAD: _____
UBICACION EN TIEMPO, LUGAR Y ESPACIO: _____

ANEXO 2.

I D A R E

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberg, A. Martínez-Urutiá, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

NOMBRE _____ FECHA: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparece abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indica cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

ANEXO 2

I D A R E

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número - que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápido	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan a punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mí mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

ANEXO 3. CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: SUBRAYA CON LAPIZ LA RESPUESTA CORRECTA,
SI NO LA SABE, NO RAYE.

1. ¿Para qué es necesaria la alimentación?
 - a. para desechar todas las sustancias que entran al cuerpo
 - b. para el buen funcionamiento del cuerpo
 - c. para que el cuerpo engorde
2. Una de las funciones de los nutrientes es:
 - a. darle brillo a los dientes
 - b. disminuir la respiración
 - c. dar energía al cuerpo
3. Señale la lista de palabras que contengan todos los nutrientes
 - a. azúcares, grasas, vitaminas, minerales y proteínas
 - b. levadura, grasas, aceites, soya y pan
 - c. minerales, ajonjolí, manteca, cebolla y sal
4. ¿Cuál de estos alimentos contiene todos los nutrientes?
 - a. betabel
 - b. durazno
 - c. leche
5. ¿Cuál de estas listas de alimentos es más rica en azúcares?
 - a. papaya, naranja y melón
 - b. carne, jamón y salchichas
 - c. mantequilla, mayonesa y crema
6. ¿Cuál de estas listas de alimentos es más rica en proteínas?
 - a. manteca, aceite y margarina
 - b. carne, huevo y quesos
 - c. lechuga, pepinos y rábanos
7. ¿Cuál de estas tres combinaciones de alimentos representa una mejor alimentación?
 - a. leche, pan, zanahoria, naranja y carne
 - b. tortilla, chile, manteca, tomate y sal
 - c. carne, lechuga, gelatina, rábano y col

ANEXO 3. CUESTIONARIO (CONT.)

8. Señale un buen hábito alimentario

- a. comer siempre viendo la T.V.
- b. comer siempre tres veces al día
- c. comer siempre algo entre comidas

9. Señale la causa de la obesidad

- a. estar enfermo del tiroides
- b. tomar mucha sal en las comidas
- c. comer más de lo que el cuerpo necesita

10. Señale un problema de salud que cause la obesidad

- a. acidez estomal
- b. enfermedades cardiovasculares

ANEXO 4.

CONFERENCIA NUTRICIONAL

1. Definición de alimentación
2. Nutrientes
3. Funciones de los nutrientes
4. Grupos de alimentos
5. Hábitos alimentarios
6. Definición de obesidad y problemas que produce para la salud

1. Definición de alimentación

La alimentación es un proceso por el cual nosotros ingerimos sustancias llamadas alimentos y con ello podemos subsistir. La alimentación es básica para el buen funcionamiento del cuerpo, para crecer, desarrollarnos y para poder seguir viviendo. Nosotros comemos y al comer nuestro cuerpo se nutre, esto es que toma de los alimentos sustancias que se llaman nutrientes y que son las que el cuerpo necesita para funcionar bien. De este modo tendremos calor y no estaremos fríos como los objetos; nos desarrollaremos bien, nuestras piernas crecerán, los brazos también, etc. Así pues, si nos enfermamos, nuestro cuerpo tendrá defensas y nos aliviaremos pronto. Nuestro cuerpo toma de los alimentos lo que necesita y lo que ya no le sirve lo desecha por medio de la orina, sudor y excremento. Si nosotros nos estamos alimentanu

do con comida que al cuerpo no le sirve, entonces el cuerpo lo desecha y empezamos a enflacar, no crecemos, no tenemos defensas cuando nos enfermamos, etc. Si por el contrario, el cuerpo está tomando demasiada comida, entonces, el cuerpo lo almacena y empezamos a engordar y, tampoco nuestro cuerpo va a funcionar bien pues toda esa comida acumulada y guardada nos va a estorbar para todo lo que hacemos, impidiendo que el cuerpo realice bien sus funciones.

Debemos, pues, comer alimentos que nos nutran, que le sirvan al cuerpo, sobretodo cuando somos niños. Necesitamos comer bien para crecer y desarrollarnos bien, para tener energías y no debemos comer mucho para que no nos haga mal para nuestra salud.

2. Nutrientes

Los nutrientes son precisamente las sustancias que contienen los alimentos y nos sirven, nos nutren; por eso se llaman nutrientes y son cinco:

1. Azúcares o hidratos de carbono. Existen en muchos alimentos, sobre todo en el pan, tortilla, cereales, frijoles; y nos dan mucha energía.

2. Grasas. Las grasas las podemos encontrar en la mantequilla, tocino, mayonesa y nos dan mucho calor.

3. Proteínas. Las podemos encontrar en la carne, pollo, leche, huevo y nos ayudan a desarrollarnos, a crecer; debemos tomar muchas proteínas.

4. y 5. Vitaminas y minerales. Estas dos ayudan mucho al cuerpo para que funcione bien y las encontramos en muchos alimentos como pan, fruta, verduras, etc.

3. Funciones de los nutrientes

Los nutrientes tienen tres funciones principales:

1. Proporcionan energía al cuerpo. El cuerpo necesita energía para moverse y realizar muchas actividades. Necesitamos calor que es energía para estar calientitos, tener buena temperatura. Necesitamos energía para correr, caminar, pensar, bajar escaleras, etc.

2. Otra función es la constructora y reparadora. Los alimentos y los nutrientes tienen también una función de reparador; repara y compone todo lo que se descompone en el -

cuerpo. Así, cuando nos enfermamos, gracias a los nutrientes, el cuerpo repara lo que se descompuso y nos aliviamos. También tiene la función de constructor y es principalmente cuando somos niños que necesitamos que se vayan construyendo las partes del cuerpo bien, que nos desarrollemos y crezcamos adecuadamente.

3. Los nutrientes tienen otra función que se llama saciadora y ésta es que nos da gusto al comer. La comida y el alimento nos causa placer; nos gusta comer y sentirnos "llenos". Esto muchas veces ayuda a que comamos mucho y no comamos sólo lo que necesitamos.

4. Grupos de alimentos.

(Ver rotafolio y folletos, y explicar cada grupo de alimentos que contiene cada grupo).

5. Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios son la forma como comemos, las costumbres que tenemos al comer: cómo comemos, a qué hora, - lo que tardamos en comer, si masticamos bien los alimentos, si comemos en la calle, si comemos viendo la televisión, ha-

ciendo la tarea o cuando las mamás preparan alimentos. Esto es, muchas veces, lo que nos engordan; ya que a veces no tenemos realmente hambre, pero nos ofrecen alimentos y comemos. Tal vez siempre comemos mientras vemos la televisión y entonces cada vez que la vemos se nos antoja comer. Estos hábitos son diferentes en los obesos que en las personas normales; y es por estos hábitos que engordamos y nos convertimos en obesos. Vamos a ver algunos de los hábitos alimentarios que son buenos y que la gente que no engorda los sigue:

1. Los alimentos deben estar bien balanceados. Esto quiere decir que debemos de comer de todo, pero en cantidades pequeñas, debemos de comer alimentos que tengan los cinco nutrientes para que no nos falte nada, pero si comemos mucho de algo, como los azúcares, entonces vamos a almacenar mucha comida y engordamos. Los alimentos deben estar preparados higiénicamente. Lavar todas las frutas y verduras que comemos. Debemos de tener mucho cuidado en las dietas, porque hay muchas dietas que nos prohíben comer algún tipo de alimento y esto nos puede hacer daño, ya que de niños necesitamos comer todos los nutrientes para desarrollarnos bien.

2. Otro buen hábito alimentario es siempre comer el mis

mo número de veces en el día. Ya sea tres veces o cuatro, pero siempre el mismo número de veces y no estar comiendo entre comidas, pues esto nos engorda muchísimo. Debemos tener siempre una misma hora de comer para que el cuerpo se acostumbre y no se interrumpa la digestión en el estómago.

3. Son también buenos hábitos alimenticios comer despacio masticar despacio todos los alimentos; ya que si comemos rápido el cuerpo no alcanza a avisarnos que ya estamos llenos y entonces seguimos comiendo a pesar de que ya nos llenamos y esto nos engorda. Comiendo despacio, masticando despacio, el cuerpo nos alcanza a avisar que ya estamos llenos y debemos dejar de comer.

4. Otro buen hábito alimentario es comer pocas cantidades y no servirnos el plato lleno. Que las mamás pidan a sus hijos que se lo terminen, pues el hijo puede estar ya lleno y engordará porque tiene que "limpiar el plato".

6. Obesidad y problemas que produce para la salud

Si estos hábitos alimentarios no son adecuados, entonces estamos comiendo más de lo que nuestro cuerpo necesita y nos convertimos en obesos. Cuando somos obesos es porque -

existe un exceso de grasa en nuestro cuerpo que se ha acumulado por comer más de lo que el cuerpo gasta y necesita. Como ya hemos explicado, cuando nosotros comemos el cuerpo toma de los alimentos lo que necesita y también toma un poquito más para guardarlo y tenerlo de reserva. Si nosotros comemos mucho, el cuerpo guarda mucho. El cuerpo lo guarda en unas cositas que se llaman células adipoides. Cuando seguimos comiendo mucho, el cuerpo tiene que hacer más células adipoides para guardar todo lo que nos comemos y que ya no le sirve; entonces empezamos a engordar y a tener "llantitas" que es donde está guardada la comida o la grasa que ya no le sirvió al cuerpo. Los niños cuando son gorditos, forman muchas células adipoides y por eso es más difícil que ya de grande baje de peso, pues ya tiene muchas células donde guardar la comida. Es mejor que desde niños se controle esa obesidad para que no se hagan las células que almacenan comida y no suban de peso cuando sean adultos.

Una cosa debemos recordar siempre, la obesidad es muy mala. Es mala para la salud de nuestro cuerpo, ya que causa muchos problemas como éstos:

1. Cuando somos gordos lo primero que se empieza a perjudicar es el esqueleto. Nuestros huesos, como pesa-

mos mucho, no nos aguantan. Las piernas y rodillas se empiezan a cerrar y se hace una malformación en las rodillas que no se quita. También cuando pesamos mucho nos empiezan a salir callos en las plantas de los pies o perdemos el arco del pie. Todo por el peso.

2. También tenemos problemas en los músculos de nuestro cuerpo. Como comemos mucho, nuestros brazos empiezan a crecer mucho y nuestras piernas también, entonces como somos pesados y nuestros brazos gruesos no tenemos mucha agilidad. Las personas obesas se sienten pesados y no pueden hacer lo mismo que los demás porque se cansan muy rápido. Por el peso que tienen, si corren se agitan; si saltan, si juegan y como pesan mucho, no se pueden mover tan fácilmente como todos.
3. Otro problema muy importante es la respiración. Los que comen mucho al hacer cualquier movimiento, ejercicio, etc., se cansan y empiezan a respirar agitadamente, su corazón inicia a latir más rápido y pueden llegar hasta a desmayarse con mayor facilidad que uno de peso normal.

ROTAFOLIO PARA CONFERENCIA NUTRICIONAL

Número de pliegos: catorce

1. Funciones de los nutrientes (letrero)
2. Función energética constructora y saciadora.
3. Nutrientes (letrero)
4. Azúcares o hidratos de carbono
5. Grasas
6. Proteínas
7. Vitaminas y minerales
8. Grupos de alimentos (letrero) Gpo. 1: verduras
9. Grupo 2: Carnes
10. Grupo 3: Pan
11. Grupo 4: Frutas
12. Grupo 5: Leche
13. Grupo 6: Grasas
14. Problemas de salud que trae la obesidad

CARTULINAS PARA CONFERENCIA NUTRICIONAL

Número de cartulinas: cuatro

1. Definición de alimentación
2. Definición de obesidad
3. Buenos hábitos alimentarios
4. Malos hábitos alimentarios

ANEXO 5.

INFORMACION CONTENIDA EN EL FOLLETO
SOBRE ALIMENTACION
ALIMENTACION

La alimentación es necesaria para el buen funcionamiento del cuerpo, para crecer, desarrollarnos y vivir sanamente.

Los nutrientes tienen tres funciones y son:

1. Dar energía al cuerpo
2. Construir y reparar las diferentes partes del cuerpo
3. Darnos gusto al comer.

GRUPOS DE ALIMENTOS

GRUPO I
VERDURAS

(azúcares y proteínas)

aguacate
betabel
cebolla
ejotes
zanahoria
poro

GRUPO II
CARNES

(proteínas y grasas)

carne de puerco
carne de res
pollo
conejo
pato
pavo
ternera
jamón
salchichas
pescado
huevo
quesos

GRUPO III
PAN

(azúcares, proteínas y

bolillo
pan de caja

GRUPO IV
FRUTAS

(azúcares y vitaminas)

chabacano
durazno

GRUPO III

tortillas
cereales
galletas maría
elote
frijoles
papa
lenteja
chícharo
garbanzo
avena
corn flakes
tapioca
arroz
pastas

GRUPO IV

fresas
guayaba
jícama
lima
mandarina
manzana
melón
mango
naranja
papaya
piña
pera
plátano
sandía
toronja
tuna

GRUPO V

LECHE

(todos los nutrientes)

leche evaporada
leche en polvo
jocoque

GRUPO VI

GRASAS

(grasas)

aceite
crema
mantequilla
manteca
mayonesa
tocino

Las vitaminas y minerales las contienen todos los grupos. Una buena alimentación es la que contiene: pan, leche, fruta, verdura y carne. Comer una cosa de cada grupo nos da una dieta balanceada y nutritiva.

Los malos hábitos alimenticios como comer entre comidas, comer aunque no tengamos hambre, comer rápido y comer dulces y golosinas nos llevan a la obesidad.

Una persona obesa es aquella que come más de lo que el cuerpo necesita. La obesidad es una enfermedad y trae muchos problemas para la salud.

APENDICE 6

GRAFICA DE AUTOVIGILANCIA DE LA NECESIDAD DE COMER

- Escriba: 0 Si no sintió necesidad de comer
 1 Si siente hambre y considera que es una necesidad físicamente motivada.
 2 Si siente una necesidad de comer que oscile entre la necesidad físicamente motivada y una psicológica
 3 Si siente una ligera necesidad y sabe que esta no es física (poco después de una comida normal).
 4 Si experimenta una fuerte necesidad de comer y - sabe que ésta no es física. (Trata de no pensar - en comida y regresa a pensar en ella).

MARQUE EL DIA: lun mar mier jue vier sab dom

HORA	GRADO DE SU NECESIDAD DE COMER		COMIO		ACCION PLANEADA	QUE COMIO
	SI	NO	SI	NO		
7 - 8						
8 - 9						
9 -10						
10-11						
11-12						
12-1						
1 - 2						
2 - 3						
3 - 4						
4 - 5						
5 - 6						
6 - 7						
7 - 8						
8 - 9						
9-10						
10-11						
11-12						
12-1						
1 - 2						
2 - 3						
3 - 4						
4 - 5						
5 - 6						
6 - 7						

NOTAS:

Extraída del libro "Comportese Delgado". "Conservese Delgado" empleada por Neithr Watchers