

6

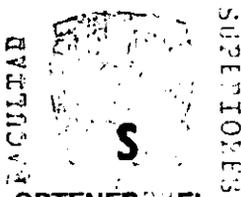
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES "ZARAGOZA"

"DETECCION DE IDEAS IRRACIONALES EN UN GRUPO ESPECIFICO DE PERSONAS OBESAS"

DE ESTUDIOS



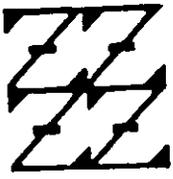
SUPERIORES

T E S I S QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN BIZARRO NEVAREZ MARIA DEL CARMEN CABALLERO HERNANDEZ TERESA

201601

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. GUILLEN RIEBELING RAQUEL

UNAM FES ZARAGOZA



LO HUBO EN SU DEBIDA OPORTUNIDAD

MEXICO, D. F.



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.

*Gracias a ti Señor,
por haberme permitido
terminar esta tesis,
que significa un logro
más en mi vida.*

*A mis padres:
Porque regaron la planta y la fertilizaron.
Me protegieron, me amaron y me dieron
la herencia más grande "La sabiduría".
"Madre mía que te encuentras en la otra
vida, está tu hijo que jamás te olvida".*

*A mi tía "Amalia":
Por el apoyo moral y espiritual
y por los consejos que me brindaste
para seguir adelante.*

*A mis hermanos:
Por el apoyo y ayuda que me brindaron.*

*A Patricia Bizarro Nevares:
Por brindarme tu ayuda, amistad
y apoyo
Mil gracias.*

*A mis maestros:
Que me ayudaron a realizar
una de las metas más deseadas
y a la formación de mi carrera.*

Con Cariño y Respeto:

Teresa Caballero Hernández.

A ti, Señor:

*Toda mi existencia está cifrada en ti.
No hay palabras que puedan expresar
mi gratitud.*

*Fueron momentos difíciles
en los que conmigo estuviste
y que hoy por fin veo el fruto
de lo que sin ti no hubiera logrado*

A mis padres:

*Gracias por brindarme su confianza,
apoyo y paciencia.
Hoy reciben el fruto de nuestro gran
esfuerzo.*

A mis hermanos:

Gracias por respetarme y confiar en mi.

A mi hermana Pali:

*Mil Gracias por tanto cariño recibido,
por esas palabras de aliento
y el invaluable apoyo.
Gracias por creer en mi.*

A Tere:

*A ti, mi incondicional amiga,
tengo que agradecerte infinitamente
tu paciencia y apoyo emocional.
Vivimos juntas el arduo trabajo
y hoy vemos con satisfacción lo logrado.
Gracias por ser mi AMIGA.*

A mis profesores:

*gracias por compartir conmigo
el conocimiento que me permitió
la formación de mi carrera y el apoyo
recibido para conseguir una de mis más
grandes metas.*

A todos ustedes "MIL GRACIAS".

Maria del Carmen Bizarro Nevarez.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	6
MARCO CONCEPTUAL	
CAPITULO 1. FACTORES BIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD	
1.1. Definición de obesidad.....	11
1.2. Clasificación.....	13
1.3. Etiología.....	15
1.4. Epidemiología.....	18
1.5. La obesidad como factor de riesgo.....	18
1.5.1. Alteraciones biológicas asociadas.....	19
1.5.2. Enfermedades metabólicas asociadas.....	23
1.5.3. Enfermedades cardiocirculatorias asociadas.....	24
1.5.4. Enfermedades respiratorias asociadas.....	25
1.5.5. Otras patologías asociadas.....	26
1.6. Evaluación de la obesidad.....	27
1.7. Prevención de la obesidad.....	30
1.8. Tratamientos para la obesidad.....	31
CAPITULO 2. FACTORES SOCIALES DE LA OBESIDAD	
2.1. Hábitos alimentarios como resultado de la cultura.....	36
2.2. Los cambios en los hábitos alimentarios.....	40
CAPITULO 3. FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD	
3.1. Teoría Psicoanalítica.....	43
3.2. Modelo del Aprendizaje Social.....	48
CAPITULO 4. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	58
METODO.....	75
PRESENTACION DE RESULTADOS.....	80
CONCLUSION Y DISCUSION.....	90
BIBLIOGRAFIA.....	95
ANEXOS.....	97



INTRODUCCION

La obesidad es una enfermedad que cualquier persona puede presentar, sin distinción de sexo o edad, que provoca alteraciones biológicas, sociales y psicológicas.

Estas alteraciones son paulatinas y a veces imperceptibles, ya que se adquieren poco a poco como el peso, es decir, la persona va aumentando gradualmente de peso y con él las posibilidades de manifestar una o varias enfermedades que con el poco peso no se manifiestan, pero cuando el peso sobre pasa el máximo que la persona puede tener empiezan a surgir trastornos como fatiga, descontento con ella misma porque la ropa ya no se les ve igual o ya no les queda, sufren burlas o comentarios acerca de su apariencia. A consecuencia de esto pueden surgir 2 opciones: 1) que la persona pida ayuda o intente por si misma controlar el aumento y adelgazar o 2) que crea que no podrá adelgazar, ni que valga la pena renunciar a todo lo que come aunque sepa que le engorda.

El que una persona se decida por alguna de las dos, o pasar de una a otra, se debe primordialmente a la publicidad, ya que incita a probar nuevas recetas y golosinas que engordan; también muestra que lo atractivo es ser esbeltos, incluso delgados, para identificarse con una imagen juvenil y con los estereotipos de las modelos, actrices, mujeres sensuales y super galanes, mostrando así productos que "ayudan" a adelgazar. Así la presión publicitaria y social por una figura cada vez más esbelta resulta irresistible para no pocas personas especialmente vulnerables. Logrando así que la persona se confunda y no logre percatarse que la primer razón por la cual es conveniente adelgazar es la salud y no la sociedad.

Es por esto que el tratamiento de la obesidad ha perdido respeto, seriedad y profesionalismo, porque es tan "normal" ver gente con sobrepeso u obesidad y que existan tantas dietas milagrosas para perder peso que no se crea que sea una enfermedad y sobre todo tema de estudio y tratamiento de la Psicología.

Sin embargo, es necesario que se entienda que la obesidad es una enfermedad que comprende factores tanto biológicos como sociales y psicológicos que se encuentran íntimamente vinculados entre sí, tanto que no se puede decir cuál es el que aparece primero y cuál después, esto es que una persona que ya es obesa puede sufrir una alteración psicológica, (como dañar la autoaceptación al grado de manifestar angustia, depresión, inseguridad, aislamiento social e ideas irracionales que interfirieren en el mantenimiento de la obesidad), debido al rechazo de la sociedad, y que una persona sea delgada y al sufrir un problema (por ejemplo: el divorcio, o muerte de alguien querido, presiones labores cotidianas, la escuela o algún conflicto familiar, etc.) se refugie en los alimentos provocándole obesidad; estableciéndose así un círculo vicioso. Aunque sí se puede mencionar que todos tienen la misma importancia.

Dentro del factor biológico se encuentra todo lo relacionado al aspecto funcional del organismo, es decir aquellas enfermedades que acompañan a la obesidad, ya que el exceso de grasa (que es a lo que se le llama obesidad) conlleva a un desequilibrio y mal funcionamiento del organismo porque no lo necesita.

El factor social está relacionado con la cultura, es frecuente que la comida encuentre gran significado dependiendo el tipo de evento que se desee celebrar. Existen platillos específicos dependiendo de la región, las costumbres, las tradiciones y el nivel socioeconómico, entre otros; en los que se encuentra una identificación de pertenencia en el individuo en su sociedad, convirtiéndolos en hábitos alimenticios profundos y complejos difíciles de cambiar.

Si éstos hábitos involucran cantidades y combinaciones mayores, se habla de un exceso en la ingesta de alimentos, la cual si no tiene un equilibrio con el gasto de energía se convierte en tejido adiposo provocando así la obesidad. Es aquí donde existe una controversia, ya que mientras la publicidad incita a probar nuevas y "mejores" recetas; las modelos, actrices, mujeres sensuales y super galanes muestran que la delgadez es atractiva.

El factor psicológico también tiene diversas formas de ser abordado, ya que es compleja su participación porque involucra pensamientos, emociones y conductas.

Los enfoques que la han querido explicar, entre otros, son el psicoanálisis y el del aprendizaje social..

El enfoque psicoanalítico considera a la obesidad como consecuencia de la falta de gratificaciones en la etapa oral del desarrollo, enmascarando así alguna patología o síntoma que debe identificarse y tratarse antes que el problema mismo de la obesidad.

El enfoque del aprendizaje social hace énfasis en que la obesidad obedece a la conducta desadaptada de sobre ingesta de alimentos, es decir, una serie de hábitos mal aprendidos dentro de un contextos social. Este enfoque orienta sus métodos a la modificación de ésta conducta por medio del reaprendizaje, el cual involucra modificar el comportamiento hacia dicha conducta por medio del reforzamiento de conductas adecuadas al comer y con reestructuración cognitiva.

Al hablar de reestructuración cognitiva, se habla de modificar lo que las personas se dicen a sí mismas, ya que la persona con obesidad no se queda en tener los kilos de más solamente, sino que, piensa mucho en ellos y en el fracaso que tienen al intentar modificar sus hábitos alimenticios. Pero, ¿cómo piensa una persona con kilos de más, hay a caso una manera generalizada de pensar en los obesos, existe alguna manera de averiguarlo?.

La presente investigación intenta especificar el pensamiento del obeso, especialmente del que bloquea o sabotea el logro de sus metas, es decir, el irracional. Para así, poder comprender mejor la enfermedad de la obesidad y para que los Psicólogos se interesen en intervenir en su tratamiento, ya que si las personas tienen desórdenes alimenticios, desajustes de personalidad y obesidad, será necesario que la persona aprenda a llevar una dieta balanceada, a modificar sus patrones de actividad física y de reforzamiento social, cambiando ideas irracionales o condiciones que contribuyen a la obesidad.

Para esto se utilizó como base teórica la Terapia Racional Emotiva, del teórico del aprendizaje cognoscitivo y social Albert Ellis¹, la cual supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales del pensamiento y tiene por objetivo el cambio de personalidad y conducta por medio de las funciones cognitivas.

Ellis hace una agrupación de los pensamientos, ideas, creencias rígidas, absolutistas e irracionales, que cualquier ser humano puede tener y que sin embargo puede cambiar, en diez ideas irracionales básicas² (anexo 4).

Como elemento práctico se utilizó el inventario elaborado por Richard Jones en 1968³ Irrational Beliefs Test, que identifica ideas irracionales y está basado en las diez ideas irracionales de Ellis. (anexo 2).

Este inventario se aplicó con la intención de encontrar las ideas irracionales que se presentan con mayor frecuencia en una muestra de 100 personas obesas, las cuales fueron escogidas solamente por tener sobrepeso u obesidad, sin importar sexo, edad, estado civil y escolaridad (aunque se registraron éstos datos en todos los inventarios).

¹ Dicarpio, N. "Teorías de la Personalidad" Ed. Interamericana, México, 1987. Pág. 481.

² Rodríguez, J.L. "Depresión e Ideas Irracionales" Tesis de Lic. en Psicología . UNAM, 1992. pág. 57

³ Jones, Richard. "A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates".

Los datos de los inventarios se procesaron haciendo un análisis de frecuencia, con el cual se pudieron encontrar las ideas irracionales que existen más, es decir, con mayor frecuencia en los sujetos de la muestra; aunque para ser más específicos las 10 ideas irracionales aparecen en la muestra pero no con la misma frecuencia, lo que permitió tener una jerarquía de las ideas irracionales de mayor a menor adherencia irracional de los sujetos de la muestra.

ANTECEDENTES

Son diversos los estudios que demuestran que el conjunto de ideas irracionales postuladas por Ellis existen en distintas poblaciones y muestran relaciones con diferentes tipos de disturbios psicológicos. Como Goldfried y Sobocinski (1975)⁴ que encuentran que los sujetos que sostienen la idea irracional sobre aprobación social, reportan gran activación emocional después de imaginar una escena de rechazo. Schwartz y Gottman (1976)⁵ comentan que muchos de los sujetos con dificultades para ser asertivos, muestran una excesiva preocupación por las devaluaciones que la demás gente pueda hacer sobre su conducta. Estos resultados encuentran apoyo adicional en las investigaciones que reportan una asociación entre déficit asertivo y adherencia a ideas irracionales (Lohr y Bonge, 1982).⁶ Por otro lado, existen los estudios de Sutton-Simon y Goldfried (1979)⁷ que reportan relación entre irracionalidad y elevados niveles de ansiedad.

En cuanto a la obesidad, que es el tema del presente trabajo, existen investigaciones, que cabe aclarar no son desde el punto de vista de la TRE pero que pudieran explicar la posible presencia de ideas irracionales en las personas obesas, ya que los estudios analizan la importancia de variables de personalidad, tales como depresión, neurotismo, autoestima, autoconcepto, etc.; en la obesidad, intentando responder de forma empírica a la extendida creencia de que los problemas psicológicos están más presentes en los obesos que en las personas con normopeso (Buch, 1973).⁸

⁴ Citado en Rodríguez, J. L. Op. cit. Pág. 53

⁵ Citado en Rodríguez, J. L. Op. cit. Pág. 54

⁶ Citado en Rodríguez, J.L. Op. cit. pág 54.

⁷ Sutton-simon y Goldfried (1979). Cit. en Rodríguez. J.L: Op. cit. pág: 55.

⁸ Citado en Saldaña. C. Op. cit.pág: 55

Así Hamburger (1973)⁹, en sus esfuerzos por identificar el papel que juegan las variables psicológicas en la sobrealimentación apuntó cuatro factores causales: 1) Ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas, 2) Sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables, 3) Ingesta como sintoma de enfermedad mental subyacente y 4) Adicción a la comida. Moore y cols. (1962)¹⁰ encontraron que los obesos eran más inmaduros y recelosos que las personas con normopeso. A menudo se ha señalado que en comparación con las personas delgadas los obesos son más vergonzosos, pasivos, tímidos, temerosos, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal incluso se ha mencionado que tienen un desarrollo de personalidad inadecuado o manifestaciones de enfermedades psíquicas.¹¹

No hay duda de que la obesidad no es solamente un problema médico, sino que también tienen implicaciones psicológicas importantes, como señala Brownell (1982)¹² el obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino que también por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece, con frecuencia los obesos son etiquetados con términos que implican responsabilidad personal (perezosos, débiles, autodestructivos, etc.) y no es sorprendente que detesten su cuerpo y que estén preocupados por su peso.

Estudios clínicos han sugerido que los niños con sobrepeso experimentan una baja autoestima como consecuencia de su obesidad y en las mujeres el perfeccionismo, la sexualidad y la baja autoestima son aspectos autodestructivos de su personalidad. Los "deberías", los "no deberías" atormentan al perfeccionista y el sentimiento de culpa, la ansiedad, la frustración son productos de pensamientos de autocastigo y refuerzan la

⁹ Citado en Saldaña. C. Op. cit. pág 56.

¹⁰ Citado en Saldaña. C. Op. cit. pág 57.

¹¹ Saldaña, C. Op. cit. pág.: 57.

¹² Citado en Saldaña. C. Op. cit. pág: 58

creencia de la perfección de que los errores son inaceptables; sin embargo el hombre que aman o el que buscan no tiene que ser bien parecido ni perfecto, pero para ser la compañera de ese hombre deseado la mujer debe guiarse por un nivel de excelencia, por eso tienen la impresión, salvo excepciones, de que no son atractivas y se sienten despreciadas, no amadas, rechazan las insinuaciones sexuales de sus compañeros y algunos refuerzan este sentimiento negativo dándose la vuelta y disminuyendo las relaciones sexuales. El sentimiento de odio hacia sí mismas las conduce a temer aceptar la propia sexualidad y a llamar la atención sobre sí, y más aún a verse atrapadas en sus deseos sexuales, y para algunas de estas personas, el exceso de comida puede fácilmente sustituir el sexo.¹³

Y por último. Un programa racional-emotivo eficaz que se aplicó a mujeres con trastornos de peso consistió en ayudar a las mujeres a poner de manifiesto algunas de las ideas irracionales sobre el exceso de peso, ya que los roles sexuales están correlacionados con los problemas de peso, y las prescripciones culturales de peso ideal tienen una naturaleza obsesiva que ha fomentado que muchas mujeres se sientan atormentadas cada vez que pasan por un espejo.¹⁴

Por la diversidad de investigaciones citadas parece sensato afirmar que las ideas irracionales son importantes mediadoras en los disturbios psicológicos, debido a que el contenido del pensamiento de un individuo o la forma de evaluar sus experiencias, va a jugar un papel fundamental en la producción o mantenimiento de diversos tipos de malestar emocional.

En cuanto a los antecedentes y validación del inventario utilizado en esta investigación se encontraron los siguientes elementos:

¹³ Saldaña, C. Op. cit. pág: 60

¹⁴ Bernald, M. Ellis, A. "Aplicaciones Clínicas en la Terapia Racional Emotiva". De. Desclée de Brouwer, Nueva York, 1990. Pág. 124.

El inventario está compuesto por afirmaciones derivadas del original sistema de Ideas Irracionales propuesto por Ellis (1962)¹⁵, y el sujeto al contestar el inventario, señala el grado de acuerdo o desacuerdo en relación a la afirmación.

El inventario se compone de cien reactivos que miden las diez ideas en subescalas separadas, y cuantitativamente esto permite conocer el grado en que un sujeto sostiene o se adhiere a cierta idea. De esta forma, se obtiene un puntaje que va del cero al diez para cada idea; a mayor puntaje, la propiedad en cuestión, es decir, determinada idea irracional, está más acentuada.

En la elaboración del inventario Jones reportó una replicación satisfactoria de la estructura factorial del mismo en una segunda muestra diferente de la original. También reportó una adecuada confiabilidad y estabilidad test-retest.

Para establecer la validez del instrumento, el autor administró el su inventario, el cuestionario de los 16 factores de personalidad de Catell y un inventario de síntomas psiquiátricos a una muestra de personas normales. Se encontraron correlaciones significativas entre ocho de las subescalas del Inventario de Ideas Irracionales y los seis factores de personalidad más comunes a todos los grupos clínicos. Además, estas ocho subescalas correlacionaron altamente con los puntajes del inventario de síntomas psiquiátricos.

Investigaciones más recientes dan un apoyo considerable al inventario de Ideas Irracionales de Jones, ya que por ejemplo Lohr y Bonge (1982)¹⁶ replican la estructura factorial original, con la excepción de un solo factor, la idea referente a la reactividad a la frustración, con una muestra de 897 sujetos de población no clínica.

¹⁵ Ellis, A. Op. cit. Pág. 40

¹⁶ Lohr, J.M. y Bonge, D. "Relationships between assertiveness and factorially validated measures of irrational beliefs". *Cognitive Therapy and Research*. 6. 1992. Pág. 354.

En México, Heman (1987)¹⁷ lleva a cabo un análisis factorial del inventario, y encuentra que son 26 reactivos, agrupados en cinco factores, los que dan cuenta del 70% de la varianza. Sin embargo, los resultados de este estudio han de tomarse en reserva, ya que a la población a la que se le aplicó el inventario (100 estudiantes universitarios de la carrera de psicología) es muy homogénea, y sus resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones.

Por último, Palacios (1992)¹⁸ reporta validez de constructo para el inventario de Jones al correlacionar las Ideas Irracionales con las diversas escalas del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) en población mexicana con dolor de cabeza crónico.

¹⁷ Heman, C. "Contenido del pensamiento y Análisis semántico de pacientes con intento de suicidio". Tesis de maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, U. N. A. M. 1987.

¹⁸ Palacios, P. , y Rojas, M. E. , Figueroa, C. "Comparación Psicológica entre una muestra de sujetos con dolor de cabeza crónico y otra sin dolor". Programa de Psicología de la Salud. E. N. E. P. Zaragoza, U. N. A. M. México, D: F: 1992. (en prensa).

MARCO CONCEPTUAL

CAPITULO 1

FACTORES BIOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

1.1. DEFINICION DE OBESIDAD

La obesidad tiene diversas definiciones, sin embargo todas tienen elementos en común, como las siguientes:

"La obesidad es un aumento de peso o un exceso de grasa corporal en relación con la talla, el sexo y la edad. En realidad la obesidad es un exceso de tejido graso".¹⁹

"La obesidad es una cantidad excesiva de grasa corporal y debe distinguirse del exceso de peso, que denota un peso mayor en relación con la talla".²⁰

"La obesidad es un problema de salud que se caracteriza por el aumento del tejido adiposo con un 20% o más en desproporción con la talla y la estatura, favorece la presencia de enfermedades crónico-degenerativas".²¹

Estas definiciones no son las únicas, pero permiten ver el elemento clave que es el exceso de tejido graso como suficiente para identificar el término obesidad (desde el punto de vista médico), aunque implique muchos más elementos. Y precisamente por esto en la presente investigación se retomará la primer definición.

Para determinar el exceso de tejido graso se emplean varios procedimientos, uno de ellos es el siguiente:

¹⁹ Cervera, P. Clapes, J. "Alimentación y Dietoterapia". Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. España, 1993. Pág. 249.

²⁰ Keith, B. Taylor y Lucan, E. "Nutrición Clínica". Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1983. Pág. 210.

²¹ Bray, G. "Clínicas Médicas de Norteamérica". Ed. Interamericana. México, 1980. Pág. XI.

El grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal o peso deseable que viene estandarizado en las tablas de peso ideal (Anexo 1) en las que se expresa el peso que favorecerá una mayor longevidad del individuo, para una talla y un sexo determinado. Al valor definido en las tablas se le asigna el 100% y entre el 90 y 110% se habla de normopeso. Cuando el peso del sujeto está entre el 110 y 120% del peso ideal existe sobrepeso y por encima del 120% obesidad, y por encima del 130% se habla ya de mayores riesgos a la salud porque se manifiestan más las complicaciones metabólicas, circulatorias o respiratorias, que acercan al sujeto obeso a la muerte. Además cabe mencionar que de acuerdo al sexo también se determina el grado de obesidad, ya que en el sexo masculino se considera que existe obesidad cuando el contenido del tejido adiposo excede el 20% del normal y en el sexo femenino el 30%.

Aunque se hable de grados de contenido de tejido graso no todos los obesos exhiben las mismas características de distribución de grasa, ni todos pueden presentar complicaciones metabólicas o cardiorespiratorias, tampoco todos son obesos por las mismas causas, por eso se considera a la obesidad como un síndrome que engloba anormalidades y patologías.

Es preciso tener en cuenta que no todas las personas que presentan aumento ponderal correspondan a lo que se entiende por obesidad. Por ejemplo, los enfermos de ascitis pueden tener un sobrepeso importante debido a la gran cantidad de líquido acumulado en la cavidad peritoneal; también un deportista con gran desarrollo de masa muscular, no puede considerarse al peso como un aumento de tejido adiposo.

1.2. CLASIFICACION

Partiendo de la base de que la masa grasa del hombre y la mujer son diferentes, no solamente en cantidad sino también en distribución. Así el hombre debe tener un 10% y la mujer un 24% aproximadamente.

Basándose en éste supuesto, la obesidad se clasifica de la siguiente manera:²²

1) Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo: Obesidad Hipertrófica, Obesidad Hiperplásica y Obesidad Mixta.

La Obesidad Hipertrófica se caracteriza porque aumenta el tejido lípido de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. Este tipo de obesidad aparece en la edad adulta.

La Obesidad Hiperplásica se caracteriza por un aumento del número de las células del tejido adiposo, además son células recién formadas. Este tipo de obesidad se inicia en la infancia o adolescencia, etapas en las que puede existir aumento del número de los adipositos, por el crecimiento y por cambios hormonales en la adolescencia.

Obesidad Mixta se caracteriza por la presencia de Obesidad Hipertrófica e Hiperplásica. Este tipo de obesidad se inicia en la edad temprana apareciendo así células adiposas de más y con la edad se incrementa el tamaño de las mismas.

El número de adipositos queda determinado en los primeros años de vida y poco antes de la pubertad, así que cuando se presenta obesidad en la edad adulta sólo se incrementa el contenido de las mismas y no el número; por consiguiente el exceso de comida en los primeros años de vida ocasiona el incremento del número; de las células adiposas.

²² Saldaña, C. "Obesidad". Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1988. Pág. 20.

2) Desde el punto de vista clínico-anatómico, según la distribución corporal de la grasa, se clasifica: Obesidad Androide y Obesidad Ginoide.

La Obesidad Androide se caracteriza por el predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo o tipo manzana, se presenta en los hombres. Por el efecto de la testosterona y de los corticoides existe la acumulación de masa adiposa en la mitad superior del cuerpo, generalmente no se da un aumento de volumen en extremidades inferiores.

La Obesidad Ginoide se caracteriza por el predominio de la grasa en la mitad inferior del cuerpo o tipo pera, se presenta en mujeres con actividad ovárica y suele ser consecuencia de los estrógenos.

3) En función de la edad, la obesidad se distingue en dos formas: Obesidad Infantil y Obesidad Adulta.

La Obesidad Infantil se caracteriza por iniciarse en la infancia, pubertad y adolescencia.

La Obesidad Adulta se caracteriza por iniciarse después de la adolescencia, en la juventud y madurez.

4) En función del grado de obesidad, hay tres tipos:

Leve, que corresponde del 120% al 140% del peso ideal.

Moderada que va del 141% al 200% del peso ideal.

Grave o Severa, cuando el peso excede el 200% del peso ideal.

5) La clasificación antropológica se basa en el tamaño y la proporción del cuerpo y se distinguen tres formas diferentes de obesos.²³

El endomorfo que posee un cuerpo bastante grande, brazos y piernas cortas.

²³ Keith, B. Taylor y Lucan, E. Op. cit. Pág. 214.

El mesomorfo tiene un tórax grande y musculoso que predomina sobre el abdomen; sus articulaciones son prominentes.

El ectomorfo tiene un cuerpo bastante pequeño, una estructura ósea delicada, brazos y piernas largos.

1.3. ETIOLOGIA.

La obesidad tiene su etiología en las enfermedades endocrinas, lesiones hipotalámicas, síndromes genéticos y de origen metabólico.

En algunos casos la obesidad es secundaria a enfermedades endocrinas como: el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing (hiperadrenocortisismo), las menos frecuentes son: hipogonadismo primario y el síndrome de ovarios poliquísticos.

Una vez desarrollada la obesidad el propio sujeto tiende a restringir la ingesta, pero la restricción no consigue detener ya el proceso de engordar, cuando se propasa un determinado peso, el organismo humano y animal con ciertos mecanismos que se encuentran localizados en alguna región del hipotálamo o regiones cerebrales vecinas, regulan el peso corporal, impidiendo la pérdida excesiva de peso. Esto no sucede cuando hay lesiones hipotálamicas (tumores o inflamaciones) que hayan desencadenado la obesidad.

Se ha intentado establecer un nexo entre la obesidad y las alteraciones del sistema endocrino, sobre todo en la tiroides, muy pocos casos de obesidad se deben a una escasa actividad de esta glándula.

La Obesidad Endocrina es la que todo paciente cree tener y en realidad afecta a un 5% de obesos. Existen diversas cepas de animales en las cuales la gordura es un riesgo heredado, no se ha comprobado de ese factor en el ser humano. Factores como el estilo de vida y la actividad ante la comida desempeñan importante función en la

etiología del patrón hereditario. Sin embargo, es difícil de precisar si la llamada obesidad constitucional es en realidad consecuencia de una alimentación inadecuada o de una predisposición genética. Es posible que haya una asociación de los dos factores.²⁴

La obesidad está asociada a síndromes genéticos como: Síndrome de Laurence Moon Biede, Hiperostosis frontalis Interna, Alstrom, Prader-willi y Pseudohipoparatiroidismo, además del Síndrome de Down y Obesidad Familiar (obesidad masiva asociada a diabetes y a hiperlipidemia).²⁵

La causa más frecuente de obesidad en los seres humanos es de origen metabólico, donde la cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio que se establezca entre el aporte de substratos y el gasto de los mismos. Por lo tanto la obesidad de origen metabólico aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética, es decir, una cantidad de alimentos puede ser normal para un sujeto que realice un trabajo físico importante, mientras que será excesiva para un sujeto que guarde cama; por eso lo que contribuye a la presencia de obesidad, en la mayoría de los casos, es la ingesta excesiva de alimentos; y en los individuos obesos que no comen mucho se supone que sus necesidades energéticas están por debajo de las que tienen la mayoría de la gente, probablemente es algo que ya viene genéticamente determinado o porque en sus hábitos alimentarios existe el abuso de alimentos ricos en calorías como pasteles, el azúcar, las grasas, etc.; aunque no coman en exceso los demás alimentos (Mayer, 1953).²⁶

También existen los factores psíquicos como causa de la obesidad, ya que pueden influir sobre el apetito, provocados por tensión nerviosa o un estado de ansiedad que se intenta compensar con el acto de comer.

²⁴ Cervera, P. Clapes, J. Op. cit. Pág. 251.

²⁵ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 22.

²⁶ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 22.

Otros factores que pueden desencadenar aumento de peso son convalecencias (inmovilización y reposo con ingesta igual o superior de alimentos); cambio de clima, de país, de trabajo, de horarios, es decir, de actividad; y medicamentos, es decir, el tratamiento prolongado de antidepresivos, fenotiacina, ciproheptadina, entre otros.

Estados Fisiológicos que favorecen la aparición de Obesidad:²⁷

Pubertad. Es frecuente encontrar obesas que refieren un aumento de peso importante coincidiendo con la menarquia, ya que es una etapa donde existen cambios corporales importantes y por lo tanto incremento de células adiposas, siendo esto normal, pero si hay exceso de calorías y poca actividad física se proliferan aún más.

Embarazo. Debido a la situación metabólica que se produce y a la ingesta de algunas mujeres embarazadas que dejan de controlar su alimentación o la cambian.

Lactancia. La madre lactante a menudo por mala información o por cambios que produce en su vida el nuevo ser, aumenta su ingesta por encima de las necesidades que la lactancia requiere.

Menopausia. Etapa de ansiedad y trastornos hormonales, en la que muchas mujeres engordan, es decir, existe disminución de estrógenos y se hace presente la ansiedad, la cual compensan con la alimentación exagerada.

Edad. Cuando se incrementa la edad el gasto energético va disminuyendo y por consiguiente la oferta calórica debería disminuir, sin embargo, se sigue consumiendo la misma cantidad de alimentos o aún más y se va acumulando en el organismo en forma de grasa. Así, la prevalencia de la obesidad de acuerdo con la edad ya sea en la infancia, adolescencia y edad adulta provocará que la obesidad se presente en ambos sexos dependiendo a la edad. Así mismo epidemiológicamente la obesidad parece estar relacionada con la clase social.

²⁷ Cervera, P. Clapes, J. Op. cit. Pág. 251.

1.4. EPIDEMIOLOGIA

La presencia de la obesidad es mayor entre la clase baja que entre la media y la alta, (debido a que consume mayor cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas. Esto se debe al precio más bajo de estos alimentos). Además, la obesidad parece tener un predominio en algunos grupos étnicos y aumenta en relación inversa al coeficiente intelectual.²⁸

Sin embargo, la industrialización de los países desarrollados hace también que se consuman alimentos que se encuentran en desequilibrio en cuanto a calorías y proteínas incrementándose en ello el problema de la obesidad también en las clases media y alta arriesgando la salud de toda población que la padece sin importar a que clase pertenezca.

1.5. LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO

El exceso de peso es un factor de riesgo para desencadenar tanto otras enfermedades como para elevar tasas de mortalidad. Así, las personas que tienen sobrepeso son más susceptibles de contraer mayor número de enfermedades que las personas con normopeso. Aunque, hay personas moderadamente obesas cuya salud no está amenazada, puede haber ocasiones en que se aconseje no bajar de peso, por ejemplo durante el embarazo o si se sospecha de una colitis ulcerativa, de una ileitis regional o de la enfermedad de Addison. Sin embargo hay que tener presente que el exceso de grasa aumenta con la edad y que entre mayor sea el grado de obesidad, mayor será el riesgo.²⁹

²⁸ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 30.

²⁹ Mahoney, M. "Cognición y Psicoterapia". Ed. Paidós. México 1986. Pág. 21-22.

Los riesgos para la salud que conlleva la obesidad son: hipertensión, hiperlipidemia, intolerancia a los carbohidratos, diabetes mellitus, trastornos pulmonares y renales, riesgos ante intervenciones quirúrgicas, problemas con la anestesia, complicaciones durante el embarazo, frecuentes problemas en las articulaciones (artritis, dolor de espalda, dificultades en la cadera, rodillas y tobillos). La lista es tan amplia que se mencionan a continuación las alteraciones, enfermedades y patologías asociadas con la obesidad.

1.5.1. ALTERACIONES BIOLÓGICAS ASOCIADAS.

Alteraciones Metabólicas

En la persona obesa, existe una tendencia exagerada de almacenar reservas energéticas, que se almacenan en forma de grasa. Por lo tanto el metabolismo de los obesos presenta alteraciones como:

Metabolismo Lipídico. Los dos tejidos lipogénicos (hepático y adiposo) sintetizan más lípidos en los obesos que en los delgados, así llega una mayor proporción de ácidos grasos libres, glicerol y colesterol al tejido adiposo de los obesos. La mayor parte de los lípidos almacenados son triglicéridos, sintetizados a partir de ácidos grasos y glicerol.

Metabolismo de los Hidratos de Carbono. Una de las vías metabólicas que puede seguir la glucosa en el interior de una célula es la glicolisis anaerobia.

En éste proceso se obtiene un metabolito intermedio, el glicerol-3-fosfato, que puede ser utilizado para formar ésteres con ácidos grasos y originar triglicéridos.³⁰

En la obesidad, especialmente en las primeras fases, la incorporación de la glucosa y su metabolización en el tejido adiposo están aumentadas. Con ello se produce

³⁰ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 38.

una mayor cantidad de glicerol-fosfato y también de ácidos grasos, estos dos substratos son básicos para la síntesis de triglicéridos.

Metabolismo Energético. Una de las quejas más frecuentes en los pacientes obesos es que ellos comen menos que otras personas que se mantienen delgadas, se supone que aquellas personas que comen mucho y no engordan "gastan" más energía que los obesos.

El gasto energético del organismo es debido, por una parte, a las necesidades energéticas para el mantenimiento de los procesos vitales básicos; por otra parte, es debido a la energía que inevitablemente se pierde en forma de calor (termogénesis).

Según Hegsted (1982),³¹ las necesidades energéticas pueden ser estimadas sumando los diferentes factores que producen el gasto energético:

Necesidades energéticas = Consumo Metabólico Basal (CMB) + Actividad física + Acción Dinámica Específica.

Donde la CMB, se representa aproximadamente la energía mínima para los procesos vitales y ADE representa el incremento en la producción de calor que sigue a la ingesta de alimentos y que es un gasto pequeño.

Alteraciones Hormonales.

Dentro de las diversas alteraciones hormonales que se encuentran en la obesidad las más significativas son: la hiperinsulinemia y la resistencia a la insulina.

Hiperinsulinemia. La insulina es una hormona clave en la regulación del metabolismo de los lípidos y de los hidratos de carbono, una de sus acciones es favorecer la incorporación de glucosa a diversos tejidos, entre ellos el adiposo, además favorece la síntesis de lípidos en éste tejido, también regula el paso de ácidos grasos

³¹ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 39.

desde las lipoproteínas del plasma al tejido adiposo, porque activa el enzima lipoproteinlipasa que cataliza la hidrólisis de los triglicéridos en las lipoproteínas.

Cuando se elevan las concentraciones sanguíneas de insulina aumenta también la actividad de ésta enzima, y una mayor cantidad de ácidos grasos entra en el adiposito.

En la obesidad existe hiperinsulinemia, es decir, concentraciones sanguíneas de insulina 2, 3, o 10 veces por encima del normal. Esto quiere decir que habrá una mayor incorporación de glucosa y ácidos grasos en el adiposito y consecuentemente un aumento de la síntesis de triglicéridos.³²

Resistencia a la Insulina. Se aplica a aquella situación en la que una determinada dosis o cantidad de insulina consigue efectos inferiores a los esperados. Se dice que existe insulinresistencia cuando un determinado nivel sanguíneo de insulina no es capaz de hacer descender la glicemia como sería de esperar.

El problema de la resistencia a la insulina es que obliga a las células de los islotes de Langerhans a segregar más cantidad de la insulina para mantener las glucemia dentro de los límites de la normalidad, con lo que, a la larga, un fenómeno defensivo frente a la hiperinsulinemia se convierte a su vez en una causa más. Posiblemente debido a esta hipersecreción mantenida durante largo tiempo, el páncreas de muchos obesos acaba por ser incapaz de producir suficiente insulina, momento en que aparece la hiperglucemia.³³

Otras Alteraciones Hormonales:

Además de la hiperinsulinemia se han descrito diversas alteraciones hormonales en la obesidad, aunque ninguna de ellas ni tan frecuente ni de tal magnitud.

³² Saldaña, C. Op. cit. Pág. 41.

³³ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 43.

Cortisol. En algunos pacientes obesos existe una secreción aumentada de cortisol que establece el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Cushing. La causa parece ser una aceleración del metabolismo periférico del cortisol. Por ello las concentraciones plasmáticas de cortisol acostumbran a ser normales y, en cambio, los 17 OH-corticosteroides en orina de 24 horas suelen estar aumentados (Miegón, 1963).³⁴

Hormonas Tiroideas. En algunos casos se ha detectado elevación en los valores T3 que parece ser debido a una ingesta abundante.

Hormona de Crecimiento. La secreción de esta hormona en respuesta a diferentes estímulos es subnormal en la obesidad, pero en cambio los niveles plasmáticos de somatomedinas son normales, lo que explica que habitualmente los niños obesos no sufran un retraso de crecimiento (Forbes, 1977).³⁵

Andrógenos. En los varones obesos suelen encontrarse bajas concentraciones plasmáticas de testosterona y disminución de la libido e impotencia, debido a que existe menos proteína transportadora en los obesos, siendo normal la proporción de hormona libre. En las mujeres obesas se encuentra una mayor producción de andrógenos suprarrenales, lo que podría explicar el hirsutismo y la amenorrea que presentan algunas de éstas pacientes.³⁶

Estrógenos. Las concentraciones plasmáticas de estrógenos se hallan elevadas en los varones obesos, y también existe evidencia de un hiperestrogenismo en las mujeres obesas. La causa es una mayor conversión de andrógenos en estrógenos realizada en el tejido adiposo. No parece que esta alteración hormonal tenga repercusiones clínicas en los pacientes obesos.³⁷

³⁴ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 43.

³⁵ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 43.

³⁶ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 44.

³⁷ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 44.

1.5.2. ENFERMEDADES METABOLICAS ASOCIADAS.

Las que con mayor frecuencia se asocian a la obesidad son la diabetes tipo II, la hiperlipidemia y la hiperuricemia. De todas ellas la más frecuente y la que conlleva una mayor morbilidad es la diabetes tipo II.

Diabetes tipo II o Diabetes no Insulinodependiente. Los antecedentes familiares son más frecuentes en los obesos. Se caracteriza por una tolerancia patológica a los hidratos de carbono, a pesar de que las concentraciones sanguíneas de insulina se mantienen normales.

La historia clínica de la aparición de la diabetes tipo II en los obesos suele ser mucho menos espectacular que la diabetes de tipo I, en este tipo pueden presentarse síntomas como polidipsia discreta, poliuria (muchas ganas de orinar) y polifagia.

El diagnóstico se establece por datos bioquímicos a raíz de un análisis de sangre o de orina, otras veces es una complicación arteriosclerótica o de una neuropatía.

La reducción ponderal de peso mediante la dieta hipocalórica, es el mejor tratamiento para la diabetes de estos pacientes, debido a que cuando se reduce la masa adiposa se reduce la insulinresistencia; una vez que se ha conseguido estabilizar el peso ideal del paciente, es posible que se normalice la glucemia. Si esto no sucede, es necesario añadir hipoglucemiantes orales y si resultan ineficaces, la insulina.

La evolución natural del diabético obeso, sino es correctamente tratado, es el progresivo agotamiento de la secreción de insulina que conlleva una pérdida progresiva de la masa adiposa. Finalmente, la obesidad desaparece porque el paciente se ha convertido en un diabético insulinopresivo; en este momento ya no es suficiente un tratamiento con dieta o hipoglucemiantes orales, sino que precisa de la administración de insulina exógena.³⁸

³⁸ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 45.

Hiperlipidemias. Los sujetos obesos presentan concentraciones sanguíneas de lípidos más elevadas que los no obesos, es decir, los valores de colesterol, triglicéridos, ácidos grasos libres y fosfolípidos en plasma son más elevados; además presentan mayor proporción de betalipoproteínas. Debido, posiblemente, al aumento de lipogénesis hepática, junto con el turno acelerado de los ácidos grasos lo que contribuye al aumento de las concentraciones plasmáticas de lípidos en la obesidad.³⁹

Hiperuricemia. Los niveles plasmáticos de ácido úrico son elevados en los obesos, ya que una ingesta aumentada aporta una mayor cantidad de purinas y contribuye a un incremento de producción de ácido úrico, lo que provoca mayor eliminación renal.

Hay que prestar atención a la hiperuricemia del obeso cuando inicia una dieta restringe el aporte de grasas y de hidrato de carbono, lo que hace que se acelere el catabolismo proteico que se produce en los estados de adelgazamiento y se aumente el ácido úrico; y si el paciente ya presentaba hiperuricemia se agrava. Otra atención que se debe tener en el paciente obeso es el control de líquidos, por medio de la eliminación renal, permitiendo ver si hay retención o no de éstos.

1.5.3 ENFERMEDADES CARDIOCIRCULATORIAS ASOCIADAS.

Los pacientes obesos presentan a menudo complicaciones cardiocirculatorias como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica.

Hipertensión Arterial. Existe una estrecha correlación entre el grado de obesidad y los valores de tensión arterial, especialmente en la tensión diastólica. Además, el aumento de la tensión arterial relacionado con la edad parece que obedece al sobrepeso que acompaña el envejecimiento. La causa de la especial prevalencia de

³⁹ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 46.

hipertensión en los individuos obesos no es bien conocida, sugiriéndose que podría influir una mayor ingesta de sal y de calorías; por tanto la reducción del grado de obesidad producirá un descenso o normalización de cifras tensionales (Severs, 1980).⁴⁰

Insuficiencia Cardíaca. Es la causa por la cual los pacientes obesos llegan a la muerte. Así mismo la angina de pecho o la muerte súbita guardan también relación directa con el peso corporal. Debido al exceso de grasa que obstruye las palpitaciones adecuadas del corazón.

Cardiopatía Isquémica. La muerte por enfermedad coronaria es superior en pacientes con mayor obesidad que en pacientes con menor obesidad.

Los estudios de Framingham (1976)⁴¹ evidenciaron que las personas obesas tenían una incidencia doble de infarto cerebral y de insuficiencia cardíaca congestiva que las no obesas. Por otro lado se han descrito anomalías electrocardiográficas en estos pacientes existen alteraciones hemodinámicas que favorecen la presentación de trastornos cardíacos como el incremento del volumen intravascular, gasto cardíaco y retorno venoso.

En los obesos a partir de los 30 años, y más frecuente en mujeres, presentan dificultad para el retorno venoso y esto, se traduce en varicosidades o edemas en extremidades inferiores.

1.5.4. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ASOCIADAS.

Los sujetos obesos, con peso superior al 130%, presentan una disminución de la capacidad vital que se acompaña de una disminución del volumen de reserva respiratoria. Para poder mantener un intercambio gaseoso normal, el obeso hiperventila

⁴⁰ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 48.

⁴¹ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 49.

y presenta un incremento en la demanda de oxígeno y en la producción de anhídrido carbónico.

La acumulación excesiva de grasa en la caja torácica produce un deterioro en las funciones mecánicas y circulatorias del pulmón. Cuando este deterioro se extrema, aparece una seria afección de la función respiratoria que se traduce en hipoxia, hipercapnia, policitemia, plétora y edema; y que se pueden convertir en hipertensión pulmonar, hipervolemia e hipertrofia ventricular derecha. A estos trastornos se les conoce como "síndrome de obesidad-hipoventilación" o "hipoventilación inducida por la obesidad".⁴²

La hipertensión arterial, la arteriosclerosis y la insuficiencia respiratoria frecuentes en los obesos, repercute en la función contráctil del ventrículo. Estas alteraciones pueden llevar al paciente obeso a la muerte de origen cardíaco.

1.5.5. OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS.

Hepatopatía. La afección hepática es un hecho relativamente frecuente en grandes obesos, especialmente en varones. Las alteraciones que se registran van desde el hígado graso hasta cirrosis.

Inmunidad. Las enfermedades infecciosas tienen una mayor incidencia en los sujetos obesos porque la resistencia inmunitaria es deficiente en éstos sujetos.

Litiasis Biliar. En mujeres con un sobrepeso superior al 100% del peso ideal, la incidencia de cálculos biliares es del 35% y en los hombres con peso moderado es de 43% (Drenick, E; 1980).⁴³

⁴² Saldaña, C. Op. cit. Pág. 50.

⁴³ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 53.

La causa se ha contribuido a una mayor capacidad litogénica de la bilis de los obesos por el colesterol aumentado.

Afecciones del Aparato Locomotor. La obesidad se asocia frecuentemente a trastornos del aparato locomotor, siendo estas algias dorso-lumbares en relación con hiperlordosis, lesión distal o artrosis interepifisaria posterior, la coxo-atrosis y gonartrosis.

Riesgo Operatorio. El riesgo operatorio está aumentado en el paciente obeso por diversos factores, como insuficiencia respiratoria, infecciones cutáneas, retardo de cicatrización, así como las dificultades de movilización.

Cáncer. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de endometrio y de mama, producido por la hiperestrogenia ligada a la obesidad.

1.6. EVALUACION DE LA OBESIDAD.

Es lógico que para conocer el grado de obesidad, se mida el contenido graso del organismo, sin embargo esto es algo difícil de conseguir porque no existen métodos directos de medir la cantidad de tejido adiposo del ser humano; por ello hay que recurrir a métodos indirectos. A continuación se describen los métodos más frecuentes para valorar con mayor aproximación la cantidad de masa adiposa que posee el ser humano.

Peso Corporal. Expresa no sólo la cantidad de masa adiposa sino también la masa muscular, el esqueleto y los órganos internos. Las variaciones en el peso acostumbradas a reflejar variaciones en el contenido de grasa y no de los otros componentes del organismo, pero esto no es del todo cierto. Por ejemplo, hay situaciones en que existe un incremento en la masa muscular, o una fase de crecimiento esquelético, así, el peso variará según la edad, el sexo y el entrenamiento físico del sujeto. Para valorar el grado de obesidad que expresa un peso determinado se utilizan

como referencia tablas estandarizadas, que toman en cuenta estas variables, y así determinar el peso ideal. (ver anexo 1).

Pliegue Cutáneo. La medida de los pliegues cutáneos sirve para valorar el grado de obesidad en un sujeto, puesto que la grasa subcutánea es proporcional al contenido de grasa total del organismo.

Para medir el grosor de los pliegues cutáneos se utiliza un instrumento especialmente diseñado para este fin, se le llama "Caliper", que dispone de una especie de pinza en la que se aprisiona la piel y el tejido celular-subcutáneo ejerciendo una presión constante y midiendo el grosor del tejido aprisionado. Las zonas del cuerpo donde se miden los pliegues cutáneos son: a) el área posterior del brazo (pliegue tricpital), b) el borde inferior de la escápula (pliegue subescapular), c) el borde superior de la cresta iliaca (pliegue iliaco), d) la región paraumbical (pliegue abdominal) y e) la superficie media-anterior del muslo.

Se considera que existe obesidad cuando el espesor de un pliegue cutáneo es superior a 1.5 cm en el hombre y a 2 cm en la mujer.

Densitometría o Cálculo de la Densidad Corporal. El sujeto es pesado hidrostáticamente, esto es, sumergirlo en un estanque de agua y se utiliza el porcentaje de grasa corporal mediante una ecuación, la cual consiste en comparar el peso del cuerpo dentro y fuera del agua.⁴⁴

Volumen del agua corporal. Se calcula mediante métodos de dilución (potasio) y el porcentaje de grasa se obtiene a partir del agua total y de la masa corporal libre de grasa (magra), mediante fórmulas apropiadas.⁴⁵

⁴⁴ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 84.

⁴⁵ Saldaña, C. Op. cit. Pág. 84.

De todos los métodos el más sencillo y más utilizado es la medición de peso corporal.

A partir del peso corporal de un individuo y con el fin de obtener la máxima aproximación al contenido graso, se han diseñado una serie de índices que permiten la correlación de las variaciones de peso debidas a la talla.

Índice de Peso Relativo o Peso Corporal Relativo. Este índice se establece en relación con el denominado "peso ideal" o peso deseable definido en las tablas de peso. Para saber el peso deseable se necesita conocer su edad y estatura. Cuando el cálculo es superior al 120% o 130% se habla de obesidad que conlleva asociaciones patológicas.

Ejemplo: Un sujeto de 85 kg. de peso, con peso deseable para su edad y talla de 70 kg.:
 $85/70 \times 100 = 121\%$

Índice de Quetelet o de Masa Corporal. Es el valor que resulta de dividir el peso expresado en kg. por la talla al cuadrado expresada en metros. Este índice es más adecuado para utilizarse en hombres, mientras que para mujeres es suficiente con dividir el peso entre la talla.

Índice de Rohrer. Es el valor que se obtiene de dividir el peso entre la talla expresada en metros al cubo.

Índice Ponderal. Es el valor que resulta de dividir el peso corporal elevado a 1/3 entre la talla.

Índice de Sheldon. Es el valor que resulta de dividir la talla expresada en metros entre el peso expresado en kg. elevado a 1/3.

Índice de Khosia-Lowe. Es el valor que resulta de dividir el peso entre la talla elevada al cubo.

Índice de Broca. Peso ideal = talla (en cm) - 100

De todos los índices, el que mejor expresa la proporción de masa corporal es el de Quetelet, sin embargo, en la práctica clínica el peso corporal y el índice de peso relativo son suficientes para evaluar el grado de obesidad.

Además es necesario conocer con detalle datos personales e incluso antecedentes familiares que permitan entender la condición del obeso, esto se obtiene aplicando instrumentos de evaluación como:

La Historia Clínica. Incluye: antecedentes familiares, personales de obesidad y otras enfermedades; el interrogatorio por sistemas (respiratorio, cardiovascular, digestivo, nervioso, urinario, endocrino, piel y músculo-esquelético), exploración física (temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria, presión arterial), síntomas generales (dolor de espalda, pies, cabeza, rodillas).

Orden para Análisis Clínicos (glucosa, colesterol, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina).

Cuestionarios, que incluyen: cantidades y tipos de alimentos que se ingieren, así como los horarios de comida y frecuencia de actividad física que se realice.

Tomándose en cuenta éstos datos se podrá hacer un buen diagnóstico e intervenir adecuadamente.

1.7. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD.

Hay que tener muy en cuenta que la obesidad es una enfermedad y que como tal debiera ser prevenida, no se debiera esperar hasta que ya existe para hacer algo, es necesario empezar con la educación de la generación presente, recomendando disminuir el consumo de azúcares y de grasas muy concentradas, así mismo crear entusiasmo por el ejercicio, y fomentar el uso de los alimentos con fines nutritivos.

Los futuros padres de familia necesitan información nutricional antes de nacimiento de sus hijos. Así la orientación nutricional deberá ser parte de la educación sanitaria en varios sectores, clínicas, hospitales, escuelas y a través de los medios de comunicación, para así disminuir los índices de obesidad. La información se debe hacer muy presente en los momentos más significativos como: en los primeros alimentos del bebé, en la adolescencia, durante el embarazo, la menopausia y la deducción de la actividad física.

1.8. TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD.

El objetivo que el tratamiento persigue básicamente es la reducción del contenido adiposo en el organismo obeso, Si el exceso de masa adiposa es secundario a una afección endocrina o lesiones hipotalámicas, el tratamiento indicado es el de la enfermedad causal.

Los métodos o procedimientos utilizados para reducir el contenido de masa adiposa, tienen dos premisas fundamentales:

1) La reducción del contenido adiposo puede conseguirse mediante una disminución del aporte calórico habitual, ya que éste obliga a consumir reservas energéticas almacenadas en el tejido adiposo.

2) La reducción del contenido adiposo puede conseguirse también aumentando el consumo energético, ya que esto condiciona una mayor utilización de las reservas almacenadas en forma de grasa.

Para disminuir el aporte calórico ha de reducirse la cantidad de alimentos ingeridos o bien ha de ingerirse alimentos de bajo contenido calórico.

Para elaborar una dieta hipocalórica es preciso conocer cuál es el aporte calórico mínimo que necesita un sujeto para mantener peso. Según Garrow describió en el año

de 1982 que el déficit ha de ser por lo menos de 500 calorías por día para que se evidencie una pérdida ponderal.⁴⁶

Los medios para conseguir una disminución de aporte calórico son tres:
Dietéticos: Elaboración de dietas reguladas para un aporte calórico deficiente,
Farmacológicos: Constituidos por los llamados fármacos anoréxicos. y Quirúrgicos:
Destinados a disminuir la ingesta.

Tratamiento dietético: La dietoterapia tiene por objetivo corregir el desequilibrio calórico mediante la disminución del aporte calórico para ello, se requiere una evaluación inicial de las necesidades de energía.

La cantidad de energía necesaria para mantener el peso corporal se estimula multiplicando el peso ideal del individuo por 30 kcal; en caso de personas sedentarias, por 35 kcal; en caso de personas moderadamente activas, y por 40 o 45 kcal.; en el caso de personas muy activas.

La distribución de nutrimentos en las dietas de reducción de peso ha de estar "balanceada", o sea que no debe predominar en ella ninguno de los nutrimentos; y por lo tanto la administración de una dieta debe estar a cargo de una persona especialista en hacer dietas, ya que debe adaptarse a cada paciente. Se prefiere una dieta balanceada que aporte varios comestibles y que tenga un mínimo de 12 al 14% de proteínas, aproximadamente entre 30 y 35% de grasa y el resto de carbohidratos (con restricción de sacarosa).

Se debe ayudar a la educación del paciente al sustituir los alimentos ricos en azúcar, por algún producto de la lista de intercambios, y también el alcohol. El azúcar y

⁴⁶ Citado en Saldaña, C. Op. cit. Pág. 107.

el alcohol que no suministran más que calorías, pueden cambiarse por frutas, que son fuente abundante de vitaminas, minerales y fibra.

Una báscula pequeña y una taza mediadora son un medio útil para controlar las porciones y lograr que el paciente se de cuenta de la cantidad de comida que ingiere.

Hay obesos que comen poco en el almuerzo o que omiten esta comida, a menudo comen tarde y tienden a ingerir la mayor parte de sus alimentos en una comida, generalmente ya avanzada la tarde o por la noche. Al parecer es preferible ingerir tres o más comidas balanceadas que una o dos comidas al día⁴⁷.

Tratamiento Farmacológico: Dada la dificultad que entraña adelgazar y la de conservar el peso ideal, se ha recurrido a fármacos, estas sustancias son poco satisfactorias a la larga y no deben utilizarse sino es bajo supervisión médica.

Las drogas con las que se trata la obesidad pueden incluirse en tres grupos:

1) Fármacos Anoréxicos, que disminuyen el apetito, en este grupo sobresalen las anfetaminas, éstas provocan efectos secundarios como adicción, insomnio y excitabilidad en el sujeto.

2) Fármacos Calorigenos, aumentan o potencian la producción de calor, por ejemplo la hormona tiroidea.

Tanto la tiroxina como la triyodotironina (T4 y T3 respectivamente) aminoran el peso corporal cuando se administran en dosis muy altas, sin embargo el peso eliminado consiste fundamentalmente en masa magra; además su empleo encierra varios peligros como palpitaciones, taquicardia, presión sistólica elevada, sudoración y equilibrio negativo de calcio y nitrógeno. Las hormonas tiroideas sólo se deben emplear en pacientes obesos cuyo hipotiroidismo este comprobado.

⁴⁷ Lowenberg, "los alimentos y el hombre". Ed. Limusa-Wiley. México, 1970. Pág. 58.

3) Fármacos Lipolíticos, favorecen la lipólisis en el tejido adiposo y por lo tanto la movilización de grasa almacenada, como la gonadotropina coriónica humana (HCG).

Tratamiento Quirúrgico: La cirugía es el último recurso cuando todos los demás tratamientos han fallado.

Las condiciones que se deben tomar en cuenta para la aplicación del tratamiento quirúrgico son:

- Peso corporal superior al 150% del peso ideal y especialmente cuando supera el 200%.
- Edad comprendida entre los 15 y 50 años.
- Obesidad de origen endocrino.
- Obesidad refractaria al tratamiento dietético
- Buena disposición psicológica.

Los tipos de cirugía son:

Bypass Intestinal, se trata de excluir el tránsito intestinal de una parte del intestino delgado, que es donde se realiza la absorción alimentaria. La pérdida ponderal en el primer año de postintervención se cifra alrededor del 30% del peso inicial.

El inconveniente es que se ocasiona diarreas, desequilibrios electrolíticos, cálculos biliares y lesión hepática.

Bypass Biliopancreático, consiste en realizar una gastrectomía distal seguida de una gastroenteroanastomosis. La ventaja de este bypass sobre el intestinal es la mala absorción selectiva de las sustancias que precisan ser ingeridas y que son fundamentalmente las que brindan aporte calórico, conservando una absorción normal de agua, electrólitos y vitaminas hidrosolubles.

Bypass Gástrico y Gastroplastía o Partición Gástrica, consiste en crear una cavidad gástrica muy pequeña (50 cm³) en la región antral, debajo de la unión esofagogástrica, mediante una sutura que incluye el resto del estómago, seguida de una gastroectomostomía. El inconveniente es que a veces existen neuropatías periféricas unidas a la desnutrición.

Balón Intragástrico, consiste en insertar un balón hinchable en el estómago del paciente obeso para producir sensación de repleción gástrica y así disminuir el hambre. Permanecen hinchados entre 1 y 3 semanas y después son expulsados por las heces. es una técnica no invasiva, pero el problema es la corta duración que tienen los balones.

Vagotomía, consiste en una sección truncal del nervio vago, ocasionando una reducción del vaciado gástrico con lo cual aumente la sensación de saciedad.

Esta es la manera de abordar la problemática de la obesidad desde el punto de vista biológico, pero no es posible descartar que el obeso está inmerso en estímulos sociales y psicológicos que muchas veces son difíciles de ignorar o superar, para eso es necesario detectarlos, evaluarlos y tratarlos, por lo tanto se abordan en los siguientes capítulos los factores sociales y psicológicos de la obesidad.

CAPITULO 2

FACTORES SOCIALES DE LA OBESIDAD

2.1. HABITOS ALIMENTARIOS COMO RESULTADO DE UNA CULTURA.

Muchas veces las consecuencias de tipo social y psicológico de la obesidad son más serios que los riesgos biológicos que trae consigo esta enfermedad. Con esto no se pretende afirmar que todos los obesos pasan por esta situación, pero sí que, en muchos de ellos, las consecuencias de la obesidad a largo plazo pueden ser limitantes y permanentes. Estos problemas pueden surgir del individuo mismo o de una sociedad que se muestra intolerante ante la obesidad.

Las consecuencias sociales de la obesidad van más encaminadas al contexto histórico y cultural de una sociedad, de cómo se utilicen los alimentos, qué símbolos pueden tener para cada cultura y sobretodo personales, ya que las costumbres alimenticias varían de un conglomerado cultural a otro, porque cada uno, es su evolución propia y crea un sistema complejo de normas de conducta. Los individuos situados dentro de una cierta cultura responden a las presiones de la conducta sancionada por su sociedad, eligiendo, consumiendo y utilizando los alimentos a su disposición.

Por eso, es cierto que los usos alimenticios de un conjunto humano son el producto del ambiente actual del grupo y de su historia pasada, sin embargo el uso primordial es siempre satisfacer el hambre y en segundo lugar proveer al sostén, crecimiento y energía del cuerpo. Estos son los que se llaman usos nutritivos del alimento, porque implican la nutrición del cuerpo. Dice Doroty Lee: "La cultura puede presentar el alimento principalmente como medio para calmar el hambre, o para nutrirse,

o como forma de lograr la salud psicomática; puede considerar el comer como un deber, una virtud, un placer del gusto o una comunión social o religiosa".⁴⁸

Pero no son éstos los únicos usos del alimento. Se sirve de él, para promover la amistad y el acercamiento social o, como suele decirse, cumplir las leyes de la hospitalidad. En otras palabras, se puede decir que se utiliza el alimento de muchas maneras para favorecer la aceptación interpersonal.

Además el alimento puede utilizarse como conquista de posición, garantía de seguridad, alivio de tensiones, influjo sobre la conducta ajena y expresión de la facultad creadora.

Conquista de posición; para promover el bienestar de un individuo en la sociedad y como medio para mejorar la condición social evitando así la comida de pobres.

Garantía de seguridad; el alimento está vinculado con su empleo para fomentar relaciones interpersonales y para elevar la posición del individuo, ya que el alimento fomenta la pertenencia, los miembros de un grupo cerrado son cuidadosamente fieles en la observación de sus costumbres alimenticias, ya sea para "permanecer dentro" o para "lograr entrar", y así logran su seguridad tanto a nivel de grupo como personal porque cuando una persona cuenta con el alimento para satisfacer el hambre puede interesarse en otro significado cualquiera del mismo

Alivio de tensiones; Miriam Lowenberg dice: "Se sabe bien que el alimento suele utilizarse para aliviar tensiones. La investigación ha demostrado que el setenta y cinco por ciento del grupo estudiado, testificó que comían más cuando se hallaban bajo una presión emocional. El veinticinco por ciento restante, que tendía a dejar de comer en las mismas circunstancias, confesó que a veces se valían del alimento para aliviar el fastidio. Es cosa sabida que los niños dan éste mismo uso a los dulces. Algunos opinan

⁴⁸ Lowenberg. Op.cit. Pág. 113.

que esta costumbre es básica en el problema de la obesidad en países ricos. El hecho de que, entre una cuarta parte de las calorías que ingiere mucha gente procede de bocadillos, se deriva más que de hambre, del empeño por aliviar el aburrimiento o las tensiones".⁴⁹

Influjo sobre la conducta ajena; los comestibles dulces suelen servir como premios, incluso para premiarse uno mismo. A generaciones enteras de niños se les ha advertido que si no comen verduras no podrán comer postre, aprender que comer o no comer lo que les dan es un modo fácil de provocar que reaccionen sus padres preocupados, en realidad muchos son expertos en el manejo de adultos, valiéndose de la comida.

El alimento puede también ser un arma de poderosa de castigo, lo mismo si se le priva a la persona que desea ardientemente comer algo, como si se le obliga a comer lo que no quiere.

Los adolescentes suelen encontrar en la comida un modo práctico de expresar su rebeldía, algunos llegan a comer en exceso y por consiguiente presentan obesidad, siendo esto el resultado del antagonismo entre los padres y los hijos rebeldes.

En el mundo de los negocios es frecuente entretener a los clientes con antojos costosos o lujosos. Esto cohibe la libertad del cliente para dar una negativa.

Expresión de la facultad creadora; una vez que el hambre del individuo y su necesidad de comida para seguridad han quedado satisfechos, puede utilizar su facultad creadora en la elaboración de su sustento, e intentar nuevos alimentos y combinaciones entre ellos haciendo creaciones artísticas y deliciosas en el terreno gastronómico. Las madres tienen costumbre de manifestar su impulso creador o su amor a la familia valiéndose de recurso culinarios. Preparan un platillo particularmente

⁴⁹ Lowenberg, Op. cit. Pág 118

exquisito, o sirven una comida que tiene un especial significado o elaboran bocadillos apropiados para determinadas ocasiones.

Las familias habítan a esperar un platillo singular en una circunstancia precisa, y de esta manera acaban por atribuirle un significado profundo. Así, el amor materno queda asociado a ciertos alimentos, que suelen convertirse en los favoritos de toda la vida, aún cuando los hijos anden errantes, muy lejos del hogar.

Cuando los alimentos son suficientes para poder elegir, surge una serie de hábitos y estilos alimenticios, con sus concomitantes, tabúes y prejuicios, haciendo así que las costumbres de una comunidad reflejen la forma en que su cultura traza la norma de conducta de los individuos del conjunto en relación con el alimento, de donde resulta que el conglomerado acaba por tener un patrón dietético común.

Sin embargo existen lugares en donde en la época de hambre se toleran los alimentos que haya; pero aún así se tiene buen cuidado de instruir a los niños durante su educación sobre los estilos nutritivos, a fin de que los pequeños sepan lo que se considera alimento y lo que no. El niño africano de las tribus primitivas aprende a estimar el saltamontes y las raíces, lo mismo que el niño norteamericano aprende a beber leche. También se les instruye en la conducta sancionada por la sociedad en relación con los alimentos. De esa manera llegan a conocer los límites que les enseñan a rehusar ciertos alimentos, de manera que los impulsos infantiles originales, que inclinaban a la satisfacción del hombre, se convierten en apetitos socialmente aceptables.

La atención directa de las madres ejerce un influjo importante en las costumbres alimenticias de sus hijos. Ella será capaz incluso de pasar por alto sus gustos personales y obligarle a comer lo que le desagrada, para dar "buen ejemplo". En general

se valdrá de procedimientos ingeniosos o de engaños, para inducir a sus hijos a comer lo que consideran provechoso para ellos. Si ella en persona compra las provisiones familiares, será la que elija los alimentos que se consuman.

Sin embargo, aún dentro de un mismo grupo no todos comen lo mismo. Se forman ordinariamente subgrupos mayores o menores, es decir, además de las influencias culturales, étnicas y familiares en las costumbres alimenticias, los individuos difieren entre sí, desde el momento que nacen. Muchos son los factores que entran en juego para dar al individuo su norma peculiar y propicia de alimentación; tales son: la digestión buena o mala, las alergias a ciertos alimentos, las tendencias temperamentales, la proporción en que el cuerpo de cada uno transforma el alimento en energía, el grado de inteligencia, el poder de la imaginación, el efecto de la educación, que hace al individuo consciente de las necesidades del cuerpo, y de sus propios gustos.

2.2. LOS CAMBIOS DE LOS HABITOS ALIMENTICIOS

La cultura tiene efectos profundos sobre la conducta humana, es una realidad muy compleja, que no debe menospreciarse y no es fácil soslayarla. Pero al mismo tiempo, no es inteligente clasificar a todos los miembros de un grupo como si fueran exactamente iguales. El proceder del hombre es siempre consecuencia de una motivación múltiple y todo ser humano, desde su nacimiento está provisto de características físicas, intelectuales y emotivas, susceptibles de cambio. Cuando las personas se ven frente a la necesidad de alterar sus hábitos alimenticios, sobretodo por motivos de salud, o en tiempos de privación, reaccionan de distinta manera.

Hay muchas barreras para el cambio de las costumbres en el comer, algunas de ellas no son más que inercia o resistencia al cambio. Esto es tan cierto, que incluso se

ha llegado a clasificar al hombre, según éste criterio en tres categorías: 1) Los que procuran llevar al grupo hacia el cambio, 2) Los que aceptan con facilidad las modificaciones y 3) Los que ponen resistencia a ellas.⁵⁰

Cualquiera que pretenda introducir una variación en lo patrones nutritivos, debe comprender y tener en cuenta factores que están relacionados con la reacción al cambio de esta materia. La primera causa de rechazo de un cambio puede ser el miedo a verse privado de un alimento familiar que ha sido factor básico de seguridad del individuo. Esto da lugar a un dilema de elección entre lo viejo y lo nuevo. El no comprender de lo que necesita y por qué, suele también ser un obstáculo al cambio. Causas elementales de repulsión al cambio pueden ser también, la rebelión contra la autoridad y la ofensa de verse privado de la facultad de elegir personalmente. La resistencia puede, así mismo originarse en el tratamiento del efecto de una costumbre alimenticia, como en la obesidad, en vez de reconocer, comprender y tratar efectivamente los factores psicológicos o concomitantes del mal.

El factor social es de gran importancia para conocer la problemática en la que se encuentra una persona obesa, ya que no puede desprenderse de ella, tan fácil, hábitos alimenticios, que particularmente tienen cantidades y combinaciones mayores, así como horarios y actitudes generales ante la comida establecidos con mucho tiempo de anticipación y que por lo general están involucrados con el nivel socioeconómico, raza y costumbres de su sociedad; pero tampoco se debe destacar el hecho de que su condición de obesos no les gusta y que sin embargo encuentran demasiado difícil deshacerse del problema; ya que los medios masivos de comunicación y la publicidad incitan a probar nuevas y "mejores" recetas; las modelos, actrices y mujeres sensuales muestran que la delgadez es atractiva. Por tanto estos hechos favorecen la presencia

⁵⁰ Lowenberg. Op. cit. Pág. 130.

de problemas psicológicos en las personas; primero, porque con su condición de obesos tienen consecuencias de salud que requieren la disminución de tejido adiposo y por lo tanto no es decisión propia; segundo, porque el ambiente familiar-social no permite los cambios habituales de manera individual, es decir, que los cambios que una persona se pone a seguir muchas veces rompe con esquemas preestablecidos y que traerán consigo diferencias con los demás, ya que no siempre se ve como alternativa de salud los cambios de comidas sino como rechazo a las mismas. Provocando con todo esto que la persona entre en conflicto consigo misma, ya que sabe que debe adelgazar, pero no encuentra el apoyo social y personal requerido para ello.

Además la sociedad, aunque no sean bien vistas las personas obesas, está acostumbrada a que existen personas "flacas" y "gordas", y esto hace que muchas veces la persona obesa no haga algo por adelgazar, ya que si lo hace se verá envuelta en burlas y agresiones que la desaniman. Teniendo como consecuencia la aceptación personal de su condición de obeso, pero esto siempre aparentemente, es decir, ante la sociedad.

Todos éstos factores sociales que se encuentran en las personas con obesidad deben de tenerse en cuenta, ya que uno de los requisitos para la atención de la obesidad es la disposición personal del paciente, por lo mismo de que es difícil adelgazar se tiene que concientizar al paciente para que se de cuenta de la problemática en que vive, ya que no sólo es cuestión de estética sino también de salud, tanto física como psicológica.

CAPITULO 3

FACTORES PSICOLOGICOS DE LA OBESIDAD

El factor psicológico del obeso es otro punto importante que se debe abordar ya que participan pensamientos, emociones y conductas que generan y/o mantienen la obesidad.

La psicología clínica utiliza varias posturas para explicarla; en este trabajo se abordan dos por considerarlas como las más representativas, una de ellas es el Psicoanálisis y otra la del Aprendizaje Social.

3.1. TEORIA PSICOANALITICA.

Considerada psicoanalíticamente la obesidad ha sido vinculada a la fase oral del desarrollo. Al resultado de fijaciones por exceso o por defecto de gratificaciones orales considerando la regresión a esa fase en períodos de ansiedad.

La obesidad forma parte de las alteraciones en la alimentación, junto con la anorexia nerviosa y la bulimia, las cuales tienen muchos elementos y problemas en común como: perturbación en la imagen corporal, la preocupación constante por la comida y la preocupación acerca de estar gordo. Pueden presentarse indistintamente en diferentes patologías, desde trastornos de carácter, estructuras histéricas y obsesiva-compulsivas, hasta bordelines y estructuras cercanas a la psicosis. También varían los factores genéticos, ambientales, inmunológicos, traumáticos, familiares e intrapsíquicos, que establecen una compleja interacción donde el síntoma alimentario es el resultado final.

Bruch,⁵¹ plantea dos características que ha encontrado en situaciones en las que se desarrollan trastornos alimenticios: 1) La incapacidad para reconocer el hambre así como otras sensaciones corporales, y 2) La falta de percibir la vida como propia: La palabra hambre es usada para referirse a un estado fisiológico de reducción nutricional, también denota una experiencia psicológica; el hambre es un fenómeno experimentado por todo ser humano y, a pesar de ser universal, es percibido por cada uno de diferente forma. La comida puede simbolizar una necesidad o deseo insaciable de amor, puede ser un sustituto de gratificación sexual, representar el deseo de poseer un pene o deseo de estar embarazada o el temor a estarlo. Puede servir como defensa en cuanto asumir la adultez y la responsabilidad. Puede simbolizar un deseo de fusión con los padres o también el rechazo hostil hacia ellos.

En el estudio de pacientes obesos se ha encontrado que hay confusión en el reconocimiento del hambre y la saciedad así como en diferenciar al hambre con la "urgencia de comer" y que existen dificultades en discriminarla de tensiones, emociones, conflictos, problemas o situaciones que no tienen una relación con la comida.

La principal característica de los pacientes obesos es la relación entre el problema de la descarga de los impulsos con la incapacidad del yo para realizar las funciones y los problemas del sí mismo. Frecuentemente se encuentra en éstos pacientes que usan la comida para autocalmarse, sustituyendo gratificaciones y también como reemplazo de objetos frustrantes (Castelnouvo-Tedesco, 1983).⁵²

⁵¹ Bruch, H. "Eating Disorders Obesity, Anorexia Nerviosa and the Person Within". USA, 1973; Basic Books. Pág. 13.

⁵² Citados en Reiser, L.W. "Compulsive eating: Obesity and related phenomena". J. Amer Psychonal Assn, 1988. Pág. 165.

Wilson,⁵³ considera que el yo del paciente obeso tiene defectos en el control, no sólo de los impulsos orales, sino también en los otros: manifestándose el super yo no tan perfeccionista y controlador. Subraya la importancia de entender las dificultades con los impulsos, la estructura de personalidad adictiva, así como los malos hábitos que existen desde la infancia. Pueden existir personalidades adictivas que al abandonar sus hábitos aumentan excesivamente de peso o por el contrario, pacientes obesos que al bajar de peso recurran a otra adicción distinta de la comida. La fachada de buen humor esconde ansiedad y depresión. Las defensas que utilizan con más frecuencia son la negación, la disociación, la externalización y el desplazamiento.

Mintz,⁵⁴ considera que en cada paciente obeso hay distintos significados inconscientes, pero básicamente ligados a intentos de resolver conflictos en los impulsos sexuales, agresivos y con problemas de dependencia. Además manifiestan tendencia a la soledad, retiro de las personas y de los propios sentimientos, sensaciones corporales; culpa, vergüenza, enojo y/o depresión; involucrándose la idea inconsciente que tienen "ser cuerpo" es equivalente a ser una "cosa". Si el cuerpo crece, crece la cosa y la persona se encoge.

Goodsit,⁵⁵ afirma también lo anterior, dice que la comida calma temporalmente, pero fracasa en construir una estructura con cohesión al self, ya que hay dos grandes perturbaciones en los obesos: 1) Los patrones anormales de alimentación y 2) La patología de la imagen corporal. La compulsión a comer está asociada a estados mentales y a cuestiones psicodinámicas, como: ansiedad, enojo, culpa, depresión, autocastigo, autopremio, inseguridad, desconfianza, sentimiento de no ser querido,

⁵³ Wilson, C. Hogan. Mintz. "Psychodynamic Technique in the Treatment of the eating Disorders". New Jersey; Jason Aranson, 1992. Pág. 9

⁵⁴ Citado en Reiser, L:W. Op. cit. Pág. 169.

⁵⁵ Citado en Bemporad J. Herzog, D: B: "Psychoanalysis and eating disorder". New York the Gulford Press. 1983. Pág.162.

búsqueda de atención, evitar la competencia, etc. La imagen corporal perturbada está conectada con la representación de sí mismo. Un gran cuerpo puede ser la manifestación de un sentimiento interno de poca valía, inferioridad, incapacidad de sentirse amado. Ser obeso en una sociedad que valora tanto la delgadez y la relaciona con el deseo y la aceptación, es también un gran motivo de presentación y causa de perturbaciones en la imagen corporal.

Bruch,⁵⁶ considera que en los casos de obesidad ha ocurrido algo en el curso del desarrollo. Se cree que hay perturbaciones tempranas en la relación madre-bebé, que son las responsables de las alteraciones posteriores en el esquema corporal y en discriminar sensaciones primitivas tales como el hambre y la sensación de estar saciado. Ya que las respuestas apropiadas de la madre a las señales que da el bebé en lo biológico, lo social, lo intelectual y lo emocional ayudan a organizar las bases para el desarrollo del autoconocimiento y autoafecto. Pero si la madre responde ante el niño a sus propias necesidades, éstos niños pueden sentirse ajenos a sus impulsos, como no dueños de su propio cuerpo. De esta manera están bajo la influencia y la dirección de fuerzas internas experimentando sentimientos de vacío. Por eso la actitud insegura de las madres entre sus hijos es compensada con la sobrealimentación y medidas sobreprotectoras. La comida adquiere una fuente de valor emocional. La actividad muscular y los contactos sociales son experimentados por éstas madres como peligrosos, por su relación con la separación lo que redundará en una marcada inactividad por parte de los niños, así como problemas en la adaptación social, inmadurez emocional y la extrema dependencia hacia los padres.

⁵⁶ Bruch, H. Op. cit. Pág. 23.

Levy,⁵⁷ habla de “hambre de afecto”, el hambre hacia el amor maternal y otros sentimientos propios de la relación madre-hijo. Habla de un vacío estructural que trata de llenarse y Winnicott,⁵⁸ describe el concepto de objeto transicional que aparece ligado a estas ideas en el sentido que calma la ausencia de la madre. Para los obesos la comida puede actuar como objeto transicional defendiéndose de sentimientos de separación. La experiencia satisfactoria de la alimentación es base para el desarrollo normal de relaciones de objeto y para el sentido cohesivo del self; además cada vez más se encuentra que no es una conducta o faceta de la familia la que produce un desarrollo saludable o anormal, sino toda la dinámica en interacción entre todos los miembros y el rol que cada uno tiene en relación al otro. Este proceso se aprende y cuando las respuestas del ambiente son confusas, este proceso se daña y los pacientes obesos al querer solucionar su obesidad lo hacen buscando aliviar concretamente el síntoma, más que por un intento de conocimiento de sí mismo y por eso no permanecen el tiempo necesario en el tratamiento, además si no se resuelven adecuadamente los problemas inconscientes subyacentes al síntoma, analizando los conflictos de las relaciones objeto tempranas, pueden producirse actos autodestructivos, otras adicciones como alcoholismo, drogadicción, alteraciones psicósomáticas o agresiones psicóticas.

Los síntomas de los desórdenes en la alimentación son complejos y no pueden ser explicados a través de un sólo mecanismo no son puramente fisicoquímicos, ni sólo psicológicos, ni sociales. Estos síntomas son expresiones de distintas fuerzas en acción.

59

El problema de la psicoterapia psicoanalítica no es establecer un factor causal, sino el poder resolver los trastornos de personalidad que subyacen a los síntomas y

⁵⁷ Citado en Bemporad, J. Herzog, D. Op. cit. Pág. 160.

⁵⁸ Citado en Bemporad, J. Herzog, D. Op. cit. Pág. 161.

⁵⁹ Wilson, C. Hogan. Mintz. Op. cit. Pág. 11.

determinarlos. Sólo así pueden resolverse de una manera profunda y persistente este tipo de enfermedades.⁶⁰

3.2. MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL.

El otro modelo explicativo de la obesidad en la psicología es el del Aprendizaje Social, cuya premisa fundamental es que el medio ambiente influye de manera determinante sobre el control y modificación de la conducta y centra su objetivo de estudio en el comportamiento, sea éste normal o desadaptado, de tal manera que el síntoma no es considerado como una causa subyacente a un estado patológico, sino como la conducta problema misma a modificar.

Gran parte del aprendizaje puede describirse como aprendizaje por observación, es decir, se aprende observando conductas de un modelo. El aprendizaje por observación abarca cualquier tipo de conducta de igualamiento, como la imitación. Según Bandura y Walters, (1963)⁶¹, la simple observación de la conducta de un modelo parece ser suficiente para promover el aprendizaje y las respuestas se aprenden sólo si son reforzadas. Así, el éxito o fracaso en muchos aspectos de la vida depende del aprendizaje debido al modelo inadecuado que se observa o a resistir la influencia de los modelos, esta ausencia de modelos apropiados puede provocar deficiencias en la conducta; ya que la mayor parte del aprendizaje ocurre en contextos sociales y a través del modelamiento por medio de ensayo y error con el reforzamiento que selecciona la conducta correcta. Observar a un modelo efectuar conductas adaptativas y apropiadas conduce a un aprendizaje rápido y a la evitación de errores costosos.

⁶⁰ Wilson, C. Hogan Mintz. Op. cit. Pág. 15.

⁶¹ Citado en Dicaplo, N. "Teorías de la Personalidad". Ed. Interamericana. México, 1987. Pág. 483.

El ser humano puede aprender al observar y formarse una representación cognoscitiva que contiene imágenes, conceptos y representaciones verbales, como el aprendizaje por observación es muy complejo y variado hay muchas condiciones que lo afectan, así el observador debe atender actividades o modelos relevantes, tanto la conducta del modelo como las consecuencias de su conducta influyen en la atención y el aprendizaje, simplemente porque el hecho de que los modelos sean reforzados o castigados por su conducta es un determinante importante de la atención. El aprendizaje por medio del modelamiento también depende de la capacidad para retener lo que se observó, de la capacidad para ejecutar las habilidades adquiridas y de la motivación e incentivos para llevar a cabo la conducta. (Bandura y Walters, 1963)⁶²

Por otro lado la evaluación clínica y las funciones del tratamiento de este modelo se encuentran íntimamente ligadas con los resultados de la investigación experimental, basándose en la observación y experimentación. La evaluación clínica pretende identificar cómo aprendió sus actuales conductas y cómo están siendo mantenidas con el fin de planear un aprendizaje nuevo más adaptativo.

Desde la óptica del modelo del aprendizaje social la obesidad es considerada una conducta o serie de hábitos mal aprendidos dentro de un contexto social.

Los métodos de la modificación y terapia de la conducta se orientan a la conducta y presuponen enseñar al obeso la manera de cambiarla en relación a la ingesta de alimentos. El primer paso consiste en una evaluación de los patrones de alimentación de la persona. Los pacientes deben registrar sus consumos de alimentos para determinar la hora y los lugares donde éstos se consumen, la cantidad que se ingiere y otros factores relevantes. La evaluación acertada es fundamental pues es el

62

Citado en Dicarpio, N. Op. cit. Pág 485.

punto de partida del tratamiento y la premisa detrás del enfoque conductual radica en que para que se suscite una pérdida de peso los hábitos alimentarios deben cambiar.⁶³ En el enfoque conductual la atención se centra más en el "cómo" come el obeso, que en "qué" es lo que come.

Esta evaluación preliminar es importante pues habrá de revelar las costumbres relacionadas con la alimentación. De aquí se desprende un diagnóstico en donde se identifican las áreas en las que la intervención pueda ser más promisoría y efectiva. Finalmente, el tratamiento se concentra en alterar varios factores del comportamiento: los antecedentes (estímulos que incitan a comer), el comportamiento o la conducta misma y las consecuencias (o sucesos subsecuentes a la comida).

Los principales componentes de los programas conductuales son los siguientes:⁶⁴

Modificación en el comportamiento (o conducta) de comer.

Reforzamiento de conductas adecuadas al comer.

Reestructuración cognitiva.

Desarrollo de sistemas de apoyo.

Programa de ejercicios y de actividad física.

Programa de orientación alimentaria.

Modificación de la Conducta al Comer. Para cambiar la conducta relacionada con la alimentación se utilizan técnicas conductuales tradicionales que ayudan a disminuir al mínimo el exceso en el comer. Entre ellas se tiene la autoobservación, el control de

⁶³ Cuadernos de Nutrición. "Comer bien para vivir mejor". Vol. 16 No. 2 Marzo-Abril 1993. Pág. 20.

⁶⁴ Cuadernos de Nutrición. Op. cit. Pág. 21.

estímulos, la planificación anticipada, la disminución de la velocidad al comer y la sustitución de prácticas indeseables por actividades alternativas.

Originalmente, la autoobservación se utilizaba para evaluar los patrones de alimentación. Actualmente se ha hecho evidente su utilidad como procedimiento terapéutico al descubrir que el simple hecho de anotar una conducta (sea alimentaria o de otro tipo) la puede llegar a modificar. Pueden utilizarse dos herramientas. La primera consiste en un "diario" donde se registra el consumo diario de alimentos y su contenido energético; con el tiempo se incluyen otros hábitos de consumo que incluyen horarios, lugares, personas y sentimientos relacionados con la comida. Este instrumento tiene un gran valor diagnóstico además de que hace al individuo consciente de sus hábitos alimentarios. Algunos hábitos que se practican un tanto automáticamente se hacen evidentes cuando se anotan. Por otra parte, muchas personas comentan que comen menos cuando saben que tienen que registrar todo lo que consumen en el "diario", lo cual puede resultar positivo si se trata de personas obesas. Por último, este sistema considera que el diario educa a los pacientes acerca del contenido energético de los alimentos.

La segunda herramienta consta de una bitácora para medir los cambios en los hábitos que sirve como identificador de la adhesión del paciente al tratamiento. Aquí se enumeran los comportamientos prescritos para una semana determinada y el paciente califica hasta qué grado éstos fueron cumplidos. Los individuos obesos como todos responden de modo importante ante estímulos. El control de estímulos sirve para permitirles minimizar su exposición a estímulos relacionados con los alimentos o con el acto de comer. Los procedimientos que pueden utilizarse para modificar las condiciones antecedentes que conducen a un comportamiento alimentario inadecuado son, a grandes rasgos, los siguientes:

Mantener los alimentos fuera de la vista.

Limitar lugares y los tiempos donde se come; de igual manera las actividades asociadas con la alimentación.

Cambiarse de lugar en la mesa para romper con viejas asociaciones.

Levantarse de la mesa al terminar de comer; es decir, no "hacer sobremesa".

Eliminar la alimentación "automática".

Comprar los alimentos en forma prudente para mantener aquellos alimentos "indeseables" fuera de casa; ir al mercado o al supermercado después de comer.

En la medida de lo posible evitar tener que ver o relacionarse con alimentos.

La planificación previa permite a la persona anticipar qué, el cuándo y el dónde de las comidas. Según esto, si la persona decide de antemano que cenará a las 8:00 p.m. en su casa y tiene a la mano los ingredientes necesarios, la probabilidad de que consuma otros alimentos va a disminuir. En este sentido, el hecho de planificar con suficiente anticipación reduce la probabilidad de comer impulsivamente.

En los programas conductuales se les enseñan a los pacientes a comer más despacio, a poner los cubiertos sobre la mesa entre bocados, a hacer una pausa a la mitad de la comida y, en ocasiones a contar los bocados o las veces que se mastican los alimentos.

En estos programas se insiste en la sustitución de conductas cuando los sujetos desean comer por aburrimiento, por fatiga, nerviosismo, etc. En estos casos se les enseña a generar actividades alternativas -de preferencia que representen un gasto de energía- que difiera (o retarde) temporalmente el aburrimiento o cansancio.

Reforzamiento de Conductas Adecuadas. Para que una conducta determinada (como el cambio de hábitos alimentarios) se mantenga por un tiempo prolongado, debe

producir consecuencias positivas; de otro modo, la conducta no persistirá. Al parecer, la pérdida de peso no parece ser un reforzamiento suficientemente fuerte para que se presente un cambio de conducta. Esto se hace evidente al observar que la mayoría de los obesos pierden peso y luego regresan a sus patrones originales de alimentación. Esto probablemente se deba a que, al comer, la persona obesa obtiene una recompensa poderosa e inmediata: la comida sabe bien y puede aliviar situaciones físicas o emociones que fueron las que originalmente desencadenaron el acto de comer. Por el contrario, los efectos negativos de comer en exceso son remotos y en general menos poderosos: incluyen los sentimientos de culpa, el aumentar las probabilidades de tener problemas de salud y la incomodidad social que acompaña a la obesidad. Si la persona se restringe y no come aquello que desea comer, los posibles reforzadores son bastantes débiles y remotos (autosatisfacción o el evitar problemas de salud); mientras que si se decide comer, las consecuencias adversas son sobresalientes (rechazar la deliciosa comida y obsesionarse con ella): con esa alternativa es sorprendente que la gente se desanime a hacer dieta de reducción de peso.

Por lo anterior, la solución radica en aumentar las recompensas por el comportamiento deseado. El apoyo del profesional o de la familia parece ser lo suficientemente fuerte como para lograr un cambio en los hábitos alimentarios del obeso que está bajo tratamiento. Las recompensas también pueden funcionar positivamente. Estas consisten en que el individuo que llega a cumplir ciertas metas (como por ejemplo cierto grado de disminución en el consumo energético diario) va anotándose puntos y al reunir los suficientes puede llegar a premiarse con una actividad que le resulte agradable. Por último, la recompensa emocional que experimentan los individuos que logran bajar de peso es muy poderosa, pues tiene que ver con la recuperación de la

autoestima y con sentimientos de competencia que le permiten que el cambio sea aún más notable.

Reestructuración Cognitiva. Se le llama reestructuración cognitiva al enfoque para modificar lo que las personas se dicen a sí mismas; insiste simultáneamente en la ejecución de tareas relacionadas con sus nuevas autoafirmaciones pertinentes.⁶⁵

Independientemente de qué tan entusiastas sean los obesos y sus familias en cuanto a los cambios de conducta y a la pérdida de peso, generalmente se encontrarán con contrariedades que pueden hacer que vuelvan a sus antiguos patrones de alimentación y provocar que aumenten nuevamente de peso. Esto ha hecho que los terapeutas se den cuenta de lo importante que es cambiar tanto los patrones de alimentación como la manera de pensar. El énfasis en las actitudes se pone principalmente en las etapas avanzadas del tratamiento, que es cuando debe prevenirse la recaída de los pacientes.

Las actitudes y sentimientos de las personas obesas acerca de su cuerpo, los esfuerzos que ha realizado en el pasado para bajar de peso, el pronóstico de éxito y su habilidad para controlar su vida puede influir en su capacidad para perder peso. Por ejemplo, si un obeso se come un pastel su respuesta puede ser "no tengo fuerza de voluntad" o "soy malo porque no tengo control sobre mi mismo" o "esto prueba que siempre voy a ser gordo". Los sentimientos que se desprenden de esas afirmaciones (culpa, depresión y ansiedad) pueden conducirlo a excederse en la comida, pues podría pensar erróneamente: "ahora que rompí con la dieta mejor sigo comiendo". Por lo tanto no es complicado comprender por qué los sentimientos de depresión y devaluación acompañan al exceso de comida. Esta clase de monólogos virtualmente garantizan la

⁶⁵ Mahoney, M. J. Mahoney, K. "Control Permanente de Peso". Ed. Trillas, México.1981. Pág. 60.

autoderrota. Para cambiar esta forma derrotista de pensar se requiere de una gran perseverancia y de experiencias por parte del terapeuta.

Desarrollo de Sistemas de Apoyo Algunos estudios sugieren que en gran medida el éxito en el tratamiento de la obesidad radica en el apoyo social que se le dé a la persona con sobrepeso. Por ello, en el enfoque conductual, los pacientes aprenden a evaluar su entorno social y a identificar y manejar a aquellas personas que apoyan o sabotean sus esfuerzos para bajar de peso.⁶⁶

Ejercicios y Actividad Física. El ejercicio, dentro de los límites de la capacidad del obeso, es siempre benéfico. Debido a la incapacidad innata de la mayoría de las personas . Los obesos deben de efectuar ejercicios regulares, debido al extremo malestar que experimentan con la actividad intensa, se puede esperar muy poco de esta medida, sin embargo, debe hacerse un esfuerzo para fomentar que la persona excesivamente obesa se mantenga en movimiento; puesto que son precisamente los extremos de hiper e hipo actividad los que influyen de manera decisiva sobre el obeso.⁶⁷

Los pacientes obesos no deben empezar a realizar ejercicios sin preparación previa, conviene que comience por caminar todos los días, aumentar la duración de las caminatas, subir escaleras, y otros ejercicios para que aumenten su movimiento.

Debido a que la modificación de hábitos alimentarios y el ejercicio representan un gran esfuerzo para el individuo, pues significan cambios en conductas que son parte de su forma de vida, es recomendable introducirlos gradualmente para que el paciente no se sienta abrumado y tenga suficiente tiempo para practicar e integrar a su persona cada una de las nuevas conductas.

⁶⁶ Cuadernos de Nutrición. Op. cit. Pág. 25

⁶⁷ McLaren, S. Donald. "La Nutrición y sus trastornos". Ed. Manual Moderno, S.A. México, 1993. Pág. 154

El ejercicio no incrementa la ingestión voluntaria de alimentos sino hasta llegar a cierta duración e intensidad crítica, las cuales dependen de cada persona. Más aún con el ejercicio se reduce la cantidad de grasa corporal y promueve sentimientos de bienestar psicológico en las personas que lo practican.

Orientación Alimentaria. Los tratamientos conductuales para la obesidad han introducido como parte fundamental la información y formación sobre nutrición, con el objeto de que el individuo obeso aprenda a elaborar y seguir un régimen dietético que se ajuste fielmente a sus características personales y estilo de vida favoreciendo su cumplimiento y por lo tanto la pérdida de peso.

La primera información que se le proporciona al sujeto se refiere al significado de las calorías, así como la importancia de asumir una dieta equilibrada tanto en relación con el número de calorías a ingerir dependiendo del gasto energético, como en relación con los nutrientes necesarios para que el sujeto no alcance un estado de mal nutrición.

El sujeto aprende a autorregistrarse y controlar los carbohidratos, lípidos y proteínas que consume, así como las vitaminas y minerales, ya que un exceso o déficit de ellos le puede conducir a carencias nutricionales importantes que repercutirán en su salud.

Es necesario que no se pasen por alto las esferas en las que se encuentra inmerso el ser humano: Biológica, Psicológica y Social, por lo que una modificación en el balance energético no podrá lograrse sin considerar los aspectos sociales y psicológicos del obeso, ya que el proceso de cambio requiere de modificar hábitos y reestructuración cognitiva para que el obeso logre apreciar la irracionalidad de sus expectativas y trabaje para modificarlas.

La conciencia plena del proceso de pensamiento ayuda a lograr el cambio de la conducta en cualquier tipo de personas por lo tanto es importante identificar los

pensamientos irracionales que determinan conductas inadecuadas y una técnica terapeuta centrada en éste objetivo es la Terapia Racional Emotiva (TRE).

CAPITULO 4

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La Terapia Racional Emotiva (TRE) no pretende ser puramente objetiva, científica o teórica, sino que es una aproximación humanística-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones, supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales del pensamiento, sostiene que el absolutismo rígido es la esencia de las alteraciones humanas, se ocupa principalmente de las conductas, emociones y de las evaluaciones de las personas perturbadas tomando en cuenta los significados, valores y metas de las personas, está basada en la Teoría Cognoscitivista, la cual tiene por objetivo el cambio de personalidad y conducta, es decir, alterar las variables de personalidad: actitudes, intenciones y valores personales; y las variables de la conducta: fobias, compulsiones y otras conductas anormales, por medio de la modificación de las funciones cognitivas.⁶⁸

La Terapia Racional Emotiva (TRE) es sobre todo racional y científica, y pone tanto la racionalidad como la ciencia al servicio de los hombres con el fin de que vivan felices y es representada por el teórico del aprendizaje cognoscitivo y social Albert Ellis.

69

Los hombres son felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Las metas que prácticamente tiene todo ser humano durante su vida son: 1) Permanecer vivo y 2) Ser razonablemente feliz así como verse libre de dolor mientras se vive; sus submetas en la búsqueda de la felicidad

⁶⁸ Dicarpio, N. Op. cit. pág. 530.

⁶⁹ Dryden, W. Ellis, A. "Práctica de la Terapia Racional Emotiva". Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer, Bilbao, 1989. pág. 16.

incluyen: ser feliz cuando se esta solo -por sí mismo-, al asociarse con otras personas, es decir, cuando se ven inmersos en una relación íntima, al trabajar para vivir y al involucrarse en actividades recreativas. Lo que ayuda a la supervivencia y a la felicidad de los humanos son los pensamientos racionales, los sentimientos apropiados y los comportamientos efectivos; lo que la frena es la irracionalidad, el sentir así como el actuar inapropiadamente causándose daño innecesariamente, ya que cuando se tienen metas, propósitos perfeccionista y absolutistas se esta propenso a sentir trastornos emocionales.

Así, las ideas racionales de la TRE son aquellas cogniciones, creencias y filosofías que ayudan y alientan al logro de las metas básicas o más importantes; las ideas irracionales son aquellas cogniciones, creencias y filosofías que sabotean o bloquean el logro de las metas básicas o más importantes del ser humano.⁷⁰

Para que se logren las metas es necesario que el ser humano cuente con un código de valores, ya que se tiende a actuar saludablemente cuando están basados en la razón y la experiencia. La TRE le da importancia a los siguientes:⁷¹

Autointerés. La persona necesita interesarse en sí misma.

Interés social. Cuando se vive en un grupo se debe de proteger los derechos de los demás.

Autodirección. No se necesita o demanda de un apoyo de los demás para asumir las propias responsabilidades.

Alta tolerancia a la frustración. Se otorga a sí misma y a los demás el derecho de equivocarse.

Flexibilidad. Se tiende a ser flexible en la forma de pensar.

⁷⁰ Mahoney, M. "Cognición y Psicoterapia". Ed. Paidós. México, 1986. pág. 337.

⁷¹ Mahoney, M. Op. cit. pág. 338.

Aceptar la incertidumbre. Se tiende a reconocer que aparentemente se vive en un mundo de incertidumbre y probabilidad.

Compromiso en búsquedas creativas. Se tiende a sentir más sana y feliz cuando se manifiesta ocupada en un tema de interés creativo.

Pensamiento científico. La persona tranquila tiende a ser objetiva, racional y científica.

Autoaceptación. La persona sana normalmente está contenta de estar viva y tener la capacidad de divertirse.

Asumir riesgos. Se intenta hacer lo que se quiere hacer.

Hedonismo en el sentido amplio. La persona bien ajustada tiende a buscar tanto los placeres del momento como los del futuro.

No-autopismo. Aceptar el hecho de que nunca se va a conseguir lo que se desea, ni se va a poder evitar todo el dolor.

Autoresponsabilidad por el propio malestar emocional. Se tiende a aceptar la responsabilidad de la propia existencia y aceptar el propio malestar emocional.

Si se intenta adquirir e interiorizar éstos valores se tenderá a pensar correctamente y por lo tanto a adquirir control emocional, ya que tolerar el malestar emocional con el fin de lograr los objetivos así como una felicidad a largo plazo es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata, además tanto la autoaceptación como un alto nivel de tolerancia a la frustración son dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano.

El estado emocional es apropiado cuando el tipo de pensamiento que tiene una persona es correcto, pero si éste es erróneo, las emociones que ocurren serán disfuncionales y conducirán a conductas irracionales. Esto obedece a que existe una

interacción en los procesos humanos, es decir, que las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente, así que cuando se piensa se siente y se actúa; cuando se actúa igualmente se piensa y se siente.

El razonamiento disfuncional implica el establecimiento de conclusiones inválidas hechas tanto por el diálogo interno y como por la autoevaluación que se hace de uno mismo, la autocrítica desagradable puede ocurrir frecuentemente y la mayor parte del diálogo interno no tiene nada que ver con la realidad.

La autocrítica surge de los errores comunes del pensamiento que son:⁷²

- El de sobregeneralizar a partir de cosas sencillas. Se puede concluir que se es un fracaso a raíz de un error particularmente doloroso. Se hace un razonamiento inadecuado de la siguiente manera: "Hice algo torpe, por tanto soy un necio". Este es un ejemplo de sobregeneralización, sacar una conclusión injustificable de una ocurrencia sencilla.
- El de separar los acontecimientos en clases de "Todo o Nada". El amante defraudado dice: "Si no puedo tener todo tu amor, no quiero nada". El joven dice: "El mundo es completamente perfecto, o despreciable" El estudiante descontento afirma: "Debido a que una educación escolar no soluciona todos mis problemas, es inservible". "Es frecuente que la gente que consulta por su sobrepeso tenga una actitud de "todo o nada" con respecto al manejo de su problema. Se controlan en cada una de sus ingestas midiendo cada caloría y haciendo la cantidad exacta de ejercicio prescrita, de modo tal que se sientan que están en el camino correcto de acuerdo con lo determinado por el asesor en turno. Pero con el mismo extremismo, al menor desvío de éste estricto plan, sucumben bajo la idea de que han fracasado, refuerzan su

⁷² Dicarpio, N. Op. cit. pág: 502.

presunción de que son incurables, se autocondenan moralmente, bajan los brazos, les gana la sensación de que no son absolutamente capaces de sostener una dieta y no vale la pena intentarlo. Entonces sólo queda comer, comer incluso más de lo habitual y de este modo recuperar el peso perdido hasta ese momento y aún más".⁷³ Quizás los esfuerzos serían más fáciles si las cosas fueran categorizadas nitidamente, pero pocas veces lo son. Hay grados de verdad, de deseabilidad, de justicia, pero los procesos de evaluación necesitan reflejar las dimensiones de las cosas. De nuevo utilizar los símbolos verbales apropiados para nombrar los acontecimientos pueden ayudar a evitar el pensamiento "Todo o Nada".

- El de correlacionar consiste en que cuando dos cosas ocurren juntas -o una después de la otra- se relaciona como causa y efecto, muchas supersticiones se producen por una vinculación accidental de acontecimientos no relacionados. La mala suerte puede seguir a una conducta o a un acontecimiento en particular, y entonces se culpa a la mala suerte por esas ocurrencias. Una forma común del pensamiento correlacionado es culparse a uno mismo por no tener suficiente control de las circunstancias para prevenir o evitar problemas; Si se experimenta un estado emocional desagradable como resultado de un problema no resuelto, se puede culpar la persona misma aunque realmente no tenga control sobre la situación. En estos casos, una persona puede suponer, sin reconocerlo, que siempre está controlando sus circunstancias y por lo tanto culparse innecesariamente cuando las cosas van mal, y
- El de Interpretación en vez de descripción. Se pueden agregar elementos a las percepciones de los acontecimientos que son irrelevantes o injustificables, y por consiguiente distorsionan completamente el significado. El proceso de percepción

⁷³ Crispo, R. Figueroa, E. Guclar, D. "Trastornos del comer". Biblioteca de Psicología. Textos Universitarios Ed. Herder. Barcelona, 1994. Pág: 16.

incluye la interpretación, debido a que los estímulos que llegan, activan asociaciones previas. Sin embargo, los elementos cognoscitivos que se agregan pueden distorsionar tanto la percepción que representa más una interpretación que una percepción. Un trabajador puede describirse a sí mismo como sólo un obrero, afirmación que denota una categoría desfavorable. En este caso, el término *sólo* implica un juicio de valor; por tanto, la afirmación del trabajador es más bien una interpretación que una descripción de sí mismo. Se puede distinguir entre una manifestación objetiva y una interpretación subjetiva. El hecho es que toda la percepción implica interpretación, pero la cuestión es un asunto de grado de correspondencia. Cuando se interpreta un acontecimiento, el juicio por lo general dictan los valores, las experiencias previas, las expectativas y otras variables cognoscitivas. Esas variables pueden hacer que se cometan errores graves en la interpretación. La simbolización correcta es esencial para precisar la percepción y la interpretación.

Estos errores son el resultado de interpretar los acontecimientos con suposiciones, valores o expectativas de las que no se da cuenta la persona, y se les asigna las ideas de "Oraciones no expresadas", las cuales se refieren a creencias y suposiciones que una persona sostiene pero que no están en su conciencia mediata o sea, que hay una falta de conciencia de suposiciones ocultas, las verbalizaciones, internas no están completas, las consecuencias del pensamiento a menudo están abreviadas. Una persona puede experimentar una emoción intensa sin poder manifestar toda la causa, así mismo, una persona afligida por su propia conducta a menudo no puede verbalizar sus reacciones para sí mismo o para los demás y por consecuencia presenta problemas emocionales graves, incluso personas relativamente normales que

se encuentran bajo tensión pueden encontrar difícil revelar los problemas y sentimientos verdaderos que están experimentando.

Además la TRE afirma que el pensamiento cuenta con dos tendencias biológicas básicas que interactúan siempre con las condiciones ambientales:⁷⁴

1. Por tendencia biológica básica todos los seres humanos tienen pensamientos retorcidos. A pesar de haber recibido una educación muy racional, potencialmente se pueden convertir las preferencias individuales y sociales en exigencias absolutistas respecto: (a) a sí mismo, (b) a los demás y (c) al mundo que les rodea, y si estas exigencias no se satisfacen en un pasado, presente o futuro la persona puede llegar a perturbarse, a darse reprimendas negativas y a calificarse como malo o infravalorado.

2. También por tendencia biológica básica ejercitar la capacidad de elección y trabajar contra el pensamiento irracional, gracias a que el ser humano tiene, (a) la habilidad de darse cuenta de que se trastorna a sí mismo por una visión irracional de las situaciones, (b) la habilidad de darse cuenta que puede cambiar su pensamiento y que es más importante, c) la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar ese pensamiento.

Aunque se tenga la tendencia biológica de la irracionalidad o racionalidad no existe ningún tipo de encadenamiento a ella y puede cambiar su efecto.

Sin embargo hay más tendencia a la irracionalidad que a la racionalidad, esto se debe a que los seres humanos tienen una aversión innata al dolor físico o emocional. Si no se puede evitar se descubren formas de disminuir el malestar. La sociedad anima a utilizar el placer para enmascarar el dolor o para reemplazar la experiencia de ansiedad, frustración o malestar. Como consecuencia se animan unos a otros a beber, comer, gastar dinero, ser atractivos, superiores o escapar. Se cree en la gratificación y el alivio

⁷⁴ Dryden, W. Ellis, A. Op. cit. Pág: 17

inmediatos. Los hábitos, la mayoría de ellos están asociados con fuertes sentimientos de placer o con el intento de aliviar la angustia, son los que se convierten con mayor probabilidad en compulsiones. La comida es una de las sustancias más fácilmente aceptable y universalmente de la que más se abusa.

Lo racional del pensamiento y razonamiento de una persona puede expresarse con claridad si logra apreciar la irracionalidad de sus expectativas y trabaja para modificarlas, ya que la conciencia plena del proceso del pensamiento ayuda a lograr el cambio de conducta⁷⁵.

Así, la TRE tiene por objetivo atacar, debatir y eliminar las creencias irracionales que provocan trastornos en el individuo, es decir, traer a la conciencia las creencias y suposiciones ocultas y ayudar a las personas a contrarrestarlas, refutarlas o desafiarlas.⁷⁶

Ellis (1962)⁷⁷ agrupa las creencias, ideas irracionales que hacen referencia a la no aceptación de las cosas tal cual son, al reproche por los errores propios y a una filosofía de autodevaluación en diez básicas o generales:

IDEA 1

Aprobación Social. "El ser humano tiene una necesidad imperiosa de ser amado estimado o aprobado por cada persona significativa de su comunidad". La idea es irracional por las siguientes razones:

-Constituye un objetivo inalcanzable el ser estimado por todos, ya que es inevitable que la gente no guste de algunas de las personas por sus propios prejuicios o porque le son indiferentes.

⁷⁵ Dicarpio, Op.cit. Pág.505.

⁷⁶ Mahoney, M. Op. cit. Pág: 340.

⁷⁷ Ellis, A. "Reason and Emotion in Psychotherapy. Ed. Lyle Stuart. New York, 1962. Pág. 40.

-Una vez que se ha preocupado uno por ser amado, empezará a preguntarse en qué medida y por cuánto tiempo, y con esta clase de pensamientos la angustia producida no tendrá límites.

-Esforzarse incesantemente por ser estimado significa vivir por lo que los otros piensan y quieren que uno haga, y no por los propios objetivos.

-Generalmente quienes piden de los demás un afecto intenso y sostenido, no se dedican al desarrollo y conocimiento de las personas que son objeto de sus demandas afectivas. ya que las abruman con sus deseos de aprobación. De esta forma se descuida la relación, con lo que la persona se hace menos deseable.

-En su desesperada búsqueda de amor un individuo frecuentemente encubre sentimientos de indignidad, y no hace nada para combatirlos, es decir, para demostrarse que puede bastarse por sí mismo.

-Decir que uno no necesita ser amado no es lo mismo que decir que no le interesa para nada el amor. Prácticamente todos los seres humanos desean y prefieren la estimación y el amor de la gente importante para ellos, y obtienen satisfacción al conseguirlo.⁷⁸

IDEA 2

Perfeccionismo. “Los individuos deben ser enteramente competentes, aptos y eficaces en todos los aspectos posibles de sus vidas”. La idea es ilógica por:

-Constituye una demanda absoluta y exagerada, ya que nadie puede poseer perfecta competencia en la mayoría de los aspectos; aferrarse a esto lleva a la persona a sufrir graves decepciones y malestar.

⁷⁸ Ellis, A. Harper, R. A. “Psicoterapia Racional Emotiva”. Ed. Herrero Hermanos. México. 1961. Pág. 30

-Detrás de esta idea se encuentra la convicción errónea de que el valor de un ser humano depende de sus realizaciones, y por eso hay un tremendo temor a fracasar en una tarea o actividad.

-La frenética lucha por el triunfo generalmente refleja la necesidad de superar a los otros, de demostrar que se es tan bueno o mejor que los demás, pero uno no es los otros, y la persona nunca será lo que quiere ser realmente si continúa en esta competencia.

-Los que están obsesionados por la realización, habitualmente se esfuerzan más allá de sus límites de resistencia, ya que toleran o provocan condiciones dolorosas de exigencia que evitarían si no estuviesen tan decididos a triunfar.

-Al insistir en la competencia y eficacia es probable que se cometan errores por la propia presión que la persona se impone, o bien, puede suceder que la persona se niegue a emprender nuevos proyectos o actividades por el miedo a equivocarse. Un elevado nivel de aspiraciones predispone al sujeto no solamente al fracaso, sino al temor del fracaso.⁷⁹

-Todas estas consideraciones no quieren decir que no sea nunca deseable o positivo que las cosas se hagan bien. Frecuentemente lo es, puesto que haciéndolas sí se obtienen ciertos privilegios y satisfacción. Pero la idea causa malestar cuando la competencia y la eficacia se eleva a la categoría de necesidad, ya que es más racional buscar el gozo y la satisfacción en la actividad que se realiza, y no la perfección.

IDEA 3

Culpabilidad. "Ciertas personas son malas, villanas o malvadas y deben ser severamente castigadas o acusadas por sus faltas". La idea es cuestionable por las siguientes razones:

⁷⁹ Ellis, A. Abrahms, E. "Terapia Racional Emotiva". Ed. Pax. México, 1980. Pág. 58

-Acusar a un individuo significa confundir sus actos malos con su ser pecador, y todo hombre tiene el derecho de equivocarse, aún cuando sea indeseable para él cometer faltas.

-En cuanto se califica a un individuo como pecador o malvado, notablemente se contribuye a su convicción de que lo es irremediablemente y que en el futuro no podrá evitar las malas acciones.

-El reproche o los sentimientos de culpabilidad en lugar de enmendar la mala conducta a menudo conduce a la devaluación, a la hipocresía o a la evasión de la responsabilidad. Esto es, el individuo tiende a considerarse indigno e inepto, en vez de simplemente equivocado. O bien antes de desvalorarse, el sujeto se negará a reconocer que estuvo equivocado, o incluso negará que cometió la acción reprobable.

-El condenar a la gente por sus malas acciones conduce a una evasión de la moral sana, ya que se es moral porque en última instancia la persona se daña al no respetar ciertas reglas de convivencia, y no porque si esto no se hace es un inmoral, malo o despreciable.

-Acusar a otra persona significa creer que no debía hacer lo que hizo, cuando en realidad no hay razones para que los demás actúen de la forma en la que uno considera es la conveniente. Aún cuando uno tenga la razón con referencia a la maldad o inmoralidad de los actos de una persona, la creencia de que "No debería actuar así", y la subsiguiente cólera, difícilmente servirá para impedir que el sujeto vuelva a obrar mal, ya que esto sólo genera malestar y enfrentamiento.

-Cualquier persona que acusa a otro ser humano por lo que considera como mal comportamiento, inevitablemente tenderá a volver contra sí mismo sus normas

acusadoras y terminará detestándose. La falta de perdón para los otros, engendra la falta de autoperdón ante las propias faltas.⁸⁰

IDEA 4

Reactividad a la Frustración. "Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen". La idea es irracional por esto:

-A veces sería agradable que determinadas situaciones o gentes fueran de otra forma, o que uno tuviera lo que espera de la vida en lugar de lo que en realidad tiene. Pero el hecho de que sería agradable que fuera así, no lo transforma ni da razones suficientes para que la persona se frustre o deprima cuando no es así.

-El estar permanentemente abatido por una serie de circunstancias dadas no ayudará a mejorarlas. Cuando es imposible cambiarlas, lo más recomendable es aceptar las cosas como son, ya que frecuentemente las situaciones y las personas no se ajustan a las expectativas y deseos de la gente.⁸¹

-El que unas determinadas condiciones o ciertas gentes no gusten, es razonable pero el llegar a estar seriamente perturbado por que las cosas son como son es absurdo.

IDEA 5

Locus de Control Externo. "La desgracia humana se origina por causas externas, y la gente por tanto tiene nulo o poco control sobre sus penas y perturbaciones". Esta idea es discutible por lo siguiente:

-Mucha gente cree que lo que les hace desgraciados es el resto de la gente y lo que sucede en su ambiente, y que si estas fuerzas externas fueran diferentes no se

⁸⁰ Ellis, A. Op. cit. Pág. 43.

⁸¹ Ellis, A. Grieger, R. "Handbook of Rational Emotive Therapy". Ed. Springer. New York, 1977. Pág. 67

sentirían deprimidos. No obstante, no consideran que la mayoría de las agresiones no son físicas, sino psicológicas, es decir, mediante ataques verbales, actitudes o gestos, y que su capacidad para hacer daño es mínima, a no ser que la persona se deje dañar o se perjudique a sí misma con lo que se dice a cerca de esas actitudes o gestos (evaluación cognitiva).

-Los acontecimientos afectan si uno califica lo que pasa como algo horrendo o terrible, en vez de verlo como algo molesto o desagradable. Las cosas llegan a ser terribles porque la persona las está haciendo parecer así a través de la evaluación que hace del evento.

-Para mucha gente es difícil cambiar o controlar sus emociones en gran parte porque rara vez lo intentan. Si las personas vieran que sus emociones están compuestas por evaluaciones, creencias y frases interiorizadas, encontrarían posible el trabajar para cambiarlas gracias al cuestionamiento racional de las mismas; esta es la esencia de la Terapia Racional Emotiva.⁸²

IDEA 6

Preocupación. "Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno se debe sentirse inquieto por ello, y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra".

La idea resulta cuestionable por:

-Aunque es razonable prever la posibilidad de un peligro, planear evitarlo y si éste ocurre afrontarlo, lo que generalmente se denominan aprehensión, ansiedad, preocupación o temor intenso, no es de naturaleza preventiva o constructiva ya que produce mayor malestar que lo que resuelve.

⁸² Wallen, S. R. Di Giuseppe, R. Wessler, R. L. "Practitioner's Guide to Rational Emotive Therapy". Ed Oxford University Press. New York, 1980. Pág. 23

-Si se está muy preocupado o alterado por una situación amenazante, la excitación y el nerviosismo puede ser tal que resulte imposible o se dificulte llevar a cabo una evaluación objetiva del evento, para ver si el riesgo es real o está exagerado.⁸³

-La ansiedad o preocupación constante ante la posibilidad de que una situación amenazante o una desgracia se presente, no sólo no evita que suceda, sino que a menudo contribuye a su aparición, o bien, impide afrontarla con eficacia cuando realmente se presente.

IDEA 7

Evitación de Responsabilidad. "Es más fácil evitar que afrontar las responsabilidades y dificultades de la vida". La idea es ilógica por las siguientes razones:

-La confianza en uno mismo surge de hacer las cosas, y no de evitarlas, ya que el desarrollo personal tiende a la actividad, a la experiencia y a la creatividad. Los seres humanos no conocen ciertos tiempos de satisfacción cuando se centran en evitar responsabilidades y los aspectos difíciles de la vida.

-No parece que las personas sean felices cuando se comportan de forma pasiva, parece que les va mejor cuando tienen un objetivo, en el sentido de estar comprometidos en una actividad y trabajan en eso de forma regular y tranquila.

-El esfuerzo invertido en inventar argumentos y pretextos para evitar las responsabilidades es arduo, largo y contradictorio. El malestar que esto crea, parece ser mayor cuando la persona se imagina que puede existir, si afronta sus responsabilidades.⁸⁴

⁸³ Ellis, A. Whiteley, S. "Theoretical and Empirical foundations of Rational Emotive Therapy". Ed. Brooks Cole. Pág. 56

⁸⁴ Ellis, A. Op. cit. Pág. 49.

IDEA 8

Dependencia. "Se debe depender de los demás y se necesita de alguien más fuerte en quien confiar". La idea es discutible por estos motivos:

-Aunque es verdad que en esta sociedad la gente depende de los demás en algún grado, no hay razón para que esta dependencia crezca en exceso. Cuanto más se confíe o dependa de los demás, es probable que se deje de hacer las cosas o actividades que a la persona le agradan y se elija ajustándose a los intereses de los otros.

-Cuanto más se confíe en que sean los demás quienes le guíen a uno y le ayuden a hacer las cosas, la persona menos tenderá a hacerlas por sí misma. Si alguien depende de los demás para sentirse seguro, más que ganar pierde seguridad, ya que la única seguridad real que se puede tener es la de saber que a pesar de los errores la persona aprende y crece con ellos.

-Depender y apoyarse en los demás es algo positivo pero en exceso conduce a disminuir la confianza y aumentar la ansiedad, ya que uno se pone a merced de fuerzas y personas externas que por lo general no se pueden controlar (Ellis, 1979).⁸⁵

IDEA 9

Determinismo del Pasado. "La historia pasada es un factor decisivo de la conducta actual y que si algo ocurrió alguna vez y le ocasionó daño, debe seguir afectándole indefinidamente". La idea es irracional por:

-Si alguien se permite una influencia excesiva de su historia, da por hecho que cuando una cosa o situación fue válida en su momento, es válida en todas las

⁸⁵ Citado en Eysenck, H. J. "Experimentos en Terapia de la Conducta" (Tomo II). De. Orbis . Barcelona 1990. Pág. 358.

circunstancias pese a que las condiciones han cambiado, lo cual constituye un error de sobregeneralización.

-Si se está bajo una fuerte influencia del pasado, es casi segura que se está descuidando el presente, que es precisamente el tiempo en que las circunstancias pueden ser diferentes y mejores, si la persona se esfuerza y trabaja por hacerlo.

-Las llamadas influencias del pasado pueden ser utilizadas como una poderosa arma para evitar un cambio en el presente. Ahora bien, no se niega que cambiar ciertas actitudes y conductas que ya tienen cierto arraigo en la persona, sea difícil, pero esto no es lo mismo que imposible.⁸⁶

IDEA 10

Soluciones Ideales. "Invariablemente existe una solución adecuada, precisa y correcta para los problemas humanos, y si ésta no se encuentra, sobreviene la catástrofe". La idea es discutible por lo siguiente:

Se vive en un mundo incierto de probabilidad y no de incertidumbre, por lo que la persona razonable no puede basar su seguridad en fuerzas o sucesos externos que no está en sus manos controlar.

-La búsqueda de seguridad y de control o manipulación sobre los demás para que se porten de acuerdo a las propias expectativas y deseos, sólo produce falsas expectativas y malestar, por lo que la única cosa sana que se puede hacer es aceptar la realidad.

-Los desastres que la gente imagina que tendrán, si es que no encuentran y aplican una solución correcta a sus problemas, o si no logran controlar el mundo externo no tienen una existencia objetiva, sino que son desastres porque la gente así lo piensa.

⁸⁶ Ellis, A. Harper. R. A. Op. cit. Pág. 35

Además, al exigirse la persona un control absoluto sobre las situaciones de la vida diaria, limita las posibles soluciones a los problemas, ya que se demanda mucho de sí.

Lo racional del pensamiento y razonamiento de una persona puede expresarse con claridad si logra apreciar la irracionalidad de sus expectativas y trabajar para modificarlas, ya que la conciencia plena del proceso del pensamiento ayuda a lograr el cambio en la conducta.⁸⁷

⁸⁷ Dicarpio. N. Op. cit. Pág: 505.

METODO

De acuerdo con las diez ideas irracionales postuladas por Albert Ellis y con el objetivo de la investigación, (conocer las ideas irracionales más relevantes en personas obesas), el método queda de la siguiente manera:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿En una muestra de 100 personas obesas existen algunas ideas irracionales más que otras?

HIPOTESIS:

Las 100 personas obesas presentarán ciertas ideas irracionales más que otras.

VARIABLES:

Variable independiente.

Persona obesa. Es aquella que tiene un aumento de peso o un exceso de grasa corporal en relación con su talla, sexo y edad.⁸⁸

Variable dependiente:

Ideas Irracionales. Son aquellas cogniciones, ideas y filosofías que sabotean o bloquean el logro de las metas básicas o más importantes del ser humano⁸⁹.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Investigación: Ex-Post-Facto. Ya que es una búsqueda sistemática empírica, en la que el investigador no tiene control directo sobre las variables independientes, porque

⁸⁸ Cervera, P. Clapes, J. Op. cit. Pág. 249.

⁸⁹ Mahoney, M. Op. cit. Pág.337

ya acontecieron sus manifestaciones por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre ellas, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes.⁹⁰

DISEÑO:

De una muestra. Se empleó éste diseño porque utiliza una muestra que proviene de una población específica e interesa el número de sujetos, objetos o respuestas que se clasifican en diferentes categorías. Además la investigación se emplea en escenarios naturales y carece de control experimental completo⁹¹.

MUESTRA:

La selección de los sujetos fue en base a una percepción corporal; debido a que para el estudio era importante tomar en cuenta que la persona fuera "gordita", esto sólo se identificaba a través de observar su cuerpo si se notaba que su complexión era robusta y tenía un exceso de grasa en el abdomen se comprobaba que entraba en la muestra de estudio.

Se utiliza una muestra no probabilística de tipo intencional de cuota. Donde la selección se hace en base al juicio del investigador. El llamado intencional, se caracteriza por el empleo del criterio y de un esfuerzo derivado para obtener muestras representativas mediante la inclusión de áreas típicas o grupos supuestamente típicos de la muestra. Además el muestreo de cuota se utiliza porque a juicio del investigador se establecen los números de sujetos para el estudio.⁹²

⁹⁰ Kerlinger, F. "Investigación del comportamiento". Ed. Interamericana. México, 1983 . Pág: 2.

⁹¹ Kerlinger, F. Op. cit. Pág. 92

⁹² Kerlinger, F. Op. cit Pág: 97.

La muestra fue de 100 sujetos obesos adolescentes y adultos de ambos sexos los cuáles fueron un 58% Mujeres y un 42% Hombres; Con un Estado Civil de un 51% Casados, y un 49% Solteros; Una Edad en rangos de la siguiente manera: de 17 a 22 años un 26%, de 23 a 29 años un 25% de 30 a 39 años un 25% y de 40 a 66 años un 24%; Y Escolaridad de: Sin estudios 2% Primaria 16% Secundaria o Carrera Técnica 33% Preparatoria 25% y Profesional un 24% de la población total.

INSTRUMENTOS:

Se utilizó el inventario de identificación de Ideas Irracionales elaborado por Jones está construido de tal forma que cada uno de los reactivos a cada una de las ideas irracionales de Ellis, así los reactivos 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91 están evaluando la idea irracional número 1 que se refiere a la aprobación social, los reactivos 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92 evalúan la idea irracional número 2 referente a perfeccionismo, los reactivos 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, 93 están evaluando la idea irracional número 3 indicando culpabilidad, los reactivos 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, 94 evalúan la idea irracional número 4 que indica reactividad a la frustración, los reactivos 5, 15, 25, 35, 45, 65, 75, 85, 95 determinan la idea irracional 5 siendo está el locus de control externo, los reactivos 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, 96 comprenden la idea irracional 6 que se refiere a la preocupación los reactivos 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, 97 conforman la idea irracional 7 referente a evitación de responsabilidades, los reactivos 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, 98 forman la idea irracional 8 que se refiere a la dependencia, los reactivos 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, 99 forman la idea irracional 9 que indica determinismo del pasado, y finalmente los reactivos 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 determinan la idea irracional 10 que se refiere a las soluciones ideales. (Anexo 2)

Lápiz o pluma. Las personas utilizaban un lápiz o una pluma para resolver el cuestionario una vez que se daban indicaciones.

DESARROLLO:

1) Se entrevistó a las personas obesas para conocer los datos de edad, sexo, estado civil y escolaridad. La entrevista se realizó en diferentes lugares como el mercado, la escuela, el parque, la calle donde se encontrara la persona.

2) Se saludaba a la persona de acuerdo al horario (Buenos días o Buenas tardes) se preguntaba que si podría prestarnos un poco de su tiempo para resolver un cuestionario, que era para una investigación de tesis y cuando nos decía que si se procedía.

3) Se indicaba que el cuestionario pretende investigar la manera en que piensa de varias cosas por lo que era importante leer bien las instrucciones (Anexo 2) que se encontraban en el cuestionario tratar de no dejar sin contestar nada y que si surgiera duda preguntará.

4) Además se informaba a la persona que el cuestionario no requería de un tiempo límite para resolverlo pero, que si era importante no pensar demasiado en la respuesta y evitar las respuestas neutrales.

5) Una vez terminado el cuestionario les dábamos las gracias y nos despedíamos.

ANALISIS DE DATOS:

El inventario de ideas irracionales se califica analizando individualmente los 100 reactivos los cuales se distribuyen en las diez ideas irracionales de Ellis.

Para identificar si los reactivos se encuentran contestados irracionalmente se utilizan las Opciones Irracionales para Reactivos (anexo 3) y con los reactivos significativos, es decir, irracionales, se realizó un análisis de frecuencias para observar como se distribuyen los datos y poder hacer la jerarquía de mayor a menor presencia de las ideas irracionales en la muestra.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos se encontraron de acuerdo a un análisis de frecuencia de las ideas irracionales en la muestra.

Al contestar el Cuestionario de Ideas Irracionales, de Jones, los sujetos de la muestra tuvieron 5 opciones para responder cada reactivo que conforma el Cuestionario, las opciones son:

- 1.- Completamente en Desacuerdo.**
- 2.- Moderadamente en Desacuerdo.**
- 3.- Ni de Acuerdo, Ni Desacuerdo.**
- 4.- Moderadamente de Acuerdo.**
- 5.- Totalmente de Acuerdo.**

De las cinco opciones para cada reactivo dos corresponden a la contestación irracional (Anexo 3).

Al realizar el análisis de frecuencia de los 100 cuestionarios, se identificaron los reactivos que fueron contestados irracionalmente. Primeramente se muestra en la tabla el Número de reactivo este se refiere al número de pregunta del cuestionario, segundo tenemos la Frecuencia de las Opciones se refiere al número de respuestas dadas de cada opción anteriormente mencionadas, La Opción Irracional se refiere (de acuerdo al anexo 3) si cae la respuesta dentro del parámetro irracional o no y finalmente el "SI" significa que es la frecuencia más alta de irracionalidad. Tabla 1.

Tabla 1. En esta tabla se muestra la Distribución de frecuencias de las 5 opciones de los 100 reactivos en 100 cuestionarios aplicados a obesos.

NUMERO DE REACTIVO	FRECUENCIAS DE LAS OPCIONES					OPCION IRRACIONAL (ANEXO 3)	¿LA FRECUENCIA MAS ALTA ESTA EN OPCION IRRACIONAL?
	1	2	3	4	5		
1	22	14	13	26	25	4 y 5	SI
2	14	17	7	19	43	4 y 5	SI
3	26	14	20	21	19	4 y 5	NO
4	19	18	22	26	15	1 y 2	NO
5	9	7	4	22	58	1 y 2	NO
6	22	18	15	24	21	4 y 5	SI
7	28	10	6	35	21	4 y 5	SI
8	31	12	12	21	24	4 y 5	NO
9	40	16	9	17	18	4 y 5	NO
10	6	4	6	15	69	4 y 5	SI
11	17	11	8	31	33	1 y 2	NO
12	29	18	10	15	28	4 y 5	SI
13	11	8	11	18	52	1 y 2	NO
14	24	22	16	21	17	1 y 2	SI
15	11	14	19	25	31	1 y 2	NO
16	19	17	17	27	20	1 y 2	NO
17	10	3	14	22	51	1 y 2	NO
18	22	13	10	27	28	4 y 5	SI
19	29	19	8	22	22	4 y 5	NO
20	28	22	14	22	14	1 y 2	SI
21	10	22	20	26	22	4 y 5	NO
22	34	21	13	16	16	4 y 5	NO
23	43	15	13	16	13	4 y 5	NO
24	16	15	12	19	38	4 y 5	SI
25	7	9	5	34	45	1 y 2	NO
26	15	10	11	29	35	4 y 5	SI
27	40	15	9	18	18	4 y 5	NO
28	21	16	21	18	26	4 y 5	SI
29	25	14	8	22	31	1 y 2	NO
30	17	17	10	25	31	1 y 2	NO
31	7	5	11	24	53	1 y 2	NO
32	27	15	7	21	30	1 y 2	NO
33	13	8	35	15	29	1 y 2	NO
34	9	10	7	28	46	4 y 5	SI
35	18	16	19	20	27	1 y 2	NO
36	25	27	12	21	15	1 y 2	SI
37	7	24	10	28	31	1 y 2	NO
38	26	14	8	23	29	1 y 2	NO
39	13	14	21	26	26	4 y 5	SI
41	6	15	10	18	51	1 y 2	NO
42	3	3	7	31	56	4 y 5	SI
43	13	17	14	36	20	1 y 2	NO
44	18	14	8	34	26	1 y 2	NO
45	3	4	4	30	59	1 y 2	NO

NUMERO DE REACTIVO	FRECUENCIAS DE LAS OPCIONES					OPCION IRRACIO- NAL (ANEXO 3)	¿LA FRECUENCIA MAS ALTA ESTA EN OPCION IRRACIONAL?
	1	2	3	4	5		
46	28	16	26	20	10	4 y 5	NO
47	18	12	14	18	33	4 y 5	SI
48	5	4	8	26	57	1 y 2	NO
49	10	7	13	27	43	4 y 5	SI
50	22	16	7	25	30	4 y 5	SI
51	21	22	20	21	16	4 y 5	NO
52	8	10	6	23	53	1 y 2	NO
53	24	13	14	20	29	4 y 5	SI
54	22	21	7	28	22	4 y 5	SI
55	12	14	6	31	37	4 y 5	SI
56	25	24	12	21	18	1 y 2	SI
57	17	21	11	24	27	1 y 2	NO
58	12	14	6	22	46	1 y 2	NO
59	27	16	7	28	22	1 y 2	NO
60	7	11	16	31	35	1 y 2	NO
61	10	15	10	36	29	1 y 2	NO
62	44	19	18	9	10	4 y 5	NO
63	30	18	18	20	14	1 y 2	SI
64	14	16	5	23	42	4 y 5	SI
65	8	9	10	37	38	1 y 2	NO
66	24	16	17	25	18	4 y 5	SI
67	16	20	11	29	24	4 y 5	SI
68	7	5	6	24	58	1 y 2	NO
69	19	17	8	24	32	4 y 5	SI
70	18	19	11	27	25	1 y 2	NO
71	33	19	15	24	9	4 y 5	NO
72	10	10	4	34	42	4 y 5	SI
73	14	9	7	15	55	1 y 2	NO
74	39	25	19	8	9	4 y 5	NO
75	8	13	28	13	38	4 y 5	SI
76	16	15	5	31	33	4 y 5	SI
77	15	12	20	23	30	1 y 2	NO
78	11	16	10	28	35	1 y 2	NO
79	46	19	8	12	15	4 y 5	NO
80	10	14	11	19	46	1 y 2	NO
81	22	19	17	26	16	4 y 5	SI
82	21	16	13	22	28	4 y 5	SI
83	9	7	8	37	44	1 y 2	NO
84	50	9	10	11	20	4 y 5	NO
85	16	17	15	20	32	1 y 2	NO
86	22	14	16	23	25	1 y 2	NO
87	20	14	17	22	17	4 y 5	SI
88	10	13	11	23	43	1 y 2	NO
89	23	20	11	24	22	4 y 5	SI
90	10	6	17	28	39	4 y 5	SI
91	10	11	4	34	41	1 y 2	NO

NUMERO DE REACTIVO	FRECUENCIAS DE LAS OPCIONES					OPCION IRRACIONAL (ANEXO 3)	¿LA FRECUENCIA MAS ALTA ESTA EN OPCION IRRACIONAL?
	1	2	3	4	5		
92	24	20	7	25	24	4 y 5	SI
93	23	23	14	22	16	1 y 2	SI
94	14	17	16	28	25	1 y 2	NO
95	11	9	7	22	51	1 y 2	NO
96	17	8	16	32	27	4 y 5	SI
97	6	11	12	21	50	1 y 2	NO
98	10	19	2	15	49	1 y 2	NO
99	13	16	8	23	40	1 y 2	NO
100	6	11	24	26	33	1 y 2	NO

Una vez analizadas las frecuencias de cada opción, se identificaron los reactivos en los cuales se detecta la presencia de una idea irracional, quedando expresados en la tabla 2. En la tabla se muestra que el reactivo con mayor frecuencia es el número 42 con un 87% perteneciente a la idea irracional 2 referente al Perfeccionismo y entre los reactivos de menor frecuencia encontramos dos al número 28 perteneciente a la idea irracional 8 que se refiere a la Dependencia y al número 81 perteneciente a la idea irracional 1 "Aprobación Social" con un 42%.

Tabla 2. Frecuencias de los reactivos contestados irracionalmente.

REACTIVO	FRECUENCIA	REACTIVO	FRECUENCIA
1	51	54	50
2	62	55	68
6	45	56	49
7	56	63	48
10	84	64	65
14	46	66	43
18	55	67	53

REACTIVO	FRECUENCIA	REACTIVO	FRECUENCIA
20	50	69	56
24	57	75	51
26	64	76	64
28	42	81	42
34	74	82	50
36	52	87	49
39	52	89	46
42	87	90	67
47	51	92	49
49	70	93	46
50	55	98	59
53	49		

Considerando que la idea irracional número 1 comprende los reactivos: 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, 91; la idea número 2 los reactivos: 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, 92; la idea número 3, los reactivos: 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, 93; y así sucesivamente las demás ideas, se agruparon los reactivos significativos con sus respectivas ideas irracionales. Tabla 3. Aquí podemos apreciar que la idea irracional que tuvo más reactivos significativos fue la idea número 6 "la Preocupación" y las ideas que obtuvieron menos reactivos significativos fueron la idea irracional número 5 "Locus de control Externo" y la idea número 8 referente a Dependencia.

Tabla 3. Agrupación de los reactivos contestado irracionalmente en sus respectivas ideas irracionales.

IDEA IRRACIONAL	REACTIVOS
1	1, 21, 81
2	2, 42, 72, 82, 92
3	53, 63, 93
4	14, 24, 34, 54, 64
5	55, 75
6	6, 26, 36, 56, 66, 76
7	7, 47, 67, 87
8	18, 28,
9	39, 49, 69, 89
10	10, 20, 50, 90

Con respecto a la sumatoria de frecuencias tenemos que la mayor sumatoria se encuentra en la idea irracional número 2 con un puntaje de 324 puntos indicando el Perfeccionismo y la idea irracional de menor sumatoria de frecuencias con puntaje de 97 es la número 8 que representa Dependencia, queda expresada en la tabla 4.

Tabla 4. Frecuencias acumuladas de los reactivos significativos pertenecientes a cada idea irracional.

IDEA IRRACIONAL	SUMA DE FRECUENCIAS
1	141
2	324
3	143
4	292
5	119

IDEA IRRACIONAL	SUMA DE FRECUENCIAS
6	317
7	209
8	97
9	224
10	256

La suma total de las frecuencias es de 2183, considerándola como el 100%, cada una de las ideas irracionales queda con su respectivo porcentaje. La idea irracional que presenta mayor porcentaje es la número 6 con un 17.31% que se refiere a Preocupación y la de menor porcentaje es la idea irracional número 8 con un 4.44% refiriéndose a la dependencia. Ver Tabla 5

Tabla 5. Porcentajes de las frecuencias acumuladas de cada idea irracional.

IDEA IRRACIONAL	SUMA DE FRECUENCIAS	PORCENTAJE
1	141	6.45904
2	324	14.84194
3	143	6.55084
4	292	13.37604
5	119	5.45124
6	378	17.31564
7	209	9.57394
8	97	4.44344
9	224	10.26114
10	256	11.72694

Con éstos porcentajes se establece una jerarquía de mayor a menor presencia de las ideas irracionales de acuerdo a las frecuencias acumuladas. Se destaca que la idea irracional número 6 "Preocupación", es la que se observa con una mayor frecuencia en la muestra puesto que ocupa el primer lugar. y se identifican en la tabla 6.

Tabla 6. Jerarquía de mayor a menor presencia de ideas irracionales

LUGAR	NO. DE IDEA IRRACIONAL	IDENTIFICACION
1	6	PREOCUPACION
2	2	PERFECCIONISMO
3	4	REACTIVIDAD A LA FRUSTRACION
4	10	SOLUCIONES IDEALES
5	9	DETERMINISMO DEL PASADO
6	7	EVITACION DE RESPONSABILIDADES
7	3	CULPABILIDAD
8	1	APROBACION SOCIAL
9	5	LOCUS DE CONTROL EXTERNO
10	8	DEPENDENCIA

Las ideas irracionales que se presentan con mayor ocurrencia en la muestra son:

1. PREOCUPACION (Idea 6). Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno se deberá sentir inquieto por ello, y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
2. PERFECCIONISMO (Idea 2). Los individuos deben ser enteramente competentes , aptos y eficaces en todos los aspectos posibles de su vida.

3. REACTIVIDAD A LA FRUSTRACION (Idea 4). Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
4. SOLUCIONES IDEALES (Idea 10). Invariablemente existe una solución adecuada, precisa y correcta para los problemas humanos, y si esta solución no se encuentra, sobreviene la catástrofe.
5. DETERMINISMO DEL PASADO (Idea 9). La historia pasada es un factor determinante decisivo de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y le ocasionó a uno, debe seguir afectándole indefinidamente.
6. EVITACION DE RESPONSABILIDADES (Idea 7). Es más fácil evitar que afrontar las responsabilidades y dificultades de la vida.
7. CULPABILIDAD (Idea 3). Ciertas personas son malas, villanas o malvadas y deberían ser severamente acusadas o castigadas por sus faltas.
8. APROBACION SOCIAL (Idea 1). El ser humano tiene una necesidad imperiosa de ser amado, estimado o aprobado por cada persona significativa de su comunidad.
9. LOCUS DE CONTROL EXTERNO (Idea 5). La desgracia humana se origina por causas externas, y la gente por tanto tiene nulo o poco control sobre sus penas y perturbaciones.
10. DEPENDENCIA (Idea 8). Se debe depender de los demás y se necesita de alguien más fuerte en quien confiar.

Con respecto a los datos de sexo, edad, estado civil, escolaridad de los sujetos de la muestra y las ideas irracionales significativas se pudo hacer un sencillo análisis de varianza que presentó diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y las ideas irracionales, sin embargo no se puede profundizar en él, ya que no se tienen los elementos suficientes y porque no es el tema de la investigación.

Los resultados que reporta el análisis de varianza en las variables sociodemográficas son:

Sexo: presentó diferencias significativas en las ideas irracionales 2 "Perfeccionismo", 4 "Reactividad a la frustración, 5 "Locus de control externo, y 6 "Preocupación".

Estado Civil: 1 "Aprobación Social", 3 "Culpabilidad", 4 "Reactividad a la Frustración", 7 "Evitación de Responsabilidades" y 10 "Soluciones Ideales".

Escolaridad: 8 "Dependencia"

Edad: No Presentó ninguna idea irracional con diferencia significativa.

CONCLUSION Y DISCUSION

Tal vez ningún problema se haya tratado más y desde distintas perspectivas que el del aumento de peso, centrando la atención de sus tratamientos en sólo un aspecto de una condición que afecta a la mayoría de las personas de forma física, mental y social.

Los programas se basan en la suposición de que si la grasa desaparece, también lo harán los otros problemas. Otros se basan en la idea de que una vez que se comprenden los problemas emocionales que provocan comer en exceso, ya no se necesitará la dieta. Resolver los problemas emocionales es una parte importante de la creación de una vida saludable, pero sin la comprensión de la condición física que contribuye al problema, la mayoría de las personas sigue con sobrepeso a pesar de la buena salud mental y emocional. El tratamiento de la condición física únicamente, tampoco asegura una vida larga y saludable, además los programas para la pérdida de peso que sugieren comer menos y, en ocasiones, hacer más ejercicio, no son la solución total al problema. Hay que considerar que las causas del problema pueden ser con frecuencia psicológicas, que están relacionadas con la vergüenza, la desesperación y la ansiedad; a menos que se tomen en cuenta estos aspectos, la pérdida de peso sólo será temporal, y la vergüenza, la desesperación y la ansiedad aumentan (junto con la tendencia a continuar con el patrón de pérdida y recuperación de peso).

Por eso es de suma importancia tratar el problema de obesidad y sobrepeso de manera multidisciplinaria y tomar en cuenta tanto las condiciones físicas como psicológicas y sociales. Por lo tanto hay que estudiar a fondo todos los aspectos que involucra. Así la presente investigación contribuye en el aspecto psicológico.

Con los resultados obtenidos y tomando en cuenta a la Terapia Racional Emotiva, la cual hace hincapié en los pensamientos, ideas, creencias rígidas, absolutistas e irracionales que cualquier ser humano puede tener y de acuerdo con el agrupamiento de las diez ideas básicas que especifica Ellis, fue posible identificar las ideas irracionales más sobresalientes en la muestra quedando éstas de la siguiente manera:

La Idea Irracional No. 6, la cual se refiere a la preocupación. Los obesos poseen un temor intenso al ver que pueden ser el centro de burlas por su obesidad. Esta situación amenazante les provoca ansiedad o preocupación constante impidiendo afrontar tanto una situación o un suceso, haciéndose dificultosa una buena evaluación objetiva del evento, debido a que presenta excitación y nerviosismo, porque la sociedad ha creado conceptos erróneos en las personas, como: que la belleza física y esbelta es exitosa provocándole confusión a la persona obesa.

Esto lo lleva a tratar de ser perfecto (*Idea Irracional No. 2*), ya que si no busca el perfeccionismo se siente rechazado por la sociedad, piensa que debe ser competente y eficaz en todos los aspectos de su vida para sentirse aceptado. Así el obeso posee demandas exageradas de ser perfecto y por consecuencia sufre graves decepciones aceptando la convicción errónea de que su valor como ser humano depende de sus realizaciones y por eso hay temor a fracasar en una tarea o actividad; ocasionándose una pérdida de conciencia individual de ser y así también se incrementa una ansiedad por tener el control a sus problemas de aspecto físico.

La persona obesa se niega a emprender nuevos proyectos o actividades por miedo a equivocarse, esto, no quiere decir que la persona realmente se equivoque sino,

que la misma sociedad lo orilla a pensar que para funcionar adecuadamente en grupo debe poseer un aspecto físico determinado (estar delgado) inculcándole a vivir con un miedo al rechazo social y una desvalorización como ser humano y buscará agradar a la gente, esforzándose y trabajando más sin recibir nada a cambio, lo conduce a una frustración (*Idea Irracional No. 4*),

Para los sujetos de la muestra es catastrófico que las cosas no vayan por el camino que le gustaría que fuesen, además sería agradable para ellos que la gente fuera de otra forma, que los aceptaran tal como son, buscan una solución ideal a sus problemas (*Idea Irracional No. 10*).

Al no tener cierta capacidad para resolver sus problemas de obesidad, por ejemplo la falta de disciplina en una dieta o en ejercicios, los llevan a experimentar la postura del determinismo del pasado (*Idea Irracional No. 9*), ya que creen que son y que siempre serán incompetentes para poder adelgazar.

Esta influencia del pasado puede ser utilizada como una excusa para afrontar responsabilidades y por lo tanto las evitan (*Idea Irracional No. 7*), viven en un mundo incierto, de probabilidad, por lo que no pueden basar su seguridad en fuerzas o sucesos externos que no está en sus manos controlar. La búsqueda de seguridad y de control o manipulación sobre los demás, sólo produce falsas expectativas y malestar, por lo que lo único que les queda es aceptar su realidad, evitando cambiar en el presente. Así, el obeso rechaza una oportunidad donde las circunstancias pueden ser mejores y diferentes si se esfuerza por hacerlo.

Constantemente se culpa a si mismo por ser gordo, piensa que es malo, se siente indigno en vez de equivocado, condena a la demás gente por burlarse de él y por

lo mismo se siente inmoral y despreciable (*Idea Irracional No. 3*), fingiendo así que no le hace falta la aprobación social ni la ayuda de los demás (*Idea Irracional No. 1*), al mismo tiempo muestra a los demás tener control sobre sus penas y perturbaciones, no manifiestan que sus desgracias sean causadas por fuerzas externas, es decir, los ataques verbales, las actitudes o gestos que reciben de la gente son causas externas que los obesos creen controlar (*Idea Irracional No. 5*); por lo tanto, no manifiestan la necesidad de depender de otras personas. (*Idea Irracional No. 8*)

Con esto se puede observar la presencia de continuidad de las *Ideas Irracionales*, es decir, el obeso al adoptar una postura independiente le surge la preocupación por ser perfecto.

Lo ya expuesto nos permite conocer, analizar y comprender las ideas irracionales del obeso, así como corroborar las investigaciones mencionadas acerca de que el obeso además de tener un problema médico tiene implicaciones psicológicas importantes.

Así podemos decir que en los obesos las ideas irracionales sabotean y bloquean sus intentos por obtener un estado óptimo de salud, produciendo y manteniendo su malestar emocional.

Por esto, remarcamos la necesidad de modificar las ideas irracionales de las personas obesas en el tratamiento de la obesidad, no es sano perseguir un modelo de belleza irreal e impropio y sí pueden alcanzar su apariencia real y propia, además de un estado físico óptimo.

Así, además de llevar su programa físico, reestructurará sus pensamientos logrando que el proceso de cambios alimenticios sea más fácil, evitando próximas recaídas y aprendiendo a valerse por sí mismo.

Todo esto se logra con un Tratamiento Multidisciplinario preciso y eficaz, es decir, en el que se involucren nutriólogos, dietistas, médicos del deporte y psicólogos.

Por esto ampliamos la invitación a los psicólogos a que participen en el tratamiento de la enfermedad de la obesidad y a seguir investigándola para poder brindar más alternativas de tratamiento y con ellas la solución apropiada de esta enfermedad.

La presente investigación nos da pauta a seguir investigando acerca de las ideas irracionales en los obesos, porque encontramos diferencias significativas de las ideas irracionales en los factores sociodemográficos, como sexo, escolaridad y estado civil, sin embargo no se concretó la identificación de las diferencias. Pensamos que si se precisan éstas diferencias, se podrá hacer un análisis más profundo en las ideas irracionales que presentan las personas obesas, y por consecuencia otras contribuciones a este tema.

BIBLIOGRAFIA

- * Arenson, G. (1991). "Una sustancia llamada Comida". Ed. McGraw-Hill. Madrid.
- * Bemporad, J. y Herzog, D. B. (1989). "Psychoanalysis and Eating Disorders". Ed. The Guilford Press. New York..
- * Bernad, M. y Ellis, A. (1970). "Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva". Ed. Desclée de Brouwer. Nueva York.
- * Bray, G. (1980). "Clínicas Médicas de Norteamérica". Ed. Interamericana. México.
- * Bruch, H. (1973). "Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within". Ed. Basic Books. U. S. A.
- * Cervera, P. y Clapes, J. (1993). "Alimentación y Dietoterapia". Ed. Interamericana McGraw-Hill. México.
- * Cuadernos de Nutrición. (1993). "Comer bien para Vivir Mejor". Vol. 16 No. 2, Marzo - Abril.
- * Dicarpio, N. (1987). "Teorías de la Personalidad". Ed. Interamericana. México
- * Dryden, W. y Ellis, A. (1989) "Práctica de la Terapia Racional Emotiva". Ed. Desclée de Brouwer, Bilbao..
- * Ellis, A. (1989). "Reason and Emotion in Psychotherapy". Ed. Lyle Stuart. New York,
- * Ellis, A. (1989). "Terapia Racional Emotiva". Ed. Pax. México.,
- * Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). "Terapia Racional Emotiva". Ed. Pax. México.
- * Ellis, A. y Grieger, R. (1977). "Handbook of Rational Emotive Therapy". Ed. Springer. New York.
- * Ellis, A. y Harper, R. A. (1961). "Psicoterapia Racional Emotiva". Ed. Herrero Hermanos. México.,
- * Ellis, A. y Whiteley, S. (1979). "Theoretical and Empirical Foundations of Rational Emotive Therapy". Ed. Brooks Cole. California.
- * Eysenck, H. J. (1979) "Experimentos en Terapia de la Conducta". Tomo II. Ed. Orbis. Barcelona..

- * Heman, C. (1987). "Contenido del Pensamiento y Análisis Semántico de Pacientes con Intento de Suicidio". Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- * Keith, B; Taylor. Lucan, E. (1983). "Nutrición Clínica". Ed. Interamericana McGraw-Hill. México.
- * Kerlinger, F. (1983). "Investigación del comportamiento". Ed. Interamericana. México.
- * Lohr, J. M; y Bonge, D. (1982). "Relationships between Assertiveness and Factorially Validated Measures of Irrational Beliefs". Cognitive Therapy and Research. 6.
- * Lowenberg. (1970). "Los alimentos y el hombre". Ed. Limusa-Wiley. México.
- * Mahoney, M. J; y Mahoney, K. (1981). "Control Permanente de Peso". Ed. Trillas. México.
- * Mahoney, M. (1986). "Cognición y Psicoterapia". Ed. Paidós. México.
- * McLaren, S. Donald. (1993). "La Nutrición y sus Trastornos". De. Manual Moderno. México.
- * Palacios, P; Rojas, M. E; y Figueroa, C. (1992). "Comparación Psicológica entre una Muestra de Sujetos con Dolor de Cabeza Crónico y otras sin Dolor". Programa de Psicología de la Salud. E. N. E. P. Zaragoza, U. N. A. M. México, D. F. (en prensa)
- * Reiser, L. M. (1988). "Compulsive eating: Obesity and Related Phenomena". J. Amer Psychonal. Assn.
- * Rodríguez, J. L. (1992). "Depresión e Ideas Irracionales". Tesis de Lic. en Psicología. U. N. A. M.
- * Saldaña, C. (1988). "Obesidad". Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- * Siegel, S. (1979). "Estadística No Paramétrica Aplicada a las Ciencias de la Conducta". Ed. Trillas. México.
- * Wallen, S. R; Di Giuseppe, R; y Wessler, R. L. (1980). "Practitioner ' s Guide to Rational Emotive Therapy". Ed. Oxford University Press. New York.
- * Wilson, C; Hogan, C. H. Mintz. (1992). "Psychodynamic Technique in the treatment of the Eating Disorders". Ed. Jason Aranson. New Jersey.

ANEXOS

ANEXO 1

PESO IDEAL SEGUN LA TALLA EN MUJERES (en Kg.)*

Talla (en cm)	Limite Inferior	Limite Inferior Recomendado	Peso Promedio	Limite Superior Recomendado	Limite Superior
142	38.25	41.48	45.11	48.73	53.96
143	38.62	41.96	45.67	49.37	54.70
144	37.00	42.44	46.23	50.01	55.45
145	37.36	42.92	46.78	50.64	56.20
146	37.71	43.39	47.34	51.28	56.96
147	38.08	43.88	47.90	51.92	57.71
148	38.45	44.36	48.46	52.55	58.46
149	38.82	44.84	49.02	53.19	59.22
150	39.18	45.32	49.58	53.83	59.97
151	39.53	45.79	50.14	54.47	60.72
152	39.89	46.26	50.69	55.11	61.48
153	40.26	46.74	51.25	55.74	62.22
154	40.64	47.23	51.81	56.38	62.97
155	40.83	47.70	52.36	57.02	63.72
156	41.02	48.18	52.92	57.65	64.48
157	41.18	48.69	53.48	58.29	65.24
158	41.35	49.14	54.04	58.93	66.00
159	42.08	49.58	54.60	59.57	66.74
160	42.82	50.01	55.16	60.21	67.49
161	43.18	51.53	55.72	60.84	68.24
162	43.53	51.05	56.27	61.48	69.00
163	43.90	51.53	56.83	62.08	69.75
164	44.27	52.01	57.39	62.67	70.50
165	44.63	52.48	57.94	63.35	71.25
166	44.99	52.96	58.50	64.03	72.00
167	45.35	53.44	59.06	64.47	72.76
168	45.71	53.92	59.62	65.31	73.52
169	46.08	54.40	60.18	65.95	74.26
170	46.46	54.88	60.74	66.59	75.01

PESO IDEAL PARA HOMBRES ADULTOS*

Altura (en cm con Zapatos)	(en Kg.) a partir		
	Peso Ideal Esqueleto Leve	Esqueleto Medio	de los 25 Años Esqueleto Pesado
159	51.6 - 55.2	54.3 - 59.6	58.0 - 64.8
160	52.2 - 55.8	54.9 - 60.3	58.5 - 65.3
161	52.7 - 56.3	55.4 - 60.9	59.0 - 66.0
162	53.2 - 56.9	55.9 - 61.4	59.6 - 66.7
163	53.8 - 57.4	56.5 - 61.9	60.1 - 67.5
164	54.3 - 57.9	57.0 - 62.5	60.7 - 68.2
165	54.9 - 58.5	57.6 - 63.0	61.2 - 68.9
166	55.4 - 59.2	58.1 - 63.7	61.7 - 69.6
167	55.9 - 59.9	58.6 - 64.4	62.3 - 70.3
168	56.5 - 60.6	59.2 - 65.1	62.9 - 71.1
169	57.2 - 61.3	59.9 - 65.8	63.6 - 72.0
170	57.9 - 62.0	60.7 - 66.6	64.3 - 72.9
171	58.6 - 62.7	61.4 - 67.4	65.1 - 73.8
172	59.4 - 63.4	62.1 - 68.3	66.0 - 74.1
173	60.1 - 64.2	62.8 - 69.1	66.9 - 75.5
174	60.8 - 64.9	63.5 - 69.9	67.6 - 76.2
175	61.5 - 65.6	64.2 - 70.6	68.3 - 76.9
176	62.2 - 66.4	64.9 - 71.3	69.0 - 77.6

* Fuente: Casillas, O. E. y Vargas, L. A.: Cuadros de Peso y Talla para Adultos Mexicanos. Arch. Invest. Méd. (Méx.) II. 157 - 174. 1980.

ANEXO 2

EDAD _____

SEXO _____

ESCOLARIDAD _____

ESTADO CIVIL _____

Este inventario pretende investigar la manera en que usted piensa acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquel número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números es la siguiente:

1. Significa **COMPLETAMENTE EN DESACUERDO**.
2. Significa **MODERADAMENTE EN DESACUERDO**.
3. Significa **NI ACUERDO NI DESACUERDO**.
4. Significa **MODERADAMENTE DE ACUERDO**.
5. Significa **COMPLETAMENTE DE ACUERDO**.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como **REALMENTE SIENTA** acerca de la afirmación y no como usted cree que **DEBERIA SENTIR**, trate de evitar las respuestas como número 3, o neutrales, lo más que le sea posible.

- | | |
|---|-----------|
| 1. Es importante para mi que otros me aprueben | 1 2 3 4 5 |
| 2. Odio fracasar en algo | 1 2 3 4 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa | 1 2 3 4 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo cualquier circunstancia | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes | 1 2 3 4 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien para pedirte ayuda y consejo | 1 2 3 4 5 |
| 9. "El que nace para maceta del corredor no pasa" | 1 2 3 4 5 |
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa | 1 2 3 4 5 |
| 11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario | 1 2 3 4 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer | 1 2 3 4 5 |

13. Muchas personas malvadas se escapan del castigo 1 2 3 4 5
14. Las frustraciones no me molestan 1 2 3 4 5
15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas 1 2 3 4 5
16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado 1 2 3 4 5
17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas cuando se me presentan 1 2 3 4 5
18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes 1 2 3 4 5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado 1 2 3 4 5
20. No hay solución perfecta para algo 1 2 3 4 5
21. Quiero que todos me estimen 1 2 3 4 5
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo 1 2 3 4 5
23. Los que se equivocan merecen ser censurados 1 2 3 4 5
24. Las cosas deberían ser mejores de como son 1 2 3 4 5
25. Yo causo mis propios estados de ánimo 1 2 3 4 5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones 1 2 3 4 5
27. Evito enfrentar mis problemas 1 2 3 4 5
28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma 1 2 3 4 5
29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo 1 2 3 4 5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida 1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otro no lo estén 1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo, pero no siento que esto sea necesario 1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada 1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan 1 2 3 4 5
35. La gente miserable se ha hecho miserable ella misma 1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso 1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápido que puedo 1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho 1 2 3 4 5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado 1 2 3 4 5
40. Siempre tendremos algunos problemas 1 2 3 4 5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío 1 2 3 4 5
42. Es importante para mi tener éxito en todo lo que hago 1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente de mis errores 1 2 3 4 5

44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	1 2 3 4 5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así	1 2 3 4 5
46. No puedo tolerar el probar fortuna	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería como me hubiese gustado ser	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensan	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importar si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan las ignoro	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo hacer para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de como se interprete la situación	1 2 3 4 5
66. Me preocupo demasiado por las cosas futuras	1 2 3 4 5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí	1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupo por qué tanto me aprueba o desaprueba la gente	1 2 3 4 5
72. Me molesta machismo cometer errores	1 2 3 4 5

73. Es injusto que "paguen justo por pecadores"	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida	1 2 3 4 5
75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los problemas poco placenteros de la vida	1 2 3 4 5
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores	1 2 3 4 5
77. La vida fácil es rara vez recompensante	1 2 3 4 5
78. Es fácil buscar consejo	1 2 3 4 5
79. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez no significa que siempre lo hará	1 2 3 4 5
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	1 2 3 4 5
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente por mí	1 2 3 4 5
82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces	1 2 3 4 5
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad	1 2 3 4 5
84. Me disgusta la responsabilidad	1 2 3 4 5
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado mucho tiempo	1 2 3 4 5
86. Casi nunca pienso en cosas como la muerte o una guerra atómica	1 2 3 4 5
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer	1 2 3 4 5
88. Me disgusta depender de alguien	1 2 3 4 5
89. En el fondo la gente nunca cambia	1 2 3 4 5
90. Siento que debería de manejar las cosas de forma correcta	1 2 3 4 5
91. Es molesto ser criticado pero no catastrófico	1 2 3 4 5
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien	1 2 3 4 5
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo	1 2 3 4 5
94. Rara vez me trastoman los errores de otros	1 2 3 4 5
95. El hombre hace su infierno dentro de sí mismo	1 2 3 4 5
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haría en situaciones de peligro	1 2 3 4 5
97. Si algo es necesario lo hago, por muy poco placentero que resulte	1 2 3 4 5
98. He aprendido a no esperar en que algún otro este interesado en mi bienestar	1 2 3 4 5
99. Yo no miro al pasado con remordimientos	1 2 3 4 5
100. No hay nada mejor que un conjunto ideal de circunstancias	1 2 3 4 5

ANEXO 3

OPCIONES IRRACIONALES PARA LOS REACTIVOS

1) 4 5	26) 4 5	51) 4 5	76) 4 5
2) 4 5	27) 4 5	52) 1 2	77) 1 2
3) 4 5	28) 4 5	53) 4 5	78) 1 2
4) 1 2	29) 1 2	54) 4 5	79) 4 5
5) 1 2	30) 1 2	55) 4 5	80) 1 2
6) 4 5	31) 1 2	56) 1 2	81) 4 5
7) 4 5	32) 1 2	57) 1 2	82) 4 5
8) 4 5	33) 1 2	58) 1 2	83) 1 2
9) 4 5	34) 4 5	59) 1 2	84) 4 5
10) 4 5	35) 1 2	60) 1 2	85) 1 2
11) 1 2	36) 1 2	61) 1 2	86) 1 2
12) 4 5	37) 1 2	62) 4 5	87) 4 5
13) 1 2	38) 1 2	63) 1 2	88) 1 2
14) 1 2	39) 4 5	64) 4 5	89) 4 5
15) 1 2	40) 1 2	65) 1 2	90) 4 5
16) 1 2	41) 1 2	66) 4 5	91) 1 2
17) 1 2	42) 4 5	67) 4 5	92) 4 5
18) 4 5	43) 1 2	68) 1 2	93) 1 2
19) 4 5	44) 1 2	69) 4 5	94) 1 2
20) 1 2	45) 1 2	70) 1 2	95) 1 2
21) 4 5	46) 4 6	71) 4 5	96) 4 5
22) 4 5	47) 4 5	72) 4 5	97) 1 2
23) 4 5	48) 1 2	73) 1 2	98) 1 2
24) 4 5	49) 4 5	74) 4 5	99) 1 2
25) 1 2	50) 4 5	75) 4 5	100) 1 2

ANEXO 4

IDEAS IRRACIONALES

1. APROBACION SOCIAL.

El ser humano tiene una necesidad imperiosa de ser amado estimado o aprobado por cada persona significativa de su comunidad.

2. PERFECCIONISMO.

Los individuos deben de ser enteramente competentes, aptos y eficaces en todos los aspectos posibles de su vida.

3. CULPABILIDAD.

Ciertas personas son malas, villanas o maivadas y deberían ser severamente acusadas o castigadas por sus faltas.

4. REACTIVIDAD A LA FRUSTRACION.

Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

5. LOCUS DE CONTROL EXTERNO.

La desgracia humana se origina por causas externas, y la gente por tanto tiene nulo o poco control sobre sus penas y perturbaciones.

6. PREOCUPACION.

Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno se deberá sentir inquieto por ello, y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.

7. EVITACION DE RESPONSABILIDADES.

Es más fácil evitar que afrontar las responsabilidades y dificultades de la vida.

8. DEPENDENCIA.

Se debe depender de los demás y se necesita de alguien más fuerte en quien confiar.

9. DETERMINISMO DEL PASADO.

La historia pasada es un factor determinante de la conducta actual y que algo que ocurrió alguna vez y le ocasionó daño a uno debe seguir afectándole indefinidamente.

10. SOLUCIONES IDEALES.

Invariablemente existe una solución adecuada, precisa y correcta para los problemas humanos, y si esta solución no se encuentra, sobreviene la catástrofe.