



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

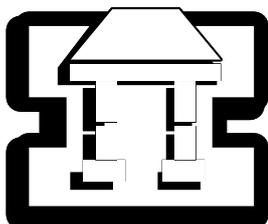
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**APLICACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN
NEUROLINGÜÍSTICA EN PACIENTES CON
SOBREPESO U OBESIDAD**

TESIS EMPÍRICA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
M E R C E D E S A G U I L A R R O S A S**

**DIRECTOR:
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÀZARES
DICTAMINADORES:
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
LIC. EDY ÁVILA RAMOS**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



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.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS.

POR HABERME PERMITIDO LLEGAR A TÉRMINO DE MIS ESTUDIOS Y SOBRE TODO POR HABERME PUESTO EN MI CAMINO A TANTAS PERSONAS QUE ME HAN MOTIVADO Y APOYADO.

A MIS PADRES.

POR HABER DEPOSITADO EN MI TODA SU CONFIANZA, LLEGUÉ A LA CIMA LA CUAL CONSTITUYE LA HERENCIA MÁS VALIOSA QUE PUDIERA RECIBIR, POR ESO GRATITUD PERMANENTE, EMOCIÓN Y RESPETO.

A TÍ ESPOSO MÍO.

QUE CON TU INFINITO AMOR, COMPRESIÓN Y APOYO HE PODIDO NUEVAMENTE JUNTO A TI CUMPLIR UNA META MÁS.

¡TE AMO!

A MIS HIJOS:

BRENDA Y JORGE LES DOY LAS GRACIAS POR SU PACIENCIA, POR ENTENDER QUE TODO ESTE TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO PRESENTA UN LOGRO QUE DESEABA ALCANZAR Y LO COMPARTO CON USTEDES.

¡GRACIAS POR EXISTIR EN MI VIDA!

A MI TIA CARMEN.

POR SU APOYO Y AMOR INCONDICIONALES, PUES HA SIDO PILAR IMPORTANTE PARA MI CRECIMIENTO Y FORMACIÓN COMO PERSONA.

¡PARA TI MI INFINITO AGRADECIMIENTO!

A LA MEMORIA DE MI ABUELITO:

JESÚS AGUILAR LEYVA POR SER PARA MI TODO AMOR Y EJEMPLO A SEGUIR YA QUE INCULCÓ EN MI UNO DE LOS VALORES Y CONSEJOS MÁS IMPORTANTES EL **RESPECTO** Y LA **HONESTIDAD**.

¡TE LLEVO SIEMPRE EN MI CORAZÓN!

¡MIL GRACIAS!

A MI ASESOR JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CÁZARES POR TODO SU TIEMPO, PACIENCIA, MOTIVACIÓN Y APOYO EN ESTE PROCESO TAN IMPORTANTE.

ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. OBESIDAD	5
CAPÍTULO 2. LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA	22
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
ANEXO	65
BIBLIOGRAFÍA	67

INTRODUCCIÓN

La Psicología clínica es una disciplina que se fundamenta en la investigación científica, fundando sus programas de evaluación y tratamiento en teorías psicológicas siendo comprobadas en condiciones controladas y con criterios objetivos.

El trabajo de los psicólogos clínicos mantiene un interés recíproco por la salud ya que colaboran en el diagnóstico, tratamiento de pacientes con problemas distintos, así como en la investigación sobre la profundidad y efectividad de un determinado tratamiento o estudio de un paciente concreto.

Ahora bien; siendo la obesidad una de las problemáticas del siglo XXI como a nivel mundial ya que afecta tanto a países desarrollados y subdesarrollados como México y por consiguiente siendo el psicólogo clínico parte importante como generador de la salud mental de los individuos surge la necesidad de poder establecer estrategias y tratamientos alternativos psicológicos que mejoren la calidad de vida de las personas que sufren y padecen dicha enfermedad, puesto que las consecuencias psicológicas y de salud que provoca son de importante consideración a corto y largo plazo.

México ha tenido cambios demográficos y epidemiológicos muy significativos a partir del siglo XX, sobre todo después de la Revolución, cuando el fenómeno de migración de las zonas rurales hacia las urbanas adquirió mayor importancia con repercusiones importantes en la salud. La trascendencia de este fenómeno de migración se ha atribuido al modo de vida de esta población, específicamente, aunado a distintos fenómenos de adaptación y menor gasto energético ante condiciones de vida sedentarios y a un cambio en la nutrición, en la cual los alimentos tradicionales mexicanos han sido desplazado por alimentos de alta densidad energética y menor calidad nutritivas.

Además si tomamos en cuenta que el problema no ha disminuido en los últimos años, sino que día con día va en aumento, lo que puede ser debido a un problema de toma de conciencia acerca de la gravedad de dicho problema.

Pues si bien desde hace tiempo se han planteado estudios para el tratamiento de la obesidad, la mayor parte de éstos se han concentrado en el manejo de la población adulta, en la que resulta además difícil lograr la pérdida de peso sostenida, alcanzar el peso ideal y mantener un peso adecuado para la estatura, edad y sexo.

Y si ha esto le aunamos el hecho de que la obesidad es uno de los padecimientos más difíciles de tratar con éxito y que los factores de riesgo son matizados por la cultura social y tolerabilidad en la que las personas están inmersas. Aún cuando la obesidad no es un trastorno psiquiátrico la realidad es que los obesos que buscan tratamiento tienen una tasa de padecimientos psiquiátricos y evidencia de sicopatología mayor que la población en general; ya que por ejemplo aquellos que acuden a cirugía llegan a mostrar trastornos psiquiátricos primarios o bien algún trastorno de personalidad; los rasgos que muestran son un incremento en las dimensiones que miden depresión, autoconciencia así como disminución en asertividad. Son pensamientos autodestructivos y pesimistas con relación al control de peso; su imagen corporal resulta ser una influencia determinante ya que se visualizan más gordos de lo que están, sufriendo consecuencias interpersonales importantes que incluyen un mundo que los enfrenta con considerable antipatía, ya que son discriminados tanto en el ámbito laboral como educativo. Tienen más dificultad para casarse y son menor mente remunerada en el trabajo. Son identificados como personas poco amigables, agradables y tractivos.

Por todo lo anterior es necesario que los promotores de la salud tomemos conciencia de la importancia que requiere el tratamiento del sobrepeso, tomando en cuenta un trabajo

multidisciplinario, es decir, médico, nutricional y psicológico que conduzca a un cambio conductual en beneficio de la salud.

Como una forma de controlar el mal uso que hacen a aquellos que con ciertos regímenes de alimentación, aparatos de ejercicio, cremas corporales, medicamentos naturales y otros productos químicos reductores de peso, engañan a las personas que no tienen educación para la salud y por tanto pagan un precio económico y de salud para verse físicamente como lo marca la moda en complicidad con los medios de comunicación a quienes por supuesto no les importa la repercusión que esto implica en cada individuo y que como hemos mencionado en párrafos anteriores psicológicamente se ven afectados y dado que los resultados no son los deseados su estabilidad emocional se deteriora aún más, ya que el daño se extiende a nivel orgánico, funcional y estético aunado al psicológico.

A lo largo de la historia de la modificación de la conducta se han aplicado distintas técnicas psicológicas para el tratamiento de la obesidad. Pero conforme esta ha ido evolucionando se han ideado otras alternativas de tratamiento como la Programación Neurolingüística.

La anterior no solo aplica a la tarea psicoterapéutica sino también a otros ámbitos en los que entren en juego la modificación de conducta y la comunicación, pues día con día son más los profesionales que hacen uso de ella tales como los médicos, educadores, trabajadores sociales, profesores, etc. por su alto número, complejidad y variedad de técnicas, es considerada una forma terapéutica independiente, además es un método para encontrar y apropiarse de los componentes esenciales del pensamiento, comportamiento eficaces como son el modelado y es colección de técnicas eficaces de comunicación como de transformación de la conducta basándose en una serie de principios importantes para su funcionamiento.

La programación Neurolingüística (PNL) fue fundada en la década de los setentas por Richard Bandler y John Grinder, incorpora además el trabajo de una serie de pensadores con una intensa influencia en los campos de la lingüística, la psicología y la antropología. Básicamente la PNL proporciona técnicas prácticas para cambiar la conducta por medio de la comunicación clara tanto con sí mismo como con los demás.

Las herramientas de la Programación Neurolingüística son sencillas instrucciones normalmente redactadas en forma de preguntas que ayudan a controlar de forma positiva el funcionamiento de la mente. Otro punto importante de la PNL es que da un paso más agregando que en el momento en que el individuo cambia su comportamiento inevitablemente dicho cambio va a afectar a los que le rodean.

De aquí se desprende que el objetivo del presente trabajo sea examinar la eficacia de la Programación Neurolingüística como técnica terapéutica en el comportamiento nutricional y psicológico en adolescentes y adultos con obesidad en una clínica privada.

En el primer capítulo se hablará del tema de la obesidad y /o sobrepeso como enfermedad y sus repercusiones médicas, nutricionales y psicológicas.

En nuestro segundo capítulo se hará una revisión de la Programación Neurolingüística como técnica en el control y tratamiento de dicho padecimiento, pasando por una breve historia así como por sus principales postulados.

Y para finalizar en el capítulo tres se presentan los resultados y discusión obtenidos en relación a la aplicación de la Programación Neurolingüística como técnica para el tratamiento de pacientes con sobrepeso u obesidad en dos grupos; un primer grupo de pacientes con obesidad que asiste a apoyo psicológico comparado con un segundo grupo de pacientes con el mismo problema pero que no asiste a dicho apoyo.

CAPÍTULO 1.

OBESIDAD.

La obesidad puede definirse como una enfermedad compleja, multifactorial, con una interacción entre genotipo y el medio ambiente. Su origen se desconoce con exactitud, el cómo y por qué ocurre. Por una parte se considera como el resultado de la integración de varios factores como: el medio ambiente, la cultura, la fisiología, el metabolismo y genética.

En los años recientes, el exceso de peso y la obesidad han venido a crear una problemática que se está incrementando día con día tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En el siglo XXI, México enfrenta varios problemas de salud y uno de ellos es precisamente la obesidad, misma que ha sido determinante en los incrementos en la prevalencia de varias enfermedades crónicas degenerativas.

Es importante hacer un repaso de los aspectos históricos más relevantes de la obesidad pues resulta interesante saber que los primeros cambios en los hábitos alimentarios ocurren en la época de la prehistoria, cerca de la edad de hielo en donde el hombre empezó producir su comida en lugar de recolectarla.

Hipócrates en algunos de sus escritos comentaba que “la muerte súbita es más común en gordos que en delgados”. También mencionaba que la obesidad era causa de infertilidad en mujeres y reducía la frecuencia de las menstruaciones sugiriendo como tratamiento de la obesidad el trabajo intenso antes de cada comida acompañándose de vino diluido, así como comer una sola vez al día.

Galeno fue una de las figuras más importantes de la historia de la medicina, e identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada, la primera era clasificada como natural y la segunda como mórbida, así también pensaba que la obesidad era generada como por una desobediencia a la naturaleza.

En la Edad Media, la religión cristiana influyó de forma importante en las actitudes y peso corporal. Por una parte, la obesidad era poco frecuente, ya que la comida era escasa y las plagas muy frecuentes. No obstante la obesidad era considerada como un regalo de Dios, pero la gula era un pecado capital. El ayuno, frecuente en todas las religiones, era una forma de demostrar respeto, pero los placeres de la buena comida con la consecuente obesidad sólo era privilegio de las clases sociales como reyes, cardenales o papas.

Para el México prehispánico, varios pueblos el adelgazar significaba un gran peligro e incluso una enfermedad, debido a que se pensaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para vivir a expensas de su propia sustancia, sin embargo, se puede inferir que la obesidad no era una enfermedad extraña sino que en algunos casos se trataba de una enfermedad secundaria a un problema de tipo endocrino.

Sobre la base de los testimonios de los cronistas de la época, Moctezuma disfrutaba de abundantes y espléndidos platillos que podía seleccionar su entero gusto y llegaba a repartir entre los nobles y dignatarios de su palacio, guardias y quienes le servían, pero lo interesante es que durante las grandes celebraciones se comía en abundancia. Pero para la conquista de los españoles a nuestro territorio se dio un cambio en la alimentación. Por un lado se integraron animales hasta entonces desconocidos en América, como los pollos el ganado vacuno, ovejas cabras y cerdos, algunas semillas como el garbanzo, arroz, centeno, cebada, ajonjolí, lenteja, avena y trigo. Algunas verduras como la zanahoria, rábano,

alcachofa, perejil, chícharo. Las especias como: pimienta, clavo, nuez moscada, azafrán, canela y plantas como la caña de azúcar.

Así, vemos que la industria y el intercambio comercial con otros países, ha dado lugar a la nueva cocina mexicana que ha aceptado ingredientes de todas partes del mundo (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe cit en. González, 2005).

De esta forma nos damos cuenta que ha través de la historia ha habido cambios en el estilo de vida de la humanidad, el cual en cierta manera ha sido influenciada por los cambios en el ambiente de nuestro planeta, por situaciones religiosas, políticas y hasta culturales. Pero que en conjunto con el factor genético de cada individuo esto da como resultado un desarrollo aún mayor en la enfermedad de la obesidad.

La obesidad es una enfermedad de larga duración y es la enfermedad de nutrición más importante en los países desarrollados en donde su prevalencia ha aumentado rápidamente en especial en las últimas décadas los países en vías de desarrollo, en donde los problemas de nutrición se relacionan a la desnutrición el sobrepeso y la obesidad aunque parezca paradójico también la tasa va en aumento alarmante.

La obesidad puede definirse de varias maneras, (Sánchez, Berber, Pichardo, Estévez, Sierra.Villa.Lara, Velásquez, Phillip cit en. González, 2005) definen como una masa excesiva de grasa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un período prolongado lo que ocasiona un aumento en el peso corporal. Dicho padecimiento puede coexistir con el déficit de nutrientes y otras enfermedades carenciales y no solamente como un trastorno originado en un desequilibrio energético.

La obesidad puede considerarse una alteración crónica multifactorial, que afecta diversos aparatos y sistemas y es un factor importante en una serie de alteraciones médicas como es la hipertensión , diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebro

vasculares, osteoartritis, apnea obstructiva del sueño, algunos tipos de cáncer, como el de colon alteraciones menstruales y de fecundidad (Salin, cit en. González ,2004).

No obstante es mucha la controversia que ha existido al tratar de definir la obesidad ya que esto implica asumir el hecho de que no hay una definición única de ésta, sino son múltiples dado que a su alrededor también se han establecido teorías etiológicas de la obesidad como son: la teoría energética, la neuro-química, la genética, la celular, la endocrina y finalmente las psicológicas. Son distintas las teorías psicológicas dado que también son distintos los modelos de aproximación, que la pretenden explicar a partir de distintos mecanismos; como por ejemplo: desde el modelo del aprendizaje, desde el cognitivo conductual, el sistémico, el psicodinámico, el ambientalista, etcétera. De aquí a su vez la necesidad que se tiene de reconocer y asumir la complejidad y el intento que se hace por comprender la enfermedad de la obesidad.

Bourgers (1987, citado en Álvarez, Mancilla, López, Vásquez, Ocampo y López, 1998), define “la obesidad como un exceso de tejido adiposo, indeseable por cuanto se le asocia Con numerosas enfermedades y con mayor mortalidad, producto de un balance mayor energético mayor al óptimo, que puede provenir de diversos factores: bioquímicos, psicológicos, sociales y culturales” (P.23).

Cabe subrayar la distinción existente entre la obesidad y el sobrepeso, ya que el sobre peso es definido como el aumento en el peso corporal generalmente establecido de manera arbitraria a partir de los estándares poblacionales de sanidad, mientras que la obesidad que la obesidad refiere como se definió es una alta proporción anormal de grasa corporal (Seidell, Deurenberg y Hautvast, 1987 cit. en López, Mancilla, Álvarez, 1988).

Ahora bien en términos estadísticos la Organización mundial de la Salud (OMS) refiere que mundialmente el 15% de adultos (no ancianos) están delgados por desnutrición y enfermedades que disminuyen su productividad y duplican la tasa de mortalidad prematura. Pero al mismo tiempo 150 millones de adultos tienen sobrepeso, de los cuales 15 millones morirán prematuramente debido a enfermedades causadas por obesidad. Este padecimiento junto con las enfermedades cardiovasculares la diabetes mellitus tipo 2 constituyen el grupo de enfermedades no transmisibles que se encuentran entre las primeras causas de muerte en países transición epidemiológica completa o avanzada.

Pero la epidemiología de la obesidad ha sido difícil de estudiar durante muchos años dado que cada país ha construido su propio criterio para la clasificación de los diferentes grados de obesidad y sobrepeso. Aunque de manera muy lenta durante el decenio de 1990, el término Índice de Masa Corporal (IMC), que se calcula como el peso sobre la talla al cuadrado, ha sido aceptado universalmente para medir e identificar el grado de obesidad. El contar con estos criterios ha permitido hacer una comparación de los diferentes datos de para cada país y determinar además la rapidez de cambio en el peso a través del tiempo en nuestro país.

Pero nuestro país ha tenido cambios en su demografía y epidemiología bastante significativos a partir del siglo XX, en especial después de la Revolución cuando el fenómeno de la migración a las zonas rurales adquirió mayor importancia, con repercusiones considerables en la salud. En los primeros 20 años del siglo XX. La población rural representaba el 75-80% de la población rural y sólo 20-25% de ésta población vivía en zonas urbanas. No obstante, partir del decenio de 1930 la situación demográfica sufrió un cambio radical y sólo el 20-25% de la población habitaba en la zona rural, mientras que 75-80% se encontraba ahora en la zona urbana.

Así, vemos como el factor migratorio se ha atribuido al modo de vida de dicha población , específicamente, principalmente a los distintos fenómenos de adaptación y menor gasto energético ante las condiciones de vida cada vez más sedentarias, así como al cambio en la nutrición, en la cual los alimentos tradicionales mexicanos han venido a ser desplazados por alimentos de alta densidad energética y por menor calidad nutritiva, el consumo de bebidas carbonatadas envasadas (gaseosas o refrescos), que ocupan un lugar preponderante que sustituyen a las bebidas con características más nutritivas y más económicas , como las aguas hechas a base de frutas naturales.

En relación a esto las cifras arrojadas por la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas Degenerativas realizada en 1993 y revisada para el año 2001, se refiere a una incidencia de 40.2% de obesidad en el Distrito federal. Pero es necesario mencionar que la obesidad reincide más en el género femenino que el masculino para el primero el porcentaje es de 45.2 mientras que para el segundo el porcentaje es de un 35.9%.

A nivel mundial se encuentran también estadísticas alarmantes donde la Organización mundial de la Salud indica que para el año 2000 había en términos globales 330 millones de individuos adultos con obesidad. En 45 países con desarrollo mínimo, que corresponden a una población minoritaria de obesidad en relación con el resto de los países, había un total de 10 millones de sujetos obesos. Los países en vías de desarrollo incluidos fueron 75 en los cuales existen 120 millones de obesos. Para aquellos países cuyas economías se consideran en transición hay 40 millones de obesos. Finalmente los 24 países desarrollados tienen 160 millones de habitantes con obesidad.

El anterior análisis ha permitido llegar a la conclusión que pese a que la obesidad es una enfermedad que afecta principalmente en los países desarrollados, afecta a todas las naciones del mundo (González, Gómez y Chavarría cit en. González ,2004) Por lo tanto

estos resultados hacen aceptar a la obesidad como una enfermedad de salud que ha adquirido dimensiones de pandemia y que por lo tanto es indispensable otorgarle la atención debida, para su conocimiento, diagnóstico y tratamiento pero sobre todo centrar los esfuerzos en su prevención.

Por otra parte es necesario hacer referencia a la importancia que los hábitos alimentarios tienen en el desencadenamiento de la obesidad y al respecto Saldaña y García (1985, citado en Macías y Méndez, 1988) argumentan que los obesos poseen estilos de comer que se caracterizan por: 1) consumir tan aceleradamente los alimentos que reciben el mensaje de saciedad (retroalimentación) muy tarde, es decir, después de que han ingerido una gran cantidad de alimentos: 2) el consumo de alimentos lo basan en estímulos externos, tales como, el olor, color, sabor, etc; y 3) se poseen ideas irracionales sobre la obesidad y sus tratamientos por ejemplo: ser gordo es signo de buena salud y fortaleza o bien se piensa que un tratamiento es aquel que permite perder peso rápidamente.

Así, también Mahoney y Stuart (citados en López, Mancilla y Álvarez, señalan que los obesos comparten ciertas pautas de comportamiento relacionadas con la alimentación. Son personas que consumen alimentos de alto valor energético por las noches abusan en el consumo de hidratos de carbono, desarrollan escaso ejercicio físico, se inclinan más por sabores dulces, consumen muchas bebidas y bocados entre comidas, su tasa de ingesta es elevada (mayor número de bocados por unidad de tiempo), compran y consumen alimentos de alto contenido de lípidos o de hidratos de carbono, duermen la siesta después de comer, o bien gustan por ver la televisión después de cenar, generalmente llevan consigo un paquete de dulces en los bolsillos.

En el mismo sentido Gómez y Ávila (1998) afirman que los hábitos alimentarios están directamente relacionados por el avance tecnológico e industrializado de las sociedades en general y que ha llevado al incremento de la maquinaria productiva así como el de la vida socioeconómica, lo que ha desarrollado estilos de vida que facilitan el almacenamiento de grasa y que lejos de otorgar al ser humano más posibilidades de sobre vivencia por el contrario lo ha orillado a un cada vez mayor sedentarismo, a la abundancia y sobre todo al fácil acceso de los alimentos; como son las comidas rápidas atentando contra su vida.

Otra de las circunstancias que tienen una directa relación con la complejidad de la obesidad es por un lado la presencia de una susceptibilidad metabólica; es decir, una tendencia de los adipositos a retener grasa o bien a aumentar en número, por el seguimiento de dietas ricas en grasas; lo que provoca en el dietante crónico una fácil elevación de su índice metabólico en reposo una vez que se rompen las dietas restrictivas volviendo a comer de más o de la manera acostumbrada.

Callaway, Foreyt, Nickols y VanItallie (1993 cit en Gómez y Ávila, 1998) señalan que también el comer comidas copiosas produce cambios enzimáticos que estimulan la lipogénesis, otro aspecto es el valor hendónico de ciertos alimentos que combinan grasa y azúcar. Así, como el que la persona coma más y más rápidamente; aunado a su poca actividad; el hecho de que se altere su horario de alimentación, saltarse algunas o (as) comidas produce que el sujeto sienta que muere de hambre. Principalmente en aquellos casos en el que el sujeto por numerosas e inadecuadas dietas bajas en calorías produce ajustes metabólicos hacia una ingestión escasa teniendo como signos clínicos de hipotiroidismo (agotamiento físico, intolerancia al frío y a la resequedad) en donde además el paciente que sigue este tipo de hábitos comúnmente se salte algunas comidas y

por lo tanto no sienta apetito hasta una vez que se comienza a comer pero con la sensación de no poder detenerse.

Sin embargo, al hablar de alimentación no es suficiente centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es de vital importancia considerar y analizar el aspecto psicológico, social y cultural.

Desde hace tres décadas las patologías alimentarias han sido identificadas y denominadas como trastornos de la conducta alimentaria términos que han llevado a pensar en procesos anómalos de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación contemplados por la American Psychiatric Association en su DSM- IV (1994) son: Anorexia Nerviosa, Bulimia nerviosa, y Trastorno de la conducta alimentaria no especificado; dentro de este último, se incluye al Trastorno por Sobre-alimentación. La obesidad es excluida por se considerada en el ICD-10-CM como un trastorno físico ya que desde su perspectiva no está relacionada con ningún síndrome psicológico o conductual con características propias, aún cuando la enfermedad de la obesidad es una de las más fáciles de identificar.

De esta manera vemos la enorme controversia que se da alrededor de la etiología de la obesidad, al tratar de determinar si es biológica versus mental, así como si hay una estrecha relación con la alimentación compulsiva.

Rodin (1981) citado en Álvarez, Mancilla, López Vázquez, Ocampo, López, 1998) señala el 95 % de los casos de obesidad no son atribuibles a una causa orgánica.

Mientras que Saldaña y Rosell (1988 cit. en Álvarez, 1998) afirman que la obesidad proviene más del ambiente que de la herencia, y que el único camino posible para aumentar de peso es ingiriendo más calorías de las que se gastan. Según parece el hombre

es el único animal que se ha procurado una abundancia artificial de alimento y que se ha puesto en su contra para producir un estado patológico: la obesidad.

Pero si bien, la obesidad no es un trastorno psiquiátrico, y la tasa de psicopatología en las muestras de la población obesa que no acude a tratamiento no es mayor que la población no obesa, si es real que las personas obesas que se acercan en busca de tratamiento presentan una tasa de padecimientos psiquiátricos y evidencia de psicopatología general.

De aquí se hace necesario comprender el aspecto psicológico de la obesidad comprendiendo el papel de las emociones en la misma.

Robinson (1999 cit. en León Kai, y Cruz, 2002) afirma que las emociones y sentimientos son procesos que aportan a las experiencias de la vida mental de cada persona una forma particular y única, individual y privada de ser vividas. Son estados pasivos y vividos directamente como agradables o desagradables que se acompañan por la percepción de cambios orgánicos o corporales a veces muy intensos (experiencia emocional) ; la emoción involucra la concienciación subjetiva (sentimiento), una dimensión fisiológica (cambios corporales internos), una expresiva-motora (manifestaciones conductuales externas) y una dimensión cognitiva (funcionamiento mental).

Cuyo objetivo está íntimamente relacionado para que el organismo enfrente una situación amenazante o desafiante y tiene que ver además con la propensión a experimentar un proceso disfuncional, un desajuste, una enfermedad o incluso la muerte.

Para (Bachorowski y Braaten cit. en León, Kai, y Cruz, 2002) las emociones surgen debido a la reacción a una situación estímulo concreta, pero también pueden ser provocadas por ciertos tipos de información interna del propio individuo como es el caso de los recuerdos, la información propioceptiva (sensaciones) y otros.

De hecho si las personas poseen emociones es porque éstas le sirven para adaptarse y no sólo como una reacción para sobrevivir; sino como un proceso responsables de mantener la capacidad de resistencia biológica y psicológica con fuertes repercusiones en la salud y el bienestar, (Lindon, Clemente y Adrián, 1997 cit. en León, Kai y Cruz ,2002).

Sin embargo, en ocasiones las emociones mantienen un papel desadaptativo y contribuyen con el deterioro y salud de las personas. Dentro de las emociones naturales se encuentra la ansiedad, la cual resulta adaptativa ya que permite poner en alerta ante una posible amenaza; no obstante puede ser desadaptativa; es decir, se vuelve desagradable) emoción negativa cuando alcanza una elevada intensidad, en que se refleja en cambios somáticos, algunos pueden llegar a ser percibidos por el individuo, pero cuando es muy intensa conlleva a la pérdida de control sobre la conducta normal.

Así, las emociones que implican el comer en exceso no son fáciles de distinguir, y para poder determinar cuando una persona ingresa en un cuadro de este tipo es indispensable comenzar por aceptar que se come en exceso por cierto tipo de emociones y sentimientos para que una vez que se ha determinado que tipo de insatisfacción personal hay detrás de esta actitud nociva para la integridad física y mental en la que se incluya una terapia integral que tome en cuenta el aspecto psicológico.

Es de esta forma como las emociones juegan un papel determinante en la conducta de un comedor compulsivo con la finalidad de contrarrestarlas o compensarlas.

Infante (2001 cit, en León 2002) asegura que el comer es un mecanismo de adaptación a situaciones emocionales difíciles, para sentirse más tranquilo o para manejar la ansiedad.

En relación a esto López, Mancilla y Álvarez (1988) llegaron a la conclusión que los obesos se caracterizan por presentar hábitos alimentarios anormales, tales como comer más rápido que la mayoría de la gente, no dejando ningún sobrante en el plato; su

consumo o ingesta lo basan en estímulos externos, comer más ante situaciones estresantes. Presentan una ansiedad, emocionalidad, depresión, entre otros factores. Hay en ellos una auto imagen deteriorada lo que genera un concepto sobre sí misma detestable, y por lo tanto una autoestima pobre.

Hay además una adicción al tabaco, alcohol, al cigarro, con déficit en ciertas conductas sociales, como son: la asertividad, el autocontrol y el ajuste social.

Sus pensamientos son más autodestructivos y pesimistas con relación al control de peso y tienen una mayor convicción; además, ante las transgresiones dietéticas de forma más absolutista y perfeccionista. Sufren de consecuencias interpersonales importantes por el mundo que además los enfrenta con antipatía ya que es clara la discriminación que se hace hacia ellos a nivel laboral como educativo. Su dinámica familiar se caracteriza por serios problemas de intercomunicación.

Por otra parte las evaluaciones psicológicas reportan puntajes más altos en los individuos obesos que en la gente “normal” en las medidas de ansiedad y emocionalidad, además de mostrar niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad. Otros de los aspectos emocionales son una serie de dificultades en el reconocimiento, clasificación y descripción de sus emociones.

También es frecuente que los pacientes obesos evaluados por el Servicio de Psiquiatría buscando antecedentes de enfermedades psiquiátricas que ayuden a contribuir al aumento ponderal. Así, en las alteraciones psiquiátricas que podemos encontrar obesidad con mayor frecuencia son el trastorno de la alimentación por comilonas o “atracones” depresiones atípicas alteración bipolar, bulimia y algunos casos por abuso de sustancias ilícitas.

Los pacientes con trastorno de la alimentación por atracones tienen las siguientes características: ingieren grandes cantidades de alimento en una sola sentada, aún cuando no tengan apetito, se sienten fuera de control cuando están en la comilona, comen en menor tiempo del normal, y suelen ocultarse cuando están en la comilona; después del episodio se siente culpables y deprimidos por todo lo que comieron y a diferencia de la bulimia, no desempeñan actividad compensadora, como inducirse el vómito o tomar laxantes.

En las depresiones atípicas es que algunas de las alteraciones que suelen observarse en la depresión clásica no sólo están presentes, sino que se manifiesta lo opuesto, en esta depresión además del estado de ánimo triste hay un aumento de apetito, especialmente por los carbohidratos, incremento ponderal e hipersonia, como es la depresión afectiva por estaciones, la cual se presenta en altitudes extremas, derivada de días extremadamente breves en invierno y largos en verano con un patrón de oscuridad inverso. Al parecer la poca actividad física, combinada con la depresión, hace que los pacientes aumenten de peso periódicamente. Otra forma de depresión atípica es en la que se presenta el síntoma de ansiedad. El sujeto refiere en éste caso una acentuación de su ansiedad cuando come, y en algunos pueden ingerir alimentos durante casi todo el día.

La enfermedad bipolar es un trastorno afectivo, en el que el paciente presenta episodios de manía o hipomanía y depresión mayor. La manía se caracteriza por un aumento en la velocidad del pensamiento, presión en el discurso, incremento en la actividad psicomotora, menor necesidad del sueño y aumento en la ingestión del alimento; el aumento de peso se da cuando están en la fase depresiva.

En los períodos de abstinencia o síndrome de supresión de algunos estimulantes; como anfetaminas o cocaína, hay atracones o conducta de ingestión continua de alimentos.

En el síndrome de ingesta nocturna de alimentos (SINA) es una entidad clínica que corresponde a las alteraciones del sueño. Estos pacientes despiertan a horas de la madrugada, y de manera intensa casi obsesiva, piensan en ingerir alimentos para continuar el sueño, no tienen la pauta de estar consciente, sino que lo realiza en un estado de casi sonambulismo. Al día siguiente advierte su cama con manchas de comida y puede haber somnolencia debido a la fragmentación del sueño o de otras de las complicaciones que se manifiestan durante el sueño: apnea obstructiva del sueño (Salín. cit, en: González 2004).

Ahora bien, el ponerse a dieta parece tener unos efectos psicológicos neutros en las personas con obesidad, mientras que el bajar de peso mejora diversos parámetros psicológicos. Así, para quienes tienen una psicopatología importante, historia de trastornos emocionales al ponerse en dieta y quienes están pasando por un período de crisis deben intentar bajar de peso de manera cuidadosa y bajo supervisión cercana, en donde además el trabajo que se haga sea de tipo multidisciplinario.

Pues la importancia en las normas de la apariencia en las mujeres se ve reflejada en la epidemia de las dietas que se han adoptado, a partir de los cambios que se desean adquirir. Al público en general no sólo le interesa adelgazar sino además es muy dada a creer en las novedades y por eso compra libros sobre las dietas de moda, sobre medicamentos que suprimen el apetito y sobre aparatos para adelgazar. Por lo que cada día un gran número de personas arriesgan su salud y vida con disparatadas dietas que atentan contra su salud, ya que deseosos de obtener resultados con el mínimo de esfuerzo y por su credulidad, piensan que con el consumo de un sólo alimento o irracional restricción de varios días desaparecerá el exceso de peso. La gran mayoría de las dietas engañan al público omitiendo las características correctas de alimentación, no inducen correctos hábitos

alimentarios poniendo en riesgo su salud, más aún cuando se realizan por períodos largos (Vázquez y Raich, 1998).

Se percibe entonces que en nuestra sociedad existe una preocupación por la comida, las dietas, la imagen y la figura, lo cual indica que las preferencias sociales por la delgadez y sus no claras ventajas sobre el estado de salud han afectado la conducta alimentaria, así como las actividades que giran alrededor de las comidas.

La obesidad es uno de los padecimientos más fáciles de identificar pero uno de los más difíciles en tratar con éxito.

Los principales tratamientos aplicados al problema de la obesidad son: la cirugía, las dietas, los fármacos, el ejercicio físico y los programas conductuales, siendo el último recurso el tratamiento quirúrgico en aquellos casos de obesidad severa, porque aún cuando es el más efectivo para eliminar la grasa también es el más costoso y el que más alto riesgo supone para la salud.

Las dietas, después de la cirugía, son el tratamiento más efectivo para perder peso sobre todo aquellas que son muy bajas en calorías. Las que son tan estrictas resultan más o menos igual de efectivas como los tratamientos conductuales. Pero el mayor problema que presentan es que las pérdidas de peso no se mantienen durante mucho tiempo recuperándose el peso inicial o hasta un poco más. lo anterior explica que mientras el individuo esta haciendo la dieta, el acto de comer se mantiene bajo control de estímulos generalmente aversivos, privación, eliminación de comidas deseables, etc., sin embargo, regresa a estar controlado por estímulos anteriores a la dieta en cuanto ésta se deja.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la obesidad son los que son destinados a reducir el apetito pero tienen el inconveniente de acarrear efectos secundarios importantes.

El peso se vuelve a recuperar en el momento en el que se dejan de tomar y en muchas

ocasiones generan el paciente dependencia, como es el caso de las llamadas anfetaminas, provocando mareos, problemas gastrointestinales y alteraciones en el humor.

El ejercicio físico ha sido considerado por muchos como el más beneficioso no sólo para la obesidad sino para la salud en general, pero debido a que la pérdida de peso es muy lenta y aunado a ello el esfuerzo que implica el cambio en el estilo de vida de las personas, es abandonado pues de no ser así los resultados serían de hasta 4.5 y 17.3 Kg. en un año. De aquí el interés porque aunado al tratamiento y corrección de los hábitos alimentarios se otorgue al paciente una combinación de técnicas conductuales, estilos de vida para alterar de esta manera el control de los estímulos externos sobre el acto de comer.

De lo anterior encontramos que el fenómeno de la obesidad como una enfermedad obedece a varios aspectos: la predisposición genética, su fisiología, metabolismo, nivel cultural. La obesidad definida como una alteración en la proporción de la grasa corporal mientras que el sobrepeso es el aumento en el peso corporal. En nuestro país el aumento de población con dicho padecimiento a crecido de forma alarmante debido al fenómeno de migración del medio rural al urbano obligando al individuo a su adaptación y menor gasto energético, al desplazamiento de los alimentos tradicionales por otros de alta densidad calórica y menor calidad nutritiva.

Es uno de los padecimientos que además afecta a la población mundial debido a sus cifras alarmantes en el aumento cada año de personas que la padecen de ahí que haya tomado rasgos de pandemia requiriendo una adecuada atención, diagnóstico y tratamiento pero principalmente de prevención.

Los aspectos psicológicos que enmarcan a la obesidad y/o sobrepeso varían de individuo a individuo, van desde emociones y sentimientos que el paciente debe aceptar entre los que se caracterizan los comedores compulsivos, los que comen por estrés, ansiedad y/o tristeza

o bien por depresión y que por demás se caracterizan por conductas con niveles altos de tensión, impulsividad y agresión. Como en aquellos pacientes que presentan alteraciones psiquiátricas con Depresiones atípicas, Alteraciones bipolares, Bulimia, Síndrome de ingesta nocturna (SINA).

Todos estos pacientes cursarán antes o después por aspectos psicológicos que es necesario ayuda controlar y manejar para que el tratamiento tenga el éxito esperado. Realizando un trabajo y multidisciplinario para el cuidado e integridad del paciente durante este difícil proceso.

CAPÍTULO 2.

LA PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA.

La Programación Neurolingüística (PNL) es un conjunto de técnicas prácticas diseñadas para producir en la persona cambios permanentes a corto plazo. Esta fue desarrollada en la década de los setentas a partir de las investigaciones de John Grinder quien fuera profesor en lingüística y Richard Bandler terapeuta Gestáltico; así como por la incorporación de muchos pensadores de gran influencia en los campos de la lingüística, la psicología y la antropología entre otros.

Estos dos genios contemporáneos orientaron sus estudios a la tarea de crear una base teórica que describiera adecuadamente la interacción humana y, en especial, descubrir cómo obtenían resultados las personas que sobresalían.

Esencialmente, la PNL, ofrece técnicas para cambiar la conducta por medio de una comunicación clara, tanto con nosotros mismos como con los demás y cómo esta comunicación interior puede originar un estado de óptima disponibilidad de sus recursos y por lo tanto, crear el mayor y mejor número disponible de opciones de comportamiento. Grinder y Bandler desarrollan este método a raíz de los patrones operativos de tres los más grandes terapeutas Virginia Satir (terapeuta familiar), Fritz Perls (terapeuta de la Gestalt) y Milton H. Erickson (terapeuta hipnótico) y padre de la terapia moderna de la comunicación. Bandler y Grinder se propusieron averiguar qué hacía tan eficaces a los psicoterapeutas más famosos del mundo, en el trato directo con sus pacientes. Querían saber qué rasgos de la conducta de estos psicólogos eran necesarios para lograr una modificación del

comportamiento del paciente y qué elementos eran irrelevantes para la eficacia de su procedimiento y constituían más bien la expresión de su estilo personal.

Su interés se centraba en descubrir qué hacían exactamente, se centraban en su comportamiento real y observable más que en sus opiniones y teorías. De esta manera Bandler y Grinder no solamente aprendieron los formalismos básicos de estos grandes psicólogos (actuales técnicas de PNL, sino también descubrieron patrones y estructuras de gran interés sobre el modo en que las personas organizan su experiencia y sobre cómo esta organización se hace visible a los demás (Stahl, 2000).

La Programación Neurolingüística enseña la clave de cómo ciertas personas producen constantemente resultados óptimos. Como su propio nombre lo indica (neuro hace referencia al cerebro, lingüística al lenguaje y programación a patrones habituales de conducta, como el pensamiento, creado como efecto del lenguaje en el cerebro), La PNL muestra cómo “reprogramarnos” a nosotros mismos. Esto implica por consiguiente que la persona traiga a su conciencia los patrones y conductas en los que hemos estado constantemente ocupados sin ser conscientes de ello para después poder poner a prueba las suposiciones que mantenemos sin pararnos a pensar en ellas, acceder a recursos que ni siquiera habíamos pensado que teníamos, y por último, “cambiando” nuestra mente podremos alterar nuestra conducta, pensamientos y sentimientos.

La PNL se ocupa de cómo funciona la mente; los patrones que empleamos para organizar la información, las maneras que tenemos para motivarnos o bien, para inhibirnos a nosotros mismos, cómo podemos modificar patrones automáticos de respuesta para tener nuevas posibilidades, nuevas conductas, nuevas formas de pensar y sentir (Robbins, 1982).

La PNL proporciona un marco sistemático para dirigir nuestro propio cerebro, nos enseña además cómo manejar no sólo nuestros estados y comportamientos sino incluso los estados

y comportamientos de los demás. En síntesis la PNL permite dirigir nuestro cerebro de una forma óptima para lograr los resultados que se desean.

Ahora bien; a través de la historia, la capacidad de controlar nuestras vidas ha asumido muchas formas diferentes y contradictorias. En las épocas más primitivas el poder era una simple consecuencia de la fisiología el más fuerte y el más rápido tenía el poder de controlar para controlar su propia existencia, así como la de otros. A medida que se desarrolló la civilización, el poder se hizo hereditario. Luego en los primeros tiempos de la era Industrial, el poder iba asociado con el capital; los que tenían acceso al capital dominaban el proceso industrial.

Sin embargo, para nuestros días una de las fuentes más importantes de poder es la que deriva del saber especializado. Nuestra sociedad vive en la era de la información. Estamos en una cultura de la comunicación, ya que hoy día las nuevas ideas, los movimientos y los conceptos cambian el mundo día con día. Así, los que poseen información y los medios para comunicarla tienen un poder ilimitado.

En Programación Neurolingüística se asume que tu calidad de vida no está determinada por aquello que nos ocurre, sino por lo que hacemos ante lo que nos ocurre.; es decir por tu calidad de comunicación, la comunicación es poder. Quienes han alcanzado el dominio eficaz de la comunicación están en condiciones de modificar su propia experiencia del mundo y la experiencia que el mundo obtiene de ellos. La totalidad de conducta y de los sentimientos tienen sus raíces en alguna forma de comunicación. Quienes tienen influencia en nuestros pensamientos, sentimientos y acciones de la mayoría de nosotros son aquellos que saben cómo utilizar esa herramienta de poder.

El dominio que el individuo tenga de la comunicación hacia el mundo externo determinará su grado de éxito con los demás en los aspectos personal, emocional, social y económico.

Pero lo que es más importante es el grado de ese éxito que se perciba interiormente, llámese felicidad, alegría, éxtasis, el amor o cualquier cosa que uno desee va a ser el resultado directo de cómo el individuo se comunica consigo mismo.

El individuo es la única persona que puede decidir cómo quiere sentir y actuar, en función de cómo haya elegido percibir su existencia, nada tiene sentido, solamente el que él haya elegido otorgarle. En muchos de nosotros, esta forma de interpretación se ha transformado en un automatismo, pero siempre es posible redirigir dicho poder y cambiar inmediatamente nuestra experiencia del mundo.

Desde hace tiempo las ciencias encargadas del estudio del comportamiento humano han validado la importancia que tienen los comportamientos inconscientes de las personas, y han desarrollado distintas hipótesis y teorías acerca de cómo estos comportamientos determinan la personalidad sana o deficiente de cada individuo. La PNL no se ha limitado a esta observación e interpretar estos comportamientos inconscientes sino a influir en ellos de una forma contundente y eficaz. Uno de los más grandes descubrimientos de la Programación Neurolingüística es el hecho de poder modificar y programar estos patrones inconscientes y automáticos en la persona.

Esta comunicación se refiere en especial a los mensajes que enviamos a nuestra mente consciente y si aceptamos que la mente consciente regula el 95% de mí mismo, lo que yo le envíe como representaciones externas, determinarán en gran medida mi realidad. Esta comunicación parte de dos conceptos por todos conocidos que son el **lenguaje y el pensamiento**.

Cuando se menciona que es similar utilizar el lenguaje a utilizar el pensamiento o viceversa, es porque no se puede dar el uno sin el otro. De forma tal que cuando pensamos, este proceso de pensamiento por consiguiente se establece bajo un modelo de lenguaje. De

forma tal que este poder regula el ritmo de respiración, el parpadeo, la circulación sanguínea, etc.; y por lo tanto cualquier mensaje enviado a nuestra maravillosa computadora tendrá una repercusión importante en nuestro estado fisiológico.

Nuestra conducta es el resultado del estado en que nos encontramos. Siempre procuramos hacer lo mejor con los recursos de que disponemos, pero a veces somos nosotros mismos quienes nos encontramos carentes de recursos. Así, la diferencia entre los que fracasan en sus objetivos vitales y los que triunfan, es la que hay entre los que saben ponerse en un estado afirmativo y los que habitualmente consiguen un estado que contribuye a sus logros. Por lo que la primera clave para dirigir su estado y producir los resultados que desea es aprender a dirigir eficazmente su cerebro para esto es necesario comprender que si todo comportamiento es consecuencia del estado en que nos encontramos, no produciremos las mismas comunicaciones y conductas desde un estado que libere todos nuestros recursos, que desde un estado de impotencia. Por lo tanto lo que crea el estado en que nos hallamos va a darse por un lado debido a nuestras representaciones internas y por el otro por nuestras condiciones fisiológicas y el empleo que hagamos de ellas. El cómo y el por qué se representa una cosa, además del cómo y el qué se dice una así mismo ante determinada situación, crean el estado en que se encuentra y por lo tanto los tipos de comportamiento que produce.

En cuanto a nuestra manera de percibir y representarnos el mundo hay otro factor todavía más importante que son las condiciones de nuestra fisiología y los hábitos de uso de ella. Aspectos como la tensión muscular, lo que comemos, cómo respiramos, nuestras posturas. La eficacia general de nuestro funcionamiento bioquímico, van a influir de manera importante en nuestra fisiología. Por lo tanto, cambiar los estados implica hacer una

modificación en las representaciones internas y también modificar la fisiología (Robbins, 1982).

Un sistema mental limpio y sano es aquel en el que introduces en tus pensamiento ideas positivas, ya sean referidas a tu persona, a otras personas o al mundo en general, Mientras que un sistema mental sucio e insano es aquel en el introduces o permites ideas negativas referidas a tu persona o al mundo en general. Estos se llaman “virus” del pensamiento (Fonseca, 2001).

Por otra parte, Stahl (2000) menciona que la programación Neurolingüística también puede ser definida a partir de un punto de vista diferente: un terapeuta de PNL es aquel que acepta determinados supuestos básicos, los principios de la PNL. Para aplicar las técnicas regidas para dichas tesis.

Uno de estos principios es el que hace referencia a que las personas reaccionan ante su propia reproducción de la realidad y no ante la realidad misma.” El mapa no es el territorio” Todos los seres humanos tenemos nuestros propios mapas, o reproducciones interiorizadas del mundo, con los que nos orientamos dentro del mismo. Sin embargo, ninguno de dichos mapas constituye una representación completa y detallada del entorno.

En base a este principio la PNL se puede definir como el “arte” para ayudar a la persona interesada en modificar sus representaciones interiores (modelos, mapas) de tal manera que, utilizándolas, llegue a desenvolverse mejor en el mundo y en su vida o bien pueda aceptarlos y disfrutar de ellos.

El cuerpo y la mente forman parte de un mismo sistema cibernético e influyen el uno sobre el otro. De tal manera que todo aquello que sucede mentalmente, es decir, en la imaginación y el pensamiento, también influirá en el cuerpo y sobre el cuerpo, Por lo que

en la PNL se habla de una fisiología del paciente para hacer referencia al estado de su conciencia y de su cuerpo en un momento determinado.

*El significado de tu comunicación es la reacción que obtienes:

Donde el objetivo es crear una sensación en el receptor y obtener de él una reacción concreta.

*Sólo se puede hablar de resistencia en el caso del terapeuta y no en el del paciente.

El presente principio hace referencia no solamente a las capacidades del terapeuta y su responsabilidad en la aparición efectiva de las transformaciones que se persiguen en el paciente. Pues señala que el camino más fácil para conseguir a alguien de la manera que uno quiera tenerlo se encuentra en transformarme a mi mismo hasta lograr que el otro llegue a ser por sí sólo tal como yo quería que fuera.

*No existen errores ni descuidos, sólo feedback (retroalimentación) lo que se traduce en que todo lo que haga el paciente, y que el terapeuta pueda percibir a partir de la pérdida de seguridad personal, como resistencia o bien como comportamiento poco cooperativo, es un aviso regularmente inconsciente del primero de que la terapia ha obviado algo importante. Una capacidad adicional y real del paciente no ha sido aprovechada para conseguir la transformación deseada. También quiere decir que el paciente no se ha transformado frente a la espera del terapeuta, ello retroalimentará a éste y le advertirá que algo esencial ha pasado por alto para que pueda producirse el cambio.

* Es importante tener un repertorio de conductas posibles porque dentro de un sistema, el elemento controlador será aquel que disponga de la máxima flexibilidad. De aquí que sea más conveniente elegir que no tener elección.

Por lo que la relación terapeuta- paciente es considerada un sistema por las influencias que se llegan a dar entre ambos. A partir de este supuesto la PNL permite, ordena y obliga al

terapeuta a tener un comportamiento flexible, Si lo que haces no funciona prueba con algo distinto.

* Las personas funcionan perfectamente. Nadie está fuera de servicio, ni tiene “defectos” ni está “estropeado”.

Aquí es importante descubrir cómo está funcionando la persona en cada momento para poder transformarla, tendremos que indagar qué está haciendo interiormente esa persona, como es que está jugando con sus imágenes.

*Las personas escogen siempre la mejor opción que pueden y con la correspondiente información disponible en cada momento, es decir; la persona no actúa así porque quiera y la PNL tiene como objetivo principal otorgarle nuevas posibilidades de elegir el comportamiento más adecuado.

* Detrás de cada conducta hay una intención positiva, el paciente se comporta así porque dicho comportamiento va a tener una función positiva para su vida aún cuando los efectos de la misma no sean los más convenientes para ella, pese a que sean dañinos e incluso mortales.

*Todas las conductas tienen una utilidad, siempre existe la posibilidad de que dicho comportamiento le pueda ser de utilidad al menos en un contexto. En la PNL no se intenta borrar nada, sino por el contrario se crean posibilidades de elección adicionales. Pues la conducta que el paciente desea quitar de su repertorio puede llegar a ser útil en situaciones concretas.

Ahora bien el siguiente postulado es de los más importante ya que con él Richard Bandler y John Grinder dan inicio a la Programación Neurolingüística y hace hincapié en que todas las personas cuentan con recursos, capacidades tanto interiores como exteriores para

conseguir la información deseada, lo único que necesitan es organizar los recursos para aplicarlos adecuadamente.

* De tal manera que si una persona puede aprender a hacer algo determinado, todas las personas podrán hacerlo.

* En tanto que comunicador profesional, tengo la obligación y responsabilidad de que el cliente se encuentra física y mentalmente en un estado adecuado para que pueda hacer lo que yo hago, para así hacer que tenga la posibilidad de llegar a los recuerdos deseados, y de ser necesario hacer uso de la manipulación.

Ahora una de las presuposiciones de la programación Neurolingüística es que las personas poseemos todos los recursos que necesitamos para conseguir cualquier cosa que se desee, pues uno de los principales recursos que tenemos es la capacidad de formar imágenes en nuestra mente. Otro es la de hablar con nosotros mismos. Dichos recuerdos pueden permitirnos tener recuerdos, viajar a través del tiempo, y tener imaginación.

Nos formamos imágenes, hablamos con nosotros mismos. Estos son nuestros recursos básicos ya que permiten que se tenga un sentido amplio de quiénes somos aunque nunca nos detenemos a pensar en ellos.

Otro de nuestros recursos más importantes es la capacidad de tener sensaciones, sentir las cosas: su tamaño, textura, peso, temperatura y la sensación de movimiento.

Pero además nuestra mente nos proporciona continuamente riquezas en forma de imágenes, símbolos, palabras, frases, sonidos y sentimientos. Podemos tomar esas representaciones internas y ajustarlas, hacer que tengan más volumen, o que sean más claras, más fuertes, o más lejanas. Haciendo pequeños cambios en ellas podemos lograr causar un fuerte impacto en nuestra forma de ver algo y el significado que tenía para nosotros de forma tal que podemos cambiar la forma en que percibimos las cosas.

Nuestro cerebro codifica y almacena nuestras experiencias instantáneamente y sin ningún esfuerzo consciente. Nuestra forma de captar filtrar y procesar nuestras experiencias y pensamientos es un recurso humano fundamental, sin embargo no podemos ver cómo es que se realizan esas conexiones.

Si hacemos nuestros recursos conscientes, podemos controlarlos. Y al hacerlo podemos cambiar la calidad y dirección de nuestras vidas. Las submodalidades son entonces aquellas unidades específicas de nuestro sistema sensorial que nos permite descomponer la experiencia para su almacenamiento y futuro uso para de dicha manera poner nuestra conciencia en funcionamiento o apagarla.

Los filtros primarios de los sistemas perceptivos o representacionales son las modalidades. Las submodalidades son los aspectos más pequeños. Específicos y ajustables. Al manipular estas últimas, podemos cambiar nuestra forma de pensar, sentir y hacer las cosas. Cambiando nuestros recuerdos y experiencias y cambiamos el pasado para tener más posibilidades en el futuro. Pero lo que hacemos es cambiar la forma del recuerdo, no su contenido.

La experiencia, pensamientos y recuerdos nos da el contenido, lo que la persona haga con ella, el cómo la interprete tendrá lugar cambiando y manipulando la manera de almacenar la experiencia. Al trabajar con la forma se podrá cambiar el significado o efecto del contenido. Se podrá salir de los patrones habituales de conducta y pensamiento alterando la manera la manera; es decir la forma que se tiene de recordar las experiencias que han generado esos patrones. Utilizando las imágenes y sonidos que el cerebro nos proporciona constantemente, se puede cambiar la forma de un recuerdo o de una posibilidad futura.

La manera de percibir algo va a cambiar el impacto que tiene en nosotros así se juega con el dial imaginario de nuestro inconsciente, con las submodalidades visuales y auditivas.

Las submodalidades visuales incluyen el enfoque, el tamaño, la distancia, mientras las submodalidades auditivas incluyen el volumen, el tono, el tiempo, la frecuencia, la localización, la duración, y las pausas o silencios. Las submodalidades cinestésicas hacen referencia a sensaciones físicas primarias: como los sentidos del tacto, el calor, el frío (temperatura). La presión, el movimiento, la contracción y el estiramiento. Un zumbido en la cabeza, un hormigueo en sus extremidades, un golpe de calor. El movimiento es también una sensación física, ya sea externa o interna, ya sea por el ritmo en la respiración y en los latidos del corazón, en la actividad muscular y en la tensión y relajación de los músculos faciales o del cuello. Las submodalidades son los calificadores de la experiencia, la manera que tenemos de codificar nuestra experiencia e introducirla en la memoria. Son las unidades mediante las cuales el cerebro distingue lo agradable o desagradable, el pasado del futuro y la fantasía de los recuerdos.

Cuando se logra tomar conciencia de las submodalidades que utilizamos para hablarnos a nosotros mismos o proyectar nuestras imágenes internas, somos capaces de hacer cambios. Se abren las posibilidades respecto a la manera de experimentar y enmarcar esa experiencia dentro de nosotros mismos y con ello mantener el control. Podemos decidir actuar en lugar de dejar que actúen sobre nosotros.

Podemos hacer cambios extraordinarios en la calidad en nuestros pensamientos, emociones y conducta (Robbins, 1982).

Al respecto Fonseca (2001) indica que la realidad psíquica se alimenta de las informaciones visuales, auditivas, sensoriales, gustativas y olfativas provenientes del exterior, que al ingresar al cerebro se unen y se transforman en otras cosas, esperando siempre tener un contexto semejante al de las personas que nos rodean.

Nos conducimos en la vida por nuestra realidad psíquica más que la realidad externa, la cual a su vez es construida simultáneamente desde nuestra realidad psíquica.

Por otra parte, la realidad física de nuestras alteraciones corporales puede modificarse a partir de realidades psíquicas. Ya que las emociones que afligen tienden a enfermar, mientras que las emociones placenteras tienden a conservarnos saludables. Los estados mentales pueden afectar la fuerza del sistema inmunitario y cardiovascular.

De ahí que un sistema mental sano es aquel que introduce en el pensamiento ideas positivas, ya sean referidas a la persona, a otras personas o al mundo en general. Por lo contrario un sistema mental sucio e insano es aquel en el que se introduce o se permite que se introduzcan en el pensamiento ideas negativas referidas a la persona o al mundo en general; mismos que reciben el nombre de “virus del pensamiento”.

La Programación Neurolingüística hace referencia también al tema de la “congruencia”. Éste término significa caminar en la vida con pensamientos propios, es decir; lo que uno dice debe ser lo mismo que lo que uno hace, que lo que uno hace sea expresado con el cuerpo. La congruencia es tener alineadas las ideas con los comportamientos, uno puede engañar a los demás pero al cuerpo y a la mente propia no es posible. Pues tarde o temprano el cuerpo se verá afectado por el resultado de los pensamientos y acciones propias.

Estados como la ira, el sentimiento de culpa, la falta de perdón, abandonos o falta repentina de una persona amada, frustraciones, falta de relaciones interpersonales profundas, son causantes de enfermedades. Los pensamientos son materializados en el cuerpo y en el comportamiento de las personas, En este sentido, el mismo cuerpo físico es sujeto del objeto mental, lo mental es capaz de producir cambios en la bioquímica del cuerpo, por lo tanto el pensamiento nos hace ser lo que somos.

Lo qué decimos y cómo lo decimos determina nuestro comportamiento.

Es así como cualquier proceso de pensamiento o de lenguaje genera de inmediato una programación a la mente, que al codificarse se podrán observar cambios fisiológicos congruentes con dichos programa. Es por esto que muchos de nuestros estados ocurren sin ser dirigidos conscientemente por nosotros. Vemos algo, escuchamos algo y frente a ello reaccionamos enviando un mensaje y así, y así creamos un estado determinado que puede ser de los estimulantes y útiles o de los incapacitantes y limitativos.

De tal forma que la diferencia entre las personas que fracasan en sus objetivos y los que triunfan es que éstos últimos saben ponerse en comunicación afirmativa y positiva logrando así también un estado fisiológico que permita llegar a sus logros. Las representaciones internas y la fisiología van de la que mano; la tensión muscular, lo que comemos, como respiramos, las posturas, la eficacia general de nuestro organismo son el resultado directo de los mensajes que se envían a la mente.

Por lo tanto, la manera más directa de cambiar estos estados implica modificar los mensajes enviados al computador interno. Los triunfadores son quienes habitualmente establecen modelos fecundos de comunicación consigo mismos. El valor real de los hechos o acontecimientos, está en la forma en que sean comunicados estos eventos al interior, es decir; las representaciones internas.

La idea es establecer pautas concretas de comunicación interna orientadas de una manera positiva y fructífera.

El lenguaje entonces permite compartir experiencias mediante un grupo de señales comúnmente entendidas. Por lo tanto la calidad en la comunicación es directamente una medida entre la relación que tiene una palabra con la representación interna de la persona.

La comunicación será de calidad cuando puede ser vista, oída o sentida y describa cosas o, acciones que no puedan ser confundidas con otras. .

Por otra parte (Robbins, 1982) propone siete mecanismos activadores básicos que pueden garantizar el éxito, siendo el primer rasgo: la pasión, que significa apoderarse de la meta que uno se marca, el segundo es la fe y es el creer en uno mismo; lo posible es aquello que se crea como verdadero y que tiene una estrecha relación con la serie de creencias que se forman a lo largo de la experiencia. Muchas personas poseen la pasión, pero al haberse reducido a unos límites estrechos en virtud de lo que creen ser ellas mismas y de cómo valoran sus posibilidades, nunca llegan a emprender acciones que les permitieran convertir sus sueños en realidades.

Pero la pasión y la fe se combinan para dar el impulso que lleve a la excelencia, sin embargo, no es suficiente ya que se hace indispensable el tercer rasgo que contar con una estrategia y no es sino la manera de organizar nuestros recursos para utilizarlos de manera eficaz, es necesario saber con qué se cuenta, para trazar una línea que conduzca hacia el mundo que se quiere conquistar.

El rasgo número cuarto exige tener claridad en los valores que son aquellos sistemas de creencias que sirven especialmente para juzgar lo que está y lo que está mal en la vida, es importante tener un sentido claro de quién Soy y porqué lo hago.

El rasgo número cinco es la energía, la entrega total y es igualmente necesaria que los rasgos anteriores debido a que se necesita de una energía física, intelectual y psíquica para sacar el máximo de posibilidades.

El rasgo número seis es el poder de adhesión que significa el talento para conectar y establecer relaciones con las otras personas, sin importar sus orígenes sociales y sus

creencias, es también la capacidad de establecer relaciones duraderas de afecto pues sin ellas el éxito que se obtenga no sería el mismo.

Finalmente el rasgo número siete exige en la persona ser un maestro en la comunicación. El modo en que nos comunicamos con los otros y con uno mismo, determinará la calidad de nuestra vida. Las personas que tienen éxito son las que han aprendido a aceptar cualquier desafío que les presente la vida y a comunicar esa experiencia consigo mismo de tal manera que logran cambiar las cosas para mejorar.

Fonseca (2001) sugiere que en la actualidad las presiones de la vida moderna son fuente de tensión, siendo el estrés una sombra que atrapa el interior de las personas, tocando y alterando la salud, el pensamiento y dinámica familiar y social.

Las estructuras de creencias limitantes, la falta de autoestima y un bajo nivel de aspiraciones en las personas bloquean su ascenso humano y social. El único camino es hacer surgir del interior de las personas sus capacidades humanas para su beneficio y del de quienes las rodean. Para eliminar la miseria humana se necesita proyectar un cambio en la actitud y crear una nueva mentalidad en la población a partir de romper estructuras limitantes y construir en su lugar nuevas creencias de poder interno y valoración individual. La conducta humana está determinada no sólo por los sucesos y las percepciones del pasado, sino también por los planes y designios que se hacen del futuro; pero estamos determinados no sólo por el pasado y el futuro, sino por la manera como las percepciones del pasado y del futuro se establecen en el presente.

Por lo tanto un sistema mental limpio y sano es aquel en el que se introduce en el pensamiento ideas positivas, ya sean referidas a la persona, a otras personas o al mundo en general, un sistema mental sucio es aquel en que se introduce y se permite que prevalezcan las ideas negativas y que son conocidos como “virus del pensamiento”.

La Programación Neurolingüística ha diseñado técnicas que han hecho más eficiente la labor del terapeuta, pero no es la panacea universal. En muchos casos funciona como un sedante que duerme temporalmente el fenómeno psicológico.

Stahl (2000) refiere que no hay ningún problema imaginable en relación con el cual el terapeuta de PNL, no conozca inmediatamente qué tipo de intervención puede aplicar para resolverlo o bien qué pasos puede realizar para llegar a una solución.

La PNL permite hacer la intervención utilizando una o varias técnicas, o simplemente utilizando los principios básicos de la Programación Neurolingüística al paciente, lo cual puede tener un efecto muy positivo en su constitución general.

En base a lo anterior es que el objetivo del presente trabajo es examinar la eficacia de la Programación Neurolingüística como técnica terapéutica en el comportamiento nutricional y psicológico en adolescentes y adultos con obesidad en una clínica no institucional.

Para lo cual se presentan a continuación las técnicas que han sido utilizadas para dicho propósito.

TÉCNICA “PROYECTO PARA EL ÉXITO”.

Es una de las técnicas que permiten al paciente llegar a un resultado cualquiera de manera más acertada ella consiste en adentrar al paciente dentro de sí mismo de tal forma que pueda definir claramente sus objetivos.

Paso número uno el paciente comienza haciendo una definición acerca de:

1. ¿Qué es lo que quiero?

Las respuestas deben formularse positivamente

Las respuestas del paciente deben estar bajo control.

2. ¿Cómo? ¿Qué o quién? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién? ¿Cuánto? ¿Durante cuánto tiempo?

Las respuestas deben ser específicas

3. ¿Cómo sabré cuando he logrado mi resultado? ¿Qué estaré haciendo o sintiendo?

Las respuestas deben dar evidencia de éxito.

Posteriormente se guía hacia la comprobación

4. ¿Cómo afectará el resultado a toda mi vida? ¿A mi familia y mis relaciones íntimas? ¿A mi vida social? ¿A mi trabajo? ¿A mi salud? ¿A mis intereses espirituales? ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de alcanzar mi resultado?

Las respuestas deben ser ecológicas contemplando todos los sistemas de los que usted forma parte.

Puesta en práctica

5. ¿Qué recursos tengo o puedo conseguir que puedan ayudarme a lograr mi resultado?

Las respuestas han de etiquetar recursos que usted ya tenga o que pueda conseguir que fueran útiles específicamente para lograr su resultado.

6. ¿En qué lugar me encuentro del camino que tengo que recorrer para conseguir mi resultado?

Las respuestas deben definir lo cerca o lejos que esté el éxito y proporcionarle los siguientes pasos específicos que tienen que dar para alcanzarlo.

Resumen:

Un resultado acertado: se formula en positivo, está bajo control, es específico.

Un resultado acertado tiene evidencia de su éxito, consecuencias ecológicas, uso de recursos.

Ejercicio 2.

1. Piense en algo que no quiera, algo de sí mismo que no le guste, o una situación que quiera evitar.

2. Intente imaginársela, dándose todas las razones que se le ocurran sobre por qué no la quiere o no le gusta. Estas preguntas pueden servirle de guía:

¿Qué pasa?

¿Qué problema tengo?

¿Por qué tengo este problema?

¿Cómo me está lastimando?

¿Quién o qué tiene la culpa?

Escriba sus respuestas ¿Cómo le hacen sentirse?

3. Piense en este problema o situación en el futuro. ¿Qué es lo que ve? ¿Qué siente?

4. Cambie de postura. Camine, respire profundamente. Pregúntese así mismo: “Si no quiero esto (el problema o situación), ¿qué es lo que quiero en lugar de esto?”

¿De qué manera quiero ser diferente?

¿Qué podría hacer o sentir en lugar de esto?

¿Qué otras posibilidades hay?

Escriba sus respuestas.

5. Dígase a sí mismo qué es lo quiere. Fórmese una imagen mental. ¿Cómo le hace sentirse ésta? imagínese este resultado en el futuro. ¿Cómo le suena? ¿Qué sensación le da?

Una de las reglas para lograr con éxito un resultado acertado es que el resultado deseado debe estar bajo su control. La idea radica en que la persona se haga responsable de lo que quiere que suceda.

TÉCNICA DEL “EJERCICIO DEL RESULTADO ACERTADO”.

1. Piense en una persona con la que interactúe y a quien le gustaría cambiar de alguna forma en particular.
2. Hágalo específico: “Quiero que fulanito haga/sienta/sea_____” (complete la frase con el cambio).
3. Imagine que la persona ha cambiado realmente de esta manera en particular. ¿Cómo le hace sentirse esto? ¿Qué le aporta? ¿Qué impacto positivo tiene en usted este cambio en la otra persona?
4. Pregúntese así mismo qué podría hacer para sentirse mejor del mismo modo.
5. Vuelva a formular su resultado. Siendo “Yo” quién cambie (Quiero hacer / sentir / ser _____).) Escríbalo. Piense en él. ¿Cómo le hace sentirse?

La evidencia del éxito.

1. Pregúntese así mismo ¿Cómo sabré cuando estoy consiguiendo lo que quiero?
- 2 ¿Qué estaré haciendo, sintiendo o pensando?: Anote su respuesta. Añada esto a su resultado.
3. Observe su resultado acertado. Está formulado en positivo, bajo su control, es específico. Vea su resultado. Óigalo. Siéntalo.
¿Cómo aumenta esto su placer o sensación de logro?

TÉCNICA “ECOLOGÍA PERSONAL”.

1. Piense en algo realmente excepcional que pueda haber fantaseado con tener o conseguir.
2. Finja que lo tiene. Ahora piense en el efecto que tiene este éxito en su vida familiar, en su trabajo, su salud, sus amigos, su autoestima. ¿Cree que su éxito ha valido la pena?

3. Pregúntese a sí mismo “¿Cómo afectaría el hecho de lograr este resultado a mi vida? ¿A mi trabajo? ¿A mi salud? ¿A mi evolución?”. Escriba sus respuestas.
4. Haga una lista de las ventajas de lograr este resultado. Haga una lista de las posibles desventajas de lograrlo. (Si ésta pregunta le deja en blanco, pregúntese así mismo: “¿Cuáles son las ventajas de no conseguir este resultado?”).
5. Mire las respuestas a los pasos 3 y 4. Considere el impacto de su éxito. Pregúntese así mismo si el resultado vale la pena. Si es así, piense en los efectos negativos del éxito y téngalos en cuenta o modifique su resultado de manera que pueda minimizarlos. Si su resultado no compensa los efectos negativos de su vida, pase a otro resultado.

TÉCNICA “EL CÓMO SÍ”

El cómo si en Programación Neurolingüística permite hacer una prueba de la realidad con su resultado proyectándolo en el futuro y viendo qué efectos tiene.

El marco “cómo sí” consiste simplemente en fingir que ya ha conseguido el resultado o el cambio que se quiere. Permite hacer una especie de prueba de realidad con nuestro resultado, proyectándolo en el futuro, viviéndolo y tomando nota cuidadosamente de lo que sucede.

1. Simplemente actúe “cómo sí”; como si ya hubiera hecho un cambio. ¿Cómo, pensaría, actuaría?
2. Viaje al futuro, finja que ya ha conseguido su resultado. Proyéctese en un momento específico: la semana que viene, el mes que viene, o dentro de un año.
3. Una vez en el futuro, asegúrese de utilizar los verbos en tiempo presente; yo soy ¿Cómo me está afectando este cambio? Utilice descripciones del tiempo y de las vacaciones para mejorar la realidad de su experiencia.

TÉCNICA “EL FRACASO COMO RETROALIMENTACIÓN”.

La retroalimentación es una nueva información, una nueva forma de ver las cosas, se obtiene sacando provecho de lo que fue mal antes para asegurarnos de que no nos pasará una vez más. Nos da la oportunidad de reevaluar un resultado u objetivo anterior. ¿En qué me equivoqué? y ¿Por qué no funcionó? Es hacer del fracaso una información que lleva a una oportunidad.

Ejercicio de retroalimentación.

1. Piense en un “fracaso”.
2. Pregúntese así mismo: ¿Aún quiero _____ (cualquier cosa que no consiguiera a realizara)?

Si u respuesta es que no, pase a otro resultado; si es que sí, continúe.

Mírese así mismo en esa experiencia de fracaso. Mientras se esta viendo, pregúntese a sí mismo: “¿Qué puedo aprender de esta experiencia? ¿Cómo puedo ser diferente en el futuro?

Vuelva a ver esta película varias veces, hasta que se haya reunido alguna información nueva, nuevas ideas para el futuro.

4. Basándose en esta retroalimentación. ¿Quiere cambiar ahora su resultado de alguna forma o mantenerlo tal y como está? Fórmese una imagen del resultado. Imagine un camino delante de usted que atraviesa el tiempo y el espacio que representa su futuro. Decida en qué lugar del futuro sería realista situar este resultado, cuándo podría lograrlo de una manera realista. Sitúe la imagen de su resultado ahí en su camino hacia el futuro.
5. Véase a sí mismo siendo diferente, haciendo las cosas de otra manera, utilizando la información que reunió en el paso tres como retroalimentación para lograr esta vez su

resultado. Dígase a sí mismo. “Tengo el tiempo que necesito para tener éxito”. (Linden 1999).)

Fonseca (2001) hace referencia a la importancia de definirse a sí mismo así como al adecuado establecimiento de metas al considerar que la transformación empieza con los deseos y pensamientos. Al cambiar los pensamientos, hay un cambio en la vida; el control de nuestras vidas empieza con el control de nuestros pensamientos.

TÉCNICA “DEFINICIÓN DE SÍ MISMO”.

Reflexiona acerca de cómo te gustaría ser y qué te gustaría hacer en cada aspecto de tu vida en los siguientes campos.

Relaciones humanas:

¿Cuáles son tus actitudes, creencias, expectativas y conductas que te causan problemas con otras personas (pareja, hijos, subalternos, jefes clientes, amigos)?, ¿Cómo te gustaría que fueran tus relaciones humanas?, ¿qué tienes que hacer al respecto?

Salud:

¿Cuáles son tus ideas y creencias acerca de tu peso, arreglo personal, nivel de acondicionamiento físico y cómo estas ideas y creencias te ayudan o estorban? Si experimentas estrés continuamente, ¿Qué lo ocasiona y qué consecuencias físicas, emocionales, sociales y productivas has tenido? ¿Cómo te gustaría que fuera tu salud y qué estás dispuesto a hacer para lograrlo? (Fonseca, 2001).

TÉCNICA “VISUALIZACIÓN DE METAS”

El proyecto para el éxito se divide en tres secciones:

a) Definición del resultado.

- b) La comprobación.
- c) La puesta en práctica.

TÉCNICA “ESTRATEGIA DE RESULTADO”.

1. Asegúrese de que su resultado está bien formado y es alcanzable.
2. Cree una fotografía estática o diapositiva que represente el resultado para usted. Véase a sí mismo dentro de la imagen. Juegue con todas las submodalidades hasta que consiga que sea exactamente como usted quiera. Ahora póngala delante de usted en su camino hacia el futuro.
3. Identifique los pasos que le llevarán al logro exitoso de su resultado. Cree una imagen de cada uno de estos pasos. Póngalos en su camino en el ahora y el futuro.
4. Piensen en los recursos que le ayudarán a dar paso a lo largo del camino. Imagine que los pone en práctica.
5. Mire el camino que lleva a su resultado y los pasos que le conducen hasta él. Descríbase este proceso. Fórmese una imagen de él y dígame a sí mismo: Estoy en mi camino. Ya estoy empezando a lograr _____ (su resultado) (Linden 1999).

TÉCNICA “SABER LO QUE UNO QUIERE”.

El saber lo que uno es capaz de conseguir es igualmente importante que el estar seguro de lo que se desea y vale la pena tener, para que así al obtenerlo se quede satisfecho.

De ahí que la siguiente técnica sirva como guía para perfilar claramente lo que se desea ya que la programación Neurolingüística ha descubierto que el modo como se piensa en la meta va a marcar la diferencia de que la misma se realice o no.

Paso1. Seleccione una meta.

Primero pregúntese: ¿Qué es lo que quiero? Escoja una meta o deseo. Si piensa en varias metas, ¿se parecen en algún sentido? En caso de escoger varias metas que no se parecen entre sí, escoja entonces una de ellas para comenzar.

Ahora bien, una misma meta puede ser pensada de manera que se facilita o bien de una forma que hace imposible llevarla a cabo.

Así entonces las siguientes preguntas permitirán que la meta propuesta se de con más facilidad.

Punto de chequeo:

En este punto es importante asegurarse que su meta esté planteada en términos de que “Sí” se quiere, no de lo que no se quiere. Ya que cuando se piensa en lo que “no” se quiere o en lo que se quiere evitar, suele producirse eso en la vida, porque ahí es donde queda focalizada la mente.

Punto de chequeo B:

Asegúrese que su meta está estipulada de una manera que usted mismo la pueda lograr, sea lo que sea que hagan los demás.

Paso 2. Conozca la Evidencia de su Meta

¿Cómo sabrá que ha logrado su meta?

Punto de chequeo:

¿La evidencia se relaciona estrechamente con la meta? asegúrese de que la evidencia le proporcione una buena retroalimentación buena y realista acerca de si está consiguiendo su meta.

Paso 3. Seleccione Dónde, Cuándo y con Quién Desea su Meta.

Es indispensable se piense cuándo quiere su meta y cuándo no. Le será mucho más útil conseguir su meta si es muy cuidadoso con respecto a decidir dónde y cuándo es adecuada,

Punto de chequeo.

Sea específico. “¿Qué cosa verá, escuchará o sentirá le hará saber que ha llegado el momento de hacer su meta?”

Paso 4. Compruebe si hay obstáculos.

“¿Qué le impide tener ya su meta deseada?” Tal vez nada. Si es así, puede seguir con el paso 5. Sin embargo, a veces otra meta entra en conflicto con la meta que desea lograr. Cuando éste sea el caso, es importante encontrar una nueva forma de alcanzar ambas metas. Cuando al parecer dos metas entran en conflicto, en ocasiones pueden apoyarse mutuamente. Sino pueden programarse para que no interfieran en el tiempo.

Paso 5. Encuentre los recursos existentes

“¿Qué recursos que ya tiene le ayudarán a conseguir su meta?”. El conocer cuánto ya puede hacer, le da una sensación positiva de logro y una base sólida para aprender habilidades extras que necesita.

Paso 6. Recursos Adicionales.

“¿Qué otros recursos o destrezas necesita para alcanzar su meta?” el saber qué partes ya puede hacer, facilita más el centrarse en las partes que necesita aprender.

Paso 7. Haga un plan.

“¿Cómo va a lograr su meta?” “¿Cuál será su primer paso?”. Algunas metas sencillas se pueden conseguir de manera inmediata, pero lo más frecuente es que requieran de una serie de pasos y algo de tiempo.

Punto de chequeo A. Asegúrese que el primer paso sea específico y flexible. ¿Qué cosa que puedo hacer ahora me llevará en esa dirección, y qué retroalimentación me comunicará que me estoy acercando a mi meta?.. Esto se denomina “desmenuzar” ya que esto permite hacerla más manejable y fácil.

Punto de chequeo B. Si ha pasado por todos los pasos previos y aún se encuentra a cierta distancia de su meta, tal vez el siguiente paso sea importante.

¿Qué es lo que realmente desea?

Podemos formularnos la siguiente pregunta “¿Qué cosa conseguirá para mí esta meta?”.

Esto nos llevará a tener metas más básicas y que valgan la pena, permitiendo un avance directo. Cuando se focaliza en lo que realmente desea, tiene muchas posibilidades de éxito.

(Andreas, 1992).

TÉCNICA “CAMBIANDO LA PELÍCULA CEREBRAL”.

PASOS:

Recuerda un momento en que te hubiera gustado haber actuado de diferente manera.

2. Empieza a ver lo que viste, a escuchar lo que escuchaste, a sentir lo que sentiste.

3. Pregúntate: ¿Qué podría haber hecho que fuera diferente?

4. Crea películas distintas en tu mente con las alternativas que vayas eligiendo, primero ve tu imagen en la película y luego métete en tu imagen, como si te metieras a la película.

5. Pregúntate: ¿Estas alternativas me hacen sentir bien? Si se llegan a realizar, ¿me beneficiaré yo y los que me rodean? ¿Me dañarán?

6. Puedes crear en tu cerebro más alternativas y películas diferentes.

7. Escoge por fin una película y tu cerebro encontrará las acciones que la hagan realidad.

¡Tú eliges como vivir! (Ibarra, 1997).

El ¿Cómo sí? y el ¿Qué sí?

Pasos.

Sí al hablar te das cuenta de que pronuncias frases desimpulsoras como, por ejemplo: me siento nervioso, me siento mal, no aprendo nada, que fastidio, no puedo, no lo voy a lograr, etcétera, pregúntate lo siguiente:

1. Así, como me siento (nervioso, mal, sin aprender, con fastidio etcétera), ¿Cómo sí me gustaría sentirme?

Anota cinco posibilidades de cómo sí te gustaría sentirte.

2. ¿Cómo sí me gustaría verme?

Anota cinco posibilidades.

3. ¿Qué sí me gustaría decir de mí mismo?

Anota cinco posibilidades

4. ¿Qué sí me gustaría oír que los demás me dijeran?

Anota cinco posibilidades.

TÉCNICA DEL “TRIS-TRAS”.

El Tris- tras sirve para tratar un gran número de problemas crónicos y los hábitos perjudiciales que se crean las personas, Aquí se toman las representaciones internas que nos colocan en un estado de impotencia, y se disparan automáticamente otras representaciones internas nuevas que nos ponen en pleno dominio de nuestros recursos tal y como se desea.

Una vez que se descubre el tipo de representaciones internas que inducen a comer más de lo necesario, mediante el patrón de Tris-tras se creará una nueva representación interna centrada en otra cosa que tenga más fuerza y que al momento de ser vista u oída, le induzca

a apartar de sí la comida. Si asocia las dos representaciones, cada vez que piensa en darse un atracón la primera llamará automáticamente a la segunda y le pondrá en condiciones de no apetecer alimentos.

Pasos.

1. Identifique el comportamiento que desea cambiar. Luego, fórmese una representación interna de dicho comportamiento como si lo estuviese viendo con sus propios ojos.
- 2, Una vez que se tiene una imagen clara del comportamiento que se quiere cambiar, es preciso formarse una representación diferente, una imagen de uno mismo tal como sería si el cambio deseado se hubiese realizado, y lo que significaría para usted. Esta imagen de uno mismo en el estado deseado debe ser de tipo disociado. Ya que se necesita crear una representación interna idealizada, la cual se irá redibujando siempre, en vez de considerarla como algo ya adquirido.
3. En un Tris-tras permute las dos imágenes. Cuando se ha conseguido montar este mecanismo de disparo, cualquier suceso de lo que desencadenaba en la persona el deseo de comer suscitará un estado distinto. De tal manera que se habrá abierto al cerebro un camino totalmente distinto para reaccionar frente a lo que en el pasado suscitaba una reacción negativa (Robbins 1987).

TÉCNICA “PASOS DE LA ESTRATEGIA PARA SER NATURALMENTE ESBELTO”.

1. Encuentre un lugar y un momento donde pueda relajarse cómodamente sin ser interrumpido durante veinte minutos más o menos.

2. Piense cómo sabe que es hora de comer. ¿Es cuándo ve la comida? ¿Escucha a alguien que es hora de comer? ¿Mira el reloj y ve que es hora de almorzar? ¿Siente hambre? Se podría imaginar que se está sentando a almorzar y ve la comida en la mesa, o que está mirando dentro del refrigerador algún menú.

3. Ahora percátese de la sensación en su estómago. Fíjese en la calidad cualidad de la sensación que tiene en este preciso instante. Lo que está examinando no es solamente si está satisfecho o hambriento, sino cómo se siente en general su estómago. Este se sentirá diferente dependiendo de lo último que usted comió, si ha estado tenso o relajado, etc.

4. Pregúntese: ¿Qué cosa le caería bien a mi estómago ahora?" No necesita decirlo en voz alta, tan sólo fórmúlese esta pregunta mentalmente.

5. Ahora piense en un ítem disponible de alimento, una posibilidad de algo que podría comer. Tal vez imagine un sándwich, cómo se sentirá su estómago las siguientes horas si se lo come.

6. Enseguida imagine que come una porción del alimento en qué pensó. Si pensó en el sándwich de pavo, obtendrá un fugaz sabor de sándwich de pavo y luego se percatará cómo lo siente a medida que va cayendo en su estómago, puede tener una sensación de cómo se sentirá ese sándwich en su estómago y cómo se sentirá todo su cuerpo en las siguientes horas si se lo come.

7. Ahora compare esta sensación con la que tenía su estómago antes de imaginar comer algo. ¿Cuál sensación le gusta más? ¿Se sentirá mejor a lo largo del tiempo si come el

sándwich que si no come nada? Si la respuesta es “sí”, tenga presente el sándwich de pavo como una alternativa que tal vez desee seleccionar. Si la respuesta es “No”, descarte esta posibilidad. Fíjese que está decidiendo en base a lo que le dará mayor placer a lo largo de un período de tiempo. No tiene caso comer algo que le haría sentirse peor el resto del día.

8. Ahora visualice otro posible ítem de alimento. Tal vez piense en comerse un pastel.

9. Ahora va a descubrir si realmente quiere comerse el pastel o no. Imagine que se lo come y sienta cómo entra en su estómago. Fíjese en la sensación de tener el pastel en su estómago durante las próximas horas. ¿Cómo lo hace sentirse esto?

.

10. Compare su sensación del Paso 9 con la mejor sensación que tiene hasta ahora (Paso 7) ¿Cómo está esta sensación en comparación a lo que sentiría si se comiera el sándwich de pavo? Fíjese cual sensación le resulta más placentera ¿cuál opción lo hace sentirse mejor? Tenga presente el ítem que le da mejor sensación a lo largo del tiempo.

11. Realice este mismo proceso (pasos 8,9 y 10) con varias posibilidades de alimentos. Cada vez que tenga presente el ítem de comida que lo hace sentirse mejor a lo largo de un período de tiempo.

12. Cuando esté satisfecho de haber considerado de esta manera suficientes posibilidades de alimentos para que este proceso le empiece a parecer natural, fíjese cuál ítem de comida lo hizo sentirse mejorará imagine que va y se come este ítem de alimento, y sienta la satisfacción de comer aquello que lo hace sentirse bien a lo largo del tiempo.

Ya tiene los pasos básicos...

Trata de imaginar esto en varias situaciones, imagina que estás en una fiesta, en aquel lugar en la que te atiborraste, en la oficina, que sales a uno de tus restaurantes favoritos, que está desayunando.

Cuando estos pasos le empiecen a parecer naturales, es señal de que se está convirtiendo en algo automático y que usted seguirá haciendo esto en el futuro, tan automáticamente como antes seleccionó los alimentos.

TÉCNICA “FRASES AUTOAFIRMATIVAS”.

Las autoafirmaciones son una técnica terapéutica, que permite a la persona de tener una certeza mental de lo que es y desea ser o hacer. Es una de técnicas para auto programar la mente de utilidad en cualquier contexto. Además otorga una pauta para cambiar la realidad emocional por la que se atraviesa en ese momento permitiendo la salida de dicho estado.

TÉCNICA DE RELAJACIÓN: PROCEDIMIENTO ABREVIADO.

El procedimiento que se describirá a continuación es una manera abreviada de aprender la relajación muscular profunda de manera rápida. En ella todos los músculos son tensados y se relajan a la vez.

1. Cierre ambos puños, tensando los bíceps y los antebrazos. Relájese.
2. Arrugue la frente. Al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás, tanto como pueda gírela describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en sentido contrario. Ahora arrugue los músculos de la cara como si quisiera parecer

una pasa: frunza el entrecejo, cierre los ojos con fuerza, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

3. Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda Manténgase así. Relájese. Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración. Relájese.

4. Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas. Manténgalo. Relájese. Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas los músculos y las nalgas. Relájese.

Es importante recordar que se debe dejar el tiempo suficiente para experimentar la sensación de tensión y la de relajación.

Al principio de practicar la relajación muscular puede ser que se logre con poco éxito, pero esto se logrará con la práctica. Mientras en un principio con veinte minutos puede conseguir una relajación parcial, más adelante podrá conseguir relajar todo el cuerpo en breves momentos.

Al principio puede ser que ha conseguido ya la relajación completa cuando todavía queden contraídas algunas fibras musculares, aunque el músculo o grupo de músculos estén parcialmente relajados. Es al lograr relajar estas últimas fibras cuando se obtendrá los efectos emocionales que pretende y es por eso que durante la fase de relajación debe decirse a sí mismo “Continúa más y más”. Es importante tener muy especial cuidado al tensar el cuello y la espalda ya que una contracción excesiva puede dañar el músculo e incluso la columna vertebral (Davis, McKay, 2002).

TÉCNICA DE “RESPIRACIÓN PROFUNDA PARA RELAJACIÓN”.

1. Aunque este ejercicio puede practicarse en diferentes posiciones, la más recomendable es tenderse en el suelo sobre la alfombra o una colchoneta. Doble las rodillas y separe los pies unos veinte centímetros, dirigiéndose suavemente hacia fuera. Asegurándose de mantener la columna recta.

2. Explore su cuerpo en busca de signos de tensión.

3. Coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax.

4. Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y a la vez que el abdomen. 5. Cuando se haya relajado en la forma que indica el punto número cuatro, sonría un poco, inhale aire por la nariz y saquéelo por la boca emitiendo un ruido suave y relajante. Con ello boca y lengua se relajarán. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y descendan el abdomen. Fíjese en el sonido y la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.

6. Continué entre 5 y 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día durante cinco semanas; luego, si desea prólonguelo hasta 20 minutos.

Por lo tanto en el presente capítulo se hace un reconocimiento de la Programación Neurolingüística como una técnica que ofrece cambiar la conducta en pacientes con sobrepeso u obesidad proporcionando la posibilidad de un cambio mental a través de una comunicación consigo mismo y con los demás llevándolo a un estado de conciencia y disponibilidad con opciones de comportamiento y con optimizar su disponibilidad de cambio alterando así conducta, pensamientos y sentimientos. Accesando no solamente a los suyos sino también a los de los demás.

Procurando en el paciente un sistema mental limpio en el cual puede introducir ideas, pensamientos, creencias y conductas positivas. Tomando de la mente los recursos en formas de imágenes, símbolos, palabras, frases, sonidos y sentimientos para lograr cambios en la manera en que ha venido manejando su experiencia y así obtener un control no exclusivamente mental sino también físico (Davis, 2002).

En resumen la Programación Neurolingüística son una serie de técnicas que permiten producir cambios en la persona a corto plazo a través de una comunicación clara tanto con sí mismo como con los demás dando como resultado un estado de óptima disposición de sus recursos para crear opciones de comportamiento.

A partir de esto se entiende que el individuo es la única persona que puede decidir, su conducta y sentimientos en función de su propia decisión para percibir su existencia de tal manera que pueda redirigir sus pensamientos para cambiar positivamente permitiendo con ello mejorar y controlar conductas como “la compulsión por comer” que conllevan al sobrepeso y obesidad; para ello se presentaron una serie de técnicas las cuales pueden ser utilizadas dependiendo de cada paciente y/o grupo con el que se trabaje. Sin embargo se deben tomar en cuenta como terapeuta los principios básicos que se postulan en la PNL ya que de esta manera también se garantizarán mejores resultados

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de pacientes con sobrepeso u obesidad atendidos en una clínica privada del período comprendido de Junio del 2006 a Marzo del 2008 con una población de ciento setenta pacientes con edades que van desde los once años hasta los cincuenta y nueve años de edad.

Cabe señalar que para el análisis del presente trabajo fueron considerados en cuenta dos grupos de 35 personas cada uno, el primero representa los pacientes que accedieron voluntariamente al tratamiento psicológico en forma grupal y que asistieron de forma regular y /o constante a las sesiones. Y un segundo grupo fue seleccionado de manera aleatoria de los pacientes que no accedieron al apoyo psicológico.

De esta manera se encontró que de la muestra de pacientes que acudieron a tratamiento de control de peso solamente el 20% accedió de forma voluntaria al apoyo psicológico mientras que el 80% no asistió a dicho apoyo.

Así, también los datos muestran una importante variabilidad en la asistencia aunque no en la rapidez con la cual el paciente pueda bajar de peso, ya que esta última va a depender de otros factores como son el metabolismo, su salud actual, es decir el avance del sobrepeso u obesidad aunado a las repercusiones secundarias de la misma como son altos niveles de colesterol, hipertensión, afecciones coronarias, diabetes, etc.

Esta variabilidad se manifiesta principalmente en su comportamiento con el abandono temprano del tratamiento y por otra parte a los kilos que el paciente llega a bajar aún cuando se llegue a mantener por un período largo de tiempo.

En el grupo de pacientes que asistieron de manera regular al apoyo psicológico, se encontró que la baja de peso a lo largo del tratamiento fue mayor que en aquellos que no tomaron dicho apoyo, ya que la baja de masa corporal osciló entre 1.900Kg hasta 28.200Kg a partir de su peso inicial. Mientras que el segundo grupo sin tratamiento psicológico la baja de peso a partir del peso inicial varió desde los pacientes que aumentaron de peso, los que no bajaron y los que bajaron como máximo 6.300. Esta variación en la cantidad de kilos que el paciente logra bajar a partir de su primer cita con el nutriólogo, corrobora la importancia de hacer consciente al paciente desde su ingreso al tratamiento para que lleve un trabajo multidisciplinario ya que es alarmante la cantidad de individuos que se niegan al tratamiento psicológico, lo cual además tiene una relación importante con la educación que en “salud mental y emocional” que aún prevalece en nuestro país (ver anexo).

Ahora bien, de los pacientes con sobre peso u obesidad se encontraron varios aspectos de índole psicológico que promueven la ingesta de alimentos entre los cuales, se encuentra que el paciente la mayor parte del tiempo se alimenta según la mente; es decir, la mayor de las veces lo alimentamos sin consultarlo. Y poco tiene que ver con el para qué comemos: sea por nutrición física, satisfacción o por tener un cuerpo sano.

El individuo sigue comiendo por causas externas que tienen relativamente poco que ver con la necesidad del cuerpo de un alimento determinado. Así, hay muchas otras razones que el sujeto refiere como motivo para comer y que tienen una relación con su estado emocional, se come por enojo, felicidad celebración, por un enfado no expresado, tristeza y si necesita consuelo, frustración e incluso por aburrición y no se sabía qué hacer.

Por otro lado el paciente presenta ambivalencia en sus sentimientos pues esa situación por otro lado provoca sentimientos de auto rechazo hacia su cuerpo y para sí mismos

combinados con fuertes sentimientos de culpa que se convierten en un círculo vicioso difícil de cerrar.

Lo anterior lleva al individuo, ya sea a la privación, provocando después de ésta, comer en cantidades aún mayores que al principio por su impetuosa necesidad de satisfacer su apetito, sin la conciencia de que su conducta se ha convertido en un juego difícil de controlar.

Por lo tanto, una de las constantes aunque no la única generadora de hambre, la dificultad para discernir y reconocer los factores emocionales insatisfechos que hay detrás de la persona, debido a su falta de habilidad por un lado para manejar y controlar sus sentimientos, pensamientos así como por la ausencia de una de las principales bases de la Programación Neurolingüística (PNL) que la comunicación consigo mismo.

En este aspecto se encontró que aquellos pacientes que llegan a reconocer en sí mismos una problemática encubierta por algún estado emocional que motive su compulsión por la comida puede en la mayoría de los casos tener un efecto positivo en su tratamiento ya sea que baje gradualmente de peso o bien que se de a la búsqueda dentro del grupo para expresar su incomodidad, o bien para buscar apoyo psicológico individual garantizando así un mejor éxito en su tratamiento.

Sin embargo, es importante reconocer que no siempre el paciente llega a aceptar su problemática o bien lo hace tardíamente, por lo que abandona el tratamiento a mitad del proceso, por un lado por la falta del apoyo familiar ya sea para compartir los alimentos y su tratamiento debido a que ellos mismos aquejan mucho a esta situación, de ahí que se observa nuevamente que la funcionalidad de la familia y apoyos de la pareja juegan un papel importante para el éxito del mismo.

Otro es la resistencia del propio paciente a la aceptación y al cambio así como por el nivel cultural, estatus socioeconómico, nivel de estudios, edad e incluso personalidad del paciente para que se mantenga su probabilidad de llegar a término su tratamiento y dar seguimiento ha dicho proceso para garantizar así una estabilidad en su peso.

Con lo que se corrobora que una mente abierta al cambio garantiza mejores resultados no sólo a lo que fue su primer objetivo sino que además se generan cambios en otros rubros de su vida personal como son el mejoramiento de la dinámica familiar, la habilidad para comportarse asertivamente, solucionar problemas, mejorar la comunicación consigo mismo y con los demás, conociendo y reconociendo sus cualidades y defectos; promoviendo así también su capacidad para modelar conductas positivas que le permitan mejorar las suyas tanto para su propio beneficio como para influir en el otro de tal manera que el paciente se vea beneficiado en sus interrelaciones aumentando con ello su autoestima ya que éste último es uno de los aspectos que se ven representados en el cliente en su diagnóstico inicial, que por un lado mantiene una imagen distorsionada de sí mismo y de su propio cuerpo. Siendo la población femenina la más vulnerable debido a un problema de estética (apariencia física) ya que es uno de los principales motivadores para que se busque la ayuda profesional, mencionando en segundo término el aspecto salud, mientras que el género masculino, la población es menor sin con ello asegurar que efectivamente ellos sean menos a quienes esté afectando el problema de sobrepeso u obesidad. Sin embargo, para ellos el motivador al cambio lo estimula más una situación de salud más que de belleza.

Cabe señalar que el hombre accede con menor facilidad al apoyo psicológico que la mujer ya que aún cuando es ésta última el índice de población más alto, la presencia de los primeros a las sesiones es prácticamente nula.

Lo cual puede atribuirse por una parte a lo que Weiner –Davis (2000) menciona acerca de que la mujer busca la comunicación tratando de ser comprendida, se mueven más buscando la empatía y por lo tanto tienden a actuar con mayor facilidad para hablar de sus problemas personales, mientras que el hombre busca resolver sus problemas con más independencia, para el hombre el hablar de sus sentimientos no es una de sus prioridades.

En aquellos pacientes en los que se logró una baja de masa corporal si no importante cuando menos satisfactoria fueron los que se caracterizaron por su asistencia y constancia a las sesiones de Programación Neurolingüística, permitiendo así para unos llegar a su talla ideal, mientras que para algunos otros el impacto tuvo que ser primero por un cambio en su dinámica de vida personal, es decir; reiniciaron objetivos distintos que habían sido interrumpidos, como son su desenvolvimiento en el aspecto profesional ya que en su mayoría son amas de casa dedicadas exclusivamente al hogar y que se sienten insatisfechas personalmente, por otro lado promovieron cambios en la comunicación de sus relaciones interpersonales, se asumieron con mayor asertividad, mejoraron aspectos como es la toma de decisiones, en otras situaciones, se manejaron con mayor independencia, confianza y seguridad.

También, es claro que en algunos casos quienes llegaban a establecerse con éxito en su peso ideal se presentó uno de los problemas que sigue aún sin resolverse y que tiene que ver con el que el paciente una vez solo, se sienta con la incertidumbre de si podrá manejarlo por sí sólo y que es el miedo al rebote. Pues también en casos aislados que se pudieron llegar a conocer éste se presentó haciendo que regresara con kilos demás y nuevamente con la frustración de que el tratamiento en el sobrepeso u obesidad como en cualquier otra requiere de un seguimiento por parte del cliente y de sus doctores.

Así, entonces la Programación Neurolingüística no se presenta como una panacea pero si es claro que si el tratamiento por parte del paciente y el compromiso de sus doctores en trabajo multidisciplinario puede brindar efectos positivos en el cambio de cualquier conducta, pero se hace indispensable primero un cambio en la aceptación del paciente con respecto a la importancia del apoyo psicológico antes, durante y después de su tratamiento.

Cambiar la cultura, educación y perspectiva que prevalece aún en nuestra época acerca de la idea errónea que se mantiene acerca de la función del psicólogo como un promotor de la salud y la aceptación del paciente para que le oriente y apoye sigue siendo uno de los problemas a los que nos seguimos enfrentando y a los que sólo unas cuantas clínicas dedicadas al tratamiento de sobrepeso u obesidad otorgan un lugar y espacio importantes.

Debido a que si por un lado el invitar, convencer y hacer que el paciente reconozca la importancia que tiene el apoyo psicológico para su tratamiento; pues también es necesario reconocer que muchos de ellos ni siquiera se dan la oportunidad de encontrar una posibilidad de ver en el servicio un recurso más que les haga menos difícil dicho proceso de bajar de peso y que además se conoce que el paciente llega a presentar efectos secundarios de tipo emocional que son necesarios considerar y tratar , ya que quienes asistieron a las pláticas de Programación Neurolingüística aquejaban un aumento y dificultad para el manejo de estados de ansiedad, depresión, frustración , falta de autocontrol, mayor compulsión, sentimientos de soledad, culpa, estrés, etc. Hasta conductas y /o sentimientos que para sí mismos reportaban como difíciles de definir y que mencionaban como “falta de fuerza de voluntad”, “falta de carácter” , “enojo” , “toma de decisiones” , incapacidad para manejar aspectos relacionados con sus relaciones interpersonales ya que consideran los pacientes que el medio social por momentos también llega a tener sobre ellos una importante demanda que resulta en una falta de asertividad y habilidad para manejar la

crítica, lo cual merma aún más en ellos la posibilidad de mantener un progreso en su tratamiento.

Así, entonces se observa como el apoyo y el involucramiento familiar dentro del tratamiento del paciente con sobrepeso u obesidad resulta de vital importancia como un medio para garantizar aún más el éxito y tranquilidad del paciente. Ya sea otorgándole las habilidades para manejar determinadas situaciones de conflicto que se presentaran o bien llevar un apoyo individual con cada paciente.

Pero desafortunadamente se encuentran los casos en los cuales el paciente tampoco logra aceptar y reconocer sus dificultades familiares como un antecesor y/o disparador de su estado de salud.

Otro aspecto que se encuentra latente es el que concierne a la población infantil y adolescente la cual ha empezado cada vez más ha ser vulnerable a este problema pues también el índice de casos ha ido en aumento y la ayuda requiere de una atención especial debido a que en ellos el entendimiento de la responsabilidad y manejo de la enfermedad resulta todavía mas difícil debido nuevamente a que en ellos por un lado los malos hábitos alimenticios han sido transmitidos por la familia y por otra parte la mercadotecnia y publicidad de alimentos chatarra se encuentra más a la mano, sin dejar de lado el hecho de que también son victimas del resultado de una dinámica familiar disfuncional , debido a que son hijos de padres divorciados, que llegan a permanecer por largos períodos de tiempo solos dentro del hogar debido a las actividades diarias de los padres de ahí que su mayor demanda sea la falta de atención y tiempo con ellos, por lo que se ven obligados a comer lo que se encuentra a su alcance y que regularmente se basa en lo que el niño puede obtener para alimentarse de primera mano y de mayor comodidad.

En los adolescentes la gravedad todavía va más en aumento pues se encuentran en una etapa tanto física como psicológica que multiplica su difícil manejo, pues conlleva a la presencia de estados depresivos, que si no tiene las bases y apoyo para manejarlos llegan a convertirse en un problema de percepción de sí mismo y de su cuerpo, baja autoestima, encontrándose casos aislados de trastornos alimentarios como son la anorexia y la bulimia; en algunos un tanto avanzados y en otros con síntomas primarios.

Por lo tanto, se puede concluir que el problema de sobrepeso y obesidad es un problema de salud que lejos de ir en aumento conlleva aun compromiso cada vez mayor de quienes nos dedicamos al cuidado de la salud ya que hoy demanda un trabajo multidisciplinario que apoye al paciente, pero sobretodo lo oriente y capacite para su mejor manejo haciendo con ello un tratamiento más llevadero y confortable en donde el término “dieta” tenga una connotación distinta a la que el paciente está acostumbrado ya que por sí mismo para la mayoría de los pacientes es sinónimo de “Fracaso”.

Cuidando de aquellos casos que merecen una atención no sólo grupal sino también individual; debido a que no hay quien se exenta de que detrás de su obesidad también sea necesario atender a otros problemas de conducta que se aúnan al sobrepeso u obesidad y que la sola atención grupal no sea suficiente, aun que el convencer al paciente de ello pueda resultar un reto más para médicos y psicólogos, pues; no siempre está dispuesto a un tratamiento individual corriendo el riesgo de que termine por abandonar el tratamiento.

Por otro lado cabe señalar que este mismo trabajo es enfrentado en una parte importante de los pacientes ya que desde que se introduce en el tratamiento aún cuando aparentemente va por voluntad propia se muestran renuentes a tomar la parte psicológica se trate de una evaluación psicológica por petición medica o bien para tomar el apoyo grupal, aún cuando se indica los objetivos de la misma, esta constante se encuentra presente en mayor

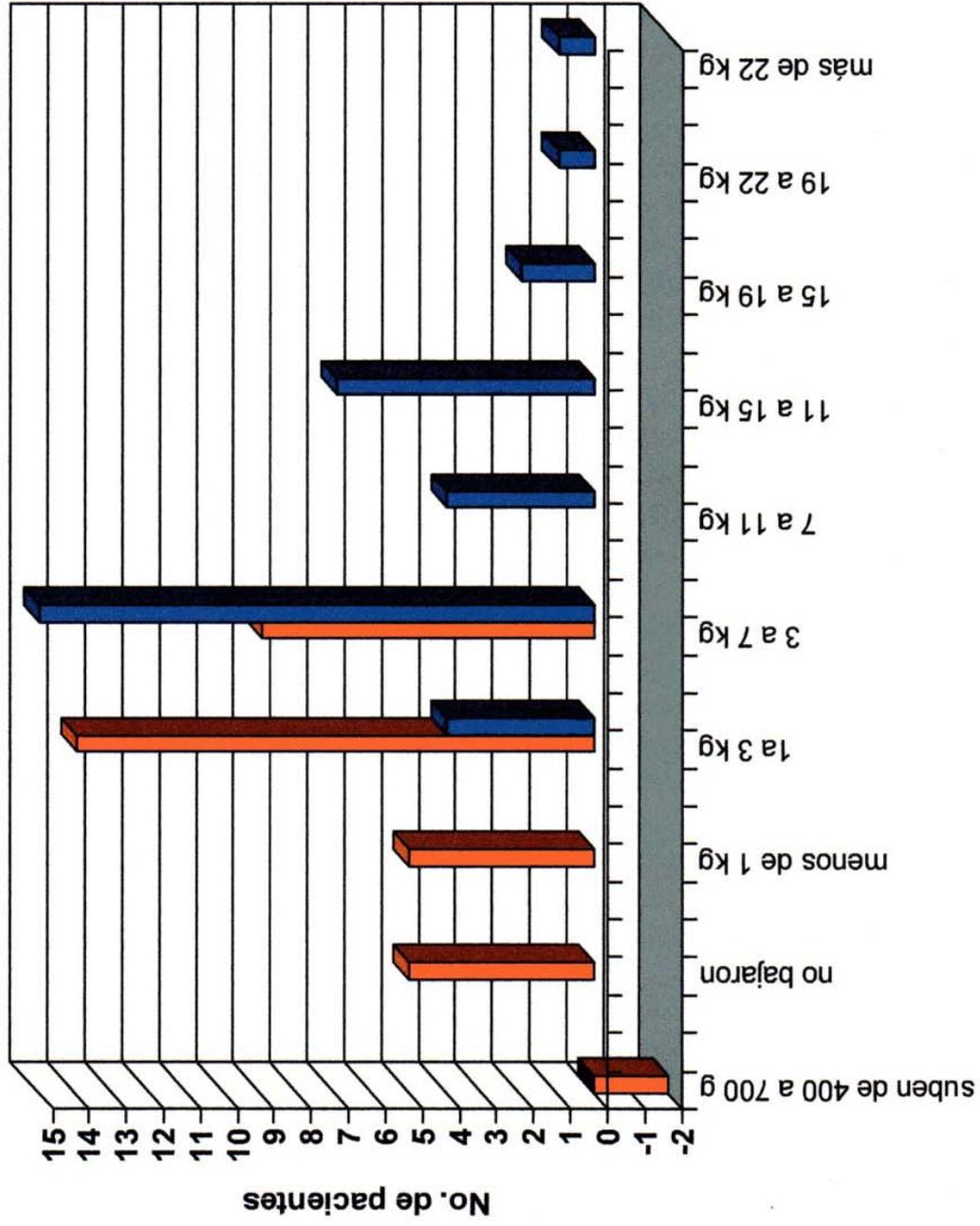
frecuencia en el género masculino ya que son prácticamente nulos quienes acuden a dicho apoyo.

Es así como, observamos la complejidad y amplio trabajo que queda aún por realizar dentro de esta problemática, pero que seguramente uniendo esfuerzos y buscando alternativas e investigaciones sobre esta línea en vías de otorgar una mejor calidad de vida se logrará disminuir el porcentaje de individuos afectados por la obesidad y/o sobrepeso.

ANEXO.

MUESTRA LA BAJA DE MASA CORPORAL
EN PACIENTES CON SOBREPESO U
OBESIDAD QUE ASISTEN AL APOYO
PSICOLÓGICO Y LOS QUE NO ASISTEN AL
APOYO PSICOLÓGICO.

Baja de masa corporal en pacientes con obesidad



■ Pacientes que no asistieron a apoyo psicológico ■ Pacientes que asistieron a apoyo psicológico

Fig. 1

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, L.X., Mancilla, D.M. y Alvarez, R.G. (1998): **Factores sociales y psicológicos de la obesidad**: Universidad Iberoamericana. Psicología Iberoamericana, vol. 6, No. 2, 3-7.

Andreas, C. y Andreas, S. (1992): **El corazón de la mente**. Santiago. Chile. Cuatro vientos.

Bandler, R. (1988): **Use su cabeza para variar**. Santiago de Chile. Cuatro vientos.

Bradbury, A. (2000): **Desarrolle sus habilidades con PNL**. Barcelona, España: Nuevos Emprendedores.

Davis, M. Mackay, M. Eshelman, R. (2002): **Técnicas de autocontrol emocional**. Barcelona .Martínez Roca.

Fonseca, C. (2001): **Cambios mágicos con PNL**. México. Pax.

Foz, M. Formiguera, X. (1998): **Obesidad**. Madrid, España. Harcour Brace.

Geneen, R. Gómez, (1995): **Cómo superar la adicción a la comida**. Barcelona. Urano

Gómez, P.G. (1998): **Conducta alimentaria y obesidad**: Universidad Iberoamericana. Psicología Iberoamericana, vol. 6, No. 2, 10-20.

González, B. J. (2005): **Obesidad**. México. Mc Graw Hill.

Ibarra, L. M. (1997): **Aprende mejor con gimnasia cerebral.** México. Garnica

Linden, A. Kathrin, P. (1999): **Ejercitar la mente. PNL para una vida mejor.**

Barcelona, Paidós.

Martínez-Fornes, S. (1995): **La obsesión por adelgazar: Bulimia y anorexia.** Espasa

Calpe S. A. Madrid.

O'Connor, J., Mc Dermott, I. (1997): **Introducción a la programación Neurolingüística.**

Barcelona. Plaza y Janes.

Odonnell, M.A. Grippo, B. (2005): **Obesidad en la niñez y adolescencia.** Buenos Aires-

Argentina. Científica Interamericana.

Robbins, A. (1987): **Poder sin límites.** México. Grijalbo.

Secretaría de Salud. (2000): **Norma Oficial de la Federación Mexicana.** D. F. México.

Diario Oficial de la Federación.

Sthal, T. (2002): **Introducción a la programación Neurolingüística.** Barcelona. Paidós.

Vera, G. Fernández, S.C. (1989): **Prevención y tratamiento de la obesidad.** España.

Martínez Roca.