

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL
EN PERSONAS CON SOBREPESO**

POR: RITA MEDINA TENORIO

Tesis para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

No. DE CÓDIGO: CE-PT-327-14-255-12-03

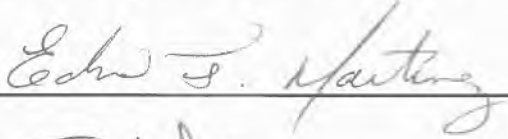
ESTUDIANTE: RITA MEDINA TENORIO

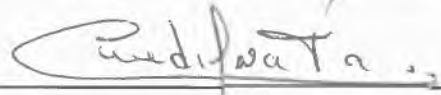
No. DE CÉDULA: 9-706-1535

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE TESIS: TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL
PARA MEJORAR LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA EN PERSONAS
CON SOBREPESO Y OBESIDAD

ASESORA: MAGISTRA EDNA T. MARTÍNEZ V.

FIRMA DE LA ASESORA: 

FIRMA DE LA ESTUDIANTE: 

APROBADO POR: _____
DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo **a mi hijo Daniel Augusto González Medina y a mi hija Karina Pauleth González Medina**, mis dos grandes tesoros y fuentes de inspiración, dedicación, fortaleza y bendición.

Pueden porque creen que pueden.

Virgilio.

A todas las personas con sobrepeso y obesidad, que tienen o han tenido dificultades para mantener su peso, créanme que me siento identificada, porque he tenido la experiencia y sé que no es fácil, pero sí se puede.

El que sabe mucho de los demás es un entendido,
pero más sabio es el que se conoce a sí mismo.
El que domina a los demás es poderoso, pero el
que se domina a sí mismo es más fuerte todavía.

Lao-Tse, Tao Te King.

AGRADECIMIENTO

Agradezco **a Dios** por la vida y la capacidad física, mental y espiritual que me ha regalado. Por poder compartir con ustedes un paso más en mi vida profesional.

Agradezco **a mi asesora, la Magistra Edna Tamara Martínez Vásquez**, por sus acertadas observaciones que me permitieron ordenar mis ideas y presentarlas de la mejor manera.

A la Magistra Gina Candanedo, por brindarme sus conocimientos de estadística en el marco metodológico y el análisis de los resultados, por ser una excelente profesional.

A la Licenciada Querube de Petrochelli, jefa del Departamento de Nutrición de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, CSS, Santiago, por las sugerencias brindadas y su colaboración, y por creer en el valioso aporte de la investigación en el sector salud.

A las docentes, Edna T. Martínez, Gina Candanedo, Laura Domínguez y María I. Barrios, cuyos métodos han influido más en mí, en el desarrollo de esta maestría.

Al Magister Orlando Moscoso, por su organización ad honoren en este proyecto de maestría, por su tiempo y dedicación, por mantenernos siempre informados en el desarrollo del plan de estudio.

A Rubiela Flores, César Reyes y Rosa Moreno, T.A.O. que coordinaron la organización del personal en el Departamento de Odontología, a todas/os mis colegas **T.A.O. del Departamento de Odontología de la CSS**, que me brindaron todo el apoyo indispensable para llegar a la meta.

A la Licenciada Wanda de Fernández, jefa administrativa de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, por su visto bueno y la disposición de que, en nuestra institución, se sigan desarrollando proyectos de investigación que aporten un granito de arena para el bienestar de quien lo necesite.

A la Dra. Ledía de Melamed, coordinadora de odontología de la CSS de Veraguas, a la **Dra. Judith Camaño**, jefa del Departamento de Odontología, a **Marlene Luque**, excelente secretaria de nuestro departamento.

A las amables bibliotecarias del Campus Central Harmodio Arias Madrid, C.R.U.V. y P.H.D.G., que me atendieron con calidez humana, gracias por la paciencia que las caracteriza y por su invaluable apoyo a la hora de investigar.

A mi familia, Bernabé, Daniel, Karina, Lupita y José, por el apoyo incondicional, por el tiempo, por el amor que me han demostrado; y por motivarme a seguir adelante con mis metas.

Les expreso que han llevado a mi corazón,
corrientes de emociones y sentimientos, que
llegan desde mis pensamientos y llenan mi
vida de satisfacción.

Rita Medina

RESUMEN

Aplicamos un tratamiento cognitivo conductual grupal, para mejorar los niveles de autoestima y depresión en personas con sobrepeso y obesidad, que hubiesen sido atendidas o referidas a nutrición, que no recibían atención psicológica y no consumían psicofármacos. Nuestra muestra no aleatoria, se constituyó de 11 colaboradores de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez de la ciudad de Santiago, cuyas edades oscilaban entre los 26 y 52 años de edad, entre 3 y 52 años de presentar sobrepeso y obesidad y un incremento de masa corporal entre 29 y 39 kg/m².

Esta investigación es de modalidad pre-experimental, con diseño de pre prueba y post prueba, los resultados fueron analizados estadísticamente con una t de student para datos dependientes de medidas repetidas, direccional a una cola de 0.05. Las 11 personas asistieron a 12 sesiones de dos horas cada una. Los datos se obtuvieron a través del inventario de Autoestima de Coopersmith versión adulta (IAC), y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la depresión (CET-DE).

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith no mostraron estadísticamente diferencia significativa, los niveles de autoestima disminuyeron, la t obtenida de 2.565, mayor que la t crítica de -1.812 y en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión. CET-DE, la t obtenida de 24.544, mayor que la t crítica de 1.812. Según estos resultados, podemos suponer que el tratamiento cognitivo conductual grupal ocasionó un efecto significativo en los niveles de depresión en esta población.

SUMMARY

We applied a cognitive treatment group conductual, for the sake of increasing the levels of self-esteem and decreasing the levels of depression in people that were showing overweight and obesity that they would have paid attention in nutrition or would have been referred to you, they did not receive psychological attention and they did not consume psicofármacos. Our sign not aleatory, it got constituted of 11 collaborators of the Pol. Dr. Horace Diaz Gomez of the city of James, whose ages oscillated between the 26 and 52 years elderly, between 3 and 52 years to present overweight and obesity and an increment of corporal mass between 29 and 39 kg/m²

This investigation is of pre-experimental, patterned pre's mode try and after proof, results were examined statistically with student's t for dependent data of repeated, directional measures to 0, 05 tail. The 11 people attended 12 sessions of two hours each. The data got through the inventory adult version from Self-Esteem of Coopersmith themselves (IAC), and the Structural Questionnaire Tetradimencional for depression (CET DE).

The results obtained in Autoestima's Questionnaire of Coopersmith did not evidence significant difference statistically, the levels of self-esteem diminished, the t obtained of 2,565, principal than the critical t of - 1,812 and in the Cuestionario Estructural Tetradimensional for Depression. CET DE, the t obtained of 24,544, principal than 1,812 critical t. We can suppose according to these results than the cognitive treatment the group conductual caused a significant effect in the levels of depression in this population.

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	vii
Summary.....	viii
Índice General.....	xi
Introducción.....	xviii
 CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	1
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Aspectos generales sobre el sobrepeso y obesidad.....	5
1.2.1. Definición de sobrepeso y obesidad.....	5
1.2.2. Clasificación médica de sobrepeso y obesidad.....	7
1.2.3. Tratamiento médico de sobrepeso y obesidad.....	7
1.2.4. Signos y síntomas psicológicos y médicos del sobrepeso y la obesidad.....	11
1.2.5. Diagnóstico médico y psicológico en el sobrepeso u obesidad.....	13
1.2.5.1. Criterios médicos para la normalidad de peso.....	13
1.2.5.2. Criterios de evaluación del peso corporal.....	14
1.2.5.3. Criterios psicológicos de la obesidad.....	15
1.3. Clasificación diagnóstica DSM-IV y CIE-10.....	19
1.3.1. Diagnóstico clínico.....	19

1.3.2. Diagnóstico diferencial	21
1.3.3. Diagnóstico diferencial.....	26
1.3.4. Características clínicas.....	27
1.4. Teorías que explican la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades físicas.....	28
1.4.1. La problemática de las enfermedades físicas.....	29
1.4.2. La perspectiva multidisciplinar y multifactorial	30
1.4.3. La importancia de los factores psicológicos en el sobrepeso	32
1.4.4. Clasificación de los niveles de autoestima	33
CAPÍTULO II. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL	36
2.1. Antecedentes de programas cognitivo-conductual en pacientes con sobrepeso.....	37
2.2. Definición de la terapia cognitivo-conductual	39
2.3. Técnicas cognitivo-conductuales.....	41
2.3.1. Reestructuración cognitiva	41
2.3.2. Resolución de problemas	48
2.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad	50
2.3.3.1. Definición	50
2.3.3.2. Creencias que dificultan la conducta asertiva.....	51
2.3.3.3. Pasos a seguir en el adiestramiento asertivo	53
2.3.3.4. Conductas pasivas y agresivas de las personas con sobrepeso u obesidad.....	53

2.3.3.5. Aplicando la asertividad en las personas obesas	56
2.4. Terapia cognitivo conductual en grupo.....	59
2.4.1 Definición.....	59
2.4.2 Tareas para la casa	60
2.5. La intervención grupal en personas con sobrepeso y obesidad.....	61
2.5.1. Definición.....	62
2.5.2. Tipos de grupos.....	63
2.5.2.1. Los grupos primarios	63
2.5.2.2. Los grupos secundarios.....	64
2.5.3. Características de un grupo	64
2.5.4. Ventajas del trabajo en grupo.....	66
2.5.5. Costo, eficacia y eficiencia de la terapia de grupo	67
2.6. Tratamiento psicológico del sobrepeso y la obesidad	67
CAPÍTULO III. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	75
3.1. Planteamiento del problema	76
3.2. Justificación de la investigación	76
3.3. Planteamiento de los objetivos	79
3.3.1. Objetivos generales	79
3.3.2. Objetivos específicos.....	80
3.4. Planteamiento de hipótesis	80
3.5. Diseño de la investigación.....	81
3.5.1. Estudio explicativo.....	81

3.5.2. Diseño pre-experimental	82
3.6. Definición de las variables	84
3.6.1. Variable independiente	84
3.6.2. Variables dependientes	86
3.7. Población y muestra	89
3.7.1. Variable independiente: programa cognitivo conductual	89
3.7.1.1. Definición conceptual	89
3.7.1.2. Definición operacional	90
3.7.2. Variables dependientes: depresión y autoestima	90
3.7.2.1. Definición conceptual de las variables dependientes	90
3.7.2.2. Definición operacional de las variables dependientes	91
3.8. Instrumentos y técnicas de medición	92
3.8.1. Consentimiento informado	92
3.8.2. La entrevista conductual estructurada de Fernández Ballesteros y Staats	92
3.8.3. El Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)	93
3.8.4. Escala de Autoestima de Coopersmith versión adulto (IAC)	99
3.9. Procedimiento del programa	100
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	173
4.1. Análisis descriptivo	174
4.2. Análisis comparativo	174

4.3.	Procedimiento estadístico	174
4.4.	Limitaciones.....	176
4.5.	Análisis estadístico.....	178
4.5.1.	Autoestima.....	178
4.5.2.	Depresión total	182
4.5.3.	Humor depresivo	184
4.5.4.	Anergia	186
4.5.5.	Discomunicación.....	188
4.5.6.	Ritmopatía	190
4.6.	Análisis integrativo de los resultados estadísticos.....	192
4.6.1.	Cuestionario de Autoestima de Coopersmith	192
4.6.2.	Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión. CET- DE	193
4.6.3.	Análisis integrativo de los resultados	195
CAPÍTULO V.	CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	197
5.1	CONCLUSIONES.....	198
5.2	RECOMENDACIONES	199
5.3	BIBLIOGRAFÍA	200
ANEXOS		211

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Interpretación estadística de los niveles de autoestima con la t de student de los datos dependientes de medidas repetidas en un solo grupo antes y después del tratamiento.	179
Cuadro 2.	Interpretación estadística de los niveles de autoestima con la t de student de los datos dependientes de medidas repetidas en un solo grupo antes y después de los tres meses de control del tratamiento.....	181
Cuadro 3.	Presentación de los datos obtenidos en los niveles de depresión total, interpretados con la t de student en un solo grupo con medidas repetidas antes y después del tratamiento. moderados inferiores a 23.....	183
Cuadro 4.	Resultados obtenidos en la prueba t de student para datos dependientes de medidas repetidas del grupo en la Dimensión 1 de humor depresivo.....	185
Cuadro 5.	Resultados obtenidos en la t de student para grupos dependientes de medidas repetidas. En la escala de depresión dimensión II de anergia	187
Cuadro 6.	Resultados obtenidos en la t de student para grupos dependientes de medidas repetidas. Escala de depresión en la dimensión III de discomunicación	189
Cuadro 7.	Resultados obtenidos en la t de student para grupos dependientes de medidas repetidas. Escala de depresión dimensión IV de ritmopatía	191

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith en el pretest y postest	178
Gráfica 2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el Test de Autoestima de Copersmith en el pretest y en el test control después de los tres meses.....	180
Gráfica 3. Puntuaciones de depresión total en el pretest y postest	182
Gráfica 4: Puntuaciones de humor depresivo en el pretest y postest	184
Gráfica 5. Puntuaciones obtenidas en la escala de depresión en la dimensión II de anergia en el pretest y el postest.....	186
Gráfica 6. Puntuaciones obtenidas en la escala de depresión en la dimensión II de discomunicación en el pretest y postest.....	188
Gráfica 7. Comparación del grupo según las puntuaciones en la escala de depresión de la dimensión IV de ritmopatía en el pretest y el postest	190

INTRODUCCIÓN

Esta investigación consiste en la aplicación de un programa cognitivo conductual para mejorar los niveles de depresión y autoestima en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Un número significativo de personas con un índice de masa corporal mayor de 25 kilogramos por metros cuadrados, son atendidas cada año en las instituciones de salud. Esta condición de salud afecta significativamente su estado de ánimo y puede desencadenar la presencia de rasgos depresivos y baja autoestima en estas personas, lo que indica que su manera de afrontar la situación ha sido inadecuada.

La intervención temprana en los trastornos depresivos podría considerarse una forma de prevención de la enfermedad, lo que implica administrar tratamientos a personas con alto riesgo antes de que se haya desarrollado el cuadro completo.

La literatura consultada sugiere que el sobrepeso es una condición de riesgo con origen multifactorial: genéticos, ambientales y patogénicos. Los factores psicológicos son de suma importancia, tomando en cuenta que es un desencadenante de casi todas las enfermedades médicas.

La estructura de este proyecto de investigación contempla cinco capítulos, detallados de la siguiente manera:

Capítulo I: revisión del marco teórico, que incluye algunas investigaciones realizadas por profesionales de la salud física y mental, interesados en saber si existe relación entre el sobrepeso, obesidad, depresión y autoestima; los aspectos generales, epidemiología y etiología, signos, síntomas y criterios diagnósticos.

Capítulo II: tratamiento cognitivo conductual como una alternativa para estos pacientes, ya que trata de modificar los pensamientos negativos típicos en estas personas, el estado de ánimo y la conducta. Presentamos algunos antecedentes de investigaciones relacionados con el tema, la definición de la terapia cognitivo conductual, las técnicas más utilizadas, la aplicación de la terapia en grupo y el tratamiento psicológico del sobrepeso y obesidad.

Capítulo III: marco metodológico que incluye el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, las hipótesis, las variables, el diseño y tipo de estudio, la población, la muestra, los instrumentos utilizados y el desarrollo del programa cognitivo conductual grupal.

Capítulo IV: análisis estadístico de los resultados de la investigación que presentamos. Incluye: análisis descriptivo, análisis comparativo, procedimientos, limitaciones, características de la muestra (edad, sexo, años de padecer

sobrepeso y obesidad, índice de masa corporal), representación gráfica y la interpretación de los resultados de las hipótesis (autoestima, depresión total, humor depresivo, anergia, discomunicación, ritmopatía, análisis estadístico integrativo y análisis general integrativo.

Capítulo V: se presentan las conclusiones y recomendaciones y, por último, se muestra la bibliografía, que incluye: libros, publicaciones, tesis, manuales, folletos, diccionarios y sitio web; y, al final, los anexos (consentimiento informado, resumen de las entrevistas, material utilizado para los talleres).

La estructura de este proyecto de investigación contempla cinco capítulos, detallados de la siguiente manera:

Capítulo I: revisión del marco teórico, que incluye algunas investigaciones realizadas por profesionales de la salud física y mental, interesados en saber si existe relación entre el sobrepeso, obesidad, depresión y autoestima; los aspectos generales, epidemiología y etiología, signos, síntomas y criterios diagnósticos.

Capítulo II: tratamiento cognitivo conductual como una alternativa para estos pacientes, ya que trata de modificar los pensamientos negativos típicos en estas personas, el estado de ánimo y la conducta. Presentamos algunos antecedentes de investigaciones relacionados con el tema, la definición de la terapia cognitivo conductual, las técnicas más utilizadas, la aplicación de la terapia en grupo y el tratamiento psicológico del sobrepeso y obesidad.

Capítulo III: marco metodológico que incluye el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, las hipótesis, las variables, el diseño y tipo de estudio, la población, la muestra, los instrumentos utilizados y el desarrollo del programa cognitivo conductual grupal.

Capítulo IV: análisis estadístico de los resultados de la investigación que presentamos. Incluye: análisis descriptivo, análisis comparativo, procedimientos, limitaciones, características de la muestra (edad, sexo, años de padecer

sobrepeso y obesidad, índice de masa corporal), representación gráfica y la interpretación de los resultados de las hipótesis (autoestima, depresión total, humor depresivo, anergia, discomunicación, ritmopatía, análisis estadístico integrativo y análisis general integrativo).

Capítulo V: se presentan las conclusiones y recomendaciones y, por último, se muestra la bibliografía, que incluye: libros, publicaciones, tesis, manuales, folletos, diccionarios y sitio web; y, al final, los anexos (consentimiento informado, resumen de las entrevistas, material utilizado para los talleres).

CAPÍTULO I
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Un filósofo estoico escribió: "Los hombres son perturbados no por acontecimientos, si no por lo que se dice de ellos".

1.1. Antecedentes.

En algunas culturas humanas, la obesidad estuvo asociada con atractivo físico, fuerza y fertilidad o lo contrario. En los últimos tiempos, existen investigaciones que indican que las personas con sobrepeso u obesidad están en riesgo de padecer enfermedades físicas y psicológicas, por lo cual existen publicaciones de estudios relacionados con mayor depresión, menor asertividad y trastorno de la imagen corporal.

Para el Dr. Schachter (1975), la conducta de comer en exceso está bajo el control de la situación, lo mismo que la conducta de comer con moderación, por lo tanto para controlar la conducta de comer demasiado habrá que controlar adecuadamente la situación ambiental. (Citado por Stuart y Davis, 1975: pág. 22).

Según VanItalie (1992), médico en los Estados Unidos quien dirigió un programa para el control de peso, indicó que en este programa debería incluirse un nutriólogo y un psicoterapeuta que tratara los aspectos psicológicos de las personas con esta desventaja. (DSM IV, 2001:1002).

Martín (1997), socióloga panameña, llegó a la conclusión de que el sobrepeso proviene o se produce en el individuo, cuando éste posee consecuencias emocionales, insatisfactorias en el trabajo, problemas en el matrimonio, historias dramáticas de abuso o padres que abandonaron el hogar. (Citado por Rodríguez y Bernal, 2001:3).

Álvarez (1998), publica un libro titulado *Obesidad y autoestima*, en el cual menciona los problemas de depresión y autoestima en las personas con obesidad y comenta que dichos problemas impiden que se baje de peso.

Rodríguez y Bernal (2001), estudiaron la incidencia del sobrepeso y obesidad en el distrito de Santiago y obtuvieron estos resultados: según el sexo, el 76% eran femenino; según la localización, el 90% eran del distrito de Santiago; según el peso, un 59% exhibió sobrepeso; 26%, normal; 11%, obesidad; y 4 %, bajo peso. Concluyen, así, que el sobrepeso y la obesidad son unos de los factores que más se han relacionado con problemas de salud; problemas psíquicos, sociales y emocionales y otros de diversas índoles.

Golbert (2002) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, el cual trata de aliviar usando la comida.

Beato y Rodríguez (2004) proponen que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establecen que una mejora de la autoestima en obesos proporciona un seguro a la capacidad de alcanzar las formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso (Alvarado, A, Guzmán, E, y González, M. 2005: pág. 420).

Trejos y Amores (2006) mencionan la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, recomiendan que el terapeuta profesional especialista, apoye en la parte emocional, que informe, eduque, fortalezca y facilite el cambio de hábito y la forma de expresión de conflictos por parte de quien padece la enfermedad, además, que fortalezca la autoestima, ya que presenta problemas en el área afectiva y cognitiva.

Rivera (2012), realizó un estudio en una muestra de 2.440 individuos diagnosticados con depresión recurrente y 809 sujetos sanos de control, seleccionados por no haber padecido nunca ningún tipo de enfermedad mental. Margarita Rivera Sánchez es una investigadora de la Universidad de Granada, destaca que “existen evidencias significativas de que los trastornos relacionados con la obesidad son más frecuentes en individuos que padecen depresión, aunque la naturaleza y dirección de dicha asociación no está aún clara. Estudios recientes apoyan la hipótesis de que existen factores etiológicos y genéticos

compartidos en la depresión la obesidad y los trastornos físicos. Distintos grupos de investigación han puesto de manifiesto que la variación genética del gen de la obesidad FTO" ha sido asociada con el índice de masa corporal.

(<http://noticias.universia.es/enportada/noticia/2012/02/09/910008/estudio-relaciona-primera-vez-depresion-obesidad-punto-vista-genetico.html>)

1.2. Aspectos generales sobre el sobrepeso y obesidad.

1.2.1. Definición de sobrepeso y obesidad.

El sobrepeso es la acumulación excesiva de grasa corporal y constituye un factor dañino para la salud y el bienestar. (Mauris, E. Shils, 2001; pág. 1615).

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de los factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso. De acuerdo a los lineamientos clínicos para la identificación, evaluación y tratamiento de sobrepeso y la obesidad en adultos de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, el sobrepeso se define como un incremento de masa corporal (IMC) de 25 a 29 kg/m² y la obesidad como un IMC igual o mayor de 30 kg/m².

Según datos epidemiológicos que muestran un aumento en la mortalidad de las personas que tienen un IMC por arriba de 25 kg/m², en la Norma Oficial

Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad (NOM-174-SSA1-1998), ésta se define como la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo y su existencia en adultos se determina cuando el IMC es mayor a 27, y en la población de estatura baja (1.50 metros en mujeres y 1.60 en hombres) cuando el incremento es mayor a 25. El sobrepeso es el IMC mayor de 25 y menor de 27 en adultos con estatura general, y mayor de 23 y menor de 25 en población adulta de estatura baja. (Kaufer, Tavano, y Ávila 2001; p.284-285).

Según Bray (1978), la obesidad supone la acumulación de grasa corporal y, operacionalmente, se define como sobrepeso. El índice de masa corporal (IMC), que se obtiene mediante la fórmula $\text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$, posee la correlación más elevada; 0,8 con la medida de grasa corporal realizada mediante métodos de laboratorios más precisos. Un sobrepeso medio se define como un IMC de 25-30, o un peso corporal entre límite superior del peso normal y un 20% por encima de este peso en las tablas estandarizadas de talla –peso. La obesidad se define como un IMC superior a 30 o un peso corporal superior al 20% por encima del límite superior a la altura (DSM- IV, 2001: pág.1001).

1.2.2. Tipos de obesidad según Bouchard (1991).

Tipos de Obesidad	Definición	Ubicación
Tipo I	Exceso de grasa corporal o porcentaje de grasa	ovoide
Tipo II	Exceso de grasa subcutánea troncal-abdominal	androide
Tipo III	Exceso de grasa visceral-abdominal	abdominal
Tipo IV	Exceso de grasa glúteo-femoral-ginecoide	ginecoide

Citado por: Mahan, Escott-Stump, 2001; pág.531.

La obesidad es el estado de adiposidad en el cual el peso del cuerpo está por arriba de 30 kilogramos por metros cuadrados de índice de masa corporal. (Mahan, Setomy, 2001; 527).

1.2.3. Factores epidemiológicos y etiológicos de la obesidad.

La prevalencia de la obesidad es mayor en mujeres que en hombres. En cuanto a la edad, es mayor entre 20 a 55 años; en cuanto al nivel socioeconómico, es mayor en el nivel bajo; y, según la raza, es mayor en mujeres negras (Manual Merck, 1996, pág. 1100).

Según la encuesta de Rodríguez y Bernal (2001), en el distrito de Santiago, el 76 % de la población con sobrepeso y obesidad son de sexo femenino y el 24%, de sexo masculino. (Rodríguez y Bernal, 2001:111).

La índole y las causas de la obesidad son temas de investigación intensiva y continua. Tantos factores ambientales como genéticos intervienen en una intervención compleja de variables, las que comprenden influencias psicológicas y culturales lo mismo que mecanismos reguladores fisiológicos. (Mahan, Escott-Stump, 2001. P.537).

La obesidad es asociada a los padecimientos físicos, biológicos, psicológicos y sociales.

Factores genéticos: Según el estudio de Bouchard, un 10% de la obesidad es de transmisión cultural, 30% es de origen genético y un 60% es de origen no transmisible. (Kaufer, Tavano, Ávila 2001; p. 290).

La mayoría de investigadores consideran que la obesidad es un trastorno del equilibrio energético con un fuerte componente genético, que es modulado por influencias culturales y ambientales. Dicen que el 80 % de la descendencia de unos padres obesos es obesa; un padre obeso, 40%; y los dos padres delgados, 10% (DSM IV; 2001: pág.1002).

Factores del sistema nervioso central: Los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer se localizan en el encéfalo, que, además, juega un papel clave en la regulación del metabolismo al influir en la secreción hormonal; y en el hipotálamo, que es de mayor influencia en la

regulación de la ingestión de alimentos. En los humanos las lesiones, las inflamaciones o las lesiones en esta zona causan obesidad. (Kaufer, Tavano, Ávila, 2001; p.291).

Factores endocrinos: Entre las alteraciones endocrinas que se asocian con el desarrollo de obesidad, se encuentra el Síndrome de Cushing y el hipotiroidismo. Se han hallado correlaciones directas entre la introducción temprana de alimentos distintos de la leche (antes del cuarto mes de la vida), el peso del lactante y el desarrollo o la permanencia de la obesidad en la adultez.

Factores psicológicos: Las perturbaciones emocionales, en ocasiones, precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad. En individuos obesos, se han observado casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Tanto en los individuos obesos como en los no obesos, el alimento adquiere una dimensión que va más allá de la nutritiva, que llega a menguar ciertas situaciones de tensión emocional. (Kaufer, Tavano, Ávila, 2001; 293).

Factores sociales: Se ha encontrado la relación inversa entre el estado socioeconómico y la prevalencia de obesidad.

En Panamá, según las Encuestas de Niveles de Vida (ENV), el incremento de la prevalencia de sobrepeso se ha acelerado.

El sobrepeso en los menores de 5 años se duplicó al comparar las ENV; en 1997, fue de 4.6% y en el 2003, fue de 9.3%.

Según la ENV 2003, en niños de 5 a 9 años hay 11.2% de riesgo de sobrepeso lo que significa que 1 de cada 5 niños está por encima del peso normal con el consecuente riesgo de desarrollar una enfermedad crónica no transmisible relacionada con la nutrición.

Este mismo estudio encontró un sobrepeso de 6.9% en adolescentes de 10 a 17 años.

En adultos, la ENV 2003 reportó, según el IMC, 33.6% de sobrepeso y 18.3% de obesidad, observándose un mayor porcentaje en adultos 50 a 59 años. La obesidad es mayor en mujeres (21.8%) que en hombres (14.4%). Esta encuesta también estableció que el 39.3% de las mujeres embarazadas estaban sobrepeso.

Si comparamos una encuesta de MINSA en 1982 con ENV 2003, la prevalencia de obesidad en adultos aumentó significativamente de 3.8 a 14.4% en hombres y de 7.6 a 21.8% en mujeres. (MINSA, 2009).

1.2.4. Signos y síntomas psicológicos y médicos del sobrepeso y la obesidad.

Los problemas psicológicos relacionados con la obesidad incluyen la soledad provocada por el aislamiento social; la pesadumbre causada por la falta de discreción de algunas personas; la depresión originada tanto por el rechazo social como por la falta de actividades de interés; y otros trastornos más. Desafortunadamente, cada vez que estos sentimientos desagradables ocurren, se convierten en señales para comer demasiado, lo cual solo empeora la situación. Además, la desesperación, asociada siempre con la soledad, es una serie amenaza para la salud como cualquier riesgo de enfermedad. La mejor defensa contra los problemas físicos y psicológicos provocados por la obesidad, es regular eficazmente el sobrepeso, es decir, prevenir la obesidad. (Stuard y Davis 1975:15).

Los síntomas relacionados con trastornos afectivos (depresión o ansiedad) son frecuentes. Se observa una disminución en las capacidades de concentración y cognición, además de estar muy vinculado el exceso de peso con un menor nivel de autoestima, negativa percepción de la propia imagen corporal y pobre autoimagen global. Se reconocen rasgos de personalidad narcisista en personas con obesidad, tras haberse sometido a tratamiento quirúrgico. Se observa alexitimia con otros aspectos relacionados como anhedonia, impulsividad y dependencia interpersonal. Por otro lado, se aprecia carácter evitativo, antisocial y personalidad dependiente. Se contempla como

poco usual el abuso de alcohol o sustancias, psicosis o promiscuidad sexual. En cambio, existe relación entre obesidad y exageración del dolor, afectación del sueño o problemas sociales en cuanto a comportamiento (este último en personas con obesidad de entre 10-12 años de edad), y aparece, con bastante asiduidad, historia de abuso físico, sexual y/o emocional.

En cuanto a trastornos del comportamiento alimentario, se aprecia de forma repetida trastorno por atracón o sobreingesta, sobre todo síndrome del comedor nocturno, ingesta emocional y picoteo. También aparece con cierta frecuencia una evolución del trastorno del comportamiento alimentario hacia bulimia nerviosa. Es muy común la conducta de restricción alimentaria en personas obesas. Otros rasgos observados en personas con obesidad son la expectativa exagerada e irreal en cuanto a pérdida de peso, una menor motivación dietética en el sexo masculino y sedentarismo.

Existen pocos artículos que estudien la relación entre obesidad y rasgos de personalidad, debido a que, hasta el siglo XIX, el exceso de peso no había empezado a considerarse como una patología de importante repercusión psicológica. Además, la mayoría de artículos que hablan de características psicológicas o de comportamiento en personas con obesidad se han elaborado en grupos que esperan para realizarse cirugía bariátrica, pues se observaron diferencias entre las características psicológicas y la efectividad del tratamiento postquirúrgico.

Por este motivo, continúan siendo necesarios estudios que evalúen características psicológicas en personas con obesidad. Sería conveniente considerar posibles diferencias en función de la edad, el género o el grado de obesidad, así como el tiempo de evolución del sobrepeso/obesidad. Los resultados obtenidos deberían considerarse en el tratamiento de personas con obesidad para mejorar su eficacia. (Ruiz, I y cols. 2010:Pág.1342 y 1343 publicado en internet).

Los signos médicos de la obesidad: Consisten en un aumento en el peso corporal y en la masa evidente de tejido adiposo. Entre los síntomas médicos podrían presentarse una disminución de la capacidad respiratoria, alteraciones ortopédicas (columna, rodillas, tobillo, callos en pies y talones), irregularidades menstruales, hipertensión arterial, alteración en la pérdida del calor, que ocasiona problemas en la piel. (Manual Merck, 1996.pág. 1102).

1.2.5. Diagnóstico médico y psicológico en el sobrepeso u obesidad.

1.2.5.1. Criterios médicos para la normalidad de peso.

La heterogeneidad genética: Se manifiesta por diferencia de tallas perímetro corporales (tórax, cintura y cadera) y constitución (Mauris E. Shils, 2001; p. 1615).

Una clasificación que tiene utilidad clínica se basa en la realización de dos mediciones simples: el peso con zapato y el peso con cantidad mínima de ropa.

Luego se calcula la proporción entre peso/talla al cuadrado (PK al cuadrado) lo que se denomina IMC y el peso se representa en kg/m^2 . La persona con mayor cantidad de músculos pesa más. (Mauris E. Shils, 2001; p.1617).

1.2.5.2. Criterios de evaluación del peso corporal.

Índice de masa corporal	Consideración
18.5 kg/m^2 a 24.5 kg/m^2	peso normal
25 kg/m^2 a 29.9 kg/m^2	sobrepeso
superior a 30 kg/m^2	obesidad
superior a 40 kg/m^2	extremadamente obeso
más de 45 kg/m^2	obesidad mórbida

Un índice de masa corporal entre 18.5 y 24.9 se considera normal, 25 y 29.9 se consideran con sobrepeso. Un atleta puede tener un IMC más alto, pero no tener sobrepeso; superior a 30 se consideran obesos; superior o igual a 40 se consideran extremadamente obesos; más de 45 kg (100 libras) de sobrepeso se considera obesidad mórbida. (WWW.NIH/Medlineplus,2011).

Entre las complicaciones médicas de la obesidad están las fisiológicas. La circulación sanguínea puede estar sobrecargada cuando el peso corporal aumenta, y el fallo cardíaco congestivo, puede darse en personas muy obesas. Existe una alta asociación entre la hipertensión y la obesidad, y la prevalencia de intolerancia de los carbohidratos en obesos graves es de aproximadamente el 50%. El incremento de grasa corporal en la región superior del cuerpo en

oposición a la región inferior es más probable que este asociado con el inicio de una diabetes mellitus. El déficit en la función pulmonar empieza a ser importante en obesos graves y conlleva hipoventilación, hipercapnia, hipoxia y somnolencia (síndrome de Pickwick) con un alto porcentaje en la mortalidad. La obesidad puede acelerar el desarrollo de osteoartritis y problemas dermatológicos por el estiramiento de la piel, intertrigo y acantosis nigricans. Las mujeres obesas presentan riesgos obstétricos, toxemia e hipertensión.

La obesidad se asocia a varios tipos de cáncer; en mujeres, cáncer de vesícula biliar, mama, cérvix, endometrio, útero y ovario; y en el hombre, cáncer de próstata y colorrectal. Los bajos niveles de HDL están presentes en los obesos incrementando el riesgo de enfermedad cardiovascular (DSM IV, 2001: Pág. 1002).

1.2.5.3. Criterios psicológicos de la obesidad.

Según el CIE-10, los trastorno del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. En el trastorno de la conducta alimentaria se hace mención de la obesidad relacionada con alteraciones psicológicas, específicamente en:

F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.

Solo se codifica cuando la ingesta es excesiva como en una alteración o acontecimientos estresantes y que da lugar a la obesidad. Duelos, accidentes,

intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, pueden dar lugar a una obesidad reactiva, en especial, en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada aquí. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de su aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales. Puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica se deben usar categorías tales como F38.-, otros trastornos del humor (afectivos), o F48.9, trastorno neurótico sin especificación, más un código de E66.- para indicar el tipo de obesidad.

La obesidad considerada como efecto indeseable del tratamiento a largo plazo con neurolépticos, antidepresivos u otro tipo de medicación psicótropa no debe codificarse aquí, sino bajo el epígrafe E66.1, obesidad inducida por fármacos, añadiendo un código adicional del capítulo xx de la CIE 10 (causas externas), para identificar el fármaco.

La obesidad puede provocar a veces al seguir una dieta que puede dar lugar a síntomas afectivos menores (ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) o más raramente, a síntomas depresivos graves (depresión de la dieta). Para codificar estos cuadros se debe utilizar el código adecuado de las

secciones F30- F39 o F40-F49 para enmascarar los síntomas descritos, añadiendo F50.8, otros trastornos de la conducta alimentaria, para indicar el hecho de seguir una dieta y un código de la sección E66.- para señalar el tipo de obesidad.

Incluye: Hiperfagia psicógena

Excluye: Polifagia sin especificación (R62.2).

Obesidad (E66.-).

(CIE 10, 1992, pág.223-224).

Diagnóstico según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Aunque la obesidad simple está incluida en la clasificación internacional de enfermedades (CIE X) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido como asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas de que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad, este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico (DSM-IV-TR, 2002, pág. 653).

El DSM IV- TR (2002) establece que los factores psicológicos pueden afectar adversamente a una condición médica de la siguiente manera:

Alterando el curso de la enfermedad por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso

en la recuperación de la condición médica en general, interfiriendo con el tratamiento de la condición médica o constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo.(DSM-IV-TR, pág. 818).

Los aspectos psicológicos y conductuales de la obesidad se consideran mejor en dos categorías: la conducta alimentaria y la alteración emocional. Existe una considerable heterogeneidad en los patrones alimentarios. Por lo general, las personas obesas se quejan de que no pueden frenar la ingestión y tienen problemas para sentirse saciadas. Algunos no distinguen entre el apetito y otros estados disfóricos, y comen cuando están emocionalmente alteradas. (DSM IV, 2001: pág. 1001).

Según Halmi y Cols (1980), en los estudios sobre pacientes obesos el diagnóstico psiquiátrico más relevante fue el trastorno depresivo mayor. El desprecio de la propia imagen corporal está especialmente presente en aquellas personas que han sido obesas desde la infancia. Esto puede deberse al continuo bombardeo de prejuicios sociales hacia la gente obesa. Esta estigmatización y el perjuicio hacia las personas obesas están bien documentados en estudios sobre las desventajas educativas y los prejuicios laborales que sufren estas personas. Numerosos obesos presentan ansiedad y depresión cuando intentan llevar a cabo un régimen (DSM IV, 2001: pág. 1002).

Dado que los riesgos sobre la salud y la mortalidad varían en función del grado de adiposidad, Bray (1986) propuso una clasificación de estos individuos

en sujetos de bajo riesgo (IMC de 25-30), de riesgo moderado (IMC de 31-40) y de alto riesgo (IMC > 40) (DSM IV, 2001: pág. 1002).

1.3. Algunos marcos conceptuales explicativos de la depresión.

1.3.1. Teorías explicativas de la depresión en personas con sobrepeso u obesidad.

Las teorías cognitivas conductuales suponen que la conducta ocurre primero, y que enseguida ocurren consecuencias sociales que a su vez originan cambios en la manera en que pensamos y sentimos. Para poder cambiar la experiencia social y los sentimientos, solo tenemos que cambiar lo que hacemos. Esta misma verdad es la que se aplica para el control de la conducta de comer con exceso. Cuando actuemos en forma un poco diferente, comeremos en forma un poco diferente, especialmente si hacemos los cambios adecuados dentro de la situación en la cual comemos.

Modelo de Beck.

Conducta → Consecuencia → Pensamientos; sentimientos

p. ej., hacer poco	p. ej. , subir de	p. ej. , sentimientos de
ejercicio y preferir ir	peso lo que reduce	devaloración personal;
en auto que caminar.	nuestra agilidad.	depresión.

(Citado por: Stuart y Davis, 1975:23).

Aproximaciones conductuales y con gran énfasis en esquemas cognoscitivos han hecho explicaciones de la depresión reactiva. Por ejemplo, Rehm (citado en Fernández y Carboles, 1988), sugiere que la depresión surge cuando el sujeto no se autocontrola, siendo fácil incurrir en errores, tales como centrar la atención en acontecimiento negativos y en las consecuencias inmediata de la conducta, ejercer una rigurosa autoevaluación y autoaplicación de mucho castigo y pocos refuerzos.

Por otro lado, Seligman, Lewinsohn y Beck coinciden en emplear el término “desamparo aprendido” en el marco de modelo de incapacidad aprendida. Seligman define el desamparo como el estado psicológico que resulta cuando la persona percibe los acontecimientos incontrolables, esto es, que hay una independencia entre el refuerzo y la respuesta o acciones del propio sujeto. Beck otorga el papel central de la depresión a los esquemas cognoscitivo e indica que la persona deprimida tiene una imagen negativa de sí misma, del mundo y del futuro; aquí la característica del desamparo es la aparición de un self negativo caracterizado por una alteración en la perfección. Para Lewisohn el desamparo aprendido se debe a una baja tasa de reforzadores positivos generándose, así, sentimiento de culpa, pesimismo y auto desprecio.

Estos son sólo algunos acercamientos teóricos relevante sobre la conceptualización de la depresión que, como se ha mencionado, pertenecen a la clasificación reactiva en tanto que los elementos teóricos involucrados perfilan

el origen de la manifestación depresiva en procesos cognoscitivos que se explican por la perfección de los acontecimientos como incontrolados, de poca gratificación pero sí castigantes, interpretaciones negativa de los suceso así como las propias características personales. De aquí que el constructo de depresión haya sido relacionado. Por ejemplo, con el padecimiento de enfermedades crónicas, problemas de ajustes sociales y conflictos interpersonales. (Enciclopedia Encarta, 2007).

Los pensamientos de las persona clínicamente deprimidas contienen tres elementos claves: se consideran insignificante o culpables, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren en el futuro (Rutter, 1986).

1.3.2. Criterios de evaluación.

Criterios para el episodio depresivo mayor (DSM IV- con código del CIE-X).

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede Nota: ser irritable
- 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- 4) insomnio o hipersomnía casi cada día.
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 - 9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (DSM IV; 2002: pág. 399).

Criterios para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

(0) leve

(1) moderado

(2) grave sin síntomas psicóticos

(3) grave con síntomas psicóticos

(4) en remisión parcial/en remisión total

(9) no especificado (DSM IV 2002: pág. 419-420).

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Especificar su estado clínico actual y /o los síntomas: leve, moderado, grave, con síntomas psicóticos /grave con síntomas psicóticos, crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio posparto.

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica).

Con patrón estacional. (DSM IV, 2002: pág. 421).

1.3.3. Diagnóstico diferencial.

El trastorno depresivo mayor ha de diferenciarse de:

Trastorno bipolar I o II.	Incluye uno o más episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.
Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica	Requiere la presencia de una enfermedad médica causal.
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias	Se debe a los efectos fisiológicos directo de una sustancia.
Trastorno distímico	Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, la mayoría de los días, al menos durante dos años, y por ausencia de episodios de depresión mayor durante los primeros dos años del trastorno distímico.
Trastorno esquizoafectivo	Se caracteriza por un periodo al menos de dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparecen en ausencia en síntomas afectivos intensos
Esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno psicótico no especificado	Incluye síntomas afectivos breves en relación con la duración total del trastorno psicótico.
Demencia	Se caracteriza por una historia premórbida de declive de la capacidad cognoscitiva.
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	Se caracteriza por síntomas depresivos que aparecen en respuesta a un estresante y que no cumplen con los criterios de un trastorno depresivo mayor.
Duelo	Aparece en respuesta a la pérdida de un ser querido y habitualmente es menos grave que un episodio depresivo mayor.
Periodos no patológicos de tristeza	Se caracteriza por una duración breve, por pocos síntomas asociados a ausencia de malestar o deterioros significativos.

(DSM-IV; 1996: pág. 157).

1.3.4. Características clínicas.

En las depresiones fuertes se encuentra una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además, de un rostro típicamente deprimido. El paciente dirá que la vida no vale la pena, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que él es una mala persona que no merece vivir. En las depresiones menos aguda, el cuadro manifiesto será simplemente de que se queja de sentirse deprimido e infeliz, por lo general el paciente siente esa sensación por la mañana. Hay una serie de características asociadas con la depresión como el desasosiego, pesadumbre, falta de apetito, insomnio, el estreñimiento.

Para el diagnóstico, es útil observar cuidadosamente al paciente durante el primer momento que se ve en la sala de espera para poder ver lo decaído de su cara o su postura y la lentitud de sus movimientos antes de que se siente, porque al entrar al consultorio el paciente no se quejará de depresión solo de padecimientos somáticos.

La literatura menciona entre los tipos de depresión: la depresión endógena, la reactiva, sicótica, la neurótica, la asociada al embarazo.

Bibring enfatizó la importancia de la autoestima en todos estos tipos de depresiones que puede aparecer de la pérdida real o imaginaria de posición, de una función, de una capacidad o de afecto. Una autoestima disminuida puede conducir a una sobreinversión narcisista del self. (Bellak y Small, 1980:143).

1.4. Aspectos relevantes de la autoestima.

Los estados de ánimo son parte de la condición humana. Podemos aprender a cuestionar la validez de nuestras percepciones cuando nos sentimos mal y no podemos ver la vida con realismo. Cuando entendemos la dinámica de los estados de ánimo, aprendemos a apreciar los altos y a superar airesamente los bajos. Nuestros sentimientos hacia nosotros son la clave del éxito, esto es cuando podemos ver las críticas de los demás de forma positiva; son la clave para alcanzar una estabilidad emocional y lograr comprometernos con nosotros. (Larragaña, Ignacio, 2004:62).

Según UNIFEN-UNICET (1989), autoestima no significa un estado de éxito total y constante, sino que, ante la adversidad que el mundo complejo nos exhibe y el cual ningún ser humano escapa, una persona con alta autoestima, enfrenta estos momentos, críticos depresivos y/o problemáticos como un reto. Confiamos en sí mismo/a para superarlos y aprender al mismo tiempo, al mismo tiempo le permitirá salir fortalecido/a sin llegar a la desesperación o a la derrota (e incluso drogas, suicidio o asesinato) como sucedería con una persona con baja autoestima (citado por: Candanedo Gina, 1995:28).

1.4.1. Desarrollo de la autoestima.

Necesidad e importancia de la autoestima	En la autoestima se encuentra la clave para gozar de una vida plena de forma autónoma, libre y responsable.
Desarrollo evolutivo de la autoestima	Evoluciona en tres etapas:
1. Etapa de sí mismo primitivo	Abarca desde el nacimiento hasta los dos años: hasta los 11 meses desarrolla una percepción de sí mismo como una realidad diferente a los demás, a los 12 meses llega el reconocimiento visual de sí mismo frente al espejo, a los 18 meses comienza a referirse a sí mismo, pero en tercera persona.
2. Etapa del sí mismo exterior	Abarca desde los 2 años hasta los 12 años: a los 2 años puede dar información de sí mismo, es la más importante porque se define como a sí mismo y se diferencia de los otros, aumento de la autoconciencia.
3. Etapa del sí mismo interior	Abarca desde los 12 años en adelante: busca describirse a sí mismo en términos de identidad, a los 15 años se presentan los cambios cognitivos en relación con el pensamiento abstracto y crítico.
Factores condicionantes de la autoestima.	Se presentan 4 factores:
1. Sentirse parte de algo.	Es la vinculación con los demás, al igual que con la toma de posesión y pertenencia de objetos significativos para uno.
2. Sentirse especial.	Es la singularidad, incluye el reconocer que somos diferentes, que se tiene un espacio propio, se reconoce el respeto y la valoración de las propias habilidades.
3. Sentirse poderoso.	Es el poder realizar lo que se propone, disposición de medios básicos para adquirir responsabilidad y confianza en sí mismo.
4. Tener modelos que seguir.	Son las pautas a seguir, los modelos a imitar, el orden, las reglas, los patrones éticos, los valores, los hábitos y las creencias que se transmiten a través de las figuras de apego.
Modelo de formación y desarrollo del autoconcepto y autoestima.	Este modelo fue ideado por Poppe, el cual incluye 8 conceptos: la habilidad para la comunicación de los problemas sociales, la correcta utilización del lenguaje auto dirigido, la justificación de lo que se hace con estilo atribucional, cómo mejorar el autocontrol en las relaciones con los demás, cuidar la imagen corporal, autoconcepto, comprensión y habilidad social y las metas que se ha propuesto.

Rasgos característicos de la autoestima	Confía en sí mismo, toma las decisiones, acepta derrotas y aprende de ellas, es responsable, cuida su salud, disfruta del presente, es independiente, acepta su propio cuerpo, es entusiasta, creativo.
---	---

Fuente:(Grupo Océano, 2002: pág. 57-62).

1.4.2. Características de las personas con baja autoestima.

Maslow, Erickson, Rogers, Elkiins consideran la autoestima como una parte fundamental para que el individuo alcance su autorrealización y plena expresión de sí mismo (citado por: Candanedo Gina, 1995:16).

La autoestima, como base y centro del desarrollo humano, juega un papel fundamental a lo largo de toda la vida de ser humano, que se refleja en las actitudes del individuo. Cuando los individuos tienen una autoestima baja, son indecisos, se les dificulta tomar decisiones, tienen miedo exagerado a equivocarse. Solo toman una decisión cuando tienen seguridad en un 100 por ciento de que obtendrán los resultados.

- Piensan que no pueden, que no saben nada.
- No valoran sus talentos. Miran sus talentos pequeños, y los de los otros los ven grandes.
- Le tienen miedo a lo nuevo y evitan los riesgos.
- Son muy ansiosos y nerviosos, lo que los lleva a evadir situaciones que le dan angustia y temor.

- Son muy pasivos, evitan tomar la iniciativa.
- Son aislados y casi no tienen amigos.
- No les gusta compartir con otras personas.
- Evitan participar en las actividades que se realizan en su centro de estudio o en su trabajo.
- Temen hablar con otras personas.
- Dependen mucho de otras personas para hacer sus tareas o realizar cualquier actividad.
- Se dan por vencido antes de realizar cualquier actividad.
- No están satisfechos consigo mismos, piensan que no hacen nada bien.
- No conocen sus emociones, por lo que no pueden expresarlas.
- Debido a que no tienen valor, les cuesta aceptar que las critiquen.
- Les cuesta reconocer cuando se equivocan.
- Manejan mucho sentimiento de culpa cuando algo sale mal.
- En resultados negativos, buscan culpables en otros.
- Creen que son los feos.
- Creen que son ignorantes.
- Se alegran ante los errores de otros.
- No se preocupan por su estado de salud.
- Son pesimistas, creen que todo les saldrá mal.
- Buscan líderes para hacer las cosas.

- Creen que son personas poco interesantes.
- Creen que causan mala impresión en los demás.
- Les cuesta obtener sus metas.
- No les gusta esforzarse.
- Sienten que no controlan su vida. (Campos y Muñoz, 1992)

1.4.3. Componentes de la autoestima.

"Encontramos en la autoestima tres componentes: cognitivo, afectivo y conativo. Los tres operan íntimamente relacionados, de manera que una modificación en uno de ellos comparta una relación con los otros".

Su componente cognitivo: "Indica idea, opinión, creencias, percepción y procesamiento de la información. Nos referimos que autoconcepto es definido como opinión que se tiene de la propia personalidad y sobre su conducta".

Es un marco de referencia por el cual damos un significado a los datos aprendidos sobre nosotros mismos e incluso sobre los demás; por tal razón, se puede decir que es determinante el valor de la autoimagen para la vitalidad de la autoestima.

"El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima, las restantes dimensiones; afectiva y conductual examinan bajo la luz que les proyecta el autoconcepto que a su vez se hace servir de la autoimagen o representación mental que un sujeto tiene de sí mismo

en el presente y en las aspiraciones y expectativas futuras” (José Antonio Alcántara, 1995. Pág. 18 y 19).

1.4.4. Clasificación de los niveles de autoestima.

Los estados de ánimo son parte de una condición humana. Podemos aprender a cuestionar la validez de nuestras percepciones cuando nos sentimos mal y no podemos ver la vida con realismo. Cuando entendemos la dinámica de los estados de ánimo, aprendemos a apreciar los altos y a superar airoosamente los bajos. Nuestros sentimientos hacia nosotros son la clave del éxito, esto es cuando podemos ver las críticas de los demás de forma positiva, son la clave para alcanzar una estabilidad emocional y lograr comprometernos con nosotros (Larragaña Ignacio, 2004: pág. 62).

“El autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la génesis, crecimiento y consolidación de la autoestima, las restantes dimensiones; afectiva y conductual examinan bajo la luz que les proyecta el autoconcepto que ha su vez se hace servir de la autoimagen y representación mental que un sujeto tiene de sí mismo en el presente en las aspiraciones y expectativas futuras” (Alcántara, José, 1995: pág. 18)

Según el *Manual de criterios diagnósticos* DSM-IV, la autoestima está considerada como un síntoma de algunos trastornos psicológicos, aunque en el CIE-10 mencionan un aspecto importante en la fobia social y es el miedo que

tienen las personas a ser criticadas y esta es una característica fundamental en las personas con sobrepeso y obesidad.

Para Branden (2001), los niveles de autoestima se pueden medir a través de pruebas psicológicas y las divide en tres niveles: autoestima alta, autoestima media y autoestima baja.

Según nos dice la psicóloga clínica Silvia Rusek, en un artículo publicado en internet, la autoestima inflada afecta la toma de decisión de una persona con respecto a su imagen corporal, la cual pueden distorsionar y no prestar atención a los errores que cometen, ya que se creen perfectos, además esto no les permite responsabilizarse de sus conductas y sus estados de ánimo pueden variar, ya que su seguridad está basada en una imagen falsa.

(<http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-inflada.html>)

La falsa autoestima es un apego enfermizo a los logros, a la herencia familiar al trabajo, al aspecto físico, a las posesiones, a las personas y a todo aquello que puede perderse de un día a otro y se lleva consigo la falsa sensación de seguridad. En estos casos, la crítica más simple de cualquier persona destruye esta falsa autoestima, que luego se construye en el egoísmo, la envidia, el orgullo, la ira y la intolerancia. Esto indicaría que si te sientes bien en tu trabajo, te esfuerzas por ser cada día mejor y disfrutas lo que haces entonces estas en tu estado natural de felicidad, pero si un día tu jefe te dice que

eres un incompetente por no haber terminado tu trabajo y te pasas semanas deprimido por la mala actitud y falta de reconocimiento de tus superiores, entonces tu autoestima es falsa y no tiene fundamentos, es como decir: "Me amo y me acepto si me va bien" y "si me va mal me deprimó y odio mi existencia". (jelmi.net/autoestimatotal.pdf:33).

CAPÍTULO II
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

La mente es su propio lugar y, en sí misma, puede hacer un cielo de los infiernos, un infierno de los cielos.

John Milton.

2.1. Aspectos considerados al ofrecer un programa cognitivo conductual a personas con sobrepeso u obesidad.

En nuestra sociedad, las personas que presentan sobrepeso y obesidad están etiquetadas por las demás personas, quienes critican su condición sin saber que hay de fondo. Esta población no sabe cómo manejar esta lluvia de críticas. Algunos piensan que los demás tienen razón y otros, que no les debe importar esos comentarios, pero las dos formas de pensar son inadecuadas, por lo tanto, considero que la terapia cognitivo conductual es la más indicada.

El manejo de toda enfermedad médica requiere de una serie de conductas, que el sujeto debe llevar a cabo durante un periodo de tiempo para alcanzar los resultados esperados. En el manejo del sobrepeso y la obesidad, el resultado depende de las conducta de quien la padece, ya que se trata de adquirir hábitos para mantenerlos toda la vida, lo que indica que se le debe enseñar al sujeto esta habilidad que ofrecen las técnicas cognitivo-conductuales.

Caballo y Manríque (1991), señalan que: hoy día existen un amplio consenso sobre la importancia de las habilidades sociales parar el

mantenimiento bebiendo, comiendo en exceso o tomando tranquilizantes, no solo arriesga su salud física, sino que daña también las fuentes de apoyo social y esto a su vez provoca, a menudo, mayores disgustos. (Simón, 1993:pág.107).

Pérez, Álvarez y Fernández (1993), mencionan que el tratamiento implica que el paciente realice una serie de conductas complejas y asuma en todo momento un papel activo en los autocuidados necesarios, muchas veces en contra de hábitos anteriores y las sugerencias ambientales. Ellos recomiendan el uso de técnicas conductuales, tales como un programa de reforzamiento, contratos de contingencia, modelado y otros para el desarrollo y mantenimiento de conductas de adherencia, como seguir un plan de alimentación, entre otros. (Macías y Cols., 1999: pág. 353).

Muchos estudios sugieren un tratamiento cognitivo conductual para el manejo de síntomas psicológicos en los pacientes con enfermedades físicas crónicas.

Lewinsohn y Cols. (1985) presentan un modelo integrado, multifactorial de la etiología y mantenimiento de la depresión, la cual se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones.

En este modelo se plantea que la conducta depresiva es el resultado que inicia en:

- a) El proceso depresogénico trastornando importantes patrones de conducta adaptativa
- b) El concepto general de los estímulos estresantes negativos en los niveles macro y micro constituyen probablemente los mejores ejemplos de los antecedentes que alteran los patrones de conducta
- c) Esta misma perturbación puede producir una reacción emocional negativa, combinada con una incapacidad para invertir el impacto de los estímulos estresantes, conduciendo a una elevada conciencia de uno mismo
- d) Este elevado darse cuenta hace que sobresalga la sensación de fracaso por parte del individuo para satisfacer los patrones interno que lleva a un aumento de la disforia y a muchos otros síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión
- e) Este aumento de los síntomas de la depresión sirve para mantener y exacerbar el estado deprimido
- f) Haciendo más accesible la información negativa sobre uno mismo y disminuyendo la confianza del individuo para afrontar su ambiente. (Beck, 2000; pág. 497).

2.2. Aspectos teóricos de la terapia cognitiva conductual.

El modelo cognitivo conductual propone que, “todas la perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influyen en el estado de ánimo y en la conducta del paciente”. (Beck, 2000, p. 17).

El objetivo principal de la terapia cognoscitiva es la supresión de los errores sistemáticos en el pensamiento mediante la corrección del procesamiento de la información defectuosa que lleva a la persona a modificar los supuestos que provocan y mantienen las conductas inadaptadas.

El principio fundamental de esta teoría es su naturaleza educativa, tiene como propósito enseñar a la persona a identificar sus distorsiones cognitivas, las emociones, los comportamientos y las respuestas fisiológicas que surgen del pensamiento disfuncional y enseña a modificarlos por otros más adaptativos. Según Beck, la modificación del pensamiento adaptativo produce una mejoría en los estados de ánimo y en el comportamiento.

Los procedimientos cognoscitivos consisten en experiencias de aprendizajes específicas, estructuradas de la siguiente manera:

1. La persona vigila sus cogniciones negativas automáticas.
2. Reconoce las conexiones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examina la evidencia que confirma o rechaza los pensamientos automáticos distorsionados.
4. Remplaza las cogniciones prejuiciadas con interpretaciones más ajustadas a la realidad.
5. Aprende a identificar y modificar las creencias que predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck, Rush y cols, 1979).

2.3. Técnicas cognitivos conductuales.

Programación de actividades para aumentar las actividades reforzantes, representación de papeles, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y en la influencia de los pensamientos automáticos negativos y de las suposiciones disfuncionales básicas. (Beck ,2000; pág. 517).

Nos dirigimos a las técnicas utilizadas para el programa enfocado al manejo de los síntomas depresivos y el nivel de autoestima en personas con sobrepeso y obesidad. Para el mismo se emplearon las técnicas de afrontamiento dirigidas hacia la resolución de problemas y la regulación de la emoción.

Entre las técnicas de afrontamiento utilizamos la reestructuración cognitiva, resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales (asertividad, tareas para la casa) y entre las técnicas para la regulación de la emoción utilizamos las técnicas de relajación.

2.3.1. Reestructuración cognitiva.

Beck (1985), indica que se parte de la idea de que el sujeto, a lo largo del desarrollo, ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones, que pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento a nivel

cognitivo que producirá a su vez activación a nivel emocional y a nivel conductual.

“Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos”. (Ruiz Sánchez y Cano Sánchez ,1992: pág. 77).

La reestructuración cognitiva enseña a los pacientes con sobrepeso y obesidad a identificar, poner en tela de juicio y corregir las ideas negativas que a menudo minan sus esfuerzos (Mahan, Scott-Stump, 2001: pág. 548).

Beck (1979), parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (pérdidas). Los significados personales suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (ejemplo: amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellos (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias, haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, de sus circunstancias y del desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva).

Los pensamientos automáticos negativos, a su vez, interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (ejemplo: evitación, descenso de la actividad...), siendo el resultado de esta interacción el “cuadro depresivo”.

Beck (1979), identifica las seis siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. **Leer la mente o inferencia arbitraria:** Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: *“Yo sé que ella está pensando que yo estoy gorda y fea”*:

Es cuando una persona adelanta una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

2. **Sobregeneralización:** Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación. Ejemplo: *“(como me sentí incómodo en esta reunión) quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades”*.

Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar estas conclusiones no relacionadas entre sí.

3. **Magnificar/minimizar:** Cuando usted se evalúa a si mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo. Ejemplo: *“El hecho de que no cumplí con la dieta demuestra que soy un inútil”*.

Se evalúa los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

4. **Personalización:** Cree que los otros tienen una actitud negativa que va dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos. Ejemplo: *“Mi esposo se burla de mí porque yo tengo la culpa”*.

Se refiere a la tendencia excesiva de la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a una persona, sin que exista evidencia para ello.

5. **Pensamiento de tipo “todo o nada:** “(también llamado blanco y negro, polarización o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías, en lugar de considerar toda una gama de posibilidades. Ejemplo: *“Si no estoy delgado, soy un fracasado”*.

Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedio.

6. **Filtro mental:** (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo. Ejemplo: *“Como mi familia es gorda, por eso yo estoy gorda* (aunque existan algunos delgados en la familia)”.

Enfoca y selecciona solo los puntos negativos y no ve los positivos.

Entre otras distorsiones menciona:

- **Pensamiento catastrófico** (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: *“Estaré tan molesto que no podré hacer nada”*.
- **Descalificar o dejar de lado lo positivo:** Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada. Ejemplo: *“Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Solo tuve suerte”*.
- **Razonamiento emocional:** Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno “lo siente” (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario). Ejemplo: *“Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado”*.

- **Catalogar:** Usted se coloca a sí mismo, o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas. Ejemplo: *“Soy un perdedor. Él es un inútil”*.
- **Afirmaciones del tipo “Debo” y “tengo que”** (también llamadas imperativas). Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas. Ejemplo: *“Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo”*.
- **Visión en forma de túnel:** Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación. Ejemplo: *“El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar.”* (Beck J. (2000), p. 152-153).

Beck (1976), ha especificado algunos de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerables a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y la aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.

5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí (citado en: Ruíz Sánchez y Cano Sánchez 1992).

Según Beck (1961) y Ellis (1962), al aplicar el programa se les explican los principios básicos en los que se fundamenta la reestructuración cognitiva. Se indica que la terapia cognitiva plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Se les enseña que la interpretación de una situación, o sea, lo que se piensa de esa situación, más que la propia situación, a menudo influye sobre nuestras emociones, comportamientos y respuestas fisiológicas subsiguientes.

Se establece el diagrama siguiente:



Citado por: Beck, 2000.

Para aplicar el modelo A, B, C, como también, qué son las distorsiones cognitivas, las creencias centrales, los pensamientos automáticos.

La técnica de reestructuración cognitiva se utilizó para enseñarles a afrontar situaciones reales de su vida diaria, ya que es de suma importancia para el manejo del autoconcepto.

“Que el paciente perciba las cosas de una forma inapropiada quizás como resultado de las defensas que operan como rasgo de personalidad o hábitos de pensamientos, que distorsionan las realidades y los ineptos procesos de manejo que generan estas valoraciones. La tarea de la terapia consiste en descubrir esas tendencias cognitivo-motivacionales estables, observar cómo funcionan y tratar de cambiarlas por unas mejores”. (Lazarus, 2000: pág. 276).

2.3.2. Resolución de problemas.

La resolución de problemas es una técnica utilizada por la terapia cognitiva, que tiene por objeto influir sobre el pensamiento, el comportamiento y el estado de ánimo del paciente (Beck, 2000: pág. 235).

Esta técnica incluye cuatro pasos:

1. Definir el problema: se describe el problema, y que pienso de la situación.
2. Solución alternativa: se buscan las formas de solucionar los problemas.
3. Toma de decisión: de la lista de ventajas y desventajas, se elige la mejor opción de acuerdo a cada situación.

4. Se aplica y se evalúa la solución: se trata de los resultados obtenidos con la elección de la alternativa.

Esta técnica tiene como objetivo ayudar a la persona con sobrepeso u obesidad a encontrar alternativas, cuando se le presente un problema con la alimentación que le recomienda nutrición, con la asistencia regular a las citas o cuando alguien se burla de ella, entre otros.

Cuando el paciente afronta una situación que parece excesivamente difícil o abrumadora, como es el caso de los pacientes deprimidos, la programación gradual de actividades suele utilizarse como una técnica de solución de problemas. Este abordaje mediante los pasos sucesivos, combinados con técnicas cognitivas como el interrogatorio socrático y el registro de pensamientos, puede reactivar al paciente y hacer que utilice sus energías de forma más productiva. (Wright y Beck: 1979; pág.1218).

La resolución de problemas es un proceso para definir el problema de consumo de alimentos o de peso generando posibles soluciones, valorar las soluciones y escoger las mejores, poner en prácticas la nueva conducta, sopesar el resultado y evaluar de nuevo soluciones alternativas.

2.3.3. Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad.

Hay momentos en que los problemas pueden deberse a la falta de destreza. Este déficit de habilidades puede ir desde las habilidades profesionales, hasta las habilidades interpersonales o sociales. Muchas veces los pacientes presentan auténticos problemas en situaciones sociales, lo cual significa que no han tenido la oportunidad de aprender o practicar algunas habilidades que les proporcionen seguridad en sí mismos al relacionarse con los demás (Ellis y MacLaren, 2004: pág. 110).

De esta manera consideramos prudente centrarnos en la asertividad.

2.3.3.1. Definición.

La asertividad es una habilidad social que ayuda a comunicar de forma clara y decidida los sentimientos, las necesidades, los deseos y las ideas propias. Es una conducta aprendida y socialmente aceptable que facilita la relación con los otros; contribuye a la consecución de una meta y se desarrolla de acuerdo al contexto social en el que tiene lugar.

Ser asertivo implica:

- Tener una buena autoestima,
- Mostrar seguridad ante las propias posiciones,
- Comunicarse con claridad, y
- Saber el lugar, el tiempo y el espacio en el que hay que decir lo que se piensa (GRUPO OCÉANO, 20002: pág. 116).

La técnica de adiestramiento asertivo o de autoafirmación consiste en una serie de ejercicios que facilitan la autoexpresión del paciente. Por lo general, es muy útil para aquellas personas que en su infancia no aprendieron a mostrar alegría, miedo, enfado dado el caso que sus padres lo castigaban por ello. El terapeuta asume una actitud didáctica: anima al paciente a expresar sus sentimientos y él mismo se ofrece como modelo enseñándole en el consultorio maneras de autoexpresarse e instándole a imitarlo. Cuando el paciente realiza los ejercicios de autoafirmación, el terapeuta lo refuerza positivamente. El paciente reproduce su situación problema y descubre cuál es la mejor forma de autoexpresarse, de modo que aprende a ser asertivo sin llegar a ser agresivo, aprende a expresar sus sentimientos sin ser ofensivo o herir a los demás (Prada, Rafael, 1998: pág. 112-113).

2.3.3.2. Creencias que dificultan la conducta asertiva.

Cada persona tiene, desde la infancia, una serie de convicciones o creencias que influyen de una manera inconsciente en las decisiones y actuaciones diarias. Suelen aparecer como pensamientos automáticos y rápidos que desaparecen sin que se haga evidente su influencia.

El comportamiento no asertivo puede deberse a la influencia de ciertas creencias arraigadas que bloquean la conducta. Estas ideas aunque irracionales, ilógicas y subjetivas, son asumidas profundamente por la persona y actúan sobre la conducta.

Entre los pensamientos que impiden comunicarse con fluidez tenemos:

- Decir lo que quiero es ser egoísta.
- Tengo que ser querido y aceptado por los demás.
- Decir lo que no disgustará a los demás.
- Los demás deberían saber lo que quiero.
- Debo ser competente y hacer las cosas bien.
- La gente mala y despreciable debe recibir su merecido.
- Si digo lo que pienso me quedaré sin amigos.
- Es horrible que las cosas no salgan como quiero.
- No tengo que agobiar a los demás con mis problemas.
- Cambiar de opinión está mal.
- Estamos indefensos.
- Debo estar preocupado y recrearme mucho por si pasa una desgracia.
- No debo hablar de mis sentimientos.
- Es más fácil evitar la acción que afrontar las dificultades.
- Necesito de alguien más fuerte en quien confiar.

(Grupo Océano, 2002:pág. 123).

Entre las técnicas que desarrollamos en el programa están:

- **Cómo aprendemos a superar las críticas:** esta estrategia tiene el objetivo de aumentar la autoestima en personas con sobrepeso y obesidad. (ver sesiones).

- **Aprender a decir No:** es importante para las personas con sobrepeso y obesidad que controlen la ingesta de alimentos. (ver sesiones).

2.3.3.3. Pasos a seguir en el adiestramiento asertivo.

- Análisis funcional detallado de todas las situaciones en que el individuo experimenta dificultades de autoafirmación.
- Se organizan esas situaciones según el grado de ansiedad, y paciente terapeuta imaginan el mayor número de posibilidades de interacción social, respuestas verbales y no verbales, que se puedan dar en cada situación.
- Cuando el aprendizaje ha avanzado, el terapeuta propone al paciente pasar a la acción, en la vida real, comenzando por las conductas que producirían menor ansiedad.
- Como no siempre se acierta y hay pequeños fracasos, el terapeuta ayuda al paciente, lo corrige y le hace ver los posibles errores que en la práctica haya cometido. (Wolpe (1979) citado en (Prada Rafael, 1998:113))

2.3.3.4. Conductas pasivas y agresivas de las personas con sobrepeso u obesidad.

La persona obesa se ocupa en compensar desmedidamente el hecho de ser grotesco. Se siente con poca calidad moral y jurídicamente culpable. Agradece inmensamente cualquier migaja de bondad humana y, de hecho,

anima a los demás a castigarlo, en lugar de esperar recompensa. Por lo tanto si alguien lo trata bien tiene que retribuirle la gratitud por mil (Hollis, 2001: pág. 217).

La pasividad y la agresividad están estrechamente relacionada con los desordenes en el comer.

La pasividad: Una persona pasiva es descrita como alguien callado y tímido que suele retraerse cuando la situación presenta algún riesgo de conflicto. Las personas pasivas se prejuzgan y juzgan a otros: *“tú estas bien, yo no estoy bien”*.

- No quiero que los demás se sientan mal. Si esto sucediera, yo me sentiría incómoda/o.
- Físicamente soy tan grande, que quiero reducir al mínimo las consecuencias que pueda producir.
- No quiero que nadie se sienta incómodo/a por mi culpa.

La pasividad también es una manera sutil y vigorosa de controlar a los demás para que hagan las cosas por ellas. No emplea su potencial esperando hasta que sea lo suficiente fuerte, rica, o delgada. Mientras ella siga siendo rígidamente pasiva y otra persona sea el actor de su vida, ella se ocultará tras la comida.

Sus lamentos son: *"Jamás logro terminar nada". "Ojalá pudiera ayudarte, pero seguramente lo echaría todo a perder". "Qué se puede esperar de una gorda". "No me lo pidas a mí, yo me estoy muriendo de hambre".*

En ocasiones la conducta pasiva puede ser sana y nutritiva. En ocasiones, el hecho de permanecer callado en lugar de explotar puede ser una estrategia ventajosa. Cuando la pasividad se convierte en un único estilo, entonces sí es autodestructiva. En ocasiones, la única manera de callar los lamentos interno es sofocándolos con la comida.

La agresividad: La agresividad brota de los mismos sentimientos equivocados de las personas obesas pasivas, quienes se expresarían así: *"yo estoy bien, tú estas mal"*. Hará todo lo posible por creerlo y hacértelo creer. Tiene que saciarse para ocultar su verdadero miedo. Rechaza, en voz alta, cualquier sentimiento de vulnerabilidad, y muchas veces recurre a los ataques directos, al ridículo personal o al sarcasmo sutil.

Entre sus expresiones: *"Más vale que no te aproveches de mí". "Me la pagarás". "Así que te crees mucho, ¿eh?" "Me gusta mi barriga". "El doctor me dijo que vigilara mi peso, así que lo he puesto donde pueda vigilarlo, ja, ja, ja".*

La agresividad protege. La mejor defensa es una buena ofensiva.

Algunos aspectos de la agresividad sirven para sobrevivir, para superar el miedo y a triunfar en un ambiente competitivo. Contribuye a movilizar la energía que requieren las tareas difíciles (Hollis Judi, 2001:218-221).

2.3.3.5. Aplicando la asertividad en las personas obesas.

La confianza es un plano ideal ni pasivo ni agresivo. Es elegir cuando ser pasivo o cuando ser agresivo. La vida sube y baja y la persona confiada tiene suficiente seguridad en su persona como para esquivar los golpes y adoptar el estilo requerido por la ocasión. La respuesta segura a un conflicto es “Yo estoy bien, tú estas bien. Si existe un problema entre nosotros, podremos resolverlo”.

Una persona segura se ocupa de sus asuntos y toma decisiones en consecuencia. Se convierte en su propio juez, no le importa lo que otros quieren o esperan. Dócil y flexible, te desenvuelves con naturalidad y adquieres vida.

La persona obesa es excesivamente tímida y no aguanta las alabanzas, por lo cual responde a los cumplidos con elaboradas desautorizaciones. Para recuperarte tendrás que aguantar las críticas. Incluso aunque no haya otra persona criticando, tú propio juez está dentro de ti y te la pone difícil. Tienes que aprender a responder con confianza. Este juez interior está contigo todo el tiempo y trabajará horas extras para señalarte tus errores. Cuando le crees a ese juez, a veces recurres a la comida para castigarte.

La abstinencia, al principio, ayuda a dejar a un lado el juez. Quizás no sea perfecto, pero cuando menos estoy siguiendo la dieta que acepté. Mejoraré más adelante. Progreso no perfección.

Cuando te sientas enjuiciado, procura aceptar parte de la crítica que diga la verdad. No tienes que aceptar todos los juicios, solo los que consideres ciertos, por ejemplo, si alguien te dice: *“Realmente eres gorda y fea”*, tú respondes: *estoy pasada de kilos, ¿verdad?* En este momento debes poner punto final, no digas más. Puedes utilizar frases como: *“A lo mejor tengas razón”, “podría ser cierto”, “es probable que tengas razón”, “es factible que así sea”*.

Ejemplos:

Te dicen	Respondes
Te morirás si sigues comiendo así.	Quizás tengas razón.
Nunca lavas los platos.	A veces no lavo los platos.
Probablemente pesas unos 135 kilos.	Puede ser.
Siempre me avergüenzas en público.	A veces te he avergonzado.

Para ocultar el desprecio por ti mismo, evitabas decir que no, por lo que eras objeto de manipulaciones constantes, y, finalmente, te enfurecías. Tú solución era la comida. Ahora puedes recurrir a otras formas para manejar a las personas que te llevan la contraria.

Te dicen	Respondes
• Si me quisieras, me traerías chocolates.	• Sí te quiero, y no quiero traerte chocolates.
• Si fueras buen amigo me prestarías dinero.	• Sí soy buen amigo, y no te prestaré dinero.
• Si me quisieras, dejarías de comer tanto.	• Sí te quiero, y no puedo resolver tú problema.

Al subrayar las *y*, se demuestra que no existe relación entre la primera parte del enunciado y la segunda parte. Para mantener una posición segura, puedes demostrar interés por la opinión de los demás, pero sin que ellos te dominen. Es una línea divisoria muy tenue. Puedes demostrar que estás auténticamente interesado en escuchar a cierta persona, pero que no quieres ser objeto de críticas.

Tú formulas preguntas para que los demás puedan afinar sus comentarios. Pídeles que sean específicos y que definan concretamente su objeto de crítica. Quieres que asuman sus propias críticas.

Ejemplo

Te dicen	¿Cuándo vas a bajar de peso?
Respondes	En realidad no me queda claro por qué piensas que no he intentado bajar de peso. ¿Me puedes explicar más claramente por qué te he decepcionado?.

No hagas tu pregunta de manera que parezca que estás abriendo la puerta a una discusión; hazlo con auténtico interés. Te interesa que ellos asuman claramente su responsabilidad en los juicios que pronuncian sobre ti.

Quieres que la otra persona diga directamente qué piensa. Te gustaría que cambiaran los enunciados de "tú" a enunciados con "yo". Entonces aceptar o rechazar. Gracias por compartir eso. Ahora entiendo tu posición (Hollis Judi, 2001: pág. 222-226).

La asertividad es una habilidad social y para su dominio supone: tener un buen concepto de uno mismo, incluyendo los puntos fuertes y tener presente las propias necesidades; aprender a decir no cuando es necesario; aprender a criticar constructivamente; aceptar las críticas; planificar los mensajes; ser educado cuidando la postura, tono de voz, la serenidad y la expresión; guardar las disculpas para cuando sea necesario; no arrinconar a los demás; no recurrir a las amenazas.

2.4. Entrenamiento en la relajación.

2.4.1. Definición.

La relajación es una técnica para eliminar la tensión con el objetivo de disminuir los síntomas subjetivos, fisiológicos y conductuales de las emociones negativas. Aunque la técnica de Jacobson se originó para el manejo de la ansiedad, se ha comprobado que el efecto que causa en las personas con síntomas depresivos es positivo.

Toda la tensión que significa el intento de controlar la comida repercute en su estado de ánimo. Es muy frecuente que las personas sufran trastornos depresivos. (Enciclopedia de la Psicología, 2005: pág. 88).

En esta población utilizamos el modelo propuesto por T. Carnwath y D. Miller, que se aplica en tres fases que son: la respiración, la relajación muscular de Jacobson y la visualización. (Ver sesiones)

2.4.2. Tareas para la casa.

Las tareas para la casa son parte de la terapia cognitivo-conductual.

“Las tareas para el hogar no son un elemento accesorio, sino que son parte constitutiva de la terapia cognitiva”. (Beck, 2000; pág. 293).

Por medio de las tareas para la casa pretendemos extender las posibilidades de cambios cognitivos y conductuales.

La asignación de tareas, acorde con lo dado en las sesiones, permite que el paciente logre mayores conocimientos, pueda revisar sus pensamientos, sus emociones, sus conductas, pueda poner en práctica la modificación de pensamientos, trabajar en la asertividad, etc.

Beck (2000), nos señala que no hay una fórmula exacta para todos los pacientes sobre las tareas que hay que asignarles, ya que más bien éstas se adaptan a los contenidos de la sesión y a las características del paciente, tales como: si el paciente sabe leer o no, su disposición, su motivación, etc.

Un aspecto importante que permite la probabilidad de aumentar el éxito de las tareas es dar una explicación clara del propósito de éstas al inicio de la sesión y explicar cada tarea claramente, es decir, cómo se hace y por qué se hace. Se pueden hacer ensayos. También es necesario comentar y revisar las tareas para la casa durante las sesiones siguientes a la ejecución. Así mismo se debe recordar a las pacientes la ejecución de dichas tareas.

2.5. La intervención grupal en personas con sobrepeso y obesidad.

En 1905, el Dr. Joseph Pratt, un médico de Boston, reunió todos sus pacientes de tuberculosis para hacer semanalmente intercambios de opiniones en grupo, y encontró que esas sesiones parecían que favorecían un soporte mutuo, aliviaban las depresiones y hacían decrecer la sensación de aislamiento. Moreno, que es considerado como el mejor para desarrollar el psicodrama, fue el primero que utilizó el término “terapia de grupo” en 1920. Los tratamientos en grupo fueron considerados ineficaces hasta la Segunda Guerra Mundial. Las numerosas bajas neuropsiquiátricas a consecuencia de la guerra obligaron a los gobiernos de USA e Inglaterra a encontrar la manera más eficiente y económica de tratar a esos veteranos. Desde entonces, el campo de la terapia de grupo ha

crecido vertiginosamente y actualmente se aplica en diferentes marcos clínicos para variados tipos de problemas.

(http://www.familianova-schola.com/files/terapias_grupo.pdf)

Toda la terapia de grupo tiene el propósito de aliviar enfermedades o preocupaciones/angustias, con la ayuda de un líder/guía cualificado. Lo que distingue el tratamiento en grupo de otros métodos es el uso de la interacción con el grupo como agente para el cambio.

2.5.1. Definición.

Un grupo es la unión de dos o más personas interdependientes, que trabajan para alcanzar objetivos comunes. Es un grupo de personas que interactúan directamente entre sí, unidas por una misma meta, el cual posee un estilo propio de comunicación, una forma específica de tomar decisiones, un determinado grado de cohesión y motivación, y un modo específico de establecer las relaciones interpersonales entre sus miembros, los cuales se caracterizan por:

- Sus componentes comparten una serie de valores que facilitan el desarrollo de su actividad.
- Los miembros del grupo adquieren o amplían habilidades necesarias para realizar el trabajo que les corresponda.
- Las personas que lo forman asumen una serie de normas para que el funcionamiento del grupo sea lo adecuado.

- Los miembros tienen unas metas en comunes.
- Entre los componentes uno se erige en líder con la función de coordinar y facilitar la consecución de los objetivos.

(Grupo Océano, 2002:pág.142).

2.5.2. Tipos de grupos.

Existen diferentes tipos de grupo dependiendo del criterio de clasificación tomado en consideración para establecer las categorías grupales. Una de las tipologías más extendidas es la de Cooley, quien diferencia entre grupos primarios y secundarios.

2.5.2.1. Los grupos primarios.

Son espontáneos que se caracterizan por su cooperación existente entre sus miembros y unas relaciones personales muy estrechas, que favorecen la formación de los ideales sociales de los componentes del grupo.

Se trata de grupos en los que no se mantiene una asociación especializada, sino que se genera por afinidad personal. Están formados por un número reducido de personas que se desarrollan socialmente, afirman su propia identidad y mantienen relaciones íntimas y espontáneas, que favorecen el desarrollo de la autoestima. Estos grupos permiten establecer relaciones interpersonales intensas y de amistad. Los individuos son aceptados como personas y se saben y se sienten parte del grupo. La comunicación es directa, aunque exista cierta separación espacial (Ibíd.: 142).

2.5.2.2. Los grupos secundarios.

Se forman para obtener unas metas comunes. Se trata de una organización artificial, no espontánea, basada en una afinidad de especialización, no personal. Están constituidos por un número amplio de componentes que saben del grupo, pero que no se sienten parte de él y entre los que las interacciones son indirectas. Las relaciones que se establecen en este tipo de grupo son impersonales y están determinadas por las normas y los roles adoptados. Con frecuencia la comunicación en este tipo de grupos precisa intermediarios. (Grupo Océano, 2002: pág. 143).

2.5.3. Características de un grupo.

Existen una serie de características que identifican a los grupos entre las que se pueden destacar las siguientes:

- **Dinamismo:** Los grupos están en continuo movimiento y se constituyen para satisfacer necesidades psicológicas; para conseguir metas inalcanzables de forma individual; para aprender; para estar seguros; para establecer una identidad.
- **Formación del grupo:** Fase inicial que sirve para que los componentes se conozcan y evalúen si pueden cubrir las expectativas de cada miembro. Igualmente, en esta fase cada componente determina el papel que puede desempeñar.
- **Conflicto en el grupo:** Fase de insatisfacción en la que se comparan las expectativas con los logros. Se producen conflictos

internos relacionados con cuestiones interpersonales y de ejecución de las tareas. En esta fase el grupo suele madurar aumentando la responsabilidad grupal, la comunicación, la interdependencia y la cooperación, la toma de decisiones por consenso y un afrontamiento activo ante los problemas.

- Normalización del grupo: Fase en la que este grupo se supera, cohesionándose y desarrollando sentimientos positivos hacia el resto de los componentes.
- Ejecución de las tareas: Fase posterior a la resolución de problemas. Los miembros de grupo flexibilizan sus posturas y trabajan para la consecución de sus metas establecidas.
- Disolución del grupo: Fase final que tiene un grupo cuando se cumplen los objetivos para los que el grupo se creó. Puede darse también el caso de que prosiga con nuevas metas e incorporando algunos cambios que posibiliten el ajuste a los nuevos objetivos.
- Cohesión: La vinculación entre los componentes del grupo aumenta por el trabajo realizado para la consecución de una meta común y por las simpatías y vivencias positivas que estrechan los lazos sociales entre ellos. Una de las vías más importantes para la cohesión del grupo es la atracción interpersonal espontánea; la actitud positiva experimentada por una persona respecto a otra, tanto en lo referente a la atracción personal como lo social. Es importante establecer estrategias y mecanismos que favorezcan la

cohesión del grupo, potenciando la interdependencia o el sentimiento de identidad social común. Cuando el grupo tiene unos vínculos fuertemente consolidados, su rendimiento es óptimo.

- Comunicación: Sin el intercambio consciente o inconsciente de ideas, las actitudes, sentimientos, e incluso de posturas corporales, no es posible conformar un grupo. Entender al otro, interactuar con él y hacerle comprender los mensajes (Grupo Océano, 2002: 143-145).

El tipo de grupo y sus características determinan las diferentes relaciones que se establecen entre sus componentes.

2.5.4. Ventajas del trabajo en grupo.

Ellis (1998), nos señala que el trabajo terapéutico en grupo tiene las siguientes ventajas:

- Cuando surgen los pensamientos absolutistas o disfuncionales. Por la similitud del problema, pueden ayudarse con la lista de alternativas para encontrar la solución.
- Cuando hay pensamientos disfuncionales, favorece el debate para contradecir y atacar esas condiciones, porque hay más opiniones.
- Las tareas presentadas en grupo los puede estimular.
- Los métodos de modificación de conducta como el modelado, ensayos conductuales y los reforzamientos son muy eficaces en grupo.

- Los pacientes se dan cuenta de que no son los únicos que tienen problemas con sus pensamientos; de esta forma se evita la autocondena.
- Favorece la retroalimentación positiva.
- Los individuos pueden observar el progreso de los miembros del grupo, lo cual incrementa las expectativas de cada persona ante determinado problema y sirven de modelo para el aprendizaje de estilos y estrategias de trabajo (Bethancourt y Madrid, 2004).

2.5.5. Costo, eficacia y eficiencia de la terapia de grupo.

La relación coste – eficacia fue estudiada por Alfred Adler que estaba interesado en las teorías del comportamiento de grupos y del interés social. Es importante señalar que la terapia de grupo es eficaz, su costo es menor en comparación con la terapia individual, ya que los grupos pueden ser hasta de 30 participantes (DSM IV, 2001: pág. 1474).

2.6. Tratamiento psicológico del sobrepeso y la obesidad.

Se ha utilizado una variedad de terapias psicológicas individuales y grupales en tratamientos para la pérdida de peso. La terapia conductual y la terapia cognitivo conductual parecen ser las terapias psicológicas de elección, ya que se ha demostrado que facilitan el mejor mantenimiento de la pérdida de peso que otras terapias. Las terapias conductuales parecen funcionar, principalmente, al mejorar la restricción dietética, pues proporcionan estrategias

alimentarias adaptativas y desalientan las prácticas alimenticias no adaptables, y al aumentar la motivación para ser físicamente más activo. La terapia procura proporcionar al individuo habilidades para manejar diversas señales de alimentación excesiva y corregir errores en el régimen dietético y de actividad física, cuando éstos ocurren. Las técnicas terapéuticas derivadas de la psicología conductual incluyen control de estímulos, establecimiento de objetivos y automonitorización. Se han usado durante algún tiempo como complemento para el tratamiento de problemas de peso.

Cuando las técnicas cognitivas se agregan a la terapia conductual, éstas parecen mejorar el éxito del programa y reducir la recuperación de peso (Cooper 2001). Estas estrategias tienen como finalidad identificar y modificar los modelos de pensamiento y estados de ánimo aversivos para facilitar la pérdida de peso (Wilson 1999). Es cada vez mayor el interés en emplear la terapia cognitivo conductual para lograr pérdidas de peso más moderadas y sostenibles y un mejor bienestar psicológico.

También se investigaron en el tratamiento de obesidad, con éxito variado, las terapias psicodinámicas (terapias basadas en la idea de que los problemas provienen de conflictos internos escondidos, p.ej., el psicoanálisis), las terapias humanísticas (terapias que se centran en ayudar a los pacientes a hallar el significado de sus vidas y a vivir de forma coherente con sus propios valores y rasgos, por ejemplo el tratamiento centrado en la persona) y las terapias de grupo (Baron, 1998).

Los tratamientos de grupo para la obesidad combinan terapia y educación. Se usan ampliamente en programas comerciales y en programas de autoayuda. Los tratamientos de grupo en general no promueven la exploración profunda de los problemas psicológicos. En cambio utilizan el apoyo social, la solución de problemas, e imparten información y estímulo para facilitar la pérdida de peso (Hayaki 1996). Existe escasa investigación sobre los procesos grupales y la puesta a prueba sobre si las intervenciones de grupo son más o menos efectivas que el tratamiento individual (Hayaki 1996).

Cuatro revisiones sistemáticas que examinaron la efectividad de la terapia conductual, han demostrado que las técnicas de terapia conductual, en combinación con otros enfoques para la pérdida de peso (régimen dietético o ejercicio), mejoran la pérdida de peso (Douketis 1999, NHMRC 2003; NIH 1998; NHS CRD, 1997).

Con una obesidad grave se indica tratamiento farmacológico y cirugía; en la obesidad moderada se indica la modificación de la dieta y del comportamiento y, si es necesario, medicamentos; y en la obesidad leve, modificación de la dieta y del comportamiento (Manual Merck, 1996, págs. 1104).

Las dietas han de realizarse siempre bajo control médico y después de hacer un estudio individualizado de cada caso. La terapia grupal, es decir, el apoyo de otras personas con el mismo problema, en el caso de la obesidad, ha demostrado ser muy efectiva. (Enciclopedia de la psicología, 2005: vol. 1, p. 78).

apoyo de otras personas con el mismo problema, en el caso de la obesidad, ha demostrado ser muy efectiva. (Enciclopedia de la psicología, 2005: vol. 1, p. 78).

Toda la tensión que significa el intento de controlar la comida repercute en su estado de ánimo. Es muy frecuente que las personas sufran trastornos depresivos. (Enciclopedia de la psicología, 2005: vol. 1, p. 88)

Para Wadden y Sarwer (1998), la modificación del estilo de vida se basa en el análisis del comportamiento para identificar eventos que estén asociados con el consumo de alimentos, el ejercicio o los hábitos de pensamiento inapropiado y apropiado. Se deben analizar antecedentes, conductas y consecuencias para determinar cómo modificar la situación. El tratamiento incluye los autorregistros diarios del lugar y horario de consumo de alimentos, así como las ideas y sentimientos acompañantes; ayuda a identificar las circunstancias físicas y emocionales en las cuales ocurre el consumo de alimentos. También proporciona retroalimentación sobre el progreso y orienta la responsabilidad para el cambio y el logro hacia el paciente. La autovigilancia también brinda datos claves con respecto a la presentación de recaídas y sentimientos de culpa repetitivos y cómo se previenen.

La resolución de problemas es un proceso para definir el problema de consumo de alimentos o de peso y generar posibles soluciones; valorar las soluciones y escoger las mejores; poner en prácticas la nueva conducta; sopesar el resultado y evaluar de nuevo soluciones alternativas.

El control de estímulos implica la modificación de las series o cadenas de sucesos que preceden al consumo de alimentos, las clases de alimentos que se consumen cuando se come y las consecuencias de comer.

La reestructuración cognitiva enseña a los pacientes a identificar, poner en tela de juicio y corregir las ideas negativas que a menudo minan sus esfuerzos. (Mahan, Escott-Stump, 2001; p. 548).

Debido a que el manejo del sobrepeso y la obesidad debe ser integral, la Norma Oficial Mexicana señala que el médico es el responsable del manejo integral; el nutriólogo, del nutricio; y el psicólogo, del psicológico. Debe incluir asesoría, restricción energética, terapia conductual y actividad física.

El tratamiento más eficaz para la obesidad leve o sobrepeso, hasta la fecha, consiste en la modificación de la conducta en grupos, dieta equilibrada y ejercicio.

Para la obesidad moderada, es necesario una dieta con bajo contenido de proteínas supervisada por el médico más la modificación de conducta. Es necesario un análisis conductual para iniciar un programa adecuado de la modificación de conducta. Se analizan los antecedentes de la conducta alimentaria, la propia conducta, las consecuencias de esta y los refuerzos necesarios para cumplir con varias conductas preestablecidas. Los programas

de tratamiento conductual incluyen autocontrol, educación nutricional, actividad física estructuración cognitiva.

La mayoría de las personas con sobrepeso u obesidad, que son referidas de medicina general para recibir atención nutricional, experimentan malestar psicológico que podría ser causado por temor a no cumplir con la dieta propuesta. Esta resistencia hacia las dietas la pudimos observar en nuestra muestra, ya que consideran que es muy difícil llevar un plan de dieta, porque siempre recaen en lo mismo y además la situación económica y cultural nuestra es una desventaja.

En cuanto a los fármacos, solo existe un estudio realizado por Weintraub, (1992); que duró cinco años. En El National Task Force on the prevention and treatment of Obesity (1996), revisé todos los informes de cada caso en la lengua inglesa en que la obesidad humana se trata con fármacos administrados durante 24 semanas como mínimo. El comité elaborador encontró que la pérdida de peso neta atribuible al uso de medicación era modesta, oscilando de 2 a 10 kg. La pérdida de peso tiende a alcanzar un máximo a los 6 meses. Muchos efectos adversos son leves y autolimitados, si bien se ha encontrado algunos efectos graves, como hipertensión pulmonar. La conclusión es que la farmacoterapia para la obesidad, cuando se combina con métodos conductuales apropiados para cambiar el tipo de dieta y la cantidad de actividad física, ayuda a algunos pacientes obesos a perder peso y a mantener la pérdida durante al

menos un año, recomiendan que hasta que haya más datos la farmacoterapia no debe darse como rutinario a los pacientes, pues solo resulta cuando selecciona bien a los individuos.

En nuestra población, algunas de las personas indican que, en muchas ocasiones, consumieron fármacos para bajar de peso, pero el rebote de dicho peso no se hacía esperar una vez que dejaban el consumo de los fármacos. Considero que a esta población al igual que el resto de los/as pacientes con sobrepeso u obesidad, le hacía falta la atención psicológica para trabajar esa resistencia hacia las dietas, y el temor al rebote después de los fármacos; al cambiarles el esquema de pensamientos negativos y disfuncionales, se cambia el enfoque hacia esta problemática, por lo tanto, mejoran su salud en general.

La obesidad grave se trata con mayor eficacia por medio de procedimientos quirúrgicos que reducen el tamaño del estómago (DSM IV, 2001: 1003). En nuestro país, se realizan diferentes procedimientos quirúrgicos, a nivel médico, los cuales son eficaces, pero es fundamental el trabajo en equipo para evitar los efectos psicológicos que desencadenan en estas personas.

Presento un resumen de *La energía: el combustible de la excelencia*, capítulo 10 del libro *Poder sin límites*, que se enfoca en el cambio de actitud sin sufrimientos psicológicos aplicables desde el punto de vista cognitivo conductual.

Robbins (2010), nos señala que influir sobre la fisiología consiste en cambiar la manera de utilizar el sistema de pensamientos y el sistema muscular; se puede modificar todo, desde la manera de procesar las representaciones mentales internas hasta la postura, las expresiones faciales, la respiración.

Las bases de la fisiología: lo que usted come y bebe, y cómo respira. Él estableció un programa de sesenta días saludables, libre de dietas, aplicando seis claves desde el poder gobernar el cerebro como menciona Wiliams Shakespeare en su pensamiento: Nada es tan bueno ni tan malo, es su pensamiento lo que lo hace tal. Entre las seis claves menciona: el poder de la respiración, comer alimentos abundantes en agua (frutas, verduras y legumbres), combinación eficaz de los alimentos, aplique la ley del consumo controlado reduciendo la ración, consuma frutas en ayuno y acabe con el mito de las proteínas.

Igualmente, menciona que la calidad de nuestra fisiología afecta nuestras percepciones y nuestra conducta. No hay que dejarse llevar de los antojos, son representaciones internas determinadas. Las cosas no ocurren porque sí. Todo efecto responde a una causa. Puede cambiar lo que piensa sobre el antojo o puede reemplazarlo por otro antojo, pensando de la misma manera que piensa en lo que más le gusta.

CAPÍTULO III
ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1. Formulación del problema

Por la literatura consultada se considera prudente formular el problema de investigación de la siguiente manera: ¿Qué efecto tendrá un programa cognitivo conductual grupal sobre los niveles de depresión y autoestima que reflejan los colaboradores con sobrepeso y obesidad del Departamento de Odontología de la CSS de Santiago?

3. 2. Justificación del problema.

Tomando en cuenta que los problemas psicológicos como la depresión, la ansiedad, la autoestima son producto, en muchas ocasiones, de algún padecimiento sistémico que presenta el o la paciente, y estos padecimientos sistémicos son productos de malos hábitos alimentarios, la falta de ejercicios y la genética; considero de suma importancia detectar los niveles de depresión y autoestima en la población con sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define obesidad como el índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m^2 y el sobrepeso igual o superior a 25 kg/m^2 .

La obesidad forma parte del síndrome metabólico, por tanto, es un factor de riesgo conocido, es decir, predispone para varias enfermedades, particularmente, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, osteoartritis, así como algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos, gastrointestinales y, por ende, psicológicos.

Son muchas las investigaciones que hacen énfasis en que el manejo del sobrepeso y la obesidad depende, en gran medida, del comportamiento de quien la padece, por lo tanto, es un problema psicológico. Los problemas psicológicos se asocian con los bajos niveles de autoestima o la autoestima inflada que podemos encontrar en esta población, además, de una culpa generalizada que desencadena en depresión.

Un programa cognitivo conductual sería ideal para cambiar ese esquema mental que perturba a quien padece sobrepeso y obesidad, mejorando sus niveles de depresión y autoestima; la persona podría ser más consciente de aceptar la atención por el equipo de nutrición, la cual comprende una dieta adecuada y ejercicios físicos. Además, en este programa aprenderían a modificar sus pensamientos negativos, con algunos conocimientos básicos para mejorar su condición de salud y mantener un estilo de vida saludable.

Los costos estatales y personales en nuestro país son relevantes, considerando que son el quinto factor de mortalidad en el mundo. Aquí en Panamá, existen pocos estudios relacionados, aunque la Encuesta del Nivel de Vida (ENV) del 2003 reportó, según el IMC, 33.6% de sobrepeso y 18.3% de obesidad, observándose un mayor porcentaje en adultos 50 a 59 años. La obesidad es mayor en mujeres (21.8%) que en hombres (14.4%). Esta encuesta también estableció que el 39.3% de las mujeres embarazadas estaban sobrepeso. Comparando la ENV 1982 con la ENV 2003, la prevalencia de

obesidad en adultos aumentó significativamente de 3.8 a 14.4% en hombres y de 7.6 a 21.8% en mujeres. (<http://190.34.154.88/obesidad/ninosadultos.html>).

La literatura consultada sugiere que el sobrepeso es una condición de riesgo con origen multifactorial: genéticos, ambientales y patogénicos. Los factores psicológicos son de suma importancia en estas personas, las críticas de otras personas invaden sus pensamientos lo cual empeora su condición.

Una autoestima elevada aporta equilibrio personal, mientras que la baja autoestima causa mayor vulnerabilidad emocional, lo que puede llevar al paciente a desarrollar conductas que perjudican su salud como la obesidad y todos sus desencadenantes (*Dr. Ribeiro, 1997.68*).

Según plantea la psicóloga clínica Silvia Rusek en un artículo publicado en internet, la autoestima inflada afecta la toma de decisión de una persona con respecto a su imagen corporal, haciendo que la misma se distorsione y no se preste atención a los errores que se comenten, pues se creen perfectos; además, esto no les permite responsabilizarse de sus conductas, y sus estados de ánimo pueden variar, ya que su seguridad está basada en una imagen falsa (<http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-inflada.html>).

La falsa autoestima es un apego enfermizo a los logros, a la herencia familiar al trabajo, al aspecto físico, a las posesiones, a las personas y a todo

aquello que puede perderse de un día a otro y se lleva consigo la falsa sensación de seguridad. En estos casos la crítica más simple de cualquier persona destruye esta falsa autoestima que luego se construye en el egoísmo, la envidia, el orgullo, la ira y la intolerancia. Esto indicaría que si te sientes bien en tu trabajo, te esfuerzas por ser cada día mejor y disfrutas lo que haces entonces estas en tú estado natural de felicidad, pero si un día tu jefe te dice que eres un incompetente por no haber terminado tu trabajo y te pasas semanas deprimido por la mala actitud y falta de reconocimiento de tus superiores, entonces tú autoestima es falsa y no tiene fundamentos, es como decir: “Me amo y me acepto si me va bien” y “si me va mal me deprimó y odio mi existencia”. (jelmi.net/autoestimatotal.pdf :33).

Un programa cognitivo conductual grupal sería lo indicado en esta población, ya que se trata de una intervención que enseña a la persona a identificar sus pensamientos disfuncionales, reemplazándolos por otros que le permiten mejorar su estado depresivo y mejorar su autopercepción, aceptando, entonces, un tratamiento para bajar de peso con disposición.

3.3. Planteamiento de objetivos.

3.3.1. Objetivos generales.

- Conocer el efecto de la terapia cognitivo conductual en los niveles de depresión y autoestima en personas con sobrepeso u obesidad en la CSS de Santiago.

- Reconocer la importancia de la terapia cognitiva conductual en su aplicación grupal.

3.3.2. Objetivos específicos.

- Evaluar el nivel de depresión y autoestima en personas con sobrepeso u obesidad.
- Reducir el nivel de depresión en personas con sobrepeso u obesidad.
- Mejorar los niveles de autoestima en personas con sobrepeso u obesidad.
- Comparar los resultados del pretest con el posttest de depresión y autoestima al final del tratamiento.

3.4. Población y muestra.

Nuestra población objeto de estudio está constituida por colaboradores del Departamento de Odontología de la Policlínica Doctor Horacio Díaz Gómez de la ciudad de Santiago, que hubiesen asistido a nutrición o sido referidas por presentar sobrepeso u obesidad.

Se aplicó la entrevista clínica conductual de Fernández y Staats (1992), a 23 personas del Departamento de Odontología, una de Laboratorio y una del Departamento de Aseo. De las 25 personas entrevistadas, nueve acudían a nutrición y 16 habían sido referidas por el Departamento de Salud Ocupacional.

Se solicitó el IMC para el diagnóstico de sobrepeso u obesidad a cada participante. Posteriormente, aplicamos el Test de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión a 20 personas, de las cuales seleccionamos 14, solo 11 completaron el tratamiento cognitivo conductual grupal. Estas no estaban recibiendo atención psicológica, ni psiquiátrica y no estaban tomando ningún psicofármaco.

Nuestra muestra no aleatoria fue representada por 11 personas con sobrepeso u obesidad, con síntomas depresivos.

3.5. Tipo y diseño de la investigación.

3.5.1. Estudio explicativo.

Este tipo de estudio se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas. (Hernández, Sampieri y otros, 1998:66). Evalúa si un tratamiento es efectivo o beneficioso para los sujetos del grupo.

Un estudio explicativo busca contestar por qué sucede determinado fenómeno, cual es la causa o el factor de riesgo. Estos estudios buscan la asociación o correlación causal entre las variables. Usualmente, un cambio en la magnitud de una de ellas está relacionada con un cambio en la otra variable, que puede ser un aumento o una disminución (Pineda, Alvarado y H.de Canales, 1994:84).

3.5.2. Diseño pre-experimental.

El diseño es pre- experimental, porque la selección de la muestra no se da al azar, y no hay grupo de comparación aunque se manipula la variable independiente para ver su efecto. Se controlan algunas variables externas (no estaban recibiendo atención psicológica ni psiquiátrica y no estaban consumiendo psicofármacos, todos profesionales de la salud, con estabilidad laboral permanente y salario escalonado). Se utiliza este diseño con pre-prueba y post-prueba, donde a un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental; después se le administra el tratamiento y, finalmente, se le aplica una prueba posterior al tratamiento (*Hernández, Fernández y Baptista, 1998:136*).

Diagrama:

G **O₁** **X** **O₂**

G: Grupo que recibe el tratamiento.

O₁: Pre-test

X: Tratamiento

O₂: Pos-test

Entre las ventajas de estos diseños es que hay un punto de referencia inicial para ver el nivel que tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo (tratamiento cognitivo conductual). Sin embargo, no hay grupo de

comparación y, además, varias fuentes de invalidación interna pueden actuar (Hernández, Fernández y Baptista, 1998: 136).

Los problemas de este diseño son la validez interna y externa que se ven afectadas por la forma no aleatoria de la selección de los sujetos. Quien investiga considera las características o variables que puedan estar relacionadas con las variables estudiadas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998: 169).

En un muestreo no probabilístico de tipo intencional, quien investiga decide, según los objetivos, los elementos que integrarán la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que se desea conocer. Quien investiga conoce la población y sus características (Pineda, Alvarado y H. de Canales, 1994:119).

Según la literatura lo ideal es realizar investigaciones de tipo experimental propiamente dichas, pero con esta modalidad pre experimental, si se utilizan los resultados con precaución, no deja de ser valioso, porque podemos evaluar si el tratamiento causó un efecto positivo en los sujetos.

Entre las limitaciones que se nos presentaron en la selección no aleatoria después de presentar el anteproyecto tenemos:

- La población la representaba el grupo de sobrepeso, que atiende el Programa de Salud de Adultos de la P. H. D .G, pero por remodelación de la instalación los programas fueron parcialmente

suspendidos, por lo tanto, decidimos elegir otra población con características similares (personas con sobrepeso u obesidad), cuya población fue representada por los colaboradores del Departamento de Odontología

- La solicitud del visto bueno para la revisión de las historias clínicas fue negada, por lo tanto, no contamos con los datos exactos de cuando habían sido referidos/as, si se habían atendido en nutrición y si cumplían o no la dieta, entre otros aspectos que son fundamentales en la evaluación psicológica.
- El espacio físico para las entrevistas no era el adecuado; además, la entrevista elegida es bastante extensa y fueron aplicadas en tiempo extra a la jornada laboral.

3.6. Formulación de las hipótesis.

3.6.1. Hipótesis conceptual.

Hipótesis 1: El tratamiento cognitivo conductual grupal mejora los niveles de autoestima que presentan las personas con sobrepeso u obesidad.

Hipótesis 2: El tratamiento cognitivo conductual grupal disminuye los niveles de depresión total que presentan las personas con sobrepeso u obesidad.

Hipótesis 3: El tratamiento cognitivo conductual grupal disminuye los niveles de humor depresivo que presentan las personas con sobrepeso y obesidad.

Hipótesis 4: El tratamiento cognitivo conductual grupal disminuye los niveles de anergia que presentan las personas con sobrepeso u obesidad.

Hipótesis 5: El tratamiento cognitivo conductual grupal disminuye los niveles de discomunicación que presentan las personas con sobrepeso u obesidad.

Hipótesis 6: El tratamiento cognitivo conductual disminuye los niveles de ritmopatía que presentan las personas con sobrepeso u obesidad.

Observación: Para todas las hipótesis de investigación planteadas existe su correspondiente H_0 las cuales presentan la no diferencia significativa entre la pre y post medición de las variables implicadas.

3.6.2. Hipótesis estadística.

Hipótesis estadística 1: Autoestima

$H_0: \mu_D \geq \mu_A$ El grupo presentará igual o menor nivel de autoestima después de haber recibido el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_1: \mu_D < \mu_A$ El grupo presentará mayor nivel de autoestima después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl.}; t_c = -1.812$$

$\alpha = 0.05$ a una cola

Se rechaza la **H_0** si **$t_o < t_c$**

Hipótesis estadística 2: Depresión total

$H_0: \mu_D \leq \mu_A$ El nivel de depresión total será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_2: \mu_D > \mu_A$ El nivel de depresión total será menor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl}; t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la **H₀** si $t_o > t_c$

Hipótesis estadística 3: Humor depresivo

H₀: $\mu_D \leq \mu_A$ El nivel de humor depresivo será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

H₃: $\mu_D > \mu_A$ Los niveles de humor depresivo serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl}; t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la **H₀** si $t_o > t_c$

Hipótesis estadística 4: Anergia

H₀: $\mu_D \leq \mu_A$ El nivel de anergia será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_4: \mu_D > \mu_A$ Los niveles de anergia serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl}; t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la **H_0** si **$t_o > t_c$**

Hipótesis estadística 5: Discomunicación

$H_0: \mu_D \leq \mu_A$ El nivel de discomunicación será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_5: \mu_D > \mu_A$ Los niveles de discomunicación serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \text{ gl}; t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la **H_0** si **$t_o > t_c$**

Hipótesis estadística 6: Ritmopatía

$H_0: \mu_D \leq \mu_A$ El nivel de ritmopatía será igual o mayor después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

$H_6: \mu_D > \mu_A$ Los niveles de ritmopatía serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

El punto de corte y la regla de decisión son:

$$gl = n - 1 = 11 - 1 = 10 \quad gl; t_c = 1.812$$

$$\alpha = 0.05 \text{ a una cola}$$

Se rechaza la **H_0** si **$t_o > t_c$** .

3.7. Definición de las variables: independientes y dependientes.

3.7.1. Variable independiente: programa cognitivo conductual.

3.7.1.1. Definición conceptual.

Programa cognitivo-conductual: Es un tratamiento que emplea un conjunto de técnicas para ayudar al paciente a desaparecer una conducta desadaptativa e inhibir estados indeseados (*Hales, Yudolsky y Talbott, 2000; p. 183*).

Es un tratamiento basado en el modelo de Beck, el cual asume que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento,

que influye en el estado de ánimo y en la conducta del paciente. (Beck, 2000:17).

3.7.1.2. Definición operacional.

Cumplimiento de la totalidad de las sesiones proporcionales con el enfoque cognitivo conductual. Este programa cognitivo-conductual tiene como objetivo lograr que el paciente aprenda a identificar las distorsiones cognitivas y modificarlas para disminuir el nivel de depresión y equilibrar el nivel de autoestima.

Se utilizan las siguientes técnicas: La reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, técnicas y entrenamiento en habilidades sociales; aplicadas en 12 sesiones durante tres meses.

3.7.2. Variables dependientes: depresión y autoestima.

3.7.2.1. Definición conceptual de las variables dependientes.

- **Depresión:** Es un trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesto de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y una reducción de la actividad social. (Diccionario de psicología, 2005:57).

- **Autoestima:** Es el conjunto de sentimientos que uno tiene acerca del mayor o menor valor de su propia persona. La autoestima elevada aporta equilibrio personal, mientras que la escasa autoestima provoca mayor vulnerabilidad emocional. (*Diccionario de psicología, 2005:26*).

3.7.2.2. Definición operacional de las variables dependientes.

Depresión: Puntuación obtenida en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión CET-DE.

El CET-DE es un instrumento heteroadministrativo que registra la presencia de los síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones: dimensión I (humor depresivo), 21 ítems; dimensión II (anergia), 14 ítems; dimensión III (discomunicación), 14 ítems; dimensión IV (ritmopatía), 14 ítems.

Los niveles de depresión según la puntuación directa de 32 o más son altos, entre 12 y 31 son moderados e inferior a 12 son bajos (Martínez, Edna 2007)

Autoestima: Puntuación obtenida en el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1975), creado por el Dr. Stanley Coopersmith, en su versión para adultos, consta de 25 reactivos con opciones de respuestas dicotómicas de “sí me describe”, “no me describe”. La calificación es de un punto para cada ítem

con connotación de alta autoestima, multiplicando el total por cuatro para obtener el rango de autoestima (Candanedo, G., 1995: 49).

Los niveles de autoestima según la puntuación directa de 75 o más son altos, 25 a 75 son medios y menos de 25 son bajos (Candanedo, G., 1995: 66).

3.8. Instrumentos y técnicas de medición.

3.8.1. Consentimiento informado.

Se le explicó el objetivo del programa como proyecto de tesis, el tratamiento y de acuerdo con lo establecido cumpliendo con los aspectos éticos y legales, se les solicita la autorización por escrito para las intervenciones diagnósticas y terapéuticas (ver anexos # 1).

3.8.2. La entrevista conductual estructurada de Fernández Ballesteros y Staats.

Se basa en el modelo teórico propuesto por Staats a lo largo de su extensa producción y desarrollado por Fernández-Ballesteros y Staats (1992). El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo. Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. ¿Cuándo comenzaron los síntomas, cuánto han durado, qué tan serios son? Si el paciente los ha tenido antes, investigar si los síntomas fueron tratados y qué tratamiento se dio, debe preguntar acerca del

uso de alcohol y drogas y si el paciente tiene pensamientos de muerte o suicidio. Además, la entrevista debe incluir preguntas sobre otros miembros de la familia. ¿Algún pariente ha tenido depresión y, si fue tratado, qué tratamientos recibió y qué tratamientos fueron efectivos?

Esta entrevista reúne las características como parte de la evaluación psicológica (Fernandez-Ballesteros y Staats, 1992), (Ver anexos # 2).

3.8.3. El Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE)

Es un instrumento que registra la presencia de los síntomas depresivos distribuidos en cuatro dimensiones, citadas en el manual de la prueba por: Francisco Alonso-Fernández, 1998 y revisadas a continuación:

1. **Dimensión I (humor depresivo):** El núcleo del humor depresivo, estado de ánimo, por cierto, cualitativamente distinto de la tristeza, si bien la tristeza puede formar parte de su constelación afectiva, está formado por el dolor moral o dolor de vivir, donde la vida resulta una pesada carga, acompañada con frecuencia de una especie de desesperanza, anhedonia, y autosubestimación, ilustrado con alegorías de culpa o insuficiencia económica y un cortejo de sentimientos corporales difusos y sobre todo localizados.

Los elementos corporales implicados en el humor depresivo, tales como: opresión dolorosa precordial, hormigueos en la cabeza, pesadez de todo el cuerpo, entre otros, no deben interpretarse como somatizaciones, es decir, como una especie de elaboraciones somáticas secundarias a la alteración psíquica, ni tampoco como equivalentes depresivos, sino como auténticas manifestaciones depresivas primarias.

- **Dimensión II (Anergia):** Incluye no solo los datos objetivos propios de la inhibición psicomotora, sino al modo de vivencias y vivir la misma inhibición psicomotora, lo cual corresponde, sobre todo, a experiencias identificadas como “aburrimiento, desinterés, apatía y vaciamiento mental”.

La experiencia de apatía, desinterés o aburrimiento, tan frecuente entre los depresivos, corresponde a la forma de vivenciar o experimentar la lentificación psíquica y la inhibición psicomotora. La sensación al vaciamiento o petrificación mental, tampoco nada rara entre los depresivos, refleja cómo vive el enfermo el grado intenso del mismo trastorno.

- **Dimensión III (Discomunicación):** Casi sinónimo de falta de sociabilidad, se refleja en forma de un empobrecimiento de la comunicación y la metacomunicación, acompañado de trastornos cualitativos, entre los que destacan la abundancia de mensajes

paradójicos o contradictorios y se exterioriza a lo largo de la recepción y la emisión jerarquizada en varios niveles: *el sensoriomotor* (disminución de la captación sensorial y de la mentalidad expresiva), *el cognitivo* (descenso de la capacidad de comprensión y del lenguaje discursivo), *el afectivo* (bloqueo de los lazos afectivos o desarrollo de desconfianza, celos, etc.) y *el espacial* (alejamiento de la realidad exterior).

La clave general de la discomunicación depresiva reside en la introversión, originada por la pérdida de la capacidad de sintonización, en complicidad con la ruptura de la lógica comunicacional y la asociación de sentimientos de desconfianza e irritabilidad y un comportamiento inadecuado, presidido por la tendencia a alejarse excesivamente de los demás.

- **Dimensión IV (Ritmopatías):** El despliegue de esta dimensión se extiende por los ritmos biológicos y los psicológicos, los ritmos de regulación individual y los de regulación psicosocial.

Asumimos la idea de que el sueño lento y el sueño paradójico son ritmos distintos. En tanto que el sueño lento forma parte del ritmo vigilia-sueño, el sueño paradójico está íntimamente ligado a la temperatura corporal y a la secreción de ciertas hormonas (sobre todo cortisol y ACTH). Ambos dependen, asimismo, de reguladores internos distintos. El desfasamiento o

desincronización entre ellos, definido como un avance del sueño paradójico y un retardo del sueño lento, constituye el marcador biológico de depresión que hoy es más significativo. Por ello, todo intento de adelantar el ritmo vigilia-sueño lento para que se aproxime a la fase demasiado avanzada del sueño paradójico, suele implicar efectos antidepresivos.

El exagerado avance de la fase del sueño paradójico, frecuente en los cuadros depresivos, no sólo se manifiesta por su presentación precoz a lo largo del sueño nocturno, sino por la esporádica aparición, durante el día, en estos enfermos, de momentos de ensueño, acompañados de representaciones visuales. Por otra parte, las fuertes oscilaciones circadianas del estado subjetivo o del comportamiento, constituyen una de las manifestaciones más representativas de la ritmopatía depresiva en el campo psíquico.

En la serie de las alteraciones hormonales propias de los depresivos, distribuidos en trastornos basales, reactivos y rítmicos, los datos semiológicos, hoy por hoy más significativos e interesantes, corresponden precisamente a los trastornos rítmicos cardíacos.

Evaluación:

Sobre las puntuaciones, conviene precisar las nociones de puntuación directa, ponderada y total.

La puntuación directa de cada dimensión es el resultado de sumar los puntos obtenidos en todos sus correspondientes ítems. *La puntuación ponderada* es igual a la puntuación directa en las dimensiones II, III y IV y se obtiene en la dimensión I mediante la multiplicación de la puntuación directa por 0.66, con lo que se reduce a un tercio, ya que su número de ítems desborda al de las otras dimensiones, precisamente en un tercio (la dimensión I tiene 21 ítems y cada uno de los otros, 14 ítems). *La puntuación total media* se refiere a la suma de los puntos ponderados en las cuatro dimensiones divididas por cuatro.

Una puntuación ponderada igual o superior a 32 puntos, en una o varias dimensiones, se valora como un probable diagnóstico de depresión; una puntuación inferior a 32 puntos en las cuatro dimensiones significa la probable exclusión del diagnóstico de depresión.

Establecimos, entonces, que una puntuación ponderada de 32 o más es alta, entre 12 y 31 es moderada e inferior a 12 es baja.

El tipo clínico dimensional se establece automáticamente a partir de las dimensiones que hayan alcanzado una puntuación depresiva. Así, por ejemplo, si la puntuación es igual o superior en las cuatro dimensiones, se trataría de un tipo tetradimensional. Si sólo llegan a esa puntuación las dimensiones II y III, hablaríamos de un tipo bidimensional II – III.

Validez y fiabilidad

Las distintas cifras alcanzadas por el valor productivo diagnóstico del CET-DE son excelentes en lo que se refiere a sensibilidad (86%), especificidad (100%), valor predictivo positivo y negativo con relación a sujetos no enfermos (1 y 0,87) y valor predictivo negativo con relación a enfermos psíquicos no depresivos hospitalizados (0,83) (Ibíd.: 28).

Para la validez tipológica, los resultados obtenidos con el CET-DE en forma de tipos clínicos dimensionales fueron contrastados, al mismo tiempo, es decir, concurrentemente, con los datos de la historia clínica y/o con el criterio clínico de una o dos psiquiatras muy experimentadas.

El índice de coincidencia entre el tipo clínico dimensional dado por el CET-DE y la estimación clínica del cuadro depresivo se mantuvo entre el 85 y 90%.

La fiabilidad Interobservador o fiabilidad replicable fue obtenida comparando las evaluaciones parciales por ítem y por dimensión y la puntuación ponderada global, aportadas por siete parajes de entrevistadores sobre catorce enfermos, cuya entrevista grabada en video fue contemplada por once observadores simultáneamente.

La fiabilidad interobservador para cada una de las dimensiones, estimando como acuerdo una diferencia igual o inferior a cinco puntos (media

desviación estándar) alcanzó, asimismo, al menos en seis de las siete parejas de observadores, un coeficiente Kappa, igual o superior a 0.61 (concordancia igual o superior al 80%). Los coeficientes Kappa superiores o iguales a 0.81 (concordancia casi perfecta, del 90 al 100%) aparecen para la Dimensión I en sus parejas, para la Dimensión II en tres parejas; para la Dimensión III en cinco parejas y para la Dimensión IV en seis parejas. Las medianas correspondientes a los siete coeficientes Kappa figuran en la siguiente tabla:

Dimensión I	0,90 (acuerdo del 95%)
Dimensión II	0,70 (acuerdo del 85%)
Dimensión III	0,90 (acuerdo del 95%)
Dimensión IV	0,90 (acuerdo del 95%) (Ibíd.: 30)

3.8.4. Escala de Autoestima de Coopersmith versión adulto (IAC).

Este instrumento fue diseñado originalmente por el Dr. Stanley Coopersmith en 1967 para medir autoestima en estudiantes de nivel primaria, el cual consta de 58 reactivos. En 1975 fue modificado para la población adulta con 25 reactivos, adaptada por Rodas en 1988, por Arce en 1992 y luego fue adaptado para la población Mexicana por: Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés en 1993. La muestra estuvo compuesta por 411 sujetos, 200 hombres y 211 mujeres de la ciudad de México. El coeficiente de confiabilidad encontrado al usar el alfa de Crombach fue de 0.81, los resultados sobre la validez de constructo y concurrente así como sobre la confiabilidad, mostraron una adecuada validez y confiabilidad del instrumento en la población estudiada.

Puede ser administrada de manera grupal o individual, mide actitudes hacia el yo en contextos sociales, académicos y personales, es utilizada para el diagnóstico individualizado, clases, pre-post evaluación y estudios clínicos de investigación. La calificación es de un punto para cada ítem con connotación de alta autoestima, multiplicando el total por cuatro para obtener el rango de autoestima (75 o más es autoestima alta, entre 25 y 75 es media y menor a 25 es baja). La administración del test no excede los 15 minutos (Gina Candanedo, 1995: 49).

3.9. Métodos de intervención.

Se aplicó un programa cognitivo-conductual de 12 sesiones para los niveles de depresión y autoestima en pacientes con sobrepeso u obesidad, durante tres meses (marzo, abril y mayo), en horario de 1:00 p.m. a 3:00 p.m.

Cronograma entregado de las fechas programadas a cada participante

Programa Cognitivo Conductual

Lugar: Salón de conferencia de la Pol. Dr. H.D.G.

Horario de 1:00 p. m. a 3:00 p. m.

marzo 2012	abril 2012	mayo 2012
miércoles 21	miércoles 4	miércoles 2
miércoles 28	lunes 9	martes 8
	viernes 13	viernes 11
	lunes 16	
	jueves 19	
	lunes 23	
	miércoles 25	
dos (2) días en marzo	siete (7) días en abril	tres (3) días en mayo

El programa se fundamenta en los planteamientos de la terapia de Aaron Beck que está basada en la identificación de las percepciones inadecuadas del sujeto e intenta lograr que el paciente entienda la relación situación-pensamiento-conducta para lograr empezar a trabajar en la búsqueda de alternativas cognitivo- conductuales para el manejo de sus problemas. (Ruiz Cano, 1992).

Sesión previa:

- Solicitamos visto bueno a la Licda. Querube de Petrochelli, jefa del Departamento de Nutrición, para la ejecución del programa y colaboración para la medición del IMC (incremento de masa corporal) de las personas participantes.
- Presentación como estudiante del programa de maestría de la Universidad de Panamá (C.R.U.V.).
- Explicamos aspectos positivos de una investigación en el sector salud.
- Organizamos las citas para las entrevistas a 25 personas, desde el 28 de febrero al 15 de marzo.
- Aplicamos el Test de Depresión CET-DE y el Test de Autoestima de Coopersmith a las 20 personas seleccionadas.
- Explicamos aspectos generales del proyecto.
- Motivamos al grupo para que asistieran al programa.

- Verificamos los resultados, de los cuales se seleccionaron 14 personas.
- Solicitamos visto bueno de la dirección médica de la Policlínica Dr. Horacio Díaz Gómez, para la revisión de las historias clínicas, pero fue negada.
- Solicitamos visto bueno para utilizar el salón de conferencias para la aplicación de las sesiones a la administradora, Licda. Wanda de Fernández, el cual fue concedido.

Estructuras de las 12 sesiones: Para disminuir los signos y síntomas de la depresión y aumentar la autoestima.

Sesión # 1: Preparándonos para la terapia.

- 1.1. Presentación (dinámica de La cadeneta)
- 1.2. Lineamientos del trabajo en grupo (incluye las normas a seguir dentro del grupo y los objetivos).
- 1.3. Informe de los resultados del diagnóstico, explicación de depresión, autoestima y obesidad, importancia del programa cognitivo conductual en grupo.
- 1.4. Breve resumen del plan de trabajo
- 1.5. Motivación a través de la historia de Las águilas.
- 1.6. Introducción a la relajación (practicar respiración diafragmática).
- 1.7. Explicar la importancia de las tareas para la casa.

1.8. Tarea para la casa

1.9. Síntesis de la sesión

1.1. Presentación de los miembros del grupo.

Cada uno dice su nombre y el de la o las personas que están anteriores.

1.2. Lineamientos del trabajo en grupo

Se explicó que lo fundamental en el desarrollo de este programa es la confidencialidad, y que todo lo que se dice o hace en cada sesión se queda en estricta reserva; que la asistencia y la puntualidad permitirán que se avance; y que es importante el cumplimiento de las tareas para la casa.

Se les recuerda que el objetivo por el cual han sido reunidos es el de mejorar los síntomas depresivos por medio de este tratamiento, y que todo depende de la participación y la motivación de cada participante.

1.3. Se les presentó una síntesis de manera generalizada los resultados del diagnóstico, con el objetivo que pudieran entender que estaban en condiciones similares.

Se les definió el concepto de rasgos depresivos, autoestima y su relación con el sobrepeso.

Se les explicó que el objetivo de la terapia cognitivo conductual es modificar los pensamientos que nos perturban o cambiarlos por otros más

adaptativos, a fin de poder afrontar situaciones que se nos presentan en la vida. Según las investigaciones, es más motivador realizar este tratamiento en grupo, porque podemos apoyarnos para entender mejor el desarrollo del mismo.

También que el cambio depende de cada persona, de la aceptación y la constancia. Según Maxwell Maltz hay que desarrollar una percepción previa de los resultados que pretendemos alcanzar, cuando la mente tiene un objetivo definido puede enfocarse, dirigirse, volver a enfocarse y redirigirse hasta llegar a él (Anthony Robbins, 2010:142).

Explicamos el modelo de Beck

Las teorías cognitivas conductuales suponen que la conducta ocurre primero, y que enseguida ocurren consecuencias sociales que a su vez originan cambios en la manera en que pensamos y sentimos. Para poder cambiar la experiencia social y los sentimientos, solo tenemos que cambiar lo que hacemos. Esta misma verdad es la que se aplica para el control de la conducta de comer con exceso. Cuando actuemos en forma un poco diferente, comeremos en forma un poco diferente, especialmente si hacemos los cambios adecuados dentro de la situación en la cual comemos. Este modelo se ilustra a continuación:

Conducta	→	Consecuencia	→	Pensamientos; sentimientos
p. ej., hacer poco ejercicio y preferir ir en auto que caminar.		p. ej. , subir de peso lo que reduce nuestra agilidad.		p. ej. , sentimientos de devaloración personal; depresión.

(Stuard y Davis, 1975:23).

1.4. Breve resumen del plan de trabajo.

Se explicó que la metodología era la misma en todas las sesiones, en su mayor parte talleres en grupo y expuestos en el momento; además, las tareas para la casa.

Se hizo una explicación de los objetivos que consisten en disminuir o eliminar los síntomas depresivos, trabajando los pensamientos automáticos para controlarlos; se modificó el esquema, les enseñamos como afrontar las situaciones que se nos presentan debido a la condición física; además, aprendieron a relajarse para sentirse mejor.

Para lograr los objetivos se emplearon tres técnicas que son: *la reestructuración cognitiva*, que consiste en desafiar los pensamientos automáticos por medio de la evidencia, desconfía de ellos, los evalúa críticamente y, finalmente, busca otras alternativas más realistas y adaptativas; *entrenamiento en la relajación*, que ayuda a mantener una tranquilidad y así poder sentirnos mejor; *el entrenamiento en habilidades sociales o asertividad*: la

comunicación asertiva es cuando expresamos nuestras ideas, pensamientos, sentimientos, necesidades, preferencias y hasta nuestras opiniones de una forma clara, directa y honesta.

1.5. Motivación.

En este punto les contamos la historia de la renovación de las águilas asociándolo con el cambio que podemos lograr si somos constantes para alcanzar la meta.

“El águila es el ave con mayor longevidad de esas especies. Llega a vivir 70 años; pero para llegar a esa edad, a los 40 debe tomar una seria y difícil decisión, porque sus uñas están apretadas y flexibles y no consigue tomar a sus presas, de las cuales se alimenta. Su pico largo y puntiagudo se curva, apuntando contra el pecho. Sus alas están envejecidas y pesadas y sus plumas gruesas; volar se hace ya tan difícil. Por tanto, el águila tiene solamente dos alternativas: morir o enfrentar un doloroso proceso de renovación que durará 150 días.

Este proceso consiste en volar hacia lo alto de una montaña y quedarse ahí, en un nido cercano a un paredón, en donde no tenga la necesidad de volar. Después de

encontrar ese lugar, el águila comienza a golpear su pico en la pared hasta conseguir arrancarlo; luego debe esperar el crecimiento de uno nuevo con el que desprenderá una a una de sus uñas. Cuando las nuevas uñas comienzan a nacer, empieza a desplumar sus plumas viejas. Finalmente, después de cinco meses sale para su vuelo de renovación y a vivir 30 años más.

En nuestras vidas, muchas veces tenemos que resguardarnos por algún tiempo y comenzar un proceso de renovación para continuar un vuelo de victoria; debemos desprendernos de costumbres, tradiciones y recuerdos que nos causan dolor”.

1.6. Relajación.

Es una estrategia evolutivamente estable, nos permite reconocer la tensión excesiva, permite conocer que grupo de músculos están hiperactivados y nos enseña a aflojarlos, supone un ahorro del gasto energético, favoreciendo al mismo tiempo los procesos de recuperación tras los esfuerzos. La relajación nos permite retomar el control, y lo logra de una manera extremadamente agradable, desde la calma. Desde el principio, la práctica de la relajación es una experiencia grata y en caso de no ser así no se debe continuar, es una condición indispensable para su práctica. Después poco a poco, sin pretenderlo siquiera

esa sensación de calma parece extenderse a la vida cotidiana, de tal forma que lo que antes hacía con tensión ahora veo que puede hacerse desde la calma, y con menos cansancio.

Las condiciones iniciales para la práctica de la relajación son muy sencillas, básicamente se necesita un espacio en silencio en el que no hayan interrupciones, limpio y con una temperatura agradable, si voy a realizar el ejercicio con un CD necesitare el equipo para escucharlo, para comenzar es mejor realizar los ejercicios de relajación estando tumbados sobre una colchoneta, más adelante podremos hacerlo sentados, de pie, en cualquier lugar, incluso en mitad de una competición deportiva. Conforme se avanza en la práctica resulta más fácil percibir las agradables sensaciones internas que acompañan al estado de relajación, al igual que las personas entrenadas en el estrés perciben cada vez con más facilidad las sensaciones desagradables que produce.

El entrenamiento en relajación produce, desde los primeros intentos, una sensación intensa de descanso, favoreciendo el sueño y facilitando la recuperación orgánica general, tiene además la ventaja, con respecto a otras medidas (químicas por ejemplo) , de que una vez aprendida la o las técnicas adecuadas no son precisos más recursos externos.

Con el entrenamiento de relajación, aprendemos a modificar la respuesta orgánica de nuestro cuerpo respecto a las solicitudes externas que sobre él se realizan, aprendemos a responder fisiológicamente con calma en lugar de estrés. (<http://www.larelajacion.com/larelajacion/12introduccion.php>).

Existen diversas formas de relajarse; practicamos la respiración diafragmática. Ejercicio de respiración profunda en una posición cómoda con los pies planos en el piso, sin cruzar los brazos y las piernas. Cierra los ojos. Cuando respires, trata de llenar el abdomen y no solamente el pecho. Si te pones una mano en el abdomen y sube cuando inhalas lo estas haciendo bien... Respira profundo y lento... Solamente concéntrate en tu respiración...más nada...inhala lento...y exhala...inhala lento...y exhala... Asume una actitud pasiva... No te preocupes de cuán bien lo estás haciendo... Cuando te vengan otros pensamientos a la mente, simplemente reconócelos y regresa a tu respiración... inhala lento...y exhala... continúa respirando de forma natural.

El poder de la respiración oxigena las células, controla el caudal del filtro linfático que contiene los glóbulos blancos protectores del organismo. La linfa pasa por los ganglios desde las células muertas y las proteínas son destruidas, la linfa solo se desplaza gracias a la respiración profunda y al movimiento muscular (Anthony Robbins, 2010: 208).

Según el Dr. Yack Shields, especialista en Linfología de Santa Bárbara, California, la respiración diafragmática, crea un vacío que aspira la linfa y multiplica la velocidad de la eliminación de las toxinas (Ibíd: 209).

La técnica más utilizada es la técnica de la relajación progresiva. Esta técnica fue creada por el médico Admón Jacobson en 1929. Se basa en el principio de que cuando la persona aprende una relajación muscular profunda, reduce la tensión corporal y la ansiedad que experimenta. La técnica está dirigida a la reducción de distintos síntomas como: la tensión muscular, la ansiedad, la fatiga, dolores corporales de origen muscular, la irritación crónica, el tartamudeo y las fobias (temores excesivos ante determinadas situaciones o estímulos). En general, requiere de un entrenamiento de una a dos semanas de práctica con sesiones de 15-20 minutos al día.

También tiene un efecto distractor sobre los pensamientos automáticos que producen preocupación y malestar emocional, al obligarse la persona a apartar su atención sobre ellos y dirigirla hacia sensaciones agradables de su cuerpo. (Ruiz, Ibernón y Cano ,1992).

Esto es clave para las próximas sesiones donde continuamos con esta técnica.

1.7. Importancia de las tareas para la casa.

Se informa que en todas las sesiones se le asignará una tarea para la casa, que se explica en la sesión para que se comprenda y todos la puedan realizar sin dificultad, se trata de algo sencillo, pero de mucha importancia para hacer realimentaciones con respecto a los temas tratados.

1.8. Tareas para la casa.

Se les solicita que anoten algunas situaciones que durante el día les hayan causado algún malestar y que, seguidamente, practiquen la técnica de respiración profunda las veces que puedan.

1.9. Síntesis de la sesión.

Se realizó una integración de los participantes del grupo entendieron.

Sesión # 2. Reestructuración cognitiva y técnicas de relajación.

- 2.1. Revisión de la tarea para la casa
- 2.2. Enlace de la sesión anterior
- 2.3. Introducción a los pensamientos en el papel del desarrollo de la depresión. (Explicar esquema de Beck y aplicar el termómetro del ánimo).
- 2.4. Descubriendo los pensamientos automáticos. (Explicar el control de autorregistro y practicar el llenado del mismo).
- 2.5. Practicar técnicas de relajación por medio de respiración y autoverbalización.
- 2.6. Tarea para la casa.
- 2.7. Síntesis de la sesión.
- 2.1. Revisión de la tarea para la casa**

Se le solicitó a un integrante del grupo que compartiera su experiencia. En este punto cumplieron con la asignación y comentan que aún les cuesta respirar de esa manera.

2.2. Enlace con la sesión anterior.

Se les expresó la importancia de dar seguimiento a cada una de las sesiones y se preguntó a una persona del grupo qué entendió o que le gustó de la sesión anterior. Entre sus respuestas: la técnica de respiración, no entendí muy bien de qué se trata los pensamientos y se les brindó un leve repaso, en el cual se les orienta con ejemplos de la conducta de comer o ingerir algunos alimentos que luego nos causan culpa.

2.3. Introducción a los pensamientos en el papel del desarrollo de la depresión.

Imagen: Son las representaciones virtuales que tienen todos los seres humanos desde su concepción acerca del proceso psicológico racional, subjetivo e interno de conocer, comprender, juzgar y razonar los procesos, objetivos y hechos.

Lenguaje: Es la función de expresión del pensamiento en forma verbal y no verbal para la comunicación y el entendimiento de los seres humanos.

Pensamiento: Fenómeno psicológico racional, objetivo y externo derivado del pensar para la solución de problemas que nos aquejan día tras día.

"El proceso de pensamiento es un medio de planificar la acción y de superar los obstáculos entre lo que hay y lo que se proyecta".

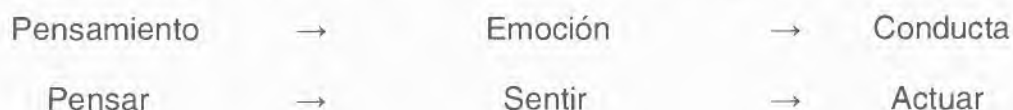
"El pensamiento se podría definir como imágenes, ensoñaciones o esa voz interior que nos acompaña durante el día y en la noche en forma de sueños". La estructura del pensamiento o los patrones cognitivos son el andamiaje mental sobre el que conceptualizamos nuestra experiencia o nuestra realidad.

(internet: <http://www.psicologianline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual7.htm>)

Aarón Beck, creador de la Terapia Cognitiva, propuso que cada trastorno emocional está caracterizado por estilos cognitivos que son específicos a dicho trastorno, los cuales determinarían áreas de vulnerabilidad cognitiva. Por ejemplo, la depresión se caracteriza por un predominio de pensamientos negativos relacionados con temas de rechazo, privaciones, fracasos e inadecuación personal, mientras que la conducta violenta se ha asociado a la percepción de intenciones negativas en otras personas, subestimación de la responsabilidad propia en los conflictos y percepciones de frustraciones.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976).

El esquema básico de la terapia cognitiva



Los pensamientos se relacionan estrechamente con las emociones y las conductas, entre todas existe una influencia recíproca pero ésta no debe ser entendida como una causación. Analicemos un ejemplo: un paciente depresivo que se dice (pensamiento): “Nunca voy a bajar de peso”, esto probablemente lo haga sentirse angustiado (emoción) y seguramente esto hará que llore, se tire en la cama, que coma sin control (conducta), al verse así corroborará su creencia inicial: “Nunca voy a poder bajar de peso”.

Practicamos en grupo de cuatro, enfocados en este momento ¿qué estoy pensando ahora, qué siento y qué quiero hacer?, uno de los cuatro lo expuso, realimentamos, ya que fue muy emotivo, porque todos experimentaron sentimientos de culpa y tristeza.

Entre las respuestas de un grupo: “Pensamos que no debemos comer”, “nos sentimos culpables de lo que nos pasa” y “queremos llorar, ya no sirve de nada”.

Cuando el circuito está establecido basta que aparezca un leve pensamiento o emoción para que todo se active.

Termómetro del ánimo (ver anexos). Este termómetro permite evaluar la intensidad de los sentimientos depresivos o estado de ánimo al final del día. Este ejercicio se llama el “Termómetro del ánimo” y lo vas a completar todas las semanas. Queremos ver cómo te sientes cada día de la semana y cómo va cambiando tu estado de ánimo a lo largo de la terapia.

Para completarlo, al final del día vas a marcar cómo te sentiste o cómo estuvo tu ánimo en general durante ese día. Por ejemplo, si fue “el peor” circularías el número 1, si fue “regular” circularías el número 5, y si fue “el mejor” circularías el número 9. Vamos a completar uno de práctica usando tu estado de ánimo durante el día de ayer.

Trae el ejercicio completo la próxima sesión para discutirlo.

2.4. Los pensamientos automáticos.

Son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas.

Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia, consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo.

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente, son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos).

Ejemplo: La creencia de las personas que dicen que están gordos, porque en su familia todos son gordos. Eso no es cierto podemos cambiar si queremos ya que eso no está escrito, pues el porcentaje genético es mínimo, solo un 30 % y lo demás.

Las distorsiones cognitivas: Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico.

Beck J. (2000), nos dice: “Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son, entre otros, los siguientes:

1. **“Pensamiento de tipo “todo o nada”**(también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades. Ejemplo: “Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado”.
2. **Pensamiento catastrófico** (también llamado adivinación del futuro): Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: “Estaré tan molesto que no podré hacer nada”.
3. **Descalificar o dejar de lado lo positivo:** Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada. Ejemplo: “Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Solo tuve suerte”.
4. **Razonamiento emocional:** Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno “lo siente” (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario). Ejemplo: “Sé

que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado".

5. **Catalogar:** Usted se coloca a sí mismo, o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas. Ejemplo: "Soy un perdedor. Él es un inútil".
6. **Magnificar/minimizar:** Cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo. Ejemplo: "El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy un inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente.
7. **Filtro mental:** (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo. Ejemplo: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz (aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos)".
8. **Leer la mente:** Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades. Ejemplo: "Él está pensando que no sé nada sobre este proyecto".
9. **Sobregeneralización:** Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación. Ejemplo: "(como

me sentí incómodo en esta reunión) quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades.

10. **Personalización:** Cree que los otros tienen una actitud negativa que va dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos. Ejemplo: “El técnico fue parco conmigo, porque yo hice algo incorrecto”.
11. **Afirmaciones del tipo “debo” y “tengo que”** (también llamadas imperativas). Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas. Ejemplo: “Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo”.
12. **Visión en forma de túnel:** Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación. Ejemplo: “El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar. (Beck J. (2000), p. 152-153).

Que todas estas creencias pueden estar relacionadas con sí mismo, con los demás y con el mundo: “Soy un inútil”, “nadie me quiere”, la vida debe ser fácil”.

Se les da un listado de las distorsiones para que seleccionen cuáles son sus distorsiones más frecuentes, se realiza realimentación.

2.5. Técnicas de relajación por medio de la respiración y la verbalización.

En esta sesión practicamos la respiración profunda agregando una palabra agradable (inspiro y pienso que me relajo y menciono la palabra me relajo, 8 veces).

2.6. Tareas para la casa.

Llenar el termómetro del ánimo y el autorregistro con el esquema de Beck.

2.7. Síntesis de la sesión.

Se les solicita que recordemos lo más importante en esta sesión.

Sesión # 3. Reestructuración cognitiva y técnicas de relajación.

- 3.1. Revisión de la tarea para la casa
- 3.2. Enlace con la sesión anterior
- 3.3. Pensamientos automáticos y distorsiones (explicar, evaluar y debatir las distorsiones cognitivas y aplicar el termómetro del ánimo).
- 3.4. Conociendo nuestros sentimientos y emociones con los pensamientos automáticos y clasificarlos según distorsiones (lluvia de ideas).
- 3.5. Seguimiento del llenado del auto registro.

- 3.6. Practicar la relajación por medio de la imaginación.
- 3.7. Tarea para la casa
- 3.8. Síntesis de la sesión

3.1. Revisión de la tarea para la casa

Se realizaron comentarios positivos de las tareas anteriores y se le solicitó a un voluntario que expusiera lo que realizó esta vez, al igual que el termómetro del ánimo y se recogieron las demás.

3.2. Enlace con la sesión anterior.

Recordando que todo se lleva secuencialmente comentamos un poco de la sesión anterior, tres del grupo al azar comentaron lo que entendieron.

3.3. Conociendo nuestros sentimientos, emociones, pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas.

El sentimiento es el resultado de una emoción, a través de la cual la persona que es consciente tiene acceso al estado anímico propio. El cauce por el cual se solventa puede ser físico y/o espiritual. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano, que le capacita para reaccionar a los eventos de la vida diaria.

Las emociones son polarizaciones que hace nuestra mente de los hechos. En ausencia de emociones, emergen los sentimientos como necesidad

y demanda de las emociones que ya no se experimentan y a las que hemos estado sometidos durante un tiempo, suficiente como para ayudarnos a conceptualizar, que dichas interacciones son buenas.

Así es como nuestro estado de ánimo toma forma. Los sentimientos sanos permiten una dinámica cerebral fluida, dando como resultado un estado anímico feliz (<http://es.wikipedia.org/wiki/Sentimiento>).

Entre las emociones primarias están:

1. **cólera:** enojo, mal genio, atropello, fastidio, molestia, furia, resentimiento, hostilidad, animadversión, impaciencia, indignación, ira, irritabilidad, violencia y odio patológico.
2. **alegría:** disfrute, felicidad, alivio, extravagancia, deleite, dicha, diversión, estremecimiento, éxtasis, gratificación, orgullo, placer sensual, satisfacción y manía patológica.
3. **miedo:** ansiedad, desconfianza, fobia, nerviosismo, inquietud, terror, preocupación, aprehensión, remordimiento, sospecha, pavor y pánico patológico.
4. **tristeza:** aflicción, autocompasión, melancolía, desaliento, desesperanza, pena, duelo, soledad, depresión y nostalgia.

Las emociones primarias suelen estar acompañadas de claros indicios físicos. Cuando usted está deprimido, su cuerpo se moviliza o se desmoviliza

para desconectarse. Y cuando es feliz, su cuerpo se moviliza para asumir compromisos y acciones positivas. (Inteligencia Emocional. Tomo 1, 2006.p.37).

Las emociones secundarias:

1. **amor:** aceptación, adoración, afinidad, amabilidad, amor desinteresado, caridad, confianza, devoción, dedicación, gentileza y amor obsesivo.
2. **sorpresa:** asombro, estupefacción, maravilla y chock.
3. **vergüenza:** arrepentimiento, humillación, mortificación, pena, remordimiento, culpa y vergüenza.
4. **versión:** repulsión, asco, desprecio, menosprecio y aberración.
(Inteligencia Emocional. Tomo 1, 2006; p.38).

Emociones positivas y negativas

Emociones positivas		Emociones negativas	
Bien	Bienestar	Mal	Malestar
Feliz	Felicidad	Desgraciado	Desgracia
Sano	Salud	Enfermo	Enfermedad
Alegre	Alegría	Triste	Tristeza
Fuerte	Fortaleza	Débil	Debilidad
Acompañado	Compañía	Solo	Soledad.

(Inteligencia Emocional. Tomo 1; 2006, p.39).

Las emociones negativas son función del hemisferio derecho o sea que una persona deprimida le funciona el hemisferio derecho según un estudio del Dr. Mark George realizado mediante la técnica de tomografía. (Inteligencia Emocional. Tomo 1: 2006, p. 47).

Realizamos un taller para que identificaran emociones negativas, y las asociaron con su estado de ánimo, se les entregó la lista de síntomas de la depresión. Continuamos con la teoría de las distorsiones.

Distorsión cognitiva y pensamientos automáticos

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente, serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

1. **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
3. **Sobregeneralización:** Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.

4. **Maximización y minimización:** Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (Mckay, 1981).

Lo esencial es destacar que, aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Sólo la organización cognitiva es idiosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y supuestos personales.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

- Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión en forma de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:
 - Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.
 - Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas
 - La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros.

3.5. Practicar el llenado del auto registro.

Debemos continuar llenando el autorregistro para poner en práctica lo aprendido y confirmar que realmente nuestros pensamientos son los causantes de nuestro estado de ánimo.

3.6. Practicar la relajación por medio de la imaginación.

Sí es un estado deprimido, busca todas aquellas situaciones que te pueden generar ilusión por pequeñas o lejanas que te parezcan. Ahora relájate físicamente con la técnica de respiración ya practicada. Cuando alcances el

estado de mayor profundidad y bienestar físico, imagina la situación problemática tal y como ocurrió u ocurre en la realidad. Fíjate en esas imágenes como un espectador viendo una película en la pantalla de cine. Mantenlas en tu mente durante unos 30 segundos.

Sí experimentas con esas imágenes ansiedad, temor, tristeza, rabia o cualquier otra emoción no te preocupes, es eso lo que nos interesa, que sientas las emociones para poderlas cambiar.

Ahora toma aire más profundamente y ahonda en la relajación de tu cuerpo. Sí las emociones que has experimentado te han generado un nerviosismo que se ha transmitido a tu cuerpo en forma de tensión muscular, temblor, debilidad o cualquier otra sensación, genera una actitud de permitir que esos “nervios” se expresen con toda la intensidad que ellos requieran. Date cuenta del mecanismo automático que tenemos de quererlos reprimir, ocultar, evitar y que lo único que hace es que los aumenta.

A continuación imagina los pensamientos positivos que ya antes habías trabajado, y vívelos en tu imaginación como si fueran realidad. Mantén en tu mente esos pensamientos durante 1 o 2 minutos aproximadamente. Haz coincidir la sensación de relajación física con esas imágenes positivas.

Consejos para este ejercicio:

Sí no puedes cambiar la emoción negativa, por lo menos reduce su grado; así, si tienes mucha rabia y cólera, déjala en un enfado, la tristeza, en desánimo, la ansiedad y la angustia, en inquietud, y así las demás.

Con esta práctica no sólo estamos cambiando nuestras emociones y pensamientos sino que también nuestro carácter, por tanto, hemos de tener paciencia y perseverancia. Habremos de practicar por lo menos una vez al día para obtener resultados en pocas semanas.

Un ejemplo de práctica sería la siguiente: 2-3 minutos de respiración, 10-15 minutos de relajación física, 5-10 minutos de cambio de emociones.

No obstante, en las prácticas psicomentales siempre es uno el que mejor puede realizar su programa de prácticas seleccionando aquellas que uno experimenta como las más adecuadas.

3.7. Tarea para la casa.

Continuaremos el llenado del autorregistro con los pensamientos automáticos y la emoción que se deriva de ellos, y se seguirá llenando el termómetro del ánimo.

3.8. Síntesis de la sesión.

Se preguntó qué aprendieron, y se les indicó que es una secuencia y será importante recordar para la siguiente sesión los conceptos dados.

Sesión # 4. Restructuración cognitiva y técnicas de relajación.

- 4.1. Revisión de la tarea para la casa
- 4.2. Enlace con la sesión anterior
- 4.3. Conexión entre una situación-pensamiento-emoción- conducta y respuesta fisiológica.
- 4.4. Pensamientos positivos (situación-pensamiento-emoción-conducta-reacción fisiológica y aplicar el termómetro del ánimo).
- 4.5. Pensamientos negativos (situación-pensamiento-emoción-conducta-reacción fisiológica y aplicar el termómetro del ánimo).
- 4.6. Técnicas de tensión y relajación muscular (16 grupos de músculos).
- 4.7. Tarea para la casa
- 4.8. Síntesis de la sesión anterior

4.1. Revisión de la tarea para la casa.

Se comentaron las evaluaciones de la tarea anterior, aspectos relevantes y positivos. Se pidió a un voluntario que comentara sobre la nueva tarea y se recogieron las demás.

4.2. Enlace con la sesión anterior.

Se les preguntó quién recuerda lo que aprendimos en la sesión anterior.

4.3. Conexión entre una situación-pensamiento-emoción-conducta-respuesta fisiológica.

En grupo de cuatro llenaron el registro completo con un caso, se les dio 10 minutos, y al terminar anotaron según el termómetro del ánimo cómo se sintieron.

Se le entregó el caso de Patricia para desarrollar el taller en grupo de cuatro.

Caso de Patricia

Patricia es una mujer de empresa inteligente y atractiva, con una imagen clara de sí misma y de su peso ideal. Ella sabía cuando estaba subida de peso y tenía muy claro, intelectualmente, cuál era el peso máximo que jamás superaría. Su peso fluctuaba entre los 67 y 80 kilos. Esto era la "oscilación de su peso", los kilos que podían oscilar. Si la gran diosa báscula arrojaba estas cifras, todo estaba bien en su mundo. Patricia después de ceñirse a la última dieta de moda o antes de un acto social donde la meta era la talla del vestido o el método era el ayuno, esperaba pesar alrededor de 67 kilos. Por el contrario, entre el día de navidad o el año nuevo o después de unas vacaciones, esperaba pesar cerca de los 80 kilos. Eso era un tanto desagradable, aunque pronosticable, comprensible y aceptable. Encajaba con el concepto

que tenía de sí misma y con lo que esperaba de la vida. Patricia sabía que si llegaba a los 81 kilos, la campana de alarma le enviaría a tomar píldoras o un retiro para gordos. La imagen que tenía de sí misma seguía intacta y todo estaba bien en su mundo, porque no pesaba más de 80 kilos. Entonces, pasó algo.

Ciertos reveses profesionales inesperados llegaron a Patricia a buscar solaz comiendo cantidades incluso mayores. Los festines le daban fuerza para continuar hasta más tarde, cuando intentaba recuperarse de sus pérdidas. Siguió consumiendo comida sin límite. Patricia no tuvo tiempo de subirse a una báscula en tres meses. El caso no es raro. Es bastante frecuente que los sistemas de rechazo contribuyan a que perdamos las básculas, las cuentas de calorías, o la ropa ajustada. Patricia siguió con su mentira, olvidándolo todo.

Más adelante cuando la crisis profesional había terminado, Patricia volvió a encontrar la báscula de baño y ¡pesaba 91 kilos!, ¡imposible! La figura no iba acorde con la imagen que ella tenía de sí misma. El rechazo surgió como un demonio y conservó intacta la imagen que Patricia tenía de sí misma. “Debe haber un error mecánico”, le canturreó una voz. La respuesta de Patricia fue simple: tiró la báscula a la basura.

Observación: En este taller el grupo se sintió identificado, pues eran conductas de la mayoría, que han vivido el rebote en cuanto a su peso.

4.4. Pensamientos positivos.

Consiste en aprovechar la sugestión, habilidad de la mente subconsciente, para forzarla a seguir una dirección deseada. Se explica que la

información pasa de la mente consciente a la subconsciente. La mente subconsciente no razona, no juzga si la información es correcta o errónea, razonable o absurda, veraz o falsa. Se limita a almacenarla como un esclavo fiel, sólo para suscitar, en estadio posterior, el comportamiento que se ajuste a la información almacenada.

Si quiere influir sobre nuestro comportamiento o nuestro rendimiento, tenemos que hacerlo a través de la mente subconsciente, y eso significa que hemos de escoger pensamientos nuevos, positivos, con los cuales alimentar repetidamente nuestra mente consciente, ya que los pensamientos repetidos se enraízan en la mente subconsciente.

Se entregó una lista de pensamientos positivos.

En la hoja anterior anote un pensamiento positivo, con respecto a la situación y según el termómetro de ánimo anote cómo se siente ahora.

4.5. Pensamientos negativos (situación-pensamiento-emoción-conducta-reacción fisiológica y aplicar el termómetro del ánimo).

Los pensamientos negativos repetidos influirán en ella negativamente, y los resultados negativos se materializarán en pensamientos, deseos e ideas que serán convertidos en realidad por la mente subconsciente.

Se les entregó una lista de pensamientos negativos y se les pidió que anotaran un pensamiento negativo de la situación y registraran, según el termómetro de ánimo, cómo se sienten. (Internet: <http://www.gestiondelconocimiento.com/leer.php?id=37&colaborador=crucoe>).

4.6. Técnicas de tensión y relajación muscular (16 grupos de músculos).

Colócate en una posición cómoda y afloja tu cuerpo mientras respiras hondo y profundo.

- 1°. **Grupo:** Manos y antebrazos. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en manos y antebrazos. Concéntrate en estas sensaciones durante 5-7 segundos. Y ahora suelta y libera la tensión de esa zona y concéntrate en las nuevas sensaciones de distensión durante 20 a 30 segundos. Nota la diferencia entre un estado y el otro.
- 2°. **Grupo:** Bíceps. Dobla los codos y tensa los bíceps durante 5 a 7 segundos. Afloja los bíceps y estira los brazos. Concéntrate en la distensión durante 20 a 30 segundos.
- 3°. **Grupo:** Tríceps. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, y tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Afloja y devuelve los brazos a su posición original. Percibe la diferencia.

- 4°. **Grupo:** Hombros y trapecio. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóta la en los hombros y trapecios. Suelta los hombros.
- 5°. **Grupo:** Cuello I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisiera tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota la tensión en la nuca. Vuelve lentamente a la posición de reposo y percibe la distensión.
- 6°. **Grupo:** Cuello II. Empuja con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el respaldo en el que estés apoyado. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Suelta la tensión y aflójate.
- 7°. **Grupo:** Frente. Sube las cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta la tensión.
- 8°. **Grupo:** Ojos. Aprieta fuertemente los ojos arrugando los párpados. Nota la tensión. Suelta la tensión.
- 9°. **Grupo:** Labios y mejillas. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Nota la tensión alrededor de la boca y en las mejillas. Suelta la tensión.
- 10°. **Grupo:** Mandíbula. Ve abriendo muy lentamente la boca hasta llegar al máximo. Mantenla abierta notando la tensión. Ciérrala y percibe la diferencia.
- 11°. **Grupo:** Pecho y espalda. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás. Junta los

omóplatos. Mantén la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.

- 12°. **Grupo:** Abdominales I. Mete el abdomen hacia adentro. Nota la tensión. Suelta la tensión.
- 13°. **Grupo:** Abdominales II. Saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta.
- 14°. **Grupo:** Muslos. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota la tensión y suelta.
- 15°. **Grupo:** Gemelos. Apunta los pies hacia la cabeza hasta notar tensión en los gemelos. Suelta.
- 16°. **Grupo:** Pies. Lleva los pies hacia abajo intentando hacer una línea recta con las piernas. Tensa los pies y suéltalos.

4.7. Tarea para la casa.

Practicar la relajación muscular y llenar el formulario de pensamientos negativos y positivos.

4.8. Síntesis de la sesión.

Se resaltaron puntos más importantes de la sesión.

Sesión # 5. Restructuración cognitiva, habilidades sociales y técnicas de relajación.

5.1. Revisión de tarea para la casa.

- 5.2. Enlace con la sesión anterior.
- 5.3. Hablando de sobrepeso, obesidad y la relación con la autoestima y depresión (aplicar el termómetro del ánimo).
- 5.4. Aplicar lo aprendido en sesiones anteriores a este problema de salud.
- 5.5. Técnicas de tensión y relajación muscular.
- 5.6. Tarea para la casa.
- 5.7. Síntesis de la sesión anterior.

5.1. Revisión de tarea para la casa.

Se comentaron los aspectos positivos de la tarea anterior y se le pidió a un voluntario que nos informara cómo le fue con su tarea. Comentaron que se sorprenden al tener más pensamientos negativos que positivo.

5.2. Enlace con la sesión anterior.

Se solicitó que cada participante nos dijera una frase relacionada con la sesión anterior y se reforzó.

5.3. Hablando de sobrepeso y obesidad y la relación con la depresión (aplicar el termómetro del ánimo).

Los términos "sobrepeso" y "obesidad" se refieren al peso corporal total de una persona y a si éste es demasiado alto. El sobrepeso consiste en un exceso de peso corporal debido a masa muscular, masa ósea, grasa o agua. La obesidad consiste en una cantidad excesiva de grasa corporal.

La medida más útil del sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal (IMC). El índice de masa corporal se basa en la estatura y el peso y se usa en adultos, niños y adolescentes.

Tanto en los Estados Unidos como en el resto del mundo, hay millones de personas que tienen sobrepeso o son obesas. Una persona con sobrepeso o con obesidad corre el riesgo de sufrir muchas enfermedades y problemas de salud. Cuanta más grasa corporal y más peso tenga usted, más probabilidades tendrá de sufrir los siguientes problemas de salud: enfermedad coronaria, presión alta, diabetes tipo 2, cálculo en la vesícula, problemas respiratorios y hasta ciertos tipos de cáncer se asocian con la obesidad o con el sobrepeso.

En el peso de una persona influyen muchos factores, entre ellos el medio ambiente, los antecedentes familiares y hereditarios, el metabolismo (la forma en que el cuerpo transforma los alimentos y el oxígeno en energía), las conductas o hábitos y muchos más. Ciertas cosas, como los antecedentes familiares, no se pueden cambiar, pero otras sí, como los hábitos del estilo de vida (<http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/>).

Depresión y obesidad.

Tanto la depresión como la obesidad son patologías muy frecuentes hoy en día. Según la Organización Mundial de la Salud, 300 millones de adultos sufren de obesidad y 121 millones de depresión. De hecho, la obesidad creció

tanto que afecta a una gran proporción de niños y adolescentes y la depresión constituye una de las principales enfermedades incapacitantes a nivel global.

Se sabe por estudios previos que estas patologías están relacionadas, ya que numerosas personas confunden el hambre con otras sensaciones y, por ello, "se les enseña a que distingan la sensación de hambre del nerviosismo".

En nuestro entorno no es fácil bajar de peso, pero si podemos intentarlo, cuando uno conoce su estado de ánimo y lo maneja ya no será un impedimento para aceptar cuidarse y dejarse guiar del programa de nutrición.

(http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2010/05/16/192918.php).

Numerosos estudios revelan que existe una fuerte relación entre depresión y obesidad. En este sentido, la depresión puede ser tanto causa como consecuencia de la obesidad.

- **Cuando la Obesidad Causa la Depresión.**

Muchas personas que padecen sobrepeso desde la niñez, se han sentido marginadas por sus compañeros en el colegio y han experimentado un gran rechazo. A medida que el niño crece, su autoestima va bajando hasta llegar, en algunos casos, a llevarles a padecer depresión.

Estas personas están muy pendientes de las opiniones de los demás, poseen muchos pensamientos negativos sobre su aspecto y su vida en general. A menudo se enfrentan a numerosas dietas que son incapaces de realizar, dado su bajo estado de ánimo, su falta de energía y sus dificultades para relacionarse y para realizar actividades que les resulten placenteras.

El 25% de mujeres con sobrepeso padece depresión, frente al 14% de las mujeres que tienen un peso adecuado.

- **Cuando la depresión es la causa del sobrepeso.**

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), al estado de ánimo, y a la forma de pensar. Afecta también al ritmo del sueño, al apetito y al concepto que uno tiene de sí mismo.

La depresión suele provocar que la persona se vuelva pasiva, y los medicamentos recetados para tratar la depresión o la ansiedad, provocan con frecuencia subidas de peso.

- **Cómo ayuda un tratamiento psicológico.**

En la terapia cognitiva, el psicólogo ayuda al paciente a analizar sus pensamientos negativos, que inducen a distorsionar la realidad y producen sentimientos desvalorativos.

En muchas ocasiones, el paciente depresivo se siente incapaz de controlar sus actos y esto le lleva a la pasividad y a la desesperanza. De este modo, los individuos deprimidos interpretan de forma negativa las experiencias vitales y observan el futuro como algo que no ofrece nada excepto fracaso y frustración.

La terapia cognitivo-conductual incluye fundamentalmente:

1. Los registro de los pensamientos negativos.
2. La realización de ejercicios que refuercen los pensamientos positivos.
3. El análisis de los resultados y planificación de puntos de mejora con el psicoterapeuta.

(http://www.susmedicos.com/OBESIDAD/art_Depresion_Obesidad.htm)

Después de informarles sobre la relación que existe entre la depresión y la obesidad, se les indica que anoten según el termómetro del ánimo cómo se sienten.

5.4. Aplicar lo aprendido en sesiones anteriores a este problema de salud.

Pensando en mi problema, mis emociones, mi conducta y la respuesta fisiológica que me causa.

Observación: Los/las participantes motivados/as en el tema, lograron llenar el registro sin dificultad en esta sesión.

5.5. Técnicas de tensión y relajación muscular.

Continuamos practicando la tensión y relajación de los 16 grupos de músculos.

5.6. Tarea para la casa.

Llenar el autorregistro completo con una situación vivida, llenar el termómetro del ánimo y practicar la relajación.

5.7. Síntesis de la sesión anterior.

Se resaltaron los conceptos más importantes y se les animó a continuar.

Sesión # 6. Reestructuración cognitiva, habilidades sociales y técnicas de relajación.

- 6.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 6.2. Enlace con la sesión anterior.
- 6.3. Identificando situaciones que me perturban (lluvia de ideas).
- 6.4. Encontrando soluciones con metas claras (Llenado del registro de actividades agradables y aplicar el termómetro del ánimo).
- 6.5. Técnicas de tensión y relajación muscular.
- 6.6. Dinámica de la caja vacía.

6.7. Tarea para la casa.

6.8. Síntesis de la sesión.

6.1. Revisión de la tarea para la casa.

Se realizaron comentarios de la tarea.

6.2. Enlace con la sesión anterior.

Una participante de forma voluntaria comentó lo que dimos en la sesión anterior y se realimentó.

6.3. Identificando situaciones que me perturban,

De forma individual, anotaron en el formato del modelo ABC y D. Seguidamente, practicamos en grupo de dos el interrogatorio para debatir los pensamientos y buscar uno menos perturbador.

6.4. Encontrando soluciones con metas claras.

Tratamos situaciones que nos perturban en el punto anterior y dejamos claro, que existen alternativas para mejorar nuestro estado de ánimo con respecto al problema de salud que tenemos. Entregamos una lista de actividades agradables y ellos seleccionaron las que realizaron el día anterior, después las discutimos y se exhortó a continuar llenando hasta completar los días de la semana. Cuando terminamos contestaron cómo se sintieron según el termómetro del ánimo.

6.5. Técnicas de tensión y relajación muscular.

Continuamos practicando la relajación de los 16 grupos de músculos.

6.6. Técnica del espejo.

Este ejercicio se repite mucho en los libros y talleres de autoestima, ya que es fundamental para ello. Se trata de ponerse frente a un espejo y/o de aprovechar nuestros arreglos personales diarios para conocernos y aceptarnos. Mientras nos peinamos o vestimos reconozcamos nuestro pelo, nuestro cuerpo. Hay partes que nos gustan, otras que no tanto. No te insultes, no desprecies las partes que no te agradan, di que las aceptas, porque son parte de ti, porque te quieres, di por ejemplo: "Me acepto y me amo como soy, porque soy yo, porque estoy vivo/a, porque respiro, porque puedo ser feliz como otras personas, con mi voluntad puedo hacer muchas cosas".

Recomendaciones para un trabajo más profundo.

Si quieres y puedes cambiar o mejorar algo de tu aspecto físico hazlo, pero ante todo acéptate, quíérete.

Si quieres mejorar tú desarrollo personal trabaja día a día en tu interior.

Todos pasaron por el espejo y se decía a ellos/as lo que les gustaba y lo que no les gustaba de su aspecto físico y al final me decían se era modificable o no.

6.7. Tarea para la casa.

Llenar el registro de actividades agradables, el termómetro del ánimo y practicar la técnica del espejo; con esta técnica llenar el autorregistro con lo que pensaste frente al espejo, lo que sentiste y lo hiciste.

6.8. Síntesis de la sesión anterior.

Se resaltaron los puntos más importantes de la sesión.

Sesión # 7. Habilidades sociales y técnicas de relajación

7.1. Revisión de la tarea para la casa.

7.2. Enlace con la sesión anterior.

7.3. Explicar mundo afuera → mundo adentro → mundo real
(con la técnica del espejo).

7.4. Relación con los demás según mi mundo objetivo, subjetivo o real.

7.5. Aspectos teóricos de la asertividad.

7.6. Técnicas de tensión y relajación muscular.

7.7. Tarea para la casa.

7.8. Síntesis de la sesión.

7.1. Revisión de la tarea para la casa.

Se comentó la tarea anterior, un voluntario que comentó su tarea y cómo le fue con el termómetro del ánimo.

7.2. Enlace con la sesión anterior.

Se les pidió que mencionaran algunos puntos de los que hablamos en la sesión anterior y comentamos dichos puntos.

7.3. Explicar mundo afuera → mundo adentro → mundo real.

En este punto se les explicó que todos y todas estamos rodeados de un mundo exterior, que es aquel de todo lo que nos rodea, incluye las personas que nos quieren, las que no nos quieren y aquellas que no nos conocen, además los animales, los paisajes, los objetos. El mundo dentro es lo que pensamos de nosotros, nuestras emociones, todos los sentimientos y nuestras vivencias que solo nosotros sabemos. El mundo real es la integración del mundo de afuera y el mundo de adentro, porque no somos una isla, solo tenemos que afrontar la situación que nos toque y que esta es una de las sugerencias de Richard Lazarus en su libro *Estrés y Emoción*.

Todos estamos unidos por el amor, por el pensamiento, por la vida. A veces, es sólo un amor, un pensamiento y una vida que ofrecemos a los demás, sin recompensa alguna. “El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría de los casos la base de los problemas humanos” (Carl Rogers).

Existen situaciones que podemos cambiar y otras que no se podrán cambiar, pero que son parte de nuestro mundo y hay que afrontarlas; el apoyo social es importante para seguir adelante.

Se les pidió que anotaran, en grupo de cuatro, según su mundo real, las situaciones que pueden cambiar y las que no pueden cambiar durante cinco minutos y que la lean, se les motiva con un pensamiento de reflexión:

"No halle culpables, halle remedios."

Henry Ford.

7.4. Relación con los demás según el mundo objetivo, mundo subjetivo o real.

Las interpretaciones del mundo dependen de nosotros. Si lo vemos objetivamente es analizar las cosas desde varias perspectivas y llegar a una conclusión lógica de las cosas. El mundo subjetivo es lo que queremos pensar de la situación y esto está condicionado por nuestro estado de ánimo, el cómo me siento en ese momento.

Explicamos los principales sentimientos negativos con los que la crítica nos ataca, qué función cumplen y cómo podemos luchar contra cada uno de ellos:

Sentir que no tienes valor: La crítica nos ataca diciendo que no valemos nada por nosotros mismos si no somos capaces de alcanzar unos estándares de perfección. Como suele ser imposible llegar a esos objetivos, nos sentimos frustrados e inútiles como personas. Para vencer este sentimiento hay que aprender a valorarse objetivamente y a apreciarse y aceptarse como uno es.

Miedo al fracaso: La crítica suele decirnos que no somos capaces de hacer determinadas cosas. Esto hace que ni siquiera lo intentemos y por ello tengamos menos ansiedad, pero nos paraliza y nos convierte en seres pasivos. Para combatir este miedo hay que evaluar los errores pasados, para darse cuenta de que no hay nada malo en nuestra personalidad que nos conduzca al fracaso, y empezar a replantearse metas futuras accesibles que nos saquen de la pasividad.

Miedo al rechazo: La crítica nos tortura diciéndonos continuamente que los demás van a rechazarnos, que no somos lo bastante buenos para ellos. Esto nos protege de los posibles rechazos futuros, al estar sobre aviso, pero, por otro lado, disminuye nuestra autoestima y dificulta nuestras relaciones sociales. La manera de combatir este miedo es lanzarse mensajes positivos, mejorar nuestras habilidades sociales y aprender a hablar sobre ese supuesto rechazo con las personas implicadas en lugar de darlo por hecho.

Sentimientos de culpa: La crítica utiliza mensajes que nos culpabilizan sobre nuestros errores pasados. Con esto nos ayuda a controlarla y a no tener que hacer nada para cambiar. Es como si nos dijéramos “No tengo que pedir perdón ni hacer nada por arreglar esto. Bastante me estoy castigando yo con lo culpable que me siento”. La manera de afrontar estos sentimientos es reflexionar sobre ellos para poder ver la magnitud del error de manera objetiva y afrontar las consecuencias de forma madura.

Sentimiento de frustración: La culpa nos castiga diciéndonos que somos los culpables de nuestros fracasos. Como en el caso del sentimiento de culpa, estos sentimientos no nos ayudan en nada y sólo nos llevan a permanecer pasivos, sin hacer nada por mejorar. La forma de combatir la frustración es aprender a afirmar nuestro valor como persona y reflexionar sobre las decisiones que nos llevaron a fracasar. Muy posiblemente encontraremos que las decisiones que tomamos en aquel momento eran las únicas disponibles y podremos dejar de culparnos por ellas. Hay que aprender a perdonarse a uno mismo y a estar orgullosos de lo que somos y de los intentos que hacemos para mejorar. Hayan terminado en éxito o en fracaso, han sido un paso más de nuestro aprendizaje y evolución. (<http://www.miautoestima.com/cambiar-pensamientos-negativos>).

Técnicas para desarmar la autocrítica negativa.

Técnica para detectar la crítica en el momento en que te deprima:

Es útil utilizar técnicas de respiración y relajación muscular. En el momento en que te notes deprimido, concéntrate en las sensaciones físicas que tienes (dificultad para respirar, tensión muscular, dolor en el vientre...) para conocerlas y tenerlas identificadas.

Escucha y reflexiona sobre esos pensamientos negativos:

Qué están diciendo de ti, hasta qué punto son ciertos o impuestos por otros, qué función cumplen.

Hay que aprender a responder a las críticas. La manera de hacerlo es buscar una frase que te sirva para mostrar tu enfado con esos pensamientos hirientes injustos. Basta con algo tan sencillo como gritarse mentalmente “Cállate”, “Basta” o “Eso son mentiras”.

Hay que intentar parar esos ataques antes de que hagan verdadero daño, así que insiste aunque en un primer momento las críticas persistan. Verás como en poco tiempo eres capaz de controlarlas.

Técnica de preguntar el precio:

Piensa en el precio que pagas por escuchar los ataques de tu crítica. Haz una lista de las formas en las que tener una autoestima baja ha afectado a tus relaciones, rendimiento, felicidad...Piensa en el precio que has pagado por ellas. Por ejemplo, si tu crítica te dice que no eres lo suficientemente bueno para mantener una relación y eso te ha costado perder a alguna persona, apunta una frase como “No me puedo permitir pensar que no soy bueno para mantener una relación. Eso me ha costado perder a mi última pareja”.

Sólo con evaluar su coste, la crítica suele perder poder. Utiliza esas frases que has redactado para combatir la crítica cada vez que ataque. No cambian las cosas cambiamos nosotros.

Henry David Thoreau.

Afirmación de la valía:

La valía de una persona no depende sólo de la conducta. Cada persona tiene valor por sí misma, por sus cualidades y rasgos únicos de personalidad.

La crítica negativa intenta negar este hecho, sólo se fija en lo que podrías llegar a ser y te ataca por no conseguirlo. Explora tus cualidades y afírmate en tu valía como persona, por ser quien eres y combate la crítica con esa creencia.

Sustituye los ataques de tu voz crítica con afirmaciones positivas sobre ti mismo.

Encontrar nuevas formas de satisfacer nuestras necesidades:

La crítica nos dice que debemos hacer el bien, según unos deberes morales que nos han sido impuestos desde fuera. Hay que reevaluar esos deberes morales para ver si son adecuados para ti.

La crítica ataca los rasgos físicos y personales que no son “perfectos”. La manera de combatirlo es aprender a verse a uno mismo de manera realista y aceptarse.

La crítica suele atacar nuestro rendimiento y decir que no somos válidos como personas por no haber conseguido nuestras metas. Hay que aprender a distinguir entre lo que uno hace y lo que uno es. No haber conseguido ciertas

cosas en la vida no nos convierte en personas sin ningún valor. También es útil replantearse las metas, las consecuencias positivas que tendrá luchar por ellas y encontrar algo que nos motive a conseguirlas, ya que hasta el momento lo hacíamos sólo para evitar el castigo de la voz crítica.

7.5. Aspectos teóricos de la asertividad.

Conducta asertiva. Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos, y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. El individuo tiene que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos.

Conducta pasiva. Transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacerle caso. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo. El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables. Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer sus pensamientos es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva.

Conducta agresiva. Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes.

La agresividad es una fuerza que puede ayudar tanto a construir como a destruir, según la dirección y el significado que se le de. La agresividad no es igual a la violencia, pero sí se puede convertir en violencia cuando busca anular o destruir al otro.

El sentirse bien consigo mismo es un paso para ser feliz. Un ser satisfecho con sus logros es un ser positivo que genera relaciones positivas sin contraponer sus metas con los derechos de las demás personas. En toda persona hay periodos difíciles, y cuando evita que le invada el miedo, la ansiedad y la impaciencia, entonces se generan las condiciones para que piense en mejores soluciones y pueda continuar disfrutando de la vida.

7.6. Técnicas de relajación muscular.

En esta fase seguiremos con 8 grupos de músculos la cual se debe practicar de 8 a 10 minutos dos veces al día por una semana.

- 1°. **Grupo:** Brazo derecho. Cierra el puño y dobla el brazo, tensa a la vez las manos, el antebrazo, el bíceps y el tríceps. Suelta y vuelve el brazo a la posición original.
- 2°. **Grupo:** Brazo izquierdo. Igual que el derecho.
- 3°. **Grupo:** Cara Cierra los ojos con fuerza y haz una sonrisa forzada sin abrir la boca. Nota la tensión en toda la cara. Suelta y relaja.
- 4°. **Grupo:** uHelloInclina la cabeza llevando la barbilla al pecho. Hazlo lentamente y nota la tensión en la nuca. Vuelve a la posición de reposo.
- 5°. **Grupo:** Espalda y hombros. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás. Junta los omóplatos. Mantén la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.
- 6°. **Grupo:** Abdominales. Saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta.
- 7°. **Grupo:** Pierna derecha. Contrae los músculos del muslo y al mismo tiempo, apunta el pie hacia la cabeza notando la tensión en el gemelo, tensa y relaja.
- 8°. **Grupo:** Pierna izquierda. Igual que la pierna derecha.

7.7. Tareas para la casa.

Identificar, según mis acciones, cómo es mi conducta en las situaciones de esta semana, llenar el termómetro del ánimo.

7.8. Síntesis de la sesión.

Se resaltó lo más importante para recordar.

Sesión # 8. Habilidades sociales: asertividad.

- 8.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 8.2. Enlace con la sesión anterior
- 8.3. Técnicas de asertividad (pensando en mí, en ustedes y en nosotros).
- 8.4. Practicar la relajación muscular.
- 8.5. Tarea para la casa
- 8.6. Síntesis de la sesión

8.1. Revisión de la tarea para la casa.

Se comentó la tarea anterior y se pidió a una participante, que, de forma voluntaria, nos dijera cómo le fue con la tarea.

8.2. Enlace con la sesión anterior

Se solicitó que recordáramos la sesión anterior y se retroalimentó.

8.3. Técnicas de asertividad.

8.3.1. Banco de niebla.

Se trata de reconocer que se está de acuerdo en que la otra persona tiene motivos (que no tienen por qué parecernos razonables) para mantener su

postura, pero sin dejar de expresar que mantendremos la nuestra, puesto que también tenemos motivos para hacerlo. De este modo demostraremos tener una actitud razonable al mismo tiempo que haremos ver a la otra persona que nuestra intención no es atacar su postura sino demostrar la nuestra. Esta técnica está especialmente indicada para afrontar críticas manipulativas. Para llevar a cabo el banco de niebla se debe tener en cuenta lo siguiente:

- No discutir acerca de las razones parciales que quizás sean aceptables.
- Reconocer cualquier verdad contenida en las declaraciones de la otra persona, pero sin aceptar lo que propone.
- Aceptar la posibilidad de que las cosas pueden ser como se nos presentan, utilizando expresiones como: “es posible que...”, “quizás tengas razón en que”... “puede ser que...”.
- Es conveniente reflejar o parafrasear los puntos clave de la postura mantenida por la otra persona y tras ello añadir una frase que exprese que nuestra opinión no ha cambiado (“...pero lo siento, no puedo hacer eso”, “...pero no gracias”, “...pero yo creo que no es así”, etc.).

Tú tienes la culpa de que...Sí, es posible que tengas razón.

- Claro, como siempre haces...-Pues sí, casi siempre.
- Pues estoy harto de que por tu culpa...Veo que estás molesto conmigo.

8.3.2. Disco rayado.

Consiste en la repetición ecuánime de una frase que exprese claramente lo que deseamos de la otra persona. Esta conducta asertiva nos permite insistir en nuestros legítimos deseos sin caer en trampas verbales manipuladoras del interlocutor y sin dejarnos desviar del tema que nos importa, hasta lograr nuestro objetivo.

Asertividad empática: Este tipo de asertividad consiste en afirmar claramente nuestros derechos y expresar nuestros sentimientos negativos después de haber reconocido adecuadamente la situación o los sentimientos del interlocutor. Esta conducta empática es frecuentemente eficaz, pues hay bastantes personas que responden positivamente, si primero se les reconoce, se les entiende, se les habla de buenos modos Y, por añadidura, el esfuerzo, por ser empático reduce la probabilidad de ser agresivo.

Asertividad confrontativa: El comportamiento asertivo confrontativo resulta útil cuando percibimos una aparente contradicción entre las palabras y los hechos de nuestro interlocutor. Entonces, se describe lo que el otro dijo que haría y lo que realmente hizo; luego se expresa claramente lo que uno desea. Con serenidad en la voz y en las palabras, sin tono de acusación o de condena, me limito a indagar, a preguntar, y luego expreso directamente un deseo legítimo.

Enunciados en primera persona

Procedimiento: Describir la conducta no deseada del otro; expresar el sentimiento negativo que nos provoca; explicar la conducta deseada; comentar las consecuencias beneficiosas del cambio deseado y, si éste no se produjera, las consecuencias negativas de tal posibilidad. Y todo ello con objetividad y serenidad en palabras, gestos y tono de voz.

Interrogación negativa

La interrogación negativa consiste en solicitar que desarrollen una afirmación o afirmaciones de contenido crítico procedentes de otra persona.

Al conocer las técnicas, practicamos con situaciones reales un ejemplo con lluvia de ideas.

1. Si usted sube al autobús y un pasajero le dice va a tener que bajar de peso.

Usted qué le diría.

2. Cuando usted asiste a la consulta médica y el médico le dice: usted tiene que bajar de peso, usted qué le dice.

8.4. Técnica de relajación muscular.

Practicamos la relajación de los ocho grupos de músculos.

8.5. Tarea para la casa.

Practicar la relajación muscular en casa, anotar situaciones en donde usted fue asertivo y llenar el termómetro del ánimo.

8.6. Síntesis de la sesión.

Se le reforzaron algunos conceptos más importantes.

Sesión # 9. Habilidades sociales.

- 9.1. Revisión de la tarea para la casa
- 9.2. Enlace con la sesión anterior
- 9.3. Practicando la asertividad.
- 9.4. Aprendiendo a decir NO.
- 9.5. Técnicas de relajación muscular (cuatro grupos de músculos)
- 9.5. Tarea para la casa
- 9.6. Síntesis de la sesión

9.1. Revisión de la tarea para la casa.

Se les da retroalimentó de la tarea anterior y comentaron sus tareas.

9.2. Enlace con la sesión anterior.

Se comentaron los términos útil para esta sesión.

9.3. Practicando la asertividad.

Ejercicio 1:

Contestaron de forma individual las preguntas y se realizaron comentarios.

1. Describa una situación específica en la cual espera ser asertivo, pero pueda provocar una represalia.
2. ¿Qué es lo que teme que pueda pasar?
3. ¿Cuál es la evidencia concreta de que esa persona actuará represivamente, como usted teme?
4. ¿Qué piensa que pasaría actualmente?
5. ¿Hay alguna forma de protegerse de la posible represalia?

Valorar el grado adquirido de asertividad

Entre una de las respuestas podemos resaltar que se enfocaron en las críticas de compañeras de trabajo, que al sentarse en la mesa les dicen siempre algo como: *¡Oh, mejor la visto y no la mantengo!* Esto les produce odio, me gustaría decirles: qué les importa, pero no dicen nada porque lo más probable es que les llamaran es cierto si estás gorda y mejor me quedo callada para no tener enemigas.

Ejercicio 2:

En grupo de dos se realizaron las preguntas y luego preguntamos qué les parecía esas respuestas para reflexión.

1. ¿Expresa generalmente lo que siente?
2. ¿Encuentra dificultades para la toma de decisiones?
3. ¿Tiene una actitud abierta a las opiniones, críticas e ideas de los demás?
4. ¿Protesta cuando alguien toma su lugar en la fila?
5. ¿Frecuentemente evita situaciones o gente por miedo a involucrarse?
6. ¿Cuándo un vendedor insiste, ¿le es difícil decir no aunque la mercancía no sea lo que realmente quiera?
7. ¿Se distrae si alguien mira su trabajo?
8. Si alguien patea su asiento en el cine, ¿le dice que se detenga?
9. ¿Tiene dificultades en mirar a los ojos de la gente con quien habla?

Guía para evaluar el comportamiento asertivo

Ejercicio 3:

Al recordar algunos puntos de la asertividad, se les pidió que nuevamente en grupo de dos se realizaran las preguntas y contestaran de forma asertiva.

1. En un buen restaurante, cuando algún alimento no está bien preparado ¿pide al mesero que corrija la situación?
2. Cuando descubre que la mercancía esta incompleta ¿regresa para reclamar?
3. ¿Muestra disgusto con palabras comunes o con obscenidades?
4. ¿Frecuentemente toma decisiones por otros?

5. ¿Es hábil para demostrar amor o afecto?
6. ¿Piensa que siempre tiene la respuesta correcta?
7. ¿Cuándo no coincide con otras personas respeta su opinión y habla sólo desde su punto de vista?
8. Si le molesta que alguien este fumando cerca de usted ¿lo dice?
9. Con un extraño ¿Es el primero en empezar a conversar?

En este punto las respuestas eran negativas.

9.4. Formas de decir NO.

NO natural. Es la manera individual y espontánea de decir NO.

Escuchar activamente después de decir NO. Se repite lo que dijo la otra persona reflejando que sí se entendió la petición y después se responde NO.

Ejemplo: "Lo que tú quieres decir es que cambie mi horario contigo, ¿correcto?, NO puedo hacerlo".

NO razonado: Se dice NO y se da una explicación sincera.

Ejemplo: "Gracias por invitarme a comer, pero prefiero no ir; en realidad, prefiero hacer otras actividades".

NO temporal: Con esta respuesta se dice no por el momento, pero se sugiere que se vuelva a pedir en otra ocasión. No se debe dar esta respuesta indefinidamente y dar largas al asunto. Si se tiene en mente un no definitivo, no se debe dar un NO temporal.

Ejemplo: “Hoy no puedo cambiar mi horario contigo, pero mañana sí podré ayudarte con eso”.

Se les enseñó esta técnica con la finalidad de que al momento que les ofrezcan algo para comer, puedan rechazarlo sin ofender a quien se los ofrece.

9.5. Técnicas de relajación por medio de la imaginación.

Continuamos practicando 4 grupos de músculos el cual se indica que debe practicarse cuatro veces al día durante seis a ocho minutos durante una semana.

- 1°. **Grupo:** Ambos brazos. Cierra los puños y dobla los brazos, tensa a la vez las manos, los antebrazos, los bíceps y tríceps. Suelta y vuelve los brazos a la posición original.
- 2°. **Grupo:** Cara-cuello. Inclina la cabeza llevando la barbilla al pecho, cierra los ojos con fuerza y haz una sonrisa forzada con la boca abierta. Nota la tensión en toda la cara y el cuello. Vuelve a la posición original y suelta y relaja.

- 3°. **Grupo:** Espalda-hombros-abdomen. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás, saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.
- 4°. **Grupo:** Piernas. Contrae los músculos de los muslos y al mismo tiempo, apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión en los gemelos, tensa y relaja.

9.6 Tarea para la casa.

Anotarán situaciones incómodas que les pasó en la semana y anotarán cómo lo manejó o qué hizo al respecto, llenar el termómetro de ánimo.

9.7 Síntesis de la sesión anterior.

Se resaltaron puntos más importantes de la sesión.

Sesión # 10. Técnicas de afrontamiento.

- 10.1. Revisión de la tarea para la casa
- 10.2. Enlace con la sesión anterior
- 10.3. Actividades que afectan mi estado de ánimo (actividades desagradables).
- 10.4. Combatiendo mi estado de ánimo (Piensa bien y siéntete bien).
- 10.4. Practicar imaginación
- 10.5. Tarea para la casa

10.6. Síntesis de la sesión anterior

10.1. Revisión de la tarea para la casa.

Se les retroalimentó sobre la tarea anterior y una participante voluntaria comentó su tarea y sobre su evaluación del termómetro del ánimo.

10.2. Enlace con la sesión anterior.

Se preguntó que fue lo que más les gustó de la sesión anterior.

10.3. Actividades que afectan mi estado de ánimo.

En este punto se les pidió que anotaran las actividades desagradables que han realizado y, en grupo de cuatro, las posibles alternativas mediante una lluvia de ideas.

10.4. Practicar relajación por medio de la imaginación.

Con los ojos cerrados imagínate todo lo que has hecho en el día de hoy.

- Trasládate al principio del día, ¿cómo fue el despertar?... ¿cómo te sentiste?... recuerda tus pensamientos y sentimientos en ese momento así como todas las cosas que hiciste...
- Ahora repasa todo lo que ocurrió en el transcurso de la mañana, imagínate a ti mismo y vívelo como se lo estuvieras viviendo de nuevo: a las 10..., a las 11..., a las 12..., hasta llegar a la hora del almuerzo.

- Trasládate mentalmente a la hora del almuerzo, imagínatelo con todo lujo de detalles e incluso saborea los alimentos.
- Visualiza ahora todo lo que realizaste por la tarde, a las 5..., a las 6..., hasta llegar a la hora de la cena.
- De nuevo saborea en tu imaginación los alimentos que tomaste en la cena.
- Continúa visualizando hasta el momento presente.

Variantes:

- Haz el mismo ejercicio, pero del día de ayer y continúa con el de anteayer hacia atrás hasta donde te permita tu memoria.
- Reconstruye en tu imaginación fechas del pasado escogidas por ser especiales: santos, cumpleaños, aniversarios, vacaciones, etc. Viaja en el tiempo hacia atrás meses, años y décadas.
- Programa hacia adelante todo lo que supones que te va a ocurrir en el día o en los días siguientes.

10.5. Tarea para la casa.

Practicar la relajación, llenar el termómetro del ánimo.

10.6. Síntesis de la sesión.

Se les reforzó lo positivo de las actividades que han realizado.

Sesión # 11. Integración de lo aprendido.

- 11.1. Revisión de la tarea para la casa.
- 11.2. Enlace de la sesión anterior.
- 11.3. Comprometido con mi salud física y mental.
- 11.4. Estilos de vida saludables.
- 11.5. Conozco mi estado de ánimo y lo puedo manejar.
- 11.6. Técnicas de relajación que más me agrada.
- 11.6. Tarea para la casa.
- 11.7. Síntesis de la sesión.

11.1. Revisión de las tareas para la casa.

Se comentaron los resultados de las asignaciones anteriores y se solicitó que si había alguien que no hubiese comentado su tarea anteriormente lo hiciera.

11.2. Enlace con la sesión anterior.

Se preguntó qué recordaban de la sesión anterior y se retroalimentó.

11.3. Comprometido con mi salud física y mental.

La salud es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su constitución de 1946. También puede

definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente".

"La salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud."

"Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente."...Moshé Feldenkrais (<http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>)

11.4. Estilos de vida saludables.

- 1) **Practicar ejercicio físico.** Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.
- 2) **Nutrición adecuada.** Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del

organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (Holum, 1987)

- 3) **Adoptar comportamientos de seguridad.** La mayoría de los accidentes son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones (Robertson, 1984).
- 4) **Sexo seguro.** Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (ej., gonorrea, herpes). Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años, la mayoría pueden ser tratadas eficazmente. Sin embargo, en la década de los años 80 la irrupción en escena del SIDA cambió completamente el panorama.
- 5) **Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas.** Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas". (<http://www.alapsa.org/detalle/05/5.HTM>)

11.5. Conozco mi estado de ánimo y lo puedo manejar.

Cuando estoy deprimido es porque me he quedado en mi mundo interior y puedo dirigir la energía hacia afuera y buscar mi mundo exterior.

Se hizo un taller donde se anotaron las características de la depresión, cuándo se presentan y qué se debe hacer.

11.6. Técnica de relajación.

Se realizó la técnica que más agrada, por imaginación, respiración y relajación de todos los grupos de músculos, identificando donde se siente más aliviado.

11.7. Tarea para la casa.

Identificar qué músculos son los que le duelen y relájelos al máximo, llene el termómetro del ánimo, además anote cuál es su meta en el registro de las metas.

11.8. Síntesis de la sesión anterior.

Se reforzaron conceptos más importantes de la sesión.

Sesión # 12. Retroalimentación.

12.1. Revisión de la tarea para la casa

12.2. Enlace con la sesión anterior

12.3. Conclusiones y recomendaciones

12.4. Evaluación

12.5. Despedida

12.1. Revisión de la tarea para la casa.

Comentarios de lo realizado en casa; cada integrante del grupo leerá su tarea y será animado a concluir sus metas.

12.2. Enlace con la sesión anterior.

Se les pregunta qué recordaban de la sesión anterior y se les aclaran las dudas.

12.3. Conclusiones y recomendaciones.

En forma general se habló de la depresión, sobrepeso y obesidad, su manejo con reestructuración cognitiva, técnicas de relajación y cómo afrontarla cuando quiera aparecer.

Se recomienda poner en práctica los conocimientos adquiridos en este programa y se exhorta a continuar en el programa de nutrición.

12.4. Evaluación.

Se procedió a realizar la aplicación del pos test. Se les ofreció una cita de control, en un mes, para comprometerlos con la meta que habían anotado en la última tarea para la casa.

En esta cita se les animó a continuar empleando todo lo aprendido, y se les informa que la Licenciada Petrocelli, les asignaría la cita con nutrición a los que aún no había pasado por nutrición.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al terminar las 12 sesiones de terapia cognitivo conductual grupal, con una muestra de 11 personas, les presentamos los resultados, antes de recibir el tratamiento y después de haberlo recibido.

4.1. Análisis descriptivo y comparativo de los resultados.

Este análisis nos permite describir los datos, valores o puntuaciones para cada variable antes y después de recibir el tratamiento. Podemos evaluar si existen diferencias significativas con respecto a las medias antes y después de recibir el tratamiento, comparamos los resultados de las evaluaciones iniciales con las evaluaciones finales para verificar si las hipótesis son verdaderas o falsas.

Este análisis se realizó utilizando la prueba estadística: t de student para datos dependientes de medidas repetidas, las medias, la desviación estándar y con los cuadros y gráficas.

4.2. Procedimiento.

Fase 1:

Se entrevistaron a 25 personas con sobrepeso u obesidad, que habían sido referidos/as a nutrición o que estuvieran recibiendo atención nutricional.

Fase 2:

Se aplicaron los pretest (Cuestionario de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión) a 20 personas, de

las cuales 14 presentaban síntomas depresivos y autoestima alta. Según la literatura consultada encontraríamos en mayor medida problemas de baja autoestima en esta población, pero los resultados reflejaron lo contrario y decidimos trabajar con esta población, considerando sus niveles de depresión.

Fase 3:

Se aplicó el tratamiento cognitivo conductual, programado en 12 sesiones de dos horas cada una a 11 personas, y tres quedaron incompletas de las 14 personas seleccionadas.

Fase 4:

Se aplicó el posttest (Cuestionario de Autoestima de Coopersmith y el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión) el mismo día de la última sesión.

4.3. Limitaciones.

- El diseño de investigación con un solo grupo amenaza la validez interna y externa.
- No contamos con un grupo control o de comparación.
- Otro factor que amenaza la validez interna y externa de la investigación es la selección no aleatoria de la muestra.
- Pueden presentarse los efectos de pruebas repetidas, ya que los instrumentos son aplicados antes y después de recibido el tratamiento.

- Es importante tener presente que con este diseño, las conclusiones no serán tan firmes o válidas como con otros diseños de investigación.
- Hubo muerte experimental, ya que de las 14 personas seleccionadas, tres no culminaron el programa de la investigación.

4.4. Características generales de la muestra.

En la muestra podemos observar 11 sujetos: un hombre y diez mujeres en edades entre 26 y 52 años, una persona presentó sobrepeso y diez presentaron obesidad, de los cuales cinco afirman que siempre han sido obesos y siete estaban entre tres y diez años de padecer sobrepeso y obesidad, durante estos años han realizado dietas, bajan su peso y nuevamente lo recuperan.

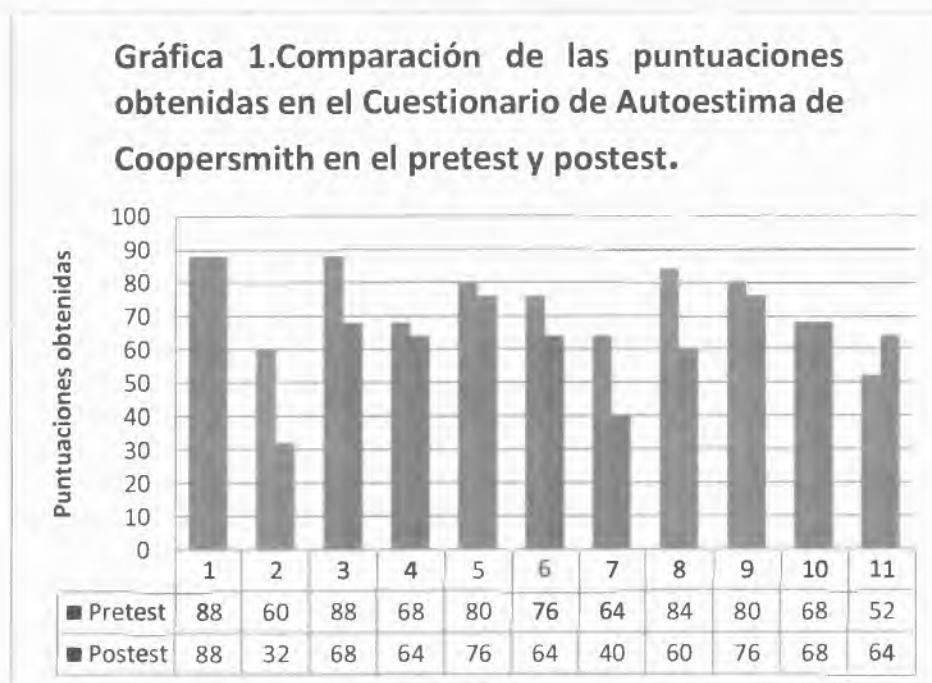
Sujetos	Edad	Sexo	Años con sobrepeso u obesidad	Índice de Masa Corporal
1	33	M	10	33
2	26	M	3	30
3	35	M	8	30
4	42	M	10	29
5	28	M	5	30
6	28	M	28	39
7	52	M	52	30
8	35	M	35	37
9	46	M	46	35
10	29	H	5	32
11	35	M	35	30.4

Escolaridad: Universidad completa (son profesionales de salud). Es importante resaltar que esta fue una de las ventajas que se nos presentó, ya que Beck señala entre una de las limitaciones para la aplicación de esta terapia psicoeducativa es el coeficiente intelectual de quien la recibe. Además, son colaboradores permanentes de la Caja de Seguro Social, con un salario escalonado, con un ambiente laboral óptimo, con jornadas de ocho horas de lunes a viernes.

Observación: En la muestra observamos algunos indicativos de baja autoestima, al igual que durante la entrevista, sin embargo, los resultados del test demostraron lo contrario; encontramos una autoestima media y alta en las personas con sobrepeso y obesidad, podemos considerar que las características de la muestra como el nivel de escolaridad, la estabilidad laboral, el factor ambiental en el que se encuentran, el factor cultural, los años de padecer la enfermedad, influyen en el nivel de autoestima, ya que observamos niveles considerados de depresión.

4.5. Resultados según las variables de investigación.

4.5.1. Autoestima.



En esta gráfica se presentan las puntuaciones obtenidas por los sujetos, en el cuestionario de Autoestima de Coopersmith y observamos que a mayor puntaje mayor autoestima. El puntaje en el pretest está ubicado en 52 o más, indicando niveles de autoestima entre media y alta, cinco sujetos con autoestima media y seis sujetos con autoestima alta. En el posttest tres personas mantenían sus niveles de autoestima alta, y siete, autoestima media; el puntaje descendió, indicando que el nivel de autoestima disminuyó, con excepción de dos puntajes que se mantuvieron en el mismo nivel.

Cuadro 1. Interpretación estadística de los niveles de autoestima con la *t* de student de los datos dependientes de medidas repetidas en un solo grupo antes y después del tratamiento.

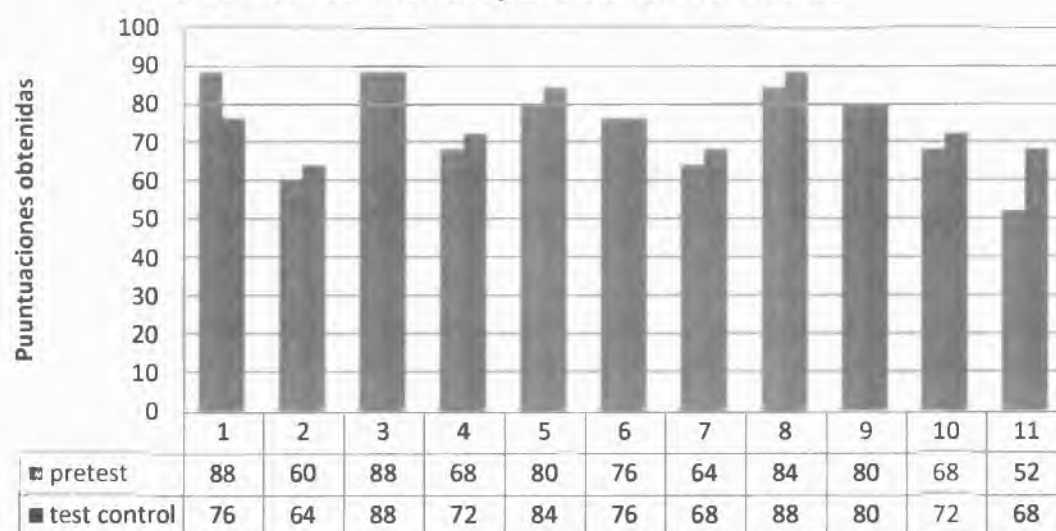
	Pretest	Posttest
Media	73.455	63.636
Varianza	141.673	251.055
Desviación estándar	11.902	15.8
<i>Observaciones</i>	<i>11.000</i>	<i>11.000</i>
Coeficiente de correlación de Pearson	0.614	
Diferencia hipotética de las medias	9.819	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico <i>t</i>	2.565	
P($T \leq t$) una cola	0.014	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	-1.812	

Regla de decisión: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$.

La *t* obtenida es de 2.565, demostrando que es mayor que la *t* crítica de -1.812, no se rechaza la hipótesis nula. Lo que indica que existe evidencia estadísticamente significativa para aceptar la hipótesis nula que nos señala que los niveles de autoestima serían menor o igual después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

Al encontrar estos resultados, decidimos evaluar los niveles de autoestima tres meses después del tratamiento, a fin de saber que diferencias encontrábamos y estos fueron los resultados.

Gráfica 2. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el Test de Autoestima de Copersmith en el pretest y en el test control después de los tres meses.



Según las puntuaciones obtenidas, se observa que en la aplicación del test de autoestima en la cita de control, cinco personas presentaron autoestima media y seis, autoestima alta, las cuales se mantienen motivadas para seguir bajando de peso y practicar lo aprendido en el programa.

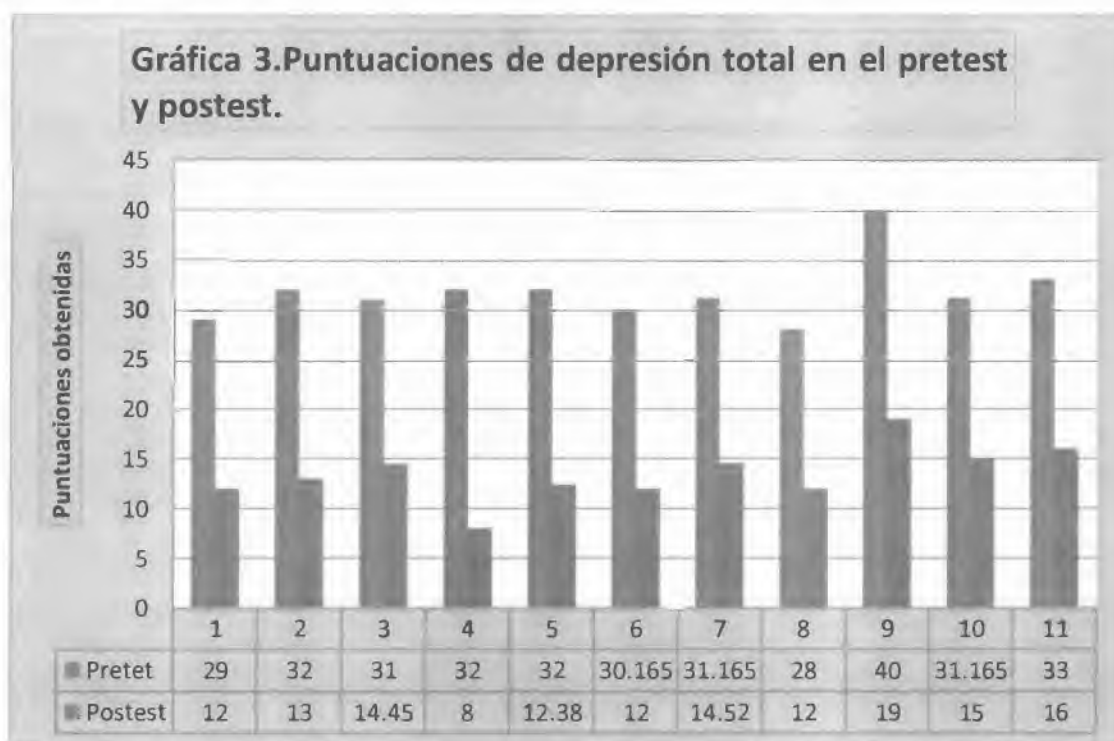
Cuadro 2. Interpretación estadística de los niveles de autoestima con la *t* de student de los datos dependientes de medidas repetidas en un solo grupo antes y después de los tres meses de control del tratamiento.

	Pretest	Posttest
Media	73.455	76.000
Varianza	141.673	67.200
Desviación estándar	11.902	8.193
<i>Observaciones</i>	<i>11.000</i>	<i>11.000</i>
Coeficiente de correlación de Pearson	0.853	
Diferencia hipotética de las medias	-2.545	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico <i>t</i>	-1.295	
P($T \leq t$) una cola	0.014	
Valor crítico de <i>t</i> (una cola)	-1.812	

Regla de decisión: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = -1.812$

La *t* obtenida de -1.295 es mayor que la *t* crítica de -1.812, lo cual nos indica que no se rechaza la hipótesis nula; los niveles de autoestima aumentaron en comparación con los resultados del posttest, sin embargo, no existe evidencia estadísticamente significativa para aceptar la hipótesis alterna.

4.5.2. Depresión total.



En esta tabla podemos observar las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión total. En el pretest, de 11 personas, cinco indican un nivel elevado de depresión total y seis presentan niveles moderados de depresión total. En el postest una puntuación indica niveles bajos de depresión total y diez presentan niveles moderados. Lo cual indica que los niveles de depresión total disminuyeron después de recibir el tratamiento.

Cuadro 3. Presentación de los datos obtenidos en los niveles de depresión total, interpretados con la t de student en un solo grupo con medidas repetidas antes y después del tratamiento.

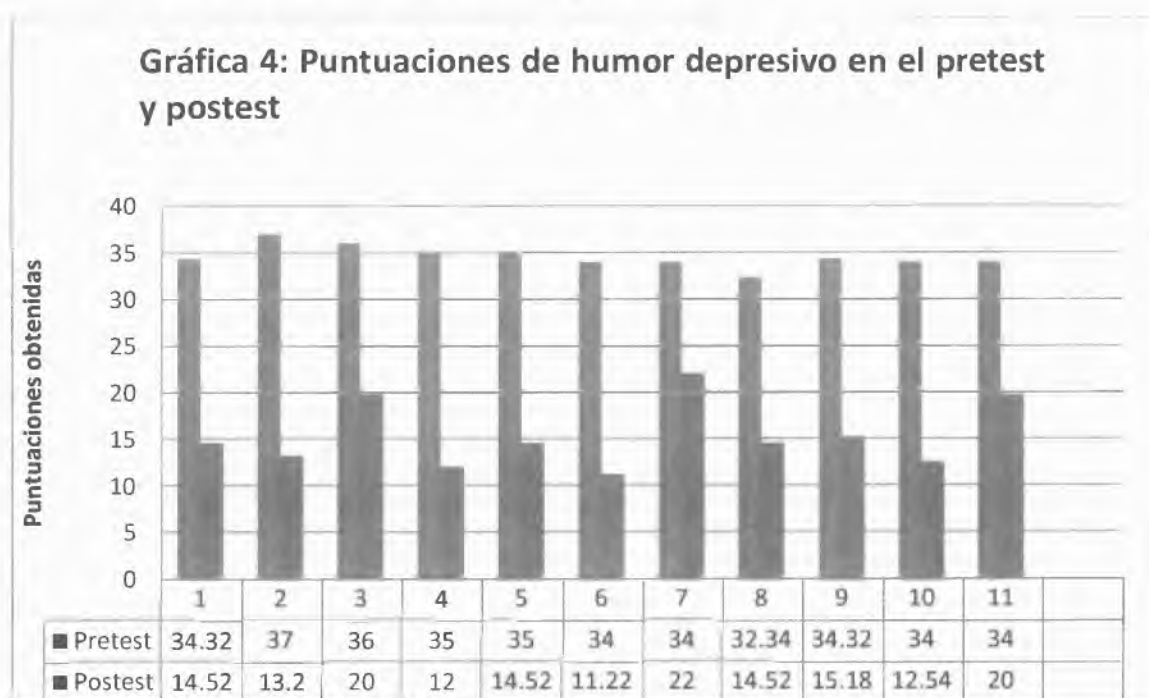
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	31.772	13.486
Varianza	9.519	7.920
Desviación estándar	3.085	2.814
Observaciones	11.000	11.000
Coeficiente de correlación de Pearson	0.653	
Diferencia hipotética de las medias	18.286	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico t	24.544	
P(T<=t) una cola	$\alpha=0.05$	
Valor crítico de t (una cola)	1.812	

Regla de decisión: se rechaza H_0 si $t_o > t_c = 1.812$

Como la t obtenida es de 24.544 es mayor a la t crítica de 1.812, podemos concluir que existe evidencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, planteada de la siguiente manera: los niveles de depresión total serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido. Según los

resultados de las medias, encontramos una diferencia estadísticamente significativa, para concluir que la terapia cognitivo conductual grupal disminuyó los niveles de depresión total.

4.5.3. Dimensión I. Humor depresivo.



Esta gráfica nos muestra las puntuaciones obtenidas por el grupo en la escala de depresión en la dimensión I de humor depresivo del CET-DE.

Podemos observar que en el pretest las 11 personas obtuvieron un puntaje alto de humor depresivo, mayor a 32; y en el postest los niveles disminuyeron, una persona con niveles bajos, inferior a 12; y 10 con niveles moderados inferiores a 23.

Cuadro 4. Resultados obtenidos en la prueba t de student para datos dependientes de medidas repetidas del grupo en la Dimensión 1 de humor depresivo.

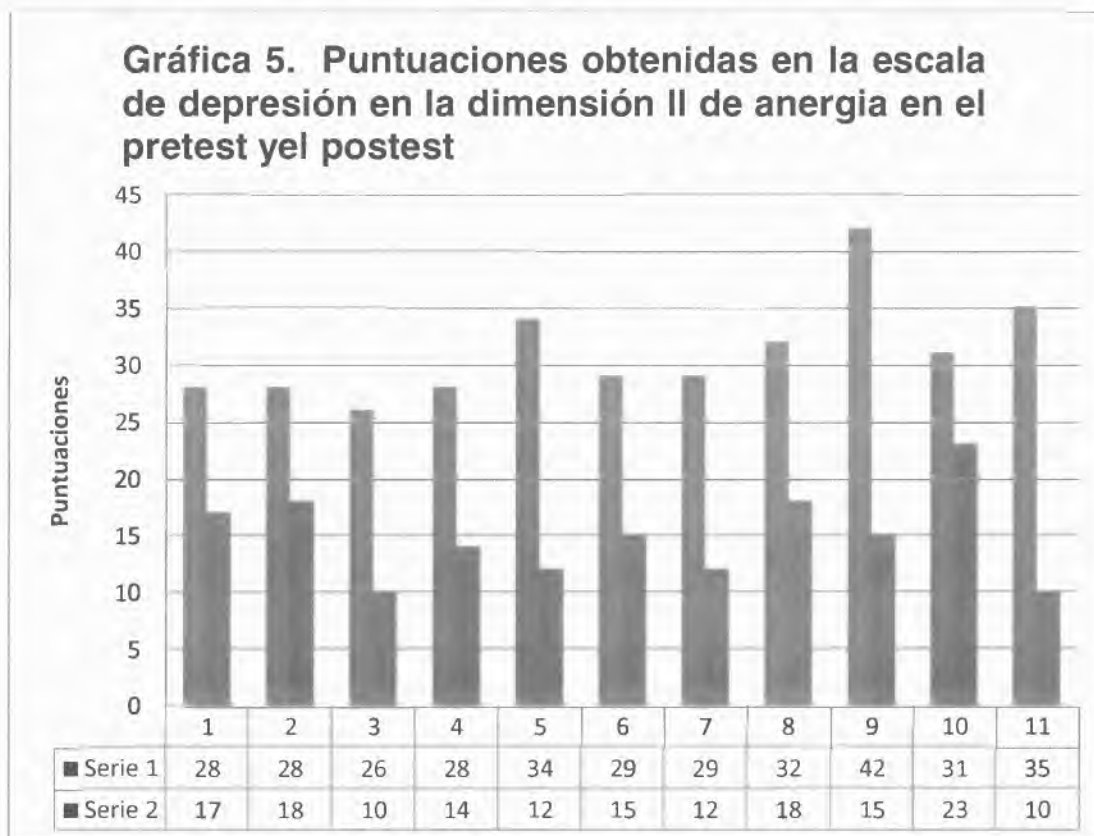
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	34.544	15.427
Varianza	1.471	13.030
Desviación estándar	1.213	3.610
Observaciones	11.000	11.000
Coeficiente de correlación de Pearson	-0.017	
Diferencia hipotéticas de las medias	19.117	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico t	16.566	
P(T<=t) una cola	$\alpha=0.05$	
Valor crítico de t (una cola)	1.812	

Regla de decisión: se rechaza H_0 si $t_o > t_c = 1.812$

La t obtenida es de 16.566 es mayor que la t crítica de 1.812 por lo tanto rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna planteada de la siguiente manera: Los niveles de humor depresivos serán menores después de recibir el tratamiento. Los resultados no son iguales antes y después del tratamiento, según la media podemos observar una diferencia estadísticamente

significativa, concluyendo que la terapia cognitivo conductual grupal causó un efecto significativo en el nivel de humor depresivo.

4.5.4. Dimensión II. Anergia



En esta gráfica presentamos las puntuaciones obtenidas por las personas del grupo antes y después del tratamiento.

Observamos que las puntuaciones en el pretest están por arriba de 26 puntos, indicando que cuatro presentan un nivel alto de anergia; y ocho, niveles

moderados de anergia ; en el postest se indica que nueve personas presentaron niveles moderados de anergia y dos presentaron niveles bajos de anergia.

Las puntuaciones disminuyeron después del tratamiento.

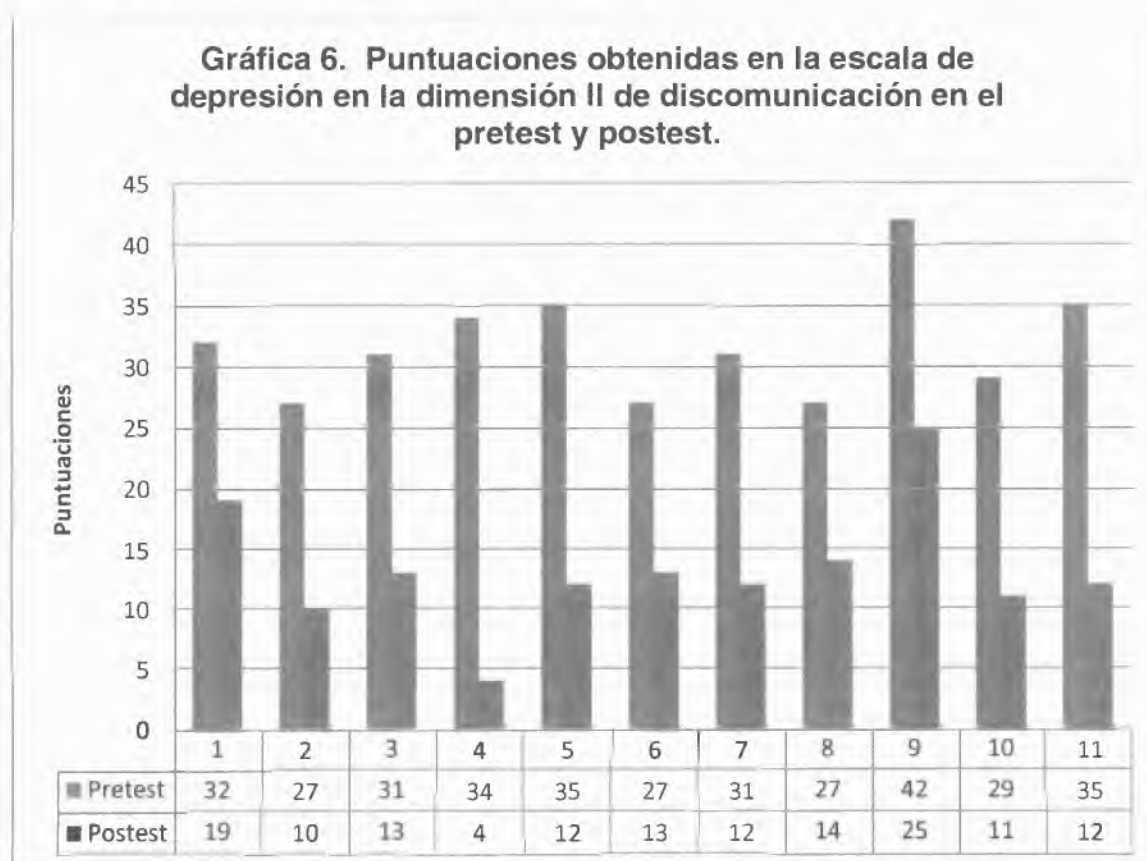
Cuadro 5. Resultados obtenidos en la t de student para grupos dependientes de medidas repetidas. En la escala de depresión dimensión II de anergia.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	31.091	14.909
Varianza	20.691	15.491
Desviación estándar	4.549	3.936
Observaciones	11.000	11.000
Coeficiente de correlación de Pearson	-0.039	
Diferencia hipotética de las medias	16.182	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico t	8.757	
P(T<=t) una cola	$\alpha=0.05$	
Valor crítico de t (una cola)	1.812	

Regla de decisión: se rechaza la H_0 t o $< t c = 1.812$

En los resultados, la t obtenida es de 8.757 mayor que la t crítica de 1.812, lo que indica que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, planteada de la siguiente manera: los niveles de anergia serán menores después del tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido. Existe diferencia estadísticamente significativa entre las media que nos indica que los niveles de anergia disminuyeron significativamente después del tratamiento.

4.5.5. Dimensión III. Discomunicación



Esta gráfica nos indica las puntuaciones obtenidas por el grupo en la escala de depresión en la dimensión III de discomunicación. Los resultados nos

muestran que de las 11 personas, cinco tenían niveles altos de depresión y seis tenían niveles moderados de depresión en el pretest; y en el posttest tres personas presentan niveles bajos de depresión y nueve manifiestan niveles moderados de depresión.

Cuadro 6. Resultados obtenidos en la t de student para grupos dependientes de medidas repetidas. Escala de depresión en la dimensión III de discomunicación.

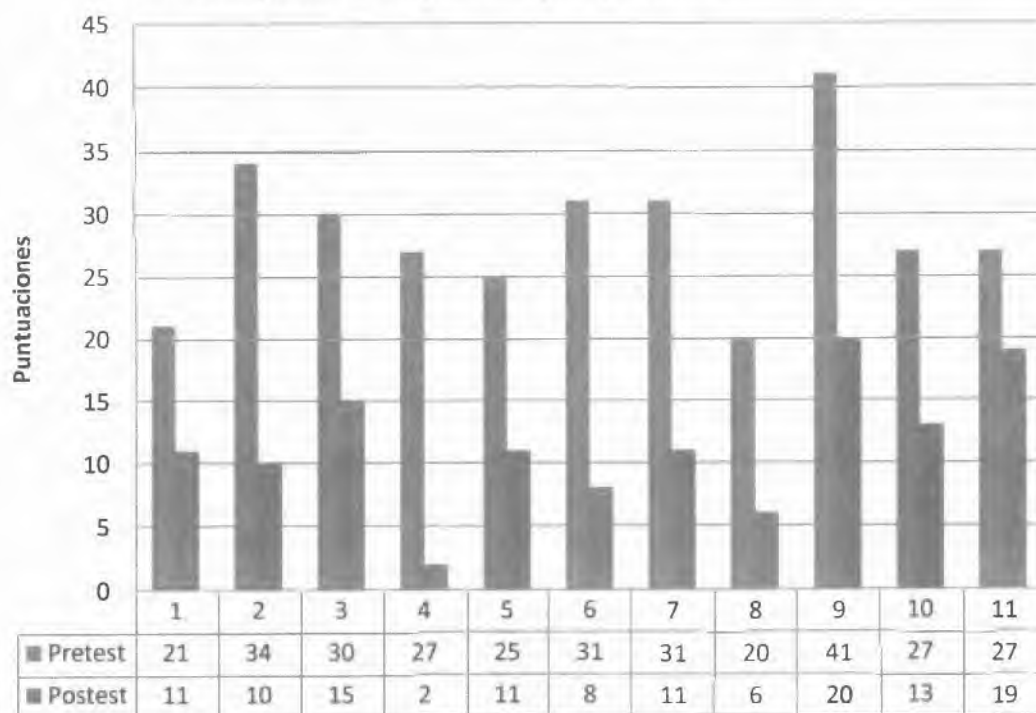
Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	31.818	13.364
Varianza	20.764	27.655
Desviación estándar	4.557	5.259
Observaciones	11.000	11.000
Coeficiente de correlación de Pearson	0.500	
Diferencia hipotética de las medias	18.454	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico t	12.373	
P(T<=t) una cola	$\alpha=0.05$	
Valor crítico de t (una cola)	1.812	

Regla de decisión: se rechaza la H_0 si $t_o > t_c = 1.812$

La t obtenida es de 12.373 mayor que la t crítica de 1.812; esto nos indica que los niveles de discomunicación disminuyeron después del tratamiento, entonces, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, planteada de la siguiente manera: los niveles de discomunicación serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido. Según las medias, podemos observar una diferencia significativa de 18.45, lo que hace suponer que el tratamiento cognitivo conductual grupal mejoró los niveles de discomunicación.

4.5.6. Dimensión IV. Ritmopatía

Gráfica 7. Comparación del grupo según las puntuaciones en la escala de depresión de la dimensión IV de ritmopatía en el pretest y el postest.



Esta gráfica nos muestra el puntaje obtenido por las 11 personas, antes y después del tratamiento, reflejando una diferencia evidente en los resultados. De las 11 personas, dos presentaron niveles altos de ritmopatía y nueve, niveles moderados en el pretest; y en el posttest siete personas mostraron niveles bajos de ritmopatía y cuatro presentaron niveles moderados.

Cuadro 7. Resultados obtenidos en la t de student para grupos dependientes de medidas repetidas. Escala de depresión dimensión IV de ritmopatía.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Media	28.545	11.455
Varianza	34.873	27.873
Desviación estándar	5.905	5.279
Observaciones	11.000	11.000
Coeficiente de correlación de Pearson	0.469	
Diferencia hipotética de las medias	17.09	
Grados de libertad	10.000	
Estadístico t	9.795	
P(T<=t) una cola	$\alpha=0.05$	
Valor crítico de t (una cola)	1.812	

Regla decisión: se rechaza H_0 si $t_o < t_c = 1.812$

La t obtenida es de 9.795 mayor que la t crítica de 1.812. Según los resultados estadísticos del t de student, tenemos suficiente evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna, planteada de la siguiente manera: los niveles de ritmopatía serán menores después de recibir el tratamiento, comparado con antes de haberlo recibido.

Según la media del pretest y posttest, existe una diferencia estadísticamente significativa para concluir que el tratamiento causó un efecto notable en los niveles de ritmopatía.

4.6. Análisis e integración de los datos estadístico de los resultados.

4.6.1. Cuestionario de Autoestima de Coopersmith.

La media obtenida nos indica que los niveles de autoestima bajaron. Se puede observar que los resultados de la t de student obtenida es mayor que la t crítica; los resultados de autoestima no son iguales, el puntaje disminuyó, por lo tanto, podemos suponer que la aplicación del programa cognitivo conductual grupal disminuyó los niveles de autoestima en la muestra.

La cultura, el grado de escolaridad, el ambiente laboral, la condición económica, entre otras, podrían ser la causa de que, aun presentando sobrepeso u obesidad y niveles de depresión considerados, estas personas no muestren niveles bajos de autoestima, que era lo esperado.

Los investigadores del tema de sobrepeso y obesidad recomiendan tratar este flagelo en equipo y por un tiempo más prolongado; reconozco que están motivados e incluso en este periodo al aplicar las técnicas adquiridas empezaron a notar la diferencia no sólo a nivel psicológico si no también a nivel físico.

4.6.2. Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión.

CET- DE.

Las puntuaciones directas y las medias son diferentes antes y después de recibir el tratamiento, disminuyeron en las cuatro dimensiones que evalúa el cuestionario y que son: humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía. Reflejadas en las puntuaciones en depresión total donde observamos una diferencia estadísticamente significativa de las medias, lo que indica una disminución en las puntuaciones en el posttest, en el cual todas las personas disminuyeron sus niveles de depresión: siete presentaron un nivel de depresión moderado y cuatro revelan niveles bajos de depresión. Esto nos señala que mejoraron sus niveles de depresión.

Los resultados calculados con la t de student nos indican que existe suficiente evidencia estadística de que las medias son significativamente diferentes antes y después del tratamiento en las cuatro dimensiones que evalúa el cuestionario. Esto nos lleva a suponer, entonces, que la terapia cognitivo

conductual causó un efecto significativo en los niveles de depresión de las personas que participaron en esta investigación.

El tratamiento cognitivo conductual grupal produjo la mejoría en los niveles de depresión, sin embargo, disminuyó los niveles de autoestima. Pudimos observar en el desarrollo de las 12 sesiones la mejoría de los sentimientos de tristeza y la autocondena, que los empujaba a esa conducta de comer excesivamente en horarios irregulares; además, atender y manejar los comentarios negativos de las personas que le rodean, ver la conexión que existía entre esas emociones y sus pensamientos, aplicar la asertividad y la reestructuración cognitiva en sus vidas ha sido satisfactorio.

En esta población trabajar en forma grupal fue la mejor elección, ya que uno de los talleres que trabajamos era que no somos una isla; comprendieron que no eran la única persona que pasaba por esta situación.

Los resultados de las pruebas nos muestran que es posible mejorar esta condición de salud psicológica por medio de esta técnica terapéutica, que pueden afrontar con mayor seguridad y compromiso personal esta situación de salud pública que resuena en los costos personal y social de quien la padece.

4.6.3. Análisis integrativo de los resultados.

Aplicamos un programa cognitivo conductual grupal, a personas con sobrepeso u obesidad que hubiesen asistido a nutrición o que hubiesen sido referidas o referidos por médico/a tratante. Pudimos observar el grado de afección psicológica en los resultados obtenidos en el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith, donde no esperábamos obtener puntajes altos de autoestima, sin embargo, nos sorprendió que en las 20 personas los resultados estaban por encima de lo esperado y en el Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión, en las puntuaciones del pretest, los resultados fueron sorprendentes en el nivel de humor depresivo, todos salieron elevados.

El disminuir sus niveles de depresión a través de un programa cognitivo conductual grupal, les proporciona el poder tomar decisiones y afrontar una serie de situaciones como: cambiar su estilo de vida, seguir un plan de alimentación y ejercicios, lo cual no es fácil aceptarlo y ejecutarlo, pero al cambiar su esquema de pensamientos negativos hacia esta situación, nos satisface haber comprobado que cambian también su conducta hacia la meta propuesta después del programa que es bajar de peso.

Los resultados nos señalan que el efecto de la terapia cognitivo conductual grupal fue significativo en esta población, ya que aprendieron a identificar aquellas situaciones que le ocasionaban tristeza y autocondena; y las que le llevaban a comer en exceso; aprendieron a modificar la conducta por

medio de las técnicas de modelado. Considero que están preparados para aceptar un programa de nutrición con disposición, compromiso personal y buena actitud.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y

BIBLIOGRAFÍA

5.1. Conclusiones.

Después de realizar todas las etapas de esta investigación y conocer los resultados, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- Según los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados, se infiere que el tratamiento cognitivo conductual grupal, pareciera haber sido efectivo para la depresión, sin embargo los resultados obtenidos para de autoestima no fueron los esperados.
- El tratamiento cognitivo conductual enfatizó en que el individuo lograra reconocer sus pensamientos disfuncionales, y tuviera herramientas para modificarlos a través de técnicas cognitivos conductuales.
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados a corto plazo, al terminar el tratamiento, lo cual se toma como referencia en este periodo de tiempo.
- La entrevista psicológica utilizada, nos reveló aspectos importantes que nos motivan a continuar con el trabajo de la autoestima, sabiendo que los resultados del test eran buenos.
- Es relevante mencionar que en la cita de control, tres meses después del tratamiento, observamos que las personas están disminuyendo su peso corporal, lo cual nos satisface por haber sido el trampolín hacia un estilo de vida saludable.

5.2. Recomendaciones.

Durante el desarrollo del proceso de investigación se nos presentaron algunas limitantes, por lo que considero prudente recomendar:

- Que se continúe brindando este tipo de intervención terapéutica a personas que presenten sobrepeso y obesidad, ya que esta investigación se fundamenta, teóricamente, y la práctica corroborada por los resultados obtenidos, ha demostrado los beneficios que aportan en estas personas.
- Que se utilice otro instrumento para evaluar y comparar los niveles de autoestima en esta población.
- Que se trabaje en equipo multidisciplinario y se incluya, además de la intervención psicológica, los controles médicos, el control nutricional, las actividades físicas con profesionales de fisioterapia y educación física.
- Que se modifiquen las sesiones y se amplíen, tanto en tiempo como en números, a unas 20 sesiones durante seis meses, para poder observar la pérdida de peso y las mejoras en los niveles de autoestima y depresión.
- Que se aplique el diseño experimental o cuasi experimental, con muestras al azar, con grupo control para comparar los resultados con mayor seguridad y rigor científico.

5.3. Bibliografía consultada.

5.3.1. Libros.

- BECK, J. **Terapia cognitiva y conceptos básicos y profundización.** Barcelona: Editorial Gedisa, 2000. 395 p.
- CABALLO, V. E. **Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos.** 1ª ed. Madrid: Siglo XXI Editores, S. A., 1997. Dos tomos.
- CASANUEVA, E.; KAUFER-HORWITZ, M.; PÉRLZ-LIZAUR, A. y ARROYO, P. **Nutriología médica.** 2ª ed. Distrito Federal: Editorial Médica Panamericana, S. A., 2001. Dos tomos.
- DICAPRIO, N.S. 1989. **Teorías de la personalidad.** 2ª ed. Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana.1989. 559 p.
- GRUPO OCEÁNO. **Máster biblioteca práctica de comunicación y autodomínio.** 1Volumen. Barcelona: Editorial OCEÁNO, 2002. 191 p.
- HALES, R.; STUART, Y. y TALBOTL, J. **Tratado de Psiquiatría.** 3ª ed. Buenos Aires: Editorial MASSON, S. A., 2000.Dos tomos.

- HARVE Y, J.; McKUZIC, Q. y ROSS. **Tratado de medicina interna**. 22ª ed. Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana, 1994. 1552 p.
- HERNÁNDEZ, S, R.; FERNÁNDEZ, C.; y BAPTISTA, L. **Metodología de la investigación**. 1ª ed. México: McGraw-Hill, 1985. 501 p.
- HERNÁNDEZ, S, R.; FERNÁNDEZ, C., y BAPTISTA, L. 1969. **Metodología de la investigación**. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 1994. 505 p.
- HOLLIS, Judith. **La obesidad es un problema familiar**. 1ª ed. Distrito Federal: Editorial Patria S.A., 2001. 272 p.
- IMPRELIBROS S.A. **Inteligencia emocional**. 1ª ed. Bogotá: Editorial Letrarte. S. A., 2006. Tres Tomos.
- KERLINGER, F. y LEE H. B. **Investigación del comportamiento**. 4ª ed. México: McGraw-Hill, 2002. 850 p.

- LARRAGANA, Ignacio. **El arte de ser feliz.** 1ª ed. Bogotá: Editorial San Pablo, 2004. 133 p.
- LAZARUS, R.S. **Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.** 1ª ed. España: Editorial Desclee de Brouwer, 2000. 327 p.
- MAHAN, K. y ESCOTE-STUM, S. **Nutrición y dietoterapia de Krause.** 10ªed. México: McGraw-Hill, 2001. 758 p.
- PRADA, Rafael. **Escuela psicológica y psicoterapéutica.** 4ª ed. Bogotá: Editorial San Pablo, 1998. 122 p.
- RIBEIRO, Lair. **Aumente su autoestima.** 1ª ed. Barcelona: Editorial Urano, 1997. 127 p.
- ROBER, Hales; STUART, C., Yudofsky, y TALBOTL, John. **Tratado de Psiquiatría.** 3a ed. Buenos Aires: Editorial MASSON, S.A., 2002. Dos tomos.
- ROBBINS, Anthony. **Poder sin límites la nueva fuerza del desarrollo personal.** 1ª ed. Bogotá: Random House Mondadori S.A., 2010. 480 p.

- RUÍZ, J.; IMBERNON, J. y CANO S., J. **Psicoterapia cognitiva de urgencias**. 1ª ed. ESMD-ÚBEDA. 1999. 69 p.
- SIMÓN, M.A. **Psicopatología de la salud**. 1ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide. Madrid, 1993. 223 p.
- SHELLEY, Taylor. **Psicología de la salud**. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2003. 558 p.
- SHILS, M. E.; JAMES, O. A.; SHIKE, M. y RUSS, C. A. **Nutrición en salud y enfermedad**. 9ª ed. Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana, 2002. Dos tomos.
- STUART, R. Y DAVIS, B. **El autocontrol de la obesidad**. 1ª ed. Distrito Federal: Editorial Ciencias de la Conducta S.A., 1975. 96 p.
- VÁSQUEZ, C. Luis. **El método científico en la investigación en salud**. 1ª ed. México: Méndez Editorial, 1996. 279 p.

5.3.2 Publicaciones.

- ALCÁNTARA, J. **Cómo educar la autoestima**. España: Editorial CEAC., 1995.

5.3.3. Tesis.

- ALVARADO, A.; GUZMÁN, E. y GONZÁLEZ, M. **Estudio de baja autoestima, intervención psicológica en pacientes con obesidad.** Universidad Veracruzana, Xalapa México. 2005.
- AMORES, J. y TREJOS, A. **La educación física ligada a los problemas de obesidad y sobrepeso.** Universidad de Panamá. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Educación Física. 2006. 74 p.
- CANDANEDO, Gina. **Relación entre autoestima y adaptación en jóvenes de primer año básico.** Universidad del Valle de Guatemala, Facultad de Educación. Tesis para optar por el grado de Maestría en Educación Especializada en Medición, Evaluación e Investigación. 1995. 77 p
- MARTÍNEZ, Edna. **Aplicación de un programa cognitivo conductual en adolescentes víctimas de abuso sexual.** Universidad de Panamá, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología. Tesis para optar por el grado de Maestría en Psicología Clínica. 2007.

- MURUNO, Sandra. **Evaluación de la autoestima y su relación con la funcionalidad familiar en los médicos de las unidades de medicina familiar**, Zona 1. IMSS; COLIMA. Tesis doctoral de la Especialidad en Medicina Familiar, México, Universidad de Colima, 2005. 55 p.
- RODRÍGUEZ, J. y BERNAL, M. **Incidencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta del distrito de Santiago**. Universidad de Panamá. Facultad de Humanidades. Tesis para optar por el grado de Licenciadas en Humanidades con especialización en Educación Física. 2001. 111 p.

5.3.4 Manuales.

- BERKOW, R. (Director). **El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica**. 9ª ed. Barcelona: Océano Grupo Editorial, S.A., 1994. 3122 p.
- DSM-IV. **Manual de diagnóstico diferencial**. Texto revisado. Michael B. Firts, M.D., Allen Frances, M.D., Harold Alan Pincus, M.D. Barcelona: Editorial MASSON, S.A., 1996. 261 p.
- DSM – IV. **Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales**. Texto revisado. Michael B. Firts, M.D., Allen Frances,

M.D., Harold Alan PINCUS, M.D. Barcelona: Editorial MASSON, S.A., 2000. 1040 p.

- DSM IV- TR. **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Texto revisado. Barcelona: Editorial MASSON, S.A., 2002. 1049 p.
- Organización Panamericana de la Salud. **Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.** CIE-10. Décima revisión. Washington, D.C.; OPS (Publicación científica). Volumen 1. 1995. 1175 p.
- RUÍZ, S. J., Y CANO S, J. **Manual de Psicoterapia Cognitiva.** 1992. 184 p.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. **Manual del CET-DE Cuestionario Estructural Tetradimencional para la Depresión.** 4ª ed. Madrid: TEA Ediciones S.A., 1998. 48 págs.

5.3.5 Folletos.

- CANDANEDO, Gina. **Material de apoyo del curso de Métodos de Investigación Aplicada en la Psicología Clínica.** C.R.U.V. 2009.

- BETANCOURT, F. y MADRID, I. **Terapia cognitiva–conductual y sus aplicaciones a la psicología clínica.** Universidad de Panamá. Facultad de Humanidades. División de Post-Grado y Maestría en Psicología Clínica. 2004.
- DOMÍNGUEZ, Laura. **Material de apoyo de Psicoterapia II.** C.R.U.V. 2010.
- MARTÍNEZ, Edna. **Material de apoyo de modelos conceptuales.** CRUV. 2009.

5.3.6 Dictionarios.

- GRUPO OCÉANO. **Enciclopedia de Psicología.** 4 Volumen. Barcelona: Océano Grupo Editorial, S. A., 2004. Cuatro tomos.

5.3.7. Sitio WEB.

Google:

- <http://www.psicologiaonline.com> Psicoterapia cognitiva – conductual y aspectos teóricos de la depresión. Consultada en julio de 2010

- <http://www.sochob.cl>. Revista Chilena de Obesidad del Dr. Alex Valenzuela. Consultada en agosto de 2011
- <http://www.Psicología-online.com.ESMUBEDA/> Libros/Manual / Manual/htm. Consultada en julio de 2011
- <http://www.alapsa.org/detalle/05/5.HTM>. Estilos de vida saludables. 27págs. Consultada en Enero de 2011
- <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80525207>. Revista Latinoamericana de psicología. Validez y confiabilidad del Cuestionario de Autoestima de Coopersmith en la población adulta de México por: Lara Cantú, Verduzco, Acevedo y Cortés en 1993. Consultado en julio de 2009.
- <http://www.consumir.es/salud/problemas-de-salud/2010/05/16/192918.php>. Depresión y Obesidad. Consultada en septiembre de 2011
- <http://es.wikipedia.org/wiki/OMS>. Consultada en octubre de 2011
- Shaw K., O'rourke P; Del Mar C., Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane

traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4 Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Consultada Diciembre de 2011.

- <http://www.socomefa.com>. Revista médica de la Sociedad Cochabambina de Medicina Familiar. Rev. Méd. Soc. Cochabambina Med. Fam. 2.1 marzo, 2010 27. Repercusión de la Depresión en la funcionalidad familiar de pacientes con sobrepeso y obesidad Caja Nacional de Salud Cochabamba 2007 por la Dra. Rosmery Villarroel Zenteno. Consultada en febrero de 2012.
- <http://190.34.154.88/obesidad/ninosadultos.html>. Consultada en diciembre de 2011.
- <http://www.larelajacion.com/larelajacion/12introduccion.php> Consultada en julio de 2011.
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Sentimiento> Consultada en enero del 2012.
- <http://www.gestiondelconocimiento.com/leer.php?id=37&colaborador=crucoe>. Consultada en 2011.

- <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/obe/>. Consultada en octubre de 2011.
- (http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2010/05/16/192918.php. Consultada en noviembre de 2011.
- http://www.susmedicos.com/OBESIDAD/art_Depresion_Obesidad.htm. Consultada en noviembre de 2011.
- <http://www.miautoestima.com/cambiarpensamientosnegativos>. Consultada en noviembre de 2011.
- <http://www.alapsa.org/detalle/05/5.HTM> Consultada en diciembre de 2011.
- <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoestima-inflada.html>, publicado por Silvia Rusek Psicóloga Clínica. Consultada en marzo de 2012.

ANEXOS

ANEXO # 1

FORMATO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA LA APLICACIÓN DE ENTREVISTAS, ADMINISTRACIÓN DE PRUEBAS DE MEDICIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN DE 12 SESIONES DEL PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Yo _____, con número de identidad personal _____, fui notificado(a) del objetivo de la investigación de la Psicóloga Rita Medina, estudiante del Programa de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de Panamá titulado: "Programa cognitivo conductual para mejorar los niveles de autoestima y depresión en pacientes que presentan sobrepeso u obesidad", el cual será aplicado en 12 sesiones de dos (2) horas cada una, en fechas programadas entre marzo, abril y mayo, en horario de 1:00 p.m. a 3:00 p.m.

Me comprometo a colaborar en este estudio de la siguiente manera:

- Brindando información personal confidencial, que será plasmada de forma resumida en la tesis de grado, sin divulgar mis datos personales y algunos aspectos que me comprometan.
- Asistiendo puntualmente a las citas asignadas y a seguir indicaciones establecidas.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO # 2

RESÚMENES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS/AS PARTICIPANTES

RESÚMENES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS/AS PARTICIPANTES

1. Datos personales

Nombre: A
 Edad: 33 años
 Estudios: Universitarios
 Profesión: Técnica
 Estado civil: Unida
 Estatura: 1.61m
 Peso: 85.2 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema

Motivo de consulta

Ella describe: *“Asisto al programa de sobrepeso desde hace 4 años, he sido gordita desde hace unos 10 años”*. (Presenta un IMC de 33 kg/m^2 , indica un grado de obesidad tipo I) Señala: *“Realmente me siento muy mal, quisiera ser como antes, ahora me veo fea, hay cosas en mi abdomen que no quiero que estén allí”*.

Indica que se siente más mal desde que le diagnosticaron la falla renal, que está muy preocupada porque está muy joven para morir.

3. Otros problemas que desea comentar.

Problemas de alcoholismo, relación de pareja y familiar.

Este problema inicia cuando se une sentimentalmente al padre de sus dos hijas, quien resultó ser violento con ella; fue víctima de un ciclo de violencia intrafamiliar durante seis años, donde ocurrieron escenas fuertes de maltrato físico, sexual, psicológico, patrimonial, del cual se liberó, su pareja cuando fue detenida por el delito de homicidio; entonces, ella empezó a ingerir bebidas alcohólicas.

4. **Drogas, quitarse la vida, insomnio, respuestas psicofisiológicas**

Ella señala que ingiere bebidas alcohólicas los fines de semana, no ha pensado quitarse la vida, padece insomnio.

Respuestas cognitivas: Piensa que su ganancia de peso se debe a las situaciones que le ha tocado vivir (situación socio-familiar), piensa que debe bajar de peso, pero está cansada de las dietas, de los medicamentos, que todo le sale mal, piensa que es la culpable de sus problemas familiares, laborales y conyugales.

Respuestas conductuales: Come en exceso, al comprar ropa no se la mide porque le da pena, se enoja fácilmente, discomunicación.

Respuestas afectivas: Se siente agotada, con poca movilidad, no tiene ganas de realizar los oficios en la casa que los hace por obligación, mal humor, se siente triste, disminución del deseo sexual, pesimismo.

Respuesta motivacional: Desea bajar de peso, dejar el consumo de bebidas alcohólicas

Respuestas fisiológicas: Hipergia, anhedonia, anergia, somnolencia, angustia, disminución del deseo sexual.

5. **Condiciones familiares.**

Desde hace 5 años, convive con su pareja sentimental de 54 años de edad, sus dos hijas de 16 y 9 años, y un hijo de 2 años.

Mantiene una relación afectiva con sus hijas e hijo, aunque ha pensado dejar el consumo de licor, porque la comunicación con su hija de 16 años se ha debilitado, pues ésta no le hace caso y eso le duele.

Anterior

Describe que, con sus padres, la relación fue pésima, lo que recuerda de su infancia es traumático, ya que proviene de un hogar desintegrado; su padre era alcohólico y su madre la maltrataba, patrón que se repite al unirse al padre de sus dos hijas; lo único bueno que disfrutaba cuando niña era las salidas al río. Había muchos problemas en casa, eran tres hermanos y ella era la mayor.

Considera que es mejor estar lejos de su hermano y hermana, aunque su nivel de afectividad es satisfactorio; los quiere, pero no le gusta que la critiquen.

6. Historia de la educación y formación.

Indica que a nivel escolar, su rendimiento académico fue bueno, pero su problema era de disciplina, situación que mantuvo hasta cuarto año de educación media cuando conoció el padre de sus hijas, ya que su conducta cambió; él la manipulaba constantemente. Cuando cumplió los 15 años, se salió embarazada, pero logró completar el plan de estudio en la jornada diurna.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con 15 años de servicio; ha mantenido un buen desempeño profesional; es puntual, responsable, honesta y dedicada.

Presenta relaciones interpersonales no satisfactorias (los comentarios de sus compañeros /as la desaniman, son muy criticones).

Considera que trabajar ocho horas y después ir a la casa a lo mismo es agotador.

Piensa que nadie considera su esfuerzo, porque la jefa no la toma en cuenta.

8. Historia de intereses y entretenimiento.

En términos generales, disfruta de pocas actividades familiares, le gusta salir a pasear, pero por lo general se toma las cervezas en casa.

En las relaciones interpersonales, tiene cuatro amigos y una amiga íntima. No le gustan las fiestas, debido a que no se siente cómoda en ellas.

9. Salud.

Padece de dermatitis alérgica, afección renal no especificada, hipercolesterolemia, dolores musculares y cefaleas frecuentes.

Ha sido operada de quistes sebáceos y laparoscopia. Esta medicada con una fenofibrato diaria. Recibe atención médica del internista, urólogo y nutricionista.

10. Valores y creencias.

Entre los valores que considera importantes están el respeto, la honestidad y la tolerancia. Practica la religión católica, aunque dice que no es muy religiosa.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 88 puntos

Pretest del CET-DE: Humor depresivo 34.32, anergia 28, discomunicación 32, ritmopatía 21, depresión total 28.83.

Depresión tipo clínico bidimensional: humor depresivo y discomunicación.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: M
Edad: 26 años
Estudios: Universitarios
Profesión: Técnica
Estado civil: Casada
Estatura: 1.53 m
Peso: 69.8 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema

Refiere que su peso ha cambiado, pero que ella no se siente gorda, su peso actual es de 30 kg/m² lo que indica obesidad tipo I.

Ella dice que su peso cambió desde los 23 años de edad, *“tengo que bajar de peso, porque me siento flojita; algo parecido a lo que me dio cuando nació mi primer hijo, me dio depresión post parto, es como un cansancio, un desgano y cualquier cosa me hace llorar”*.

3. Otros problemas que desea comentar.

Problemas de alcoholismo de pareja.

La pareja sentimental consume licor desde que lo conoce; gasta el dinero y su comportamiento se torna violento cuando está así. Los maltratos son verbales y psicológicos.

4. Drogas, quitarse la vida, respuestas psicofisiológicas.

No ha consumido drogas; pensó quitarse la vida cuando era adolescente, porque la abuela materna la maltrataba, pero ahora no, por sus hijos que no tienen la culpa de sus problemas.

Respuestas cognitivas: Piensa que su aumento de peso se debe a las infusiones de venoclisis, cuando se le realizaron las cesáreas y no a malos hábitos de alimentación; piensa que la báscula debió estar defectuosa, que no sabe por qué la mandaron para nutrición; piensa que no podrá realizar la dieta, porque todo es muy caro ahora, piensa que no debería tener ese estilo de vida, que debería tener más dinero, porque le gustaría que le lleven todo a donde ella está y no hacer nada, porque no tiene ganas de nada.

Respuestas afectivas: Se siento mal, porque la ropa no le queda, refleja tristeza, irritabilidad, pesimismo.

Respuestas conductual: Come en exceso, llora fácilmente, despistada, desorganizada, duerme mucho.

Respuestas motivacional: Desea estar bien y quiere participar del programa para cambiar de actitud.

Respuestas fisiológicas: Tensión muscular, anergia, hiperfagia, disminución del deseo sexual.

5. Condiciones familiares.

Actuales

La paciente tiene 9 años de casada; convive con el esposo de 28 años de edad, con el cual mantiene una relación de pareja satisfactoria. Es madre de tres niños de 7, 3 y 3 años de edad, con quien mantiene una relación de comunicación y afectividad.

Anteriores

Es la primera de cuatro hermanos/as. Fue abandonada por su madre y por su padre cuando tenía un año. La crianza le tocó a la abuela materna, donde sufrió maltrato intrafamiliar.

Mantiene una relación afectiva con sus hermanos y hermanas, aunque esporádica.

6. Historia dela educación y formación.

Mantenía una conducta retraída en la etapa escolar; según lo que nos comenta, reflejaba timidez, pero su rendimiento académico fue regular. Ella dice que siempre le fue bien en la escuela, que era estudiante con calificaciones entre el 3.5 y el 4.5; no era excelente, pero tampoco era fracasada; no tenía problemas de conducta.

7. Historia laboral.

Actualmente la paciente es colaboradora de la CSS, con 2 años de servicio, en los cuales se ha desempeñado con responsabilidad y profesionalismo.

Considera que en las relaciones interpersonales no es buena, que ha fallado por las críticas que sus compañeras/os hacen hacia su persona, que se esfuerza para no quedar mal con nadie; considera que no lo puede soportar.

No le gusta que la critiquen, sin embargo mantiene una actitud pasiva.

8. Historia de intereses y entretenimiento.

Son pocas las actividades que disfruta, una de ellas es pasear, pero se limita por problemas económicos.

En cuanto a los amigos, solo tiene una amiga que tiene 46 años; realmente le cuesta hacer amigos, demuestra ser poco sociable.

9. Historia de la salud.

Refiere padecer dolores lumbares, desorden hormonal, cefaleas, dolores musculares y hernia inguinal.

10. Valores y creencias.

Para ella, el respeto es fundamental, porque hay mucha gente mala. Es de creencia católica, pero realmente no asiste a misa con regularidad.

Datos obtenidos.

Autoestima: 60 puntos

CET-DE: humor depresivo 36.96, anergia 28, discomunicación 27, ritmopatía 34 y depresión total 31.49.

Presenta una depresión tipo clínico bidimensional en las escalas de humor depresivo y discomunicación.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: F
 Edad: 35 años
 Estudios: Universitarios
 Profesión: Técnica
 Estado Civil: Casada
 Estatura: 1.53 m
 Peso: 68.03 kg

2. Descripción de la demanda y el problema.

Ella describe: *He asistido al programa de sobrepeso, pero por el horario no he sido constante. Tengo como ocho años de estar sobrepeso y obesa, lo cual me afecta porque siempre me sacrifico y bajo de peso, pero cuando me canso de hacer la dieta subo más y esto me deprime y me desmoraliza, porque*

la gente cuando estoy delgada me lo dicen y cuando subo me lo dicen de forma despectiva.

Presenta un IMC de 30 kg/ m² el grado de obesidad tipo I (ha realizado una dieta rigurosa en este verano).

3. Otros potenciales problemas.

Problemas de alcohol en la pareja y económicos.

4. Consumo de drogas, pensar en quitarse la vida, respuestas psicofisiológicas:

Refiere que no consume drogas ilícitas, pero si ha consumido medicamentos para bajar de peso; jamás ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que las dietas son lo peor que existe, que nunca podrá mantener su peso ideal, que si no se hubiese casado ella no se engorda, que será una anciana enferma, que su familia es muy exigente, que debería irse de la casa para ver que hacen sin ella, que es la culpable de todo.

Respuestas afectivas: La paciente manifiesta sentir un vacío en el pecho, que le provoca irritabilidad, ganas de llorar, no le gusta sentirse de esta manera, además presenta sentimientos de culpa y pesimismo, preocupación por su figura corporal, tristeza, soledad.

Respuestas conductual: Realiza dietas; cuando se enoja grita y llora fácilmente.

Respuestas motivacional: Desea asistir al programa para aprender a manejar su estado emocional.

Respuestas fisiológicas: Anergia, dolores musculares, disminución del deseo sexual, agotamiento.

5. Condiciones familiares.

Actual

Convive con su esposo de 46 años y sus dos hijos de 12 y 2 años de edad.

Su relación afectiva con la pareja es satisfactoria, aunque afirma que no es como antes, considera que su esposo no piensa lo mismo.

Según ella, la familia le dice que no se preocupe que no está gorda, pero la nutricionista le dice lo contrario. Eso la hace sentir mal, piensa que se lo dicen porque la quieren ver gorda siempre.

Anterior

Es la mayor de tres hermanos/as de un hogar integrado. Su padre era infiel y alcohólico y su madre una educadora ejemplar, con muchos problemas de salud debido a su sobrepeso y sentimientos de inferioridad, ya que estaba afectada por el sufrimiento al observar la conducta de infidelidad de su esposo. En casa recibió cariño. Aunque en su casa sus padres tenían muchas diferencias, ahora su relación es buena.

6. Historia de la educación y formación

Señala que siempre le gustó la escuela, y que, académicamente, era buena alumna; presentaba buena conducta y era sociable. Tenía muchas amigas y amigos. Considera que es totalmente diferente ahora, pues ya no sale, no habla con sus amigas, quienes se olvidaron de ella.

7. Historia laboral

Es colaboradora de la CSS, con 11 años de servicio profesional, con óptimo desempeño y responsabilidad.

Trata de cumplir con sus funciones y considera que trabaja demasiado. Manifiesta que la relación laboral con sus compañeros es buena, aunque hay varias anacondas en el departamento, a quienes no soporta.

8. Historia de intereses y entretenimiento.

Señala que siempre le ha gustado pasear, pero que ya no lo hace por falta de dinero. Además, no le parece salir, porque ya no es divertido.

Manifiesta un aislamiento social. Dice que tiene pocos amigos, debido a que como no sale de casa no cultiva amistades; que no sale a ningún lado, porque a su esposo no le gusta.

9. Historia de su salud

Indica que en la infancia padeció de asma, y que hace 7 años padece de alergias y niveles elevados de colesterol.

Consumo diario de antihistamínicos.

Atención médica: alergología, medicina general, ginecología y nutrición.

10. Valores y creencias.

Considera que todos los valores son importantes; practica la religión católica y asiste los domingos a la iglesia.

Datos obtenidos

Autoestima pretest: 88 puntos

CET-DE pretest: humor depresivo 35.64, anergia 26, discomunicación 31, ritmopatía 30 y en depresión total 30.66.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: B
Edad: 42 años
Estudios: Universitarios
Profesión: Técnica
Estado civil: Divorciada
Estatura: 1.52 m
Peso: 66.22 k

2. Descripción de la demanda y el problema.

Indica que está sobrepeso y que esto la tiene preocupada, porque su hija le dice que está gorda. Esto me pone peor, me baja el ánimo, me veo barrigona y fea, no me queda la ropa como deseo, me veo brazona y pipona.

Cuando ella creció se fue a estudiar, pero un accidente de tránsito casi le quita la vida. Desde entonces, aumentó su peso y aún más cuando empezaron los problemas conyugales.

Su IMC es de 29 kg/m² e indica un grado de sobrepeso en la línea de caer a obesidad.

3. Otros potenciales problemas.

Problemas económicos y de comunicación con su hija.

Me preocupa mi hija, porque a veces no me hace caso; le doy permiso y ella abusa del tiempo. La atiende la enfermera de salud mental.

4. Drogas, pensar quitarse la vida, respuestas psicofisiológica.

Señala que no ha consumido drogas, no ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que se le acaba la fuerza de voluntad, que ya no es persistente para mantener el peso ideal y que la vida es injusta, pues existen personas que comen y no se engordan como ella. Presenta pensamientos negativos y preocupación por los problemas económicos.

Respuestas afectivas: Manifiesta sentimientos de tristeza, miedo e inferioridad; falta de concentración y frustración.

Respuestas conductual: Realiza dietas, pero las abandona cuando obtiene resultados; le gusta comer dulces y dormir; llora fácilmente; es poco sociable.

Respuestas motivacional: Desea cambiar, bajar de peso, y muestra interés por participar en el programa.

Respuestas fisiológicas: Hiperfagia, somnolencia, anergia, mareos, cefaleas, dolores musculares.

5. Condiciones familiares actuales.

La paciente es madre soltera. Convive con su hija de 14 años de edad. Con quien mantiene una relación afectiva.

Su esposo le fue infiel y abandonó el hogar hacen 8 años. Pero le ayuda con los gastos de la casa.

Anteriores

Es la menor de dos hermanas. La madre murió en el parto y la tía se ocupó de la crianza; crecieron en un hogar con una buena formación espiritual, porque su tía es muy católica y buena. Menciona que no sintió ese afecto sincero de parte de su tía, pues ella siempre se inclinaba por sus hijos.

El padre abandonó el hogar al morir su madre; tiene otra familia con la cual no se relaciona.

Su hermana es profesional. No se visitan con frecuencia, porque ella vive en Chiriquí.

6. Historia de la educación y formación.

Refiere que su desempeño escolar fue bueno académicamente, que siempre tenía beca, que no tenía ninguna dificultad en la escuela. Era poco sociable y tímida.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con 12 años de servicio y un buen desempeño profesional.

Ella considera que se esfuerza para cumplir en el trabajo, aunque no se siente cómoda, porque la gente piensa que ella es moga.

8. Historia de los intereses y entretenimientos.

Le gusta pasear, pero no tiene dinero. En sus ratos libres prefiere limpiar su casa y las plantas, lo que la pone nostálgica.

9. Historia de la salud.

Desde niña sufre de asma; luego del accidente padece afecciones pulmonares, además le dan cefaleas y dolores musculares.

Ha sido intervenida quirúrgicamente en los pulmones y le han practicado traqueotomía.

Atención médica: es atendida por el neumólogo, medicina interna, medicina general y nutrición.

Diariamente, consume fármacos para el asma bronquial, recetados por el neumólogo.

10. Valores y creencias.

Ella considera que el amor es el valor más importante que deberíamos practicar- Es católica y asiste a la iglesia regularmente.

Datos obtenidos

Pretest de Autoestima: 68 puntos.

Pretest de CET-DE: 38.94 humor depresivo, 28 anergia, 34 discomunicación, 27 rimopatía y 31.98 en depresión total.

Depresión tipo clínico bidimensional.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: R

Edad: 28 años

Estudios: Universitarios

Profesión: Licenciada

Estado civil: Separada

Estatura: 1.56 m

Peso: 73.48 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema.

Señala que se siente mal porque la ropa no le queda bien, debido a que está gorda; se sintió incómoda el día que fue a un almacén y pidió tres tallas menos que era lo que usaba antes. Desde hace tres años acude a la nutricionista, pero se cansa y rompe la dieta.

Actualmente su IMC es igual a 30 kg/m^2 , lo que indica que está en obesidad tipo I.

Ella considera que debe bajar de peso y nos relata: *“he hecho muchas cosas para conseguirlo y no he podido me siento muy mal conmigo misma”*.

3. Otro potencial problema.

Divorciada hace un año.

4. Drogas, pensar quitarse la vida, respuestas psicofisiológica.

No ha consumido drogas; ingiere bebidas alcohólicas esporádicamente. Jamás ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que la vida es muy injusta, que no vale la pena sacrificarse, que hacer dieta es muy duro para ella, que nadie la quiere, que en el trabajo las personas son malas, que la familia le exige demasiado, que tiene muchos problemas económicos, que los demás son unos hipócritas y que debería cambiar muchas cosas.

Respuestas afectivas: Manifiesta sentimientos de tristeza y desesperanza; se siente sola y de mal humor; es introvertida.

Respuestas conductual: Le gusta comer, dormir, anergia, discomunicación, embotamiento, miedo, habla menos con su familia, ve menos

televisión, se enfada fácilmente con las demás personas, es recelosa, desconfiada, ha dejado de arreglarse como antes, duerme mucho, le cuesta hablar en público, inactividad sexual.

Respuestas motivacional: Desea participar en el programa; le gustaría trabajar en otro lado.

Respuestas fisiológicas: Dolores musculares, agotamiento.

5. **Condiciones familiares.**

Convive con su hijo de tres años de edad y la empleada doméstica.

Su pareja abandonó el hogar hace un año. Él asumió la responsabilidad de los gastos económicos de la casa.

Anteriores

Es la quinta de seis hermanas/os. Su padre abandonó el hogar cuando ella tenía cinco años de edad, con él tiene poca comunicación; la madre sufrió la separación, pero les ofreció afecto y atención; todos/as son profesionales.

Mantiene indiferencia afectiva con su madre y hermanos/as, siente que se ha alejado de ellos/as.

6. **Historia de la educación y formación.**

Refiere haber tenido buen rendimiento académico y un comportamiento adecuado a nivel escolar. No le gustan las matemáticas.

7. **Historia laboral.**

Es colaboradora de la CSS, con cinco años de servicio, presenta un buen desempeño laboral. Dice no sentirse cómoda con el salario, porque no le alcanza, pero le gusta su trabajo, aunque los compañeros la desaniman.

8. **Historia de los intereses y entretenimiento.**

Señala que le gusta pasear; en su tiempo libre duerme; se siente aburrida; tiene pocos amigos; y le gustaría ser más cariñosa y mejor compañera.

9. **Historia de la salud.**

Ha sido intervenida quirúrgicamente a causa de una hernia inguinal a los 15 años, y por cesárea hace tres años.

Su última crisis de asma fue a los 11 años. Actualmente, padece de cefaleas y dolores musculares.

10. **Valores y creencias.**

Considera que el amor, el respeto y la tolerancia son los valores más importantes que uno debe practicar.

Profesa la religión católica y se considera muy religiosa.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 80 puntos

Pretest de CET-DE: 34.98 humor depresivo, 34 anergia, 35 discomunicación, 25 ritmopatía y 32.24 de depresión total.

Depresión tipo clínico tridimensional.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. **Datos personales.**

Nombre: C

Edad: 28 años

Estudios: Universitarios

Profesión: Técnica
Estado civil: Casada
Estatura: 1.56 m
Peso: 95.20 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema.

Desde niña, siempre he sido gordita y me he acostumbrado, aunque sé que tengo que bajar de peso. La abuela de mi esposo hace comentarios despectivos de mí y a mi esposo le da rabia. La gente piensa que yo no he hecho nada para bajar de peso, pero no es así, ya que he hecho muchas dietas y me desanimo, porque no hay resultados.

Posee un IMC 39 kg/m², lo que indica que está en obesidad tipo II. Ella dice: *"Quisiera bajar de peso, pero no puedo. Como normal, pero no hago ejercicios, por eso estoy así, además, mi familia es de ser gordita"*.

3. Otros potenciales problemas.

No presenta otro tipo de problemas.

4. Drogas, piensa quitarse la vida, respuestas psicofisiológicas.

No ha consumido drogas, no ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que la gente es despectiva con ella, que es una persona muy insegura, que debería tener más fuerza de voluntad y que no es popular entre las personas de su edad.

Respuestas afectivas: Siente tristeza, amargura, falta de alegría, agotamiento, cansancio.

Respuestas conductual: Poca concentración, dificultad para tomar decisiones, temor para hablar en público, duerme más de lo habitual, le gusta comer en exceso.

Respuestas motivacional: Desea participar del programa, además, quiere bajar de peso para sentirse mejor.

Respuestas fisiológicas: Enlentecimiento, anergia, hiperfagia, ruborización, dolores musculares.

5. Condiciones familiares.

Actuales

Convive con su esposo, con el cual mantiene una relación afectiva.

Anteriores

Sus padres se separaron cuando ella tenía 16 años; es la segunda de dos hermanas, pero su papá tiene más hijos. Está satisfecha con la relación afectiva y de comunicación con sus padres.

En su familia materna padecen de sobrepeso y obesidad.

6. Historia de la educación y formación.

Sus estudios primarios, premedia y media los realizó en un colegio privado, donde la matrícula no superaba los diez estudiantes por aula.

Según relata era muy tímida, disciplinada y con un rendimiento académico bueno.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con cinco años de servicio. Posee un buen desempeño en el área laboral. A nivel social es introvertida.

8. Historia de intereses y entretenimientos.

Le agrada pasear, visitar a su familia, compartir los fines de semana, comer y tomar unas cuantas cervezas.

9. Historia de su salud.

Padece de hipertensión arterial, controlada medicamente con fármacos (toma enalapril, una diaria), dolores músculo-esqueléticos y cefaleas.

10. Valores y creencias.

Considera que los principios bíblicos son lo más importante que debe practicar una persona. Ella es testigo de Jehová y trata de cumplir con su religión.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 76 puntos

Pretest de CET-DE: humor depresivo 33.66, anergia 29, discomunicación 27, ritmopatía 31 y depresión total de 30.16.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: S
 Edad: 52 años
 Estudios: Universitarios
 Profesión: Técnica
 Estado Civil: Casada
 Estatura: 1.55 m
 Peso: 72.50 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema.

Señala que siempre que está gordita, deja de comer y baja de peso, pero que no tiene buenos resultados, porque ya no se sacrifica como antes. *“Me siento mal conmigo, no sé qué me pasa que todo me da pereza, creo que estoy muy desanimada, es mi culpa”.*

El IMC 30 Kg/m^2 indica un grado de obesidad tipo I.

3. Otros posibles problemas.

Enfermedades sistémicas (ver punto 9).

4. Drogas, pensar quitarse la vida y respuestas psicofisiológicas.

No consume drogas, no ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que nadie la comprende, que todo le afecta, que nadie la toma en cuenta, que la vida es injusta, que es una enferma

Respuestas afectivas: Tristeza, soledad, pesimismo, sentimientos de culpa.

Respuestas conductual: Come en exceso, amnesia, insomnio, discomunicación, se enoja fácilmente, llanto fácil, anergia, ensueños por el día, disminución de la actividad sexual.

Respuestas motivacional: Desea asistir al programa y bajar de peso para sentirse mejor.

Respuesta fisiológica: Dolores musculares, cefaleas, angustias.

5. Condiciones familiares.

Actuales

La paciente tiene 33 años de estar casada y convive con su esposo de 56 años de edad, con el cual mantiene una relación de pareja; además, con sus dos hijos, uno de 26 años y otro de 18, la nuera y su nieto de un año.

Mantiene una relación afectiva con los miembros de la familia, pero considera que ellos son los que no la quieren.

Anteriores

Es la cuarta de una familia de seis hermanas/os; crecieron en un hogar integrado. Recibió afecto de sus padres y hermanas/os con los que mantiene una buena comunicación. El deceso de la madre fue hace 20 años y el del padre hace cinco años.

6. Historia de la educación y la formación.

Señala que su comportamiento era normal, era callada y tenía buen rendimiento académico. Su título de maestra de enseñanza primaria no lo ejerció, porque no le gustaba. Actualmente, se siente satisfecha con su profesión de Técnica de Odontología.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con 31 años de servicio profesional, buen desempeño laboral, y muy responsable y honesta.

8. Historia de los intereses y entretenimientos.

Siempre le ha gustado jugar voleibol, cocinar, pasear y compartir festividades junto a su familia, pero sus intereses han cambiado, ya que no disfruta estas actividades como antes.

9. Historia de su salud

Padece de hígado graso, ácido úrico, colesterol alto, dolores corporales, y cefaleas, controladas medicamente con fármacos.

10. Valores y creencias.

Piensa que lo más importante para una persona es el respeto; se considera muy religiosa y practica la religión católica.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 64puntos

Pretest de CET-DE: humor depresivo 33.66, anergia 29, discomunicación 31, ritmopatía 31 y depresión total 31.16.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos generales

Nombre: N
 Edad: 35
 Estudios: Universitarios
 Profesión: Técnica
 Estado civil: Unida
 Estatura: 1.63 m
 Peso: 98 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema.

La paciente señala que asiste al programa de sobrepeso hace unos seis años, pero no es constante con las dietas, pues está cansada. Además no puede realizar ejercicios físicos, porque se lesionó el nervio ciático hace dos años y le da miedo que se repita la lesión.

Su IMC es de 37kg/m^2 , que indica que posee un grado de obesidad tipo II, obesidad severa.

3. Otros posibles problemas.

No presenta.

4. Drogas, pensar quitarse la vida, respuestas psicofisiológicas.

No ha consumido drogas, no ha pensado quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: piensa que es muy indecisa, percibe los problemas como abrumadores, se autocrítica, tiene pensamiento absolutista, problema de memoria y dificultad para concentrarse. Piensa más en el pasado que en el futuro, que no le debe pasar esto que le está pasando, piensa que todo se le olvida, considera que es la única culpable de sus problemas.

Respuestas afectivas: tristeza inmotivada y deseo de llorar, pérdida de interés, sentimiento de culpabilidad, mal humor.

Respuestas conductual: es una persona amargada, siempre evita asumir responsabilidades, teme hablar en público, le gusta dormir, ver televisión y comer.

Respuestas motivacional: desea participar en el programa y bajar de peso.

Respuestas fisiológicas: alteraciones del sueño, hiperfagia, dolores corporales, disminución del deseo sexual.

5. Condiciones familiares.

Actuales

La paciente tiene 16 años de unión libre con su pareja de 37 años de edad, con el que mantiene una relación afectiva estable. Es madre de una hija de 17 años y un hijo de 9 años de edad, con los cuales mantiene una buena relación de comunicación y afectividad.

Anteriores

Es la menor de dos hermanas, ambas profesionales, con una buena formación familiar. Su padre abandonó el hogar cuando ella tenía cinco años, desde entonces no se comunica con él. Su madre es una mujer profesional que

les proporcionó todo lo necesario para que estuvieran bien. Ella jamás se volvió a casar.

Ella y su hermana crecieron junto a su madre y a su abuela materna, quien las cuidaba en su ausencia.

6. Historia de la educación y de la formación.

Indica que su rendimiento académico era bueno, no experimentó fracasos en el nivel primario, premedio, medio ni universitario, y su comportamiento fue normal.

Tenía muchos amigos varones y pocas amigas, pero era diferente; compartía muchas cosas junto a sus amistades.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con 15 años de servicio profesional, un buen desempeño laboral; considera que es responsable con su trabajo.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, posee poco tacto para dirigirse hacia las demás personas del departamento, motivo por el cual la mantienen aislada y muchos no le hablan.

8. Historia de intereses y entretenimiento.

Disfruta compartir con su familia los fines de semana, tomar cervezas, comer, pasear, dormir.

9. Historia de su salud.

Sus padecimientos son la obesidad, hipertensión arterial controlada con anlodipina de 5mg (una diaria), colesterol elevado, triglicéridos elevados, lesión del nervio ciático.

Atención médica: Se atiende con medicina interna, medicina general, ortopedia y con la nutricionista.

10. Historia de sus valores y creencias.

Considera que los valores que debemos practicar son el respeto, el amor y la honestidad; es de creencia católica y practica la religión.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 84 puntos

Pretest de CET-DE: humor depresivo 32.34, anergia 32, discomunicación 27, ritmopatía 20 y depresión total 27.835.

Depresión tipo clínico bidimensional

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: G
 Edad: 46
 Estudios: Universitaria
 Ocupación: Doctora
 Estado civil: Soltera
 Estatura: 1.62 m
 Peso: 90.71 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema

Señala que reconoce que tiene una depresión y baja autoestima, pero que no se debe a su estado nutricional, más bien es por los cambios y las situaciones por las que ha pasado, pero cuando acudió a salud ocupacional y su peso alcanzaba unas 200 libras, con una estatura de 1.62 metros se alarmó, jamás había pesado tanto. Su IMC es de 35 kg/m² presenta una obesidad tipo I en un límite de caer en tipo II

Indica que era gordita. Cuando niña y se enojaba, porque la molestaban en la escuela y en la casa sus primos; durante la adolescencia logró su peso ideal, pero se fue a estudiar al extranjero y todo retornó, porque cuando salía mal en los exámenes se atiborraba de dulces y nuevamente experimenta sus sentimientos de culpa y enojo salían a flote. Cuando regresa a Panamá se vuelve adicta a las dietas y baja de peso, pero cada vez que se descuida sube y eso la hace sentir muy mal, como ahora que nuevamente retorna a la dieta estricta.

3. Otros posibles problemas.

Proceso de menopausia.

4. Drogas, pensar quitarse la vida, respuestas psicofisiológicas.

Señala que no ha consumido drogas ilegales, pero sí para bajar de peso; no ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Cree que estar delgada es una ventaja, piensa en los problemas económicos, que está sola, que su familia espera demasiado de ella, que perdió oportunidades en el pasado, que es culpable de sus problemas, que todo debería ser diferente.

Respuestas afectivas: Ella manifiesta sentimientos de amargura, tristeza, soledad, introversión.

Respuestas conductual: Llanto fácil, le gusta comer en exceso, ver televisión, dormir, jugar bingo y caminar. Tiene dificultad para hablar en público y miedo. Es una persona puntual.

Respuesta motivacional: Desea bajar de peso y participar en el programa para sentirse mejor.

Respuestas fisiológicas: Dolores musculares, cefaleas, insomnio, hiperfagia, agotamiento.

5. Condiciones familiares.

Actual

Vive sola desde hace 8 años. Antes vivía con los padres.

Anterior

Es la hija menor de cinco hermanos/as. Creció en un ambiente familiar agradable, por lo que mantiene una relación afectiva con todos sus miembros.

Considera que la relación familiar es buena, siempre está pendiente de sus padres, de quienes tiene buenos recuerdos.

6. Historia de la educación y la formación.

Señala que su rendimiento académico era bueno en todos los niveles (primario, premedio, medio y universitario), que siempre fue callada y jamás se metía en problemas.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con 17 años de servicio, durante los cual su desempeño profesional ha sido excelente; es puntual y responsable.

Cumple con su profesión y cuida su trabajo; ha presentado algunas diferencias con algunos compañeros/as, pero no ha tenido ningún conflicto. Es una persona introvertida.

8. Historia de intereses y entretenimientos.

Señala que le gusta realizar actividades como pasear, jugar bingo, comer, caminar, aunque algunas veces se desmotiva, pero no las abandona.

9. Historia de salud.

Padece de hipertensión arterial controlada con anlodipina (una diaria), hígado graso, problemas en la mácula ocular y sus análisis de laboratorio presentan hipercolesterolemia, triglicéridos elevados.

Intervención quirúrgica: Histerectomía hace tres años.

Atención médica: Se atiende con el internista, ginecología, medicina general, oftalmología y nutrición.

10. Historia de los valores y creencias.

Considera que los valores que práctica son la responsabilidad, la honestidad, la puntualidad, el respeto, entre otros; profesa la religión católica y se considera religiosa.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 80puntos

Pretest de CET-DE: humor depresivo 34.32, anergia 42, discomunicación 41, ritmopatía 41.39 y depresión total 39.93.

Depresión tipo clínico tetradimensional.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales.

Nombre: O

Edad: 29

Estudios: Universitarios

Ocupación: Técnico

Estado civil: Casado

Estatura: 1.63 m
Peso: 86.10 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema

Él describe: *“tengo que bajar de peso, porque ya me siento mal y no me gusta hacer dietas; creo que estoy en problemas y voy para un congreso en Bijaó que me preocupa ir gordito”*. Su IMC es de 32 kg/m², lo que indica una obesidad tipo I.

Señala que de niño era muy flaco, que se lo decían y hasta se burlaban de él; hace unos cinco años que empezó a engordar y ahora lo molestan, porque está muy gordo.

3. Otros posibles problemas.

No presenta otros problemas.

4. Drogas, pensar en quitarse la vida, respuestas psicofisiológicas

No ha consumido drogas y no ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que las personas son raras, que la familia espera demasiado de él, que no toman sus opiniones en cuenta, que la vida no debería ser tan dura.

Respuestas afectivas: Manifiesta sentimientos de amargura, tristeza, soledad, cansancio, desconfianza.

Respuesta conductual: Le gusta comer en exceso y ver televisión; tiene dificultad para dormir, para hablar en público, para recordar, para tomar decisiones; se preocupa por los problemas económicos.

Respuestas motivacional: Desea bajar de peso y participar en el programa para sentirse mejor.

Respuestas fisiológicas: Hiperfagia, cefaleas, dolores musculares, insomnio, diarreas frecuentes.

5. Condiciones familiar.

Actual

Tiene tres años de casado; convive con su esposa de 25 y su hijo de 10 meses, con los que mantiene buena relación afectiva y de comunicación.

Anterior

Señala que su madre murió cuando él tenía seis meses, pero que sus abuelos maternos le dieron lo necesario para vivir. Su abuelo murió hace dos años y su abuela está sola en casa, pero siempre está pendiente de ella.

6. Historia de la educación y formación.

Indica que fue alumno de rendimiento académico regular y buen comportamiento, que jamás ha peleado, y que era muy tímido en la escuela y en todas partes.

7. Historia Laboral.

Es colaborador de la CSS, con ocho años de servicio y buen desempeño profesional.

Considera que cuida su trabajo, que es responsable, que le gusta trabajar, pero que sus compañeras no lo toman en cuenta.

8. Historia de intereses y entretenimientos.

Le gustan los equipos de sonidos, jugar fútbol y tener relaciones sexuales, aunque ya no es como antes.

9. Historia de salud.

Hasta el momento el problema de obesidad; también le dan diarreas frecuentes y le están realizando los análisis de laboratorio recomendados por salud ocupacional.

10. Historia de los valores y creencias.

Entre los valores que considera importante está la honestidad; practica la religión católica.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 68 puntos.

Pretest de CET-DE: humor depresivo 33.66, anergia 31, discomunicación²⁹, ritmopatía 27 y depresión total 30.16.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

1. Datos personales

Nombre: Q

Edad: 35

Estudios: Universitarios

Ocupación: Técnica

Estado civil: Soltera
Estatura: 1.50 m
Peso: 64.86 kg

2. Descripción de la demanda y la historia del problema.

Ella refiere: *"Estoy cansada de las dietas, estoy tomando Lowe (sibutramina) y he bajado, realmente me funcionan, pero cuando las dejo nuevamente subo y esto me hace sentir peor, porque la ropa no me queda y eso me da mucha tristeza. Creo que mi problema está en comer demasiado, porque me da hambre que puedo hacer si mi mamá cocina súper rico; me enoja conmigo, porque no lo he podido manejar; me da pena ir a nutrición, porque me indican una dieta y no la hago. Desde el embarazo de mi hijo me engordé más y lucho para controlar mi peso, porque me veo chiquita y gordita, y no me gusta sentirme así. En mi familia son todos gordos y mira la herencia".*

3. Otros problemas.

El rendimiento escolar y el comportamiento de su hijo.

Mi mayor problema es el comportamiento de mi hijo con respecto a la escuela, es que no quiere copiar, y si no copia como va a estudiar (se puso a llorar y no podía controlarse) decía que no sabe que hacer. Además, en mi casa no puedo decir lo que pienso para no crear conflictos con mis hermanas; y también que cuando me viene el periodo ando muy triste y sensible.

4. Drogas, pensar en quitarse la vida y respuestas psicofisiológicas.

No ha consumido drogas y no ha pensado en quitarse la vida.

Respuestas cognitivas: Piensa que la vida es injusta, que la familia es exigente con ella, que no debería pasarle esto a ella, que le gustaría ser diferente, piensa que los demás son malos (pensamiento absolutista), dificultad para recordar.

Respuestas afectivas: Manifiesta sentimientos de tristeza, soledad, deseos de llorar, inseguridad, pérdida del interés, sentimientos de culpabilidad, mal humor.

Respuestas conductual: Come en exceso, le gusta ver televisión, dificultad para hablar en público.

Respuestas motivacional: Desea asistir al programa par mejorar, desea bajar de peso.

Respuestas fisiológicas: Alteraciones del sueño, hiperfagia, disminución del deseo sexual, dolores musculares.

5. Historia familiar.

La paciente es madre soltera, convive con su madre y su hijo, con los que mantiene una relación afectiva y buena comunicación.

Es la menor de cinco hermanos/as, sus padres se separaron cuando ella tenía 14 años de edad. Su madre está soltera, padece de obesidad, hipertensión arterial, y le dio un infarto leve hace un año. El padre abandonó el hogar, para irse a conformar otra familia con la que no se relaciona; él padece de obesidad y diabetes.

6. Historia de la educación y formación.

En la escuela me fue bien, porque yo no hacía caso cuando me molestaban mis compañeros; además, era muy callada, tímida y no me metía con nadie; en las calificaciones no tenía problemas, ya que no era excelente, pero nunca me quedé en ningún año.

Indica haber tenido un rendimiento académico regular y un comportamiento de inferioridad.

7. Historia laboral.

Es colaboradora de la CSS, con 12 años de servicio profesional, en los cuales se ha desempeñado con responsabilidad.

Indica que le gusta su trabajo, pero no está satisfecha con el salario, porque no le alcanza; los pacientes la distraen un poco de los problemas; y se esfuerza por cumplir con sus asignaciones.

Mis compañeros de trabajo no son comprensivos, son criticones, algunos no tienen tacto para decir las cosas, pero así los quiero; trato de llevarme bien con todos, aunque hay algunas unidades que no me hablan, pero bueno que vamos hacer.

Mantiene un comportamiento introvertido dentro de su ambiente laboral.

8. Historia de intereses y entretenimientos.

Disfruto de los paseos, ver televisión, comer, dormir, hablar con mi familia, amigos y compañeras de trabajo, aunque ya uno no puede hacer algunas cosas por la falta de dinero.

9. Historia de salud.

Padece hipertensión arterial, controlada con enalapril de 20 mg (una diaria), hipercolesterolemia, cefaleas y dolores musculares.

Intervención quirúrgica: cesárea.

Atención médica: Medicina interna, medicina general, nutrición.

10. Valores y creencias.

Considera que los valores que uno debería practicar son el respeto y la honestidad; profesa la religión católica, aunque dice que pocas veces asiste a la iglesia.

Datos obtenidos

Pretest de autoestima: 52 puntos

Pretest de CET-DE: humor depresivo 33.66, anergia 35, discomunicación 35, ritmopatía 27 y depresión total 32.66.

Presenta una depresión tipo clínico tridimensional.

Diagnóstico

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico [316].

ANEXO # 3
MATERIAL DIDÁCTICO UTILIZADO EN EL DESARROLLO DE LAS
SESIONES

TEORIA COGNITIVA SEGÚN Aarón Beck

A-Acontecimiento	B-Believe (creencias), pensamientos	C-Consecuencias
■ Acontecimientos ■ situaciones ■ problemas ■ estímulos ■ sensación o perturbación	■ pensamientos automáticos	Emocional: tristeza, depresión, ansiedad, ira, culpa y otras emociones Conductual: tirar, llorar, gritar, enfrentar, huir Fisiológicas: palpitaciones, sudoración, agitación, nudo en la garganta
■ fantasías o imágenes		

PRINCIPIOS GENERALES DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA DE AARÓN BECK

PRIMERA FASE: IDENTIFICACIÓN GENERAL PARA LA INTERVENCIÓN

A-Evento	B-Believe (creencias), Distorsiones Cognitivas	C-Consecuencias
■ <u>PASO No. 1: Detección de "A"</u> Detecte claramente la situación que es motivo de consulta, mediante las siguientes preguntas: 1. ¿En qué se le puede ayudar? 2. ¿Qué le trae a consulta? 3. ¿Qué dificultad trabajaremos hoy? 4. ¿Qué cosa le molesta mucho y desearía cambiar? Nota: El definir el paso No. 1 es una tarea prioritaria ya que de esto depende el resto de la intervención. Es necesario saber cuándo fue la última vez que ocurrió el evento, por tanto pregunte: ¿Cuándo fue la última vez que le sucedió "A"?	■ <u>PASO No. 3:</u> Explore las distorsiones cognitivas durante la ocurrencia de "A" y presentes actualmente. Para lograrlo, las siguientes preguntas pueden ser útiles: 1. ¿Qué pensó Usted al momento que ocurrió "A"? 2. ¿Qué se decía a Usted mismo cuando ocurría "A"? 3. ¿Qué le pasaba por su mente? 4. ¿Qué estaba Usted pensando mientras ocurría "A"? 5. ¿Qué se dice a Usted mismo? LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: Los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar. Con frecuencia se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen un trastorno psicológico. Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes que hemos encontrado mencionadas en la literatura de esta corriente son las siguientes (Beck,	■ <u>PASO No. 2:</u> Una vez detectado claramente la "A", es necesario explorar qué experimentó ante la ocurrencia de "A". las siguientes preguntas pueden ayudar: Para explorar emociones puede preguntar: 4. Mientras ocurría "A", cómo se sintió Usted? 5. ¿Qué sintió ante "A"? 6. ¿Contra quien sintió _____? Para explorar conductas puede preguntar: 1. Qué hizo Usted cuando ocurrió "A" 2. Qué le provocó hacer ante la ocurrencia de "A" Para explorar reacciones fisiológicas puede preguntar: 1. ¿Experimentó alguna sensación cuando ocurría "A"? 2. ¿Cómo reaccionó su cuerpo ante la ocurrencia de "A" 3. ¿Dónde lo sintió? Nota: La pregunta no debe asociar "C" como una consecuencia directa de "A" pues está en contra de lo que queremos demostrar al paciente y hacerlo sabotea el trabajo.

1976) (Dattilio & Paduchy, 1990) (Beck, 1995):

1- **Pensamiento de todo o nada:**

"pensamiento dicotómico", o "en blanco y negro").

2- **Catastrofización:** ver los eventos

como horribles, insostenibles, como el fin del mundo.

3- **Desafirmar o descartar lo**

positivo: no poder ver las dos caras de una misma situación.

4- **Inferencia arbitraria:**

suposiciones, atribuciones, razonamientos lógicos, se caracterizan por ser discutibles o sea presentan la probabilidad de no ser ciertas en un alto porcentaje.

5- **Razonamiento emotivo:**

expresarse incorrectamente acerca de los sentimientos y confundirlos con los pensamientos: ("siento que...").

6- **Explicaciones tendenciosas:**

interpretar el evento desde una sola prisma.

7- **Rotulación:** etiquetar a alguien o a

sí mismo a partir de un evento aislado.

8- **Magnificación/minimización:**

exagerar el efecto de algo o minimizarlos, magnificar lo negativo y minimizar lo positivo.

9- **Filtro mental:** también llamado

"abstracción selectiva", y consiste en tomar la parte mas negativa de la información o el hecho y considerarlo como lo mas importante.

10- **Lectura de la mente:** Pensar que

tu piensas que yo pienso.

11- **Futurología:** condenar el futuro por

eventos del presente o predecirlo sin fundamentación.

12- **sobre-generalización:** utilizar de

manera exagerada los términos: todo, nada, siempre, nunca.

13- **Personalización:** atribuir

ataques y creer que la tienen

Extra del paso No. 2:

Si el terapeuta desea saber la intensidad de la emoción experimentada por el paciente durante la ocurrencia de "A", puede preguntar lo siguiente:

1. En una escala de 1 a 10, en donde 1 es muy leve y 10 muy intenso, cómo califica Usted su emoción ante la ocurrencia de "A"?

Esta medición puede ayudar para contrastar posteriormente el efecto de la intervención.

En este momento hay que definir algo muy importante, se trata de asegurarse si el paciente está interesado en trabajar en algunos aspectos para sentirse mejor, pregunte: ¿Usted realmente desea cambiar las consecuencias de "A" y sentirse mejor ante su ocurrencia? ¿Quiere Usted sentirse mejor o le saca algún provecho sentirse mal?

	consigo. 14- "Visión en túnel": como en el depresivo, incapacidad de ver claro el futuro. Auxiliar del paso No. 3. Si el paciente no logra explicitar su pensamiento, será necesario pedirle lo siguiente: -Cierre los ojos e imagínese que "A" está ocurriendo ahora, en este momento ante sus ojos; puede experimentar la emoción que señaló anteriormente; ahora que lo ha logrado, puede decir que está pensando acerca de lo que sucede?⁵	
--	---	--

**TERCERA FASE: DISCUTIR LAS DISTORSIONES COGNITIVAS:
FORMAS POSIBLES DE REFUTACIÓN (preguntas):**

¿Qué clase de distorsión cognitiva cometió?

1- Pensamiento de todo o nada 2- Catastrofización 3- Descalificar o descartar lo positivo 4- Inferencia arbitraria 5- Razonamiento emotivo 6- Explicaciones tendenciosas 7- Rotulación 8- Magnificación/minimización	9- Filtro mental 10- Lectura de la mente 11- Futurología 12- Sobre-generalización 13- Personalización 14- "Visión en túnel" 15- Auto-condena global 16- Condena global del otro 17- Condena global del mundo
<u>Explore la veracidad</u> (1) ¿Qué pruebas tiene de que sea verdad el pensamiento? (2) ¿Qué pruebas tiene de que no sea verdad? (3) ¿Hay alguna explicación alternativa? (4) ¿Qué hechos ha omitido que contradicen lo que piensa? <u>Explore lo funcional del pensamiento</u> (1) ¿Demandar de esa forma cambia las cosas, me sirve? (2) ¿Le sirve pensar que es _____? (3) ¿Qué le conviene pensar? <u>Anticipe consecuencias</u> (1) ¿Qué es lo peor que podría pasar? (2) ¿Qué es lo mejor que podría pasar? (3) ¿Cuál es el resultado más probable?	<u>Evalúe opciones</u> (1) ¿Qué pasaría si pienso de otra manera, más realista, más preferencial? (2) ¿Cuál es la consecuencia de creer en este pensamiento? (3) ¿Cuál sería la consecuencia de cambiar este pensamiento? (4) ¿Qué me convendría hacer al respecto? (5) ¿Cuál es la realidad? (6) Si "XX" (un amigo) estuviera en esta situación con este pensamiento: ¿qué le aconsejaría? (7) ¿Qué pensará sobre esto dentro de algunos años? <u>Confronte con la realidad</u> (1) Lo que demanda es realista, sucede siempre, a todos, en la realidad?

(4) ¿Cuáles serían las consecuencias de pensar de otra manera, más realista, preferencial?	(2) ¿Podría vivir con eso?, ¿Puedo encararlo de alguna forma? (3) ¿Realmente no puede vivir con eso, o simplemente no le gusta?. (4) ¿Es en realidad el mundo como yo pretendo? (5) ¿Por qué habría necesariamente de ser así? (6) ¿Es realista esperar que sea así, o es un simple deseo? ⁶
--	---

SEXTA FASE: TAREAS PARA CASA:

Algunas de las principales tareas son:

1. Realizar los experimentos conductuales asignados para el problema.
2. Practicar la “exposición in vivo” gradual programada y convenida.
3. Usar el Registro de Pensamientos Disfuncionales.
4. Usar la Planilla de Actividades Diarias (registrando niveles de “realización” y “placer”).
5. Llevar el registro de auto-evaluaciones positivas.
6. Leer determinados textos.
7. Escuchar sesiones (grabadas). y grabar si se desea.
8. Ejercicios de relajación, respiración, imaginación.
9. Técnicas de afrontamiento.
 - Exposición: Imaginaria, real.
 - Acciones: Toma de riesgos, ataque a la vergüenza.
10. Recursos dramáticos.
 - Recursos de acción:
11. Apropiarse del ejercicio de imaginación emotiva (IRE),
12. Usar las tarjetas de afrontamiento (“coping cards”): consisten en pequeñas fichas de cartoncillo con frases que ayudan al debate de las distorsiones cognitivas, ejemplo de ellas:

1. Es desagradable... pero no es horrible. Mientras siga ocurriendo... puedo...
2. Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira.
3. Preferiría que todo el mundo fuera ..., pero este no es el caso.
4. j a menudo existen personas...
5. Puedo aguantar la grosería de la gente, sin reaccionar con ira.
6. Mi ira en realidad empeora aún más estas situaciones fastidiosas.
7. No es espantoso que ... Puedo superarlo.
8. Aunque otras personas actúen a veces de manera ... cuando...,
9. Es probable que sean buenas personas en otras situaciones y que simplemente estén pasando por... en esa situación

EVALUACIÓN DE LA SESIÓN: se le pregunta al consultante que le ha gustado de la sesión y qué no le ha gustado o que preferiría que fuera diferente en próximas sesiones.

HOJA DE PREGUNTAS PARA EL CUESTIONAMIENTO

Seguidamente se presenta una lista de preguntas para ayudarte a cuestionar tus creencias problemáticas o desadaptativas. No todas las preguntas serán apropiadas para la creencia que has elegido cuestionar. Contesta tantas preguntas como te sea posible con respecto a la creencia que has escogido.

Creencia: _____

- 1.- ¿Cuáles son las evidencias a favor y en contra de esta idea?
- 2.- ¿Estas confundiendo un hábito con un hecho?
- 3.- ¿Tus interpretaciones de la situación, se alejan demasiado de la realidad para ser precisas?
- 4.- ¿Piensas en términos de “Todo o Nada”?
- 5.- ¿Empleas palabras o frases que son extremas o exageradas? (por ejemplo: siempre, nunca, necesito, debería, tengo que, no puedo, etc.)
- 6.- ¿Estas sacando ejemplos seleccionados fuera de contexto?
- 7.- ¿Estás poniendo excusas? (por ejemplo: No es que tenga miedo, es que no quiero salir; Otras personas esperan que sea perfecta, o No quiero hacer la llamada por que no tengo tiempo)
- 8.- ¿Es fiable la fuente de información?
- 9.- ¿Estás pensando en términos de certezas en vez de probabilidades?
- 10.- ¿Confundes una baja con una alta probabilidad?
- 11.- ¿Se basan tus juicios en sentimientos en vez de en hechos?
- 12.- ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?

Errores de pensamiento (adaptado de Beck, A.)

Si bien algunos pensamientos automáticos son verdaderos, muchos son falsos o sólo contienen algo de verdad. Los errores típicos del pensamiento son, entre otros:

1. Pensamiento de tipo "todo o nada" (también llamado blanco y negro, polarizado o dicotómico): Usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades.
Ejemplo: "Si no soy un triunfador absoluto, soy un fracasado"
2. Pensamiento catastrófico (también llamado adivinación del futuro):
Usted predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades.
Ejemplo: "Estaré tan molesto que no podré hacer nada".
3. Descalificar o dejar de lado lo positivo: Usted considera, de una manera poco razonable, que las experiencias, logros o cualidades no valen nada.
Ejemplo: "Hice bien ese proyecto, pero eso no significa que sea competente. Sólo tuve suerte".
4. Razonamiento emocional: Usted piensa que algo tiene que ser real porque uno "lo siente" (en realidad lo cree tan firmemente que ignora o deja de lado la evidencia de lo contrario).
Ejemplo: "Sé que hago muchas cosas bien en el trabajo, pero de todos modos me siento un fracasado".

5. Catalogar: Usted se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas.

Ejemplo: "Soy un perdedor. Él es un inútil".

6. Magnificar/minimizar: Cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.

Ejemplo: "El hecho de que obtuve una calificación mediocre demuestra que soy un inútil. Obtener buenas notas no significa que sea inteligente".

7. Filtro mental: (también denominado abstracción selectiva): Usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.

Ejemplo: "Como me asignaron un puntaje bajo en uno de los ítems de la evaluación, quiere decir que soy un trabajador incapaz (aunque otros ítems de la misma evaluación señalan rendimientos muy buenos)".

8. Leer la mente: Usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.

Ejemplo: "Él está pensando que no sé nada sobre este proyecto".

9. Sobregeneralización: Usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación.

Ejemplo: "(como me sentí incómodo en esta reunión) quiere decir que no tengo capacidad para hacer amistades".

10. Personalización: Cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

Ejemplo: "El técnico fue parco conmigo porque yo hice algo incorrecto".

11. Afirmaciones del tipo "Debo" y "Tengo que" (también llamadas imperativas): Usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobrestima lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.

Ejemplo: "Es horrible haber cometido ese error. Siempre debo hacer lo mejor que puedo".

12. Visión en forma de túnel: Usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

Ejemplo: "El maestro de mi hijo no hace nada bien. Es crítico, insensible y no sabe enseñar".

Lista de posibles pensamientos alternativos (Beck, J. (2000))

- Es desagradable.....pero no catastrófico.
- Las conductas injustas forman parte de la vida. Puedo soportarlas sin reaccionar con ira.
- Preferiría que la situación fuera, pero éste no es el caso y puedo tolerarlo.
- Es difícil pero no insoportable, puedo soportarlo. No es el fin de mi vida.
- Soy normal con puntos fuertes y puntos débiles.
- Todos nos equivocamos. Al hacerlo no quiere decir que somos lo peor.
- Todas las personas se equivocan, al hacerlo no quiere decir que son lo peor.
- Las personas tenemos puntos fuertes y puntos débiles.

1. Situación _____
Pensamientos _____

Reacciones: _____
Emocionales _____
Comportamentales _____
Fisiológicas _____

2. Situación _____
Pensamientos _____

Reacciones: _____
Emocionales _____
Comportamentales _____
Fisiológicas _____

3. Situación _____
Pensamientos _____

Reacciones: _____
Emocionales _____
Comportamentales _____
Fisiológicas _____

TAREA: Llene la hoja escribiendo dos situaciones y cómo las enfrentó, basándose en el material de tipos de afrontamiento que se le entregó previamente.

	Situación	Afrontamiento
1.		

	Situación	Afrontamiento
2.		

TRABAJANDO CON EL MÉTODO A B C D

A. Evento Activante (¿Qué sucedió?)	C. Consecuencia (¿Cómo reaccionaste?)
B. Belief (Creencia de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyó tu reacción)	D. Discutir o Debatir la Creencia (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una forma más saludable)

LISTA DE PENSAMIENTOS POSITIVOS

Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos positivos que tuviste cada día.

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Lo puedo hacer mejor.							
El día amaneció muy bonito.							
Aprenderé a ser feliz.							
La vida es interesante.							
Merezco que valoren mi opinión.							
A pesar de que las cosas están mal ahora, mejorarán.							
Lo hice bien.							
Realmente me siento muy bien.							
Esto es divertido/chévere.							
Escogí la mejor solución para un problema difícil.							
Soy una buena persona.							
Tengo muchas esperanzas para mi futuro.							
Tengo buen control de mí mismo/a.							
Tengo derecho a ser feliz.							
Esto es interesante.							
Realmente manejé bien esta situación.							
Me gusta leer.							
Las personas se llevan bien conmigo.							
He trabajado mucho, ahora necesito descansar.							
Soy considerado/a con otras personas.							
Tengo suficiente tiempo para realizar las cosas que quiero hacer.							
Me gusta la gente.							
Siempre encuentro la fortaleza para solucionar cualquier problema difícil.							
Soy honesto/a.							
Podría manejar los problemas tan bien como otras personas.							



	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mis experiencias me han preparado bien para el futuro.							
Tengo mucha suerte.							
Soy muy responsable.							
Me interesan las otras personas.							
Soy inteligente.							
Soy atractivo/a.							
No quisiera perderme la actividad o el evento.							
Soy importante para mi familia.							
Total de Pensamientos Positivos							

LISTA DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Haz una marca de cotejo (x) a los pensamientos negativos que tuviste cada día.



	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Estoy confundido/a.							
No existe amor en el mundo.							
Estoy echando a perder mi vida.							
Tengo miedo.							
Terminaré solo/a.							
Nadie considera importante la amistad.							
No tengo paciencia.							
Nada vale la pena.							
No tiene sentido seguir con esto.							
Soy un/a estúpido/a.							
Cualquiera que piense que soy agradable es porque no me conoce de verdad.							
La vida no tiene sentido.							
Soy feo/a.							
No puedo expresar mis sentimientos.							
Nunca encontraré lo que realmente quiero.							
No soy capaz de querer.							
No valgo nada.							
Ya no tengo esperanzas.							
No sirvo para nada.							
No voy a poder resolver mis problemas.							
Todo lo que hago me sale mal.							
Nunca podré cambiar.							
Todo se me daña.							
Ya no me entusiasma nada.							
Quisiera no haber nacido.							
No voy a poder dormir.							
Soy menos que otras personas.							
Todo es mi culpa.							
¿Por qué me pasan tantas cosas malas?							



Nada me divierte.									
La vida no vale la pena.									
Nunca saldré de esta depresión.									
No tengo suficiente fuerza de voluntad.									
Quisiera estar muerto/a.									
Me pregunto si la gente habla de mí.									
Las cosas se van a poner cada vez peor.									
Tengo mal carácter.									
La vida es injusta.									
No me atrevo imaginarme lo que será mi vida dentro de 10 años.									
Algo está mal en mí.									
Soy muy egoísta.									
No soy tan bueno/a como otros/as.									
Me siento herido/a fácilmente.									
Nadie en mi familia me entiende									
Siempre estoy aburrido/a.									
Soy malcriado/a.									
Total de Pensamientos Negativos									

LISTA DE ACTIVIDADES AGRADABLES

Pon una marca (x) a las actividades agradables que realizaste cada día.

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ponerme ropa que me gusta 							
Estar fuera de casa (playa, campo)							
Ayudar a grupos que respeto (ej. iglesia, comunidad)							
Hablar de deportes							
Ver o participar en deportes							
Ir al teatro, concierto, bailar							
Planificar viajes o vacaciones							
 Comprar cosas							
Hacer artesanías/manualidades							
Asistir a la iglesia 							
 Arreglar mi cuarto y mi casa 							
Leer libros, revistas o periódicos							
Conversar							
Jugar billar 							
Guiar el carro							
Correr bicicleta, patines o patineta							
Ver televisión							
Arreglar carros, bicicletas							
 Jugar juegos de mesa (cartas, monopoly)							
Terminar una tarea difícil							
Montar un rompecabezas							
Solucionar un crucigramas							
Darme un baño caliente 							



	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
<i>Escribir historias, poesía, música, en un diario</i>							
<i>Viajar</i> 							
<i>Cantar</i>							
<i>Hacer mi trabajo</i>							
<i>Bailar</i>							
<i>Tocar un instrumento musical</i>							
<i>Solucionar un problema personal</i>							
<i>Maquillarme, arreglarme el pelo</i>							
<i>Conocer gente nueva</i>							
<i>Hacer trabajo al aire libre</i>							
<i>Tomar el sol</i>							
<i>Ir a una feria, zoológico o parque</i>							
<i>Planificar u organizar algo</i>							
<i>Contemplar la naturaleza</i>							
<i>Escuchar radio, música</i>							
<i>Dar regalos</i>							
<i>Tomar fotografías</i> 							
<i>Recoger objetos naturales (piedras, caracoles, hojas, etc.)</i>							
<i>Ayudar a proteger a alguien</i>							
<i>Escuchar chistes</i>							
<i>Ver paisajes bonitos</i>							
<i>Comer buenas comidas</i>							
<i>Caminar por el centro de la ciudad</i>							
<i>Ir al museo, galería o a una exhibición</i>							
<i>Hacer bien un trabajo</i>							
<i>Ir al gimnasio</i>							
<i>Aprender algo nuevo</i>							
<i>Estar con mis familiares</i>							
<i>Protestar por condiciones sociales, políticas, etc.</i>							
<i>Hablar por teléfono</i>							
<i>Sñar despierto/a</i>							



	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Ir al cine							
Besar							
Organizar mi tiempo							
Cocinar							
Hacer trabajos en casa							
Comer fuera (restaurantes, "fast foods")							
Visitar amistades, estar con amistades							
Escribir un diario							
Decir oraciones o rezos							
Meditar, hacer yoga							
Alquilar películas							
Tener conversaciones francas y abiertas							
Caminar descalzo/a							
Ir de fiestas, de parranda							
Coser o tejer							
Ir al salón de belleza o a la barbería							
Estar con alguien que amo							
 Tomar una siesta.							
Empezar un proyecto nuevo							
Jugar juegos de video							
Preparar una comida nueva o especial							
Mirar a la gente							
Hacer una fogata 							
Vender o cambiar algo							
Escribir cartas							
Cuidar las plantas							
Salir a caminar							
Cuidar niños/as pequeños/as							
Dormir hasta tarde 							

	Sábado	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Jugar con una mascota							
Leer cuentos, libros							
Hacer trabajo voluntario							
Caminar por el centro comercial ("mall")							
Estar en el Internet (chatear)							
Ir al gimnasio							
Jangear con amistades							
Hacer ejercicios							
Pasear							
Tocar un instrumento musical							
Coger clases de baile, música o arte							
<i>Total de Actividades Agradables</i>							

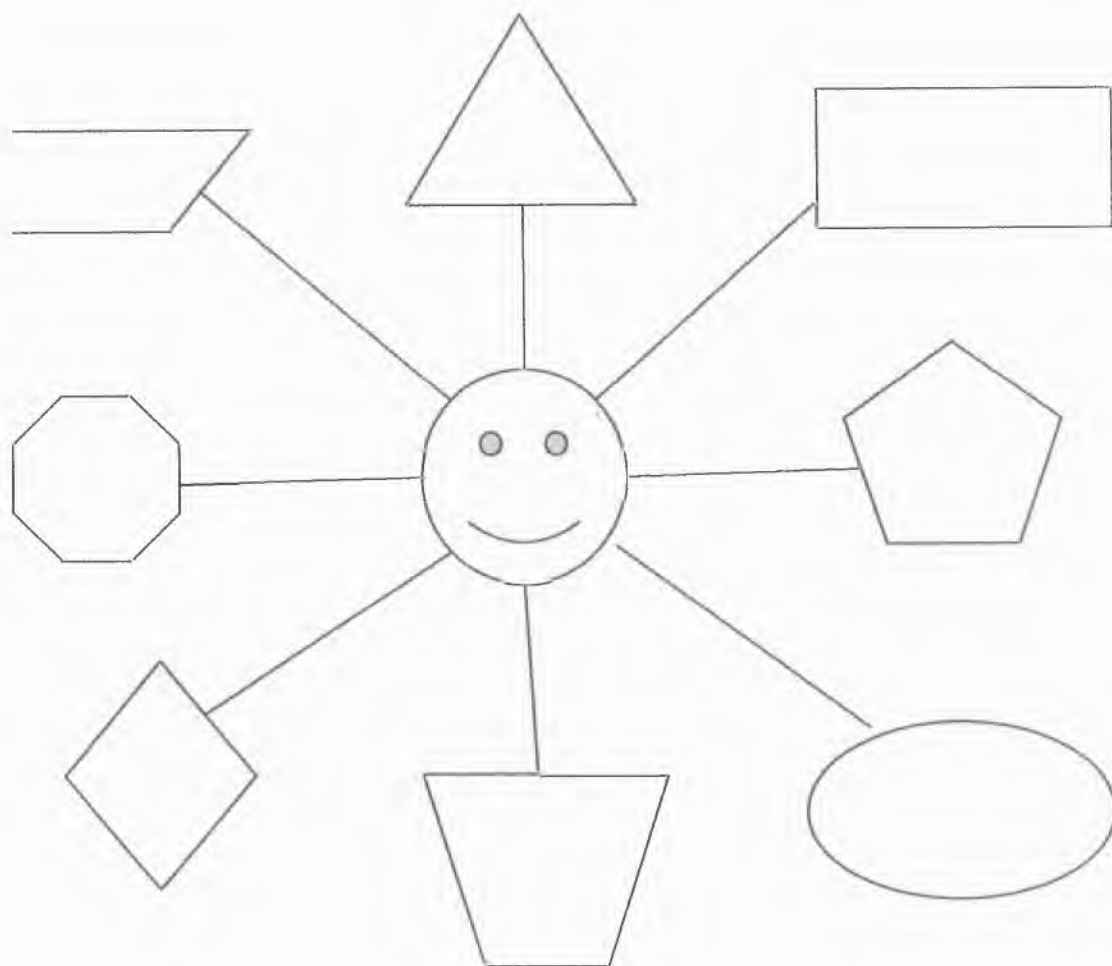
Programa Semanal de Contactos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-1:00							
1:00-2:00							
2:00-3:00							
3:00-4:00							
4:00-5:00							
5:00-6:00							
6:00-7:00							
7:00-8:00							
8:00-9:00							
10:00-11:00							
11:00 ...							

Programa Semanal de Actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8:00-9:00							
9:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-1:00							
1:00-2:00							
2:00-3:00							
3:00-4:00							
4:00-5:00							
5:00-6:00							
6:00-7:00							
7:00-8:00							
8:00-9:00							
10:00-11:00							
11:00 ...							

Mi red de apoyo



En esta hoja encontrará ejemplos de la conducta pasiva, asertiva y agresiva

FRASES PASIVAS

- Haré lo que tú quieras.
- Esperaré hasta que desees llamarme.
- Saldremos a la hora que tú decidas.
- Ya que insistes, tomaremos.
- Si tú quieres podemos tener relaciones sexuales.

FRASES AGRESIVAS

- No me interesa tu opinión.
- Siempre quedas como un tonto.
- No me extraña que lo hayas hecho mal.
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera.
- No te atreves porque eres una miedosa.

FRASES ASERTIVAS

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana sí.
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental.
- Yo no tomo, porque hace daño.
- Necesito que me digas francamente lo que piensas.
- Deseo estar sola porque necesito pensar.

TAREA: Describa una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y describa el comportamiento asertivo.

Situación

Comportamiento Asertivo

METAS INDIVIDUALES

METAS A CORTO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer dentro de los próximos 6 meses)

METAS A LARGO PLAZO

(Cosas que te gustaría hacer en alguna ocasión en tu vida)

METAS DE LA VIDA

(¿Qué es lo más que te importa en la vida?)

Contrato personal



**YOME COMPROMETO CONMIGO A
CUIDAR MI SALUD FÍSICA Y MENTAL.**

✦ PRACTICO CADA DÍA LO QUE APRENDÍ.

✦ MANTENGO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

✦

FIRMA.....

FECHA.....

PROGRAMA DE TESIS: RITA MEDINA.

Tipos de afrontamiento según Lazarus (2000)

- **Búsqueda de apoyo social:** pedir consejo o ayuda a un amigo, familiar, hablar con alguien que pueda ayudarlo.
- **Escape-evitación:** minimiza la amenaza, espera a que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través del alcohol, o bromear de la situación problema; desvía su atención del problema, no lo afronta, lo evita.
- **Planificación de solución de un problema:** establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que la situación mejore.
- **Valoración positiva:** la persona piensa positivamente sobre los problemas y cómo resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar el estrés y la ansiedad.
- **Valoración negativa:** se caracteriza por la autculpa, pensamientos catastróficos, pensamientos disfuncionales, desadaptativos, negativos.
- **Revalorización positiva:** volver a evaluar la situación y buscar pensamientos más adaptativos a la situación (Reestructuración cognitiva).

La técnica de resolución de problemas incluye cuatro pasos (Caballo V. (1997))

- a) Definir el problema.
- b) Generar soluciones alternativas.
- c) Tomar una decisión.
- d) Llevarla a la práctica y evaluar la solución.

Ejemplos de conductas de la persona asertiva (Caballo V. (1997))

Actúa y habla en base a la realidad.

Puede expresar opiniones diferentes a las otras personas.

Reconoce sus errores y éxitos.

Sabe tomar decisiones propias.

Respeto los sentimientos de los demás.

Sabe expresar sus afectos.

Tiene control de su conducta.

Rechaza peticiones cuando sea necesario.

Sabe cuando decir que no.

Interrogatorio acerca de pensamientos automáticos (Beck, J. (1993), en Beck, J. (2000))

1. ¿Cuál es la evidencia?
 ¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?
 ¿Cuál es la evidencia en contra?
2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿Podría sobrellevarlo?
 ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
 ¿Cuál es la posibilidad más realista?
4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?
 ¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a _____ (un amigo) si estuviese en esta misma situación?

Material seleccionado por: Rita Medina

Programa de tesis de maestría en Psicología clínica C.R.U.V.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Indicaciones:

- Una vez practicados estos ejercicios escoge aquel o aquellos que más te gusten para realizar tus prácticas diarias.
- Los efectos de la respiración los notas inmediatamente en bienestar y relajación, pero tardarás algunas semanas en notar como con la práctica diaria este bienestar se extiende al resto del día..
- Haz los ejercicios con ritmo tranquilo ya que si te esfuerzas en exceso puedes provocar una hiperventilación con síntomas molestos: mareo, dolor de cabeza, trastornos visuales, parestesias (hormigueo), dolor de pecho o palpitaciones.
- Cuenta como el número de respiraciones por minuto disminuye de manera muy importante con la práctica de estos ejercicios.

1º Observando nuestra respiración.

Para explorar nuestra respiración podemos adoptar dos posiciones:

- Tumbado. Tiéndete en el suelo boca arriba sobre una alfombra o manta, y colócate en posición de relajación, con las piernas estiradas y ligeramente separadas (también puedes doblar las rodillas), los brazos ligeramente separados del cuerpo, las palmas de las manos mirando hacia arriba, y los ojos cerrados.
- Sentado. Pon las manos encima de los muslos, las piernas paralelas y los pies bien apoyados en el suelo, la columna vertebral derecha y en línea con la cabeza, la nuca estirada y la barbilla metida.

Dirige tu atención a la respiración. Pon la mano derecha en el plexo solar y la izquierda en la parte frontal del pecho, debajo de la clavícula. Observa lo que ocurre debajo de tus manos al respirar: cuando entra el aire, nota la expansión de tu cuerpo, primero el abdomen (se eleva la mano derecha), y después el pecho (se eleva la mano izquierda).

Explora tu respiración durante 2 o 3 minutos.

¿Notas más movimientos en la mano derecha o en la izquierda?

¿Está contraído más el abdomen o el pecho?

¿Por dónde empieza el movimiento, por la mano derecha o por la izquierda?

¿Sigue el pecho el movimiento del abdomen?

Consejos para las prácticas de respiración:

- La respiración debe seguir el ritmo natural de respiración de uno.
- Debe hacerse a modo de “dejar que el aire entre” en lugar de “tomar aire”.
- La respiración por la nariz es preferible a la respiración por la boca, puesto que los conductos nasales filtran y calientan el aire.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Indicaciones:

- Una vez practicados estos ejercicios escoge aquel o aquellos que más te gusten para realizar tus prácticas diarias.
- Los efectos de la respiración los notas inmediatamente en bienestar y relajación, pero tardarás algunas semanas en notar como con la práctica diaria este bienestar se extiende al resto del día..
- Haz los ejercicios con ritmo tranquilo ya que si te esfuerzas en exceso puedes provocar una hiperventilación con síntomas molestos: mareo, dolor de cabeza, trastornos visuales, parestesias (hormigueo), dolor de pecho o palpitaciones.

- Cuenta como el número de respiraciones por minuto disminuye de manera muy importante con la práctica de estos ejercicios.

1 Observando nuestra respiración

2 La respiración abdominal

3 La respiración completa

4 El suspiro

5 Respiración e imaginación positiva

6 Respiración con meditación

7 Respiración y autoverbalizaciones

1º Observando nuestra respiración.

Para explorar nuestra respiración podemos adoptar dos posiciones:

- Tumbado. Tiéndete en el suelo boca arriba sobre una alfombra o manta, y colócate en posición de relajación, con las piernas estiradas y ligeramente separadas (también puedes doblar las rodillas), los brazos ligeramente separados del cuerpo, las palmas de las manos mirando hacia arriba, y los ojos cerrados.
- Sentado. Pon las manos encima de los muslos, las piernas paralelas y los pies bien apoyados en el suelo, la columna vertebral derecha y en línea con la cabeza, la nuca estirada y la barbilla metida.

Dirige tu atención a la respiración. Pon la mano derecha en el plexo solar y la izquierda en la parte frontal del pecho, debajo de la clavícula. Observa lo que ocurre debajo de tus manos al respirar: cuando entra el aire, nota la expansión de tu cuerpo, primero el abdomen (se eleva la mano derecha), y después el pecho (se eleva la mano izquierda).

Explora tu respiración durante 2 o 3 minutos.

¿Notas más movimientos en la mano derecha o en la izquierda?

¿Está contraído más el abdomen o el pecho?

¿Por dónde empieza el movimiento, por la mano derecha o por la izquierda?

¿Sigue el pecho el movimiento del abdomen?

Consejos para las prácticas de respiración:

- La respiración debe seguir el ritmo natural de respiración de uno.
- Debe hacerse a modo de “dejar que el aire entre” en lugar de “tomar aire”.
- La respiración por la nariz es preferible a la respiración por la boca, puesto que los conductos nasales filtran y calientan el aire.

2. La Respiración Abdominal

En la postura adecuada, ya sea sentado o tumbado, concentra tu atención en la respiración, con el cuerpo relajado coloca tu mano derecha en el plexo solar. Centra tu atención en esta área. Comienza el ejercicio con una expiración y nota como se te hunde tu mano. A continuación nota como el aire fluye hacia los pulmones, nota la hinchazón de tu abdomen bajo tu mano. Continúa tomando y expulsando aire de manera natural y advierte como se eleva y se hunde tu mano.

Practica durante varios minutos. Procura durante esta práctica que no exista ningún movimiento torácico de expansión o contracción.

Variante: Bolsa de Respiración.

Figúrate una imaginaria bolsa vacía dentro de tu abdomen... al inspirar, el aire se desplaza hacia abajo para llenar la bolsa, hinchando el abdomen... al expirar vacía la bolsa, haciendo que el abdomen vuelva a hundirse... continúa así hinchando y vaciando la bolsa imaginaria de tu abdomen.

3. La Respiración Completa

Consta de 3 fases:

- En primer lugar toma aire hinchando el abdomen.
- Continúa tomando aire expandiendo la caja torácica.
- Sigue inspirando mientras elevas ligeramente los hombros.

Mantén la respiración durante unos pocos segundos y expulsa el aire aflojan los hombros, el pecho y el abdomen en ese orden (también puede hacerse a la vez).

4. El suspiro

- Suspira profundamente emitiendo un sonido de alivio en la medida en que expulsas el aire.
- No pienses en inspirar, deja que el aire salga de manera natural.
- Repite de 8 a 12 veces este ejercicio.
- Toma conciencia del estado de relajación que te induce.

5. Respiración e imaginación positiva

- Practica la respiración completa.
- Con cada expiración imagina como se van y desaparecen todas las tensiones.
- Con cada inspiración imagina como te vas llenando de paz y tranquilidad.

Variante:

- Practica la respiración completa.
- Con cada inspiración, imagina que entra en tus pulmones entra una gran cantidad de energía que queda almacenada en tu plexo solar.
- Al expirar imagina como esa energía fluye a grandes raudales por todas las partes de tu cuerpo. (Puedes centrar esa energía en las zonas especialmente tensas, débiles o enfermas de tu cuerpo).

6. Respiración con meditación

- Practica la respiración completa.
- Sigue todo el camino del aire en tu cuerpo. Entra por la nariz, atraviesa los conductos nasales, desciende por la tráquea hasta los pulmones... después el aire realiza la misma ruta en sentido contrario hasta ser expulsado al exterior. Siente el aire cuando entra frío, y cuando sale caliente.

7. Respiración y autoverbalizaciones

- Practica la respiración completa.
- Concéntrate en el ritmo respiratorio. (Sintonízalo y no trates de cambiarlo)
- Justo antes de inspirar, piensa en la palabra "inspiro".
- Justo antes de expirar, piensa en la frase "me relajo"

- Las palabras o frases se adecuan a lo que más te guste: "relax", "tranquilidad", "paz", "feliz", etc.

2. Técnicas de relajación.

PROGRAMA DE RELAJACIÓN MUSCULAR

- 1 Práctica de tensión-relajación (16 grupos musculares)
- 2 Práctica de tensión-relajación (8 grupos musculares)
- 3 Práctica de tensión-relajación (4 grupos musculares)
- 4 Práctica de tensión-relajación (relajación mental)
- 5 Práctica de la relajación muscular pasiva
- 6 Práctica de la relajación condicionada
- 7 Práctica de la relajación diferencial
- 8 Práctica de la relajación rápida
- 9 Aplicación de la relajación a las situaciones estresantes.

1. Práctica de tensión-relajación. (16 grupos musculares)

Colócate en una posición cómoda y afloja tu cuerpo mientras respiras hondo y profundo.

1º Grupo: MANOS Y ANTEBRAZOS. Aprieta simultáneamente ambos puños. Nota la tensión en manos y antebrazos. Concéntrate en estas sensaciones durante 5-7 segundos. Y ahora suelta y libera la tensión de esa zona y concéntrate en las nuevas sensaciones de distensión durante 20 a 30 segundos. Nota la diferencia entre un estado y el otro.

2º Grupo: BICEPS. Dobla los codos y tensa los bíceps durante 5 a 7 segundos. Afloja los bíceps y estira los brazos. Concéntrate en la distensión durante 20 a 30 segundos.

3º Grupo: TRICEPS. Estira ambos brazos al frente de forma que se queden paralelos entre ellos y con respecto al suelo, y tensa la parte posterior de los brazos, los tríceps. Afloja y devuelve los brazos a su posición original. Percibe la diferencia.

4º Grupo: HOMBROS-TRAPECIO. Eleva los hombros hacia arriba como si quisieras tocar las orejas. Mantén la tensión y nóta la en los hombros y trapecios. Suelta los hombros.

5º Grupo: CUELLO I. Inclina la cabeza hacia delante como si quisiera tocar con la barbilla el pecho. Hazlo lentamente. Nota la tensión en la nuca. Vuelve lentamente a la posición de reposo y percibe la distensión.

6º Grupo: CUELLO II. Empuja con la parte posterior de la cabeza y no con la nuca, el respaldo en el que estés apoyado. Nota la tensión en la parte frontal del cuello. Suelta la tensión y aflójate.

7º Grupo: FRENTE. Sube la cejas hacia arriba hasta notar arrugas en la frente. Nota la tensión. Suelta la tensión.

8º Grupo: OJOS. Aprieta fuertemente los ojos arrugando los párpados. Nota la tensión. Suelta la tensión.

9º Grupo: LABIOS Y MEJILLAS. Haz una sonrisa forzada sin que se vean los dientes. Nota la tensión alrededor de la boca y en las mejillas. Suelta la tensión.

10º Grupo: MANDÍBULA. Ve abriendo muy lentamente la boca hasta llegar al máximo. Mantenla abierta notando la tensión. Ciérrala y percibe la diferencia.

11º Grupo: PECHO-ESPALDA. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás. Junta los omóplatos. Mantén la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.

12º Grupo: ABDOMINALES I. Mete el abdomen hacia adentro. Nota la tensión. Suelta la tensión.

13º Grupo: ABDOMINALES II. Saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta.

14º Grupo: MUSLOS. Contrae ambos muslos simultáneamente. Nota la tensión y suelta.

15º Grupo: GEMELOS. Apunta los pies hacia la cabeza hasta notar tensión en los gemelos. Suelta.

16º Grupo: PIES. Lleva los pies hacia abajo intentando hacer una línea recta con las piernas. Tensa los pies y suéltalos.

Observaciones:

- Practica dos veces al día durante 15 a 20 minutos durante 1 o 2 semanas antes de pasar a la fase de 8 grupos musculares.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.
- El tiempo de tensión es de unos 5 a 7 segundos mientras que el de relajación es de unos 20 a 30 segundos.
- Ten cuidado con los músculos del cuello y de la espalda al tensarlos, no es conveniente que los fuerces en exceso.

2. Práctica de tensión-relajación. (8 grupos musculares)

1º Grupo: BRAZO DERECHO. Cierra el puño y dobla el brazo, tensa a la vez las manos, el antebrazo, el biceps y el triceps. Suelta y vuelve el brazo a la posición original.

2º Grupo: BRAZO IZQUIERDO. Igual que el derecho.

3º Grupo: CARA. Cierra los ojos con fuerza y haz una sonrisa forzada sin abrir la boca. Nota la tensión en toda la cara. Suelta y relaja.

4º Grupo: CUELLO. Inclina la cabeza llevando la barbilla al pecho. Hazlo lentamente y nota la tensión en la nuca. Vuelve a la posición de reposo.

5º Grupo: ESPALDA Y HOMBROS. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás. Junta los omóplatos. Mantén la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.

6º Grupo: ABDOMINALES. Saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta.

7º Grupo: PIERNA DERECHA. Contrae los músculos del muslo y al mismo tiempo, apunta el pie hacia la cabeza notando la tensión en el gemelo, tensa y relaja.

8º Grupo: PIERNA IZQUIERDA. Igual que la pierna derecha.

Observaciones:

- Practica dos veces al día durante 8 a 10 minutos durante 1 semana antes de pasar a la fase de 4 grupos musculares.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

3. Práctica de tensión-relajación. (4 grupos musculares)

1º Grupo: AMBOS BRAZOS. Cierra los puños y dobla los brazos, tensa a la vez las manos, los antebrazos, los biceps y triceps. Suelta y vuelve los brazos a la posición original.

2º Grupo: CARA-CUELLO. Inclina la cabeza llevando la barbilla al pecho, cierra los ojos con fuerza y haz una sonrisa forzada con la boca abierta. Nota la tensión en toda la cara y el cuello. Vuelve a la posición original y suelta y relaja.

3º Grupo: ESPALDA-HOMBROS-ABDOMEN. Arquea el torso, de manera que el pecho salga hacia delante y los hombros y codos hacia atrás, saca el abdomen hacia afuera hasta notar la tensión. Suelta y vuelve a la posición original.

4º Grupo: PIERNAS. Contrae los músculos de los muslos y al mismo tiempo, apunta los pies hacia la cabeza notando la tensión en los gemelos, tensa y relaja.

Observaciones:

- Practica dos veces al día durante 4 a 6 minutos durante 1 semana antes de pasar a la fase de relajación mental.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

4. Práctica de tensión-relajación. (Relajación mental)

Colócate en una posición cómoda y afloja tu cuerpo mientras respiras hondo y profundo. En esta fase ya no realizas la tensión muscular voluntaria.

1. Con los ojos cerrados centra tu atención en ambos brazos. Percibe los puntos de tensión y relájalos. Disfruta de la sensación de relajación.
2. Concéntrate en la cara y el cuello. Percibe las tensiones musculares y relájalas.
3. Percibe ahora la zona de la espalda, hombros y abdomen. Afloja las tensiones y relaja esas zonas.
4. Lleva la atención a las piernas, y relájalas.

Observaciones:

- Practica cuatro veces al día durante 2-3 minutos durante 1 semana antes de pasar a realizarla en los momentos en los que la necesites.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

5. Práctica de la relajación muscular pasiva

Sitúate en una posición cómoda y disponte a relajarte con los ojos cerrados.

Concéntrate en tu respiración. Siente como entra y sale el aire por las fosas nasales. Nota el roce suave sobre las aletas nasales. Percibe como tus pulmones se dilatan y se contraen (si tienes dificultad en concentrarte ves contando las respiraciones: 1, inspiro-expiro, 2, inspiro-expiro, 3,...). Cuando te hayas concentrado bien en la respiración pasa a llevar tu concentración a tu mano derecha. Siéntela, nota su forma, su volumen, su peso y su temperatura. Incluso puede percibir la sutil vibración u hormigueo de la circulación de la sangre por su interior. Mentalmente te repites "noto mi mano pesada... muy pesada". Vas notando como tu mano se te queda "muerta" y muy pesada.

Percibe ahora tu antebrazo, codo, brazo y hombro derecho. Siente esa zona de tu cuerpo con toda la concentración de tu mente. Date cuenta como se relaja esa zona simplemente al mantener tu atención sobre ella.

Lleva ahora tu concentración a la mano, brazo y hombro izquierdo y repite el mismo proceso. Te repites "noto mi brazo izquierdo completamente pesado".

Compara los dos brazos y llévalos al mismo nivel de relajación. Ambos los puedes percibir en el estado más completo de relajación muscular. Tan pesados... como si estuviesen hechos de plomo... Tan relajados... tan relajados... que ahora notas incluso como si flotasen...

Siente los hombros, el cuello y la nuca. Centra toda tu atención ahora en esta zona. Siente como se afloja y nota de manera clara el peso de tu cabeza. Al relajar la nuca y el cuello experimenta la sensación de cómo si tu cabeza se abriese, se liberase de todo tipo de tensión.

Suelta ahora tu mandíbula... los labios... Sitúa la punta de la lengua en la parte alta del paladar. Siente y afloja las mejillas... la nariz... los párpados y los ojos. Imagínate que los ojos flota en un líquido y por tanto no sientes la menor tensión en ellos. Ablanda y alisa tu frente y todo el cuero cabelludo...

Comprueba como toda tu cabeza se ha quedado en el más completo estado de relajación...

Repasa y compara el nivel de relajación de tus manos, brazos, hombros y cabeza...

Siente tu ritmo respiratorio... el pecho se expande y se contrae... Percibe los ligeros movimientos en las costillas y en el abdomen... como sube y baja... Nota los latidos de tu corazón... No trates de influir en tu ritmo respiratorio, simplemente lo notas. Toda esta zona se va relajando y tú lo percibes...

Deja que los músculos de tu abdomen pierdan su tensión. Deja que se suelten y aflojen...

Revisa toda tu columna desde el cuello hasta el sacro. Esta aflojada y con ella toda tu espalda... nota como se ablanda, se "abre"... Siente como le abandona toda la tensión.

Lleva tu mente a las caderas... si experimentas alguna tensión en esta zona, simplemente al concienciarla va desapareciendo hasta alcanzar un estado de relajación completa.

Pasa ahora a los glúteos y piernas. Percibe estos grandes músculos, ahonda tu atención en ellos hasta que notes como se aflojan... los muslos... las rodillas... las pantorrillas...

Centra tu atención en los tobillos... y los pies... Afloja con tu simple atención las plantas... los empeines... los talones... y los dedos.

Descubre ahora en tus piernas la sensación de gran pesadez... como si estuvieran hechas de plomo... Compara tus dos piernas con tus dos brazos y observa como disfrutan de igual nivel de relajación.

Concéntrate en tus cuatro extremidades, brazos y piernas, hasta que las lledes a nivel más profundo de relajación que te puedas imaginar.

Extiende esa sensación a todo tu cuerpo y siente como éste se hunde en la más profunda y completa relajación.

Repítete mentalmente, para ti, en silencio, "me siento tranquilo, me siento en paz".

Observaciones:

- Practica 2 veces al día durante 10-15 minutos.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

6. Práctica de la relajación condicionada.

Siéntate o tumbate en una posición muy cómoda.

Repasa mentalmente tu cuerpo y lo relajas.

Cuando notes tu cuerpo totalmente relajado dirige tu atención a la respiración y sintoniza su ritmo (no intentes cambiarlo).

Ahora, justo antes de inspirar piensa en la palabra "inspiro"... y justo antes de exhalar pienso en la frase "me relajo".

Observaciones:

- Practica en casa 3 veces al día durante 5 minutos.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

7. Práctica de la relajación diferencial

Fase de sentado:

Siéntate en una silla o sillón y ponte lo más cómodo posible. Con las plantas de los pies apoyadas en el suelo, cierra los ojos...

Relájate usando la palabra condicionada con la respiración (ejercicio anterior).

Ahora abre los ojos y con el resto del cuerpo muy relajado mira a tu alrededor moviendo sólo los globos oculares.

Ahora acompaña el movimiento de los ojos con un movimiento muy suave de tu cuello y toma conciencia a tu vez de la relajación del resto del cuerpo.

Levanta el brazo derecho... y mantén el resto del cuerpo relajado.

Baja el brazo.

Levanta la pierna derecha del suelo, manteniendo el resto del cuerpo tan relajado como te sea posible.

Déjala caer

Levanta ahora el brazo izquierdo...

Bájalo.

Levanta la pierna izquierda...

Bájala.

Variante:

- Una vez concluida la práctica anterior colócate en un taburete o en una silla de respaldo recto y practica los mismos movimientos en ojos, cuello, brazos y piernas.

- Finalmente realiza alguna sencilla tarea delante de una mesa como escribir, llamar por teléfono, colocar papeles, etc.... manteniendo el resto del cuerpo completamente relajado.

Fase de pie.

En posición de pie practica la relajación condicionada: “inspiro”, y “me relajo”... hasta que te sientas bien relajado.

Ahora abre los ojos y con el resto del cuerpo muy relajado mira a tu alrededor moviendo sólo los globos oculares.

Ahora acompaña el movimiento de los ojos con un movimiento muy suave de tu cuello y toma conciencia a tu vez de la relajación del resto del cuerpo.

Levanta el brazo derecho... y mantén el resto del cuerpo relajado.

Baja el brazo.

Levanta la pierna derecha del suelo, manteniendo el resto del cuerpo tan relajado como te sea posible.

Déjala caer

Levanta ahora el brazo izquierdo...

Bájalo.

Levanta la pierna izquierda...

Bájala.

Ponte a caminar manteniendo los músculos que no utilices bien relajados (como los de la cara y los de las manos).

Observaciones:

- Practica en casa 2 veces sentado y 2 veces de pie durante 2-3 minutos cada vez.

- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

8. Práctica de la relajación rápida.

- Coloca una marca en un objeto o lugar que puedas ver con frecuencia: el reloj, el teléfono, la TV, la mano, etc. ...

- Cada vez que la veas inspira lentamente... piensa “me relajo” y expira aflojando todos los músculos de tu cuerpo.

- Realiza tres respiraciones profundas.

Observaciones:

- Practica en casa de 15 a 20 veces diarias durante 20-30 segundos.
- Anota los resultados en la Hoja de Registros.

9. Aplicación de la relajación a las situaciones estresantes.

- En estado de profunda relajación visualiza la situación estresante.
- Ahonda en la relajación hasta que puedas percibir que la imaginación de la situación estresante no te provoca ansiedad.
- Exponte a la situación estresante practicando la relajación rápida todas las veces que sea necesario hasta que puedas reducir tus niveles de ansiedad en esa situación.

Observaciones:

- La mecánica de esta fase normalmente requiere una preparación en la consulta del psicólogo.
- Cuando te expones a superar tu ansiedad en las situaciones estresantes valora mucho el que puedas en primer lugar realizar tu práctica de relajación rápida dentro de ellas y en segundo lugar el que puedas rebajar aunque sea una milésima tu nivel habitual de ansiedad en esas situaciones.

3. Técnicas de visualización.

PRÁCTICA DE LA IMAGINACIÓN (VISUALIZACIÓN)

1 Ejercicio de visualizar una imagen para la tensión y otra para la relajación

2 Visualización de un paisaje

3 Visualización de recuerdos

4 Ejercicio del lugar ideal de trabajo y relajación mental

5 Ejercicio del fuego de la salud

6 Ejercicio de imaginación activa

7 Ejercicio de cambio emocional de nuestras vivencias

Ejercicio de visualizar una imagen para la tensión y otra para la relajación

Con los ojos cerrados, vas a concentrarte en los síntomas de tensión que notes en tu cuerpo. Elige una imagen para simbolizar el dolor o la tensión que experimentas en este momento, por ejemplo, un martillo, unas tenazas, una aguja, una forma geométrica, hielo, fuego, una coraza, una máscara, etc. Ahora elige otra imagen para representar la relajación, la salud y el bienestar físico, por ejemplo, un sol, agua, un símbolo geométrico, una varita mágica, etc. Imagínate que las imagen de la relajación va cambiando a la de la tensión hasta que la elimina, por ejemplo, el sol va evaporando lentamente el hielo.

Variante:

Imagínate que tu cuerpo está hecho de luz, la luz roja en las zonas donde experimentes dolor o tensión y la luz azul en las zonas relajadas. Ahora te imaginas que la luz roja va cambiando suavemente al violeta y después al azul, hasta que todo tu cuerpo está inundado por una intensa luz azul. Finalmente la luz azul va cambiando al blanco hasta transformarse en una intensa luz blanca que irradia en todo tu alrededor.

Visualización de un paisaje

(Desarrollo de los 5 sentidos en la imaginación)

- Imagínate que vas caminando por un prado de hierba muy verde situado entre altas montañas nevadas.
- Fíjate en las montañas a tu alrededor, son muy altas, y ves como contrasta el blanco de la nieve con el intenso color azul del cielo. Es mediodía y encima de ti brilla un sol muy radiante y luminoso. Mira el verde de la hierba, el blanco de la nieve de las montañas y el azul del cielo.
- La temperatura en ese lugar es muy agradable, no hace ni frío ni calor y sopla una agradable brisa templada que roza delicadamente sobre la piel de tu cara.
- Al caminar notas, ya que vas descalzo, el suave roce de la hierba bajo las plantas de tus pies. Puedes percibir el tacto de la hierba algo húmedo y fresco.
- Vas muy despacio deleitándote de todo lo que ves y sientes a tu alrededor.
- Tienes una gran sensación de tranquilidad y paz.
- Oyes el canto de los pájaros y los ves volar a tu alrededor.
- Fíjate ahora en las plantas, hierbas y flores que hay a tu alrededor. Hay pequeñas flores de colores muy vivos, blancas, amarillas, anaranjadas, azules... acércate a olerlas. Corta una flor y acércatela a la nariz. Huele su aroma mientras te concentras en el color de sus pétalos.
- Sigue caminando muy despacio, sin ninguna prisa, disfrutando del paseo.
- Mira los riachuelos de agua que bajan de las montañas formando pequeños arroyos, donde las aguas saltan, corren, formando pequeñas cascadas y tranquilas pozas. Concéntrate hasta que escuches el murmullo de las aguas...
- Ahora te vas a acercar a un arroyo y vas a agacharte e introducir tus dos manos unidas en el agua para recogerla y beber. Siente el frescor del agua en tus manos. Dirígelas a tu boca y bebe. Siente el agua fresca, pura, limpia y cristalina entrando en el interior de tu cuerpo. Esa agua revitaliza a todo tu organismo y te sientes lleno de salud y bienestar.
- Sigue tu paseo y fíjate en una pequeña planta de menta, acércate, y corta algunas hojas. Mastícalas y percibe el fuerte sabor a menta en tu paladar. Concéntrate hasta notarlo con total nitidez.
- Finalmente vas a buscar un sitio en ese lugar donde poderte tumbar cómodamente. Túmbate y descansa, cierra los ojos y percibe los ruidos, los olores, la temperatura... y descansa profundamente, muy profundamente...

Visualización de recuerdos

- Con los ojos cerrados imagínate todo lo que has hecho en el día de hoy.
- Trasládate al principio del día, ¿cómo fue el despertar?...¿cómo te sentiste?... recuerda tus pensamientos y sentimientos en ese momento así como todas las cosas que hiciste...
- Ahora repasa todo lo que ocurrió en el transcurso de la mañana, imagínate a ti mismo y vívelo como se lo estuvieras viviendo de nuevo: a las 10..., a las 11..., a las 12..., hasta llegar a la hora del almuerzo.

- Trasládase mentalmente a la hora del almuerzo, imagínatelo con todo lujo de detalles e incluso saborea los alimentos.
- Visualiza ahora todo lo que realizaste por la tarde, a las 5..., a las 6..., ..., hasta llegar a la hora de la cena.
- De nuevo saborea en tu imaginación los alimentos que tomaste en la cena.
- Continúa visualizando hasta el momento presente.

Variantes:

- Haz el mismo ejercicio, pero del día de ayer y continúa con el de anteayer hacia atrás hasta donde te permita tu memoria.
- Reconstruye en tu imaginación fechas del pasado escogidas por ser especiales: santos, cumpleaños, aniversarios, vacaciones, etc. Viaja en el tiempo hacia atrás meses, años y décadas.
- Programa hacia adelante todo lo que supones que te va a ocurrir en el día o en los días siguientes.

Ejercicio del lugar ideal de trabajo y relajación mental

- Con los ojos cerrados imagina que vas a construir tu casa ideal, el lugar perfecto para vivir y realizar las actividades que más te gustan.
- En primer lugar vas a escoger el lugar, un sitio de ciudad o de campo, de valle, mar o montaña, llano o montañoso, con o sin vegetación, cálido, templado o frío. Ves localizándolo en tu imaginación, puede ser un lugar real donde hayas estado en alguna ocasión, o por el contrario un lugar totalmente imaginario.
- Una vez que tengas localizado el lugar vas a construir allí la casa que a ti más te gusta, imagínate, la entrada, las paredes, las ventanas, el tejado... imagínate los colores en los que están pintadas las paredes, los marcos de las ventanas... fíjate en los suelos... mira los materiales...
- Ahora vas a decorar su interior para ello escoge los muebles que más te gusten, las cortinas... los objetos decorativos... los cuadros... coloca todos aquellos pequeños objetos personales que son de tu agrado...
- Vas a dedicar una habitación de tu casa ideal para la realización de tus trabajos mentales. Esta habitación está justamente en el sótano. Baja las escaleras lentamente, despacio, mientras cuentas del 10 hasta el 1. Sitúate en esa habitación y coloca un sillón muy cómodo en el centro, delante de él una pequeña mesita con una jarra de agua y un vaso, y enfrente del sillón una pantalla (como una pantalla de cine) blanca.
- Siéntate en el sillón, es muy cómodo y te encuentras muy a gusto. A partir de ahora vas a realizar tus prácticas en este lugar que tanto bienestar y relajación te genera.

Ejercicio del fuego de la salud

- Práctica la relajación física dejando bien relajados todos los músculos de tu cuerpo.
- Ahora imagina dentro de tu corazón dos chispas de luz, una azul a la izquierda y otra roja anaranjada a la derecha. Están en movimiento, vibrando, siéntelas...
- Ahora se multiplican en millones de chispas, de partículas de luz, las azules a la izquierda del corazón... las rojas a la derecha... Siente su vibración en tu pecho...
- Las partículas rojas se van extendiendo por todo el lado derecho de tu organismo: pecho... tronco... brazo... pierna... y cabeza, y se transforman en una especie de llama de fuego que no quema y que baña toda la zona derecha de tu cuerpo. Siente ese suave calor y esa sutil vibración en esas zonas...

- Si es un comportamiento desacertado por parte de otro hacia ti, piensa en los problemas de personalidad o de carácter que han llevado a esa persona a actuar mal contigo, y piensa también en tu parte de responsabilidad en ese comportamiento.
 - Si es un problema de salud, céntrate en la solución positiva de él.
 - Si es un problema de economía, piensa en la solución positiva de él.
 - Si es un temor, un miedo a algo, piensa que lo tienes superado o que lo vas a superar poco a poco.
 - Si es un estado deprimido, busca todas aquellas situaciones que te pueden generar ilusión por pequeñas o lejanas que te parezcan.
 - Ahora relájate físicamente con la técnica que mejor te vaya de las que ya conoces.
 - Cuando alcances el estado de mayor profundidad y bienestar físico, imagina la situación problemática tal y como ocurrió u ocurre en la realidad. Fíjate en esas imágenes como un espectador viendo una película en la pantalla de cine. Mantenlas en tu mente durante unos 30 segundos.
 - Si experimentas con esas imágenes ansiedad, temor, tristeza, rabia o cualquier otra emoción no te preocupes, es eso lo que nos interesa, que sientas las emociones para poderlas cambiar.
 - Ahora toma aire más profundamente y ahonda en la relajación de tu cuerpo. Si las emociones que has experimentado te han generado un nerviosismo que se ha transmitido a tu cuerpo en forma de tensión muscular, temblor, debilidad o cualquier otra sensación, genera una actitud de permitir que esos “nervios” se expresen con toda la intensidad que ellos requieran. Date cuenta del mecanismo automático que tenemos de quererlos reprimir, ocultar, evitar y que lo único que hace es que los aumenta.
 - A continuación imagina los pensamientos positivos que ya antes habías trabajado, y vívelos en tu imaginación como si fueran realidad. Mantén en tu mente esos pensamientos durante 1 o 2 minutos aproximadamente.
 - Haz coincidir la sensación de relajación física con esas imágenes positivas.
- Consejos para este ejercicio:
- Si no puedes cambiar la emoción negativa, por lo menos reduce su grado, así si tienes mucha rabia y cólera, déjala en un enfado, la tristeza, en desánimo, la ansiedad y la angustia, en inquietud, y así las demás.
 - Con esta práctica no sólo estamos cambiando nuestras emociones y pensamientos sino que también nuestro carácter, por tanto, hemos de tener paciencia y perseverancia.
 - Habremos de practicar por lo menos una vez al día para obtener resultados en pocas semanas.
 - Un ejemplo de práctica sería la siguiente:
 - 2-3 minutos de respiración
 - 10-15 minutos de relajación física
 - 5-10 minutos de cambio de emociones
 - No obstante, en las prácticas psicometales siempre es uno el que mejor puede realizar su programa de prácticas seleccionando aquellas que uno experimenta como las más adecuadas.