

**UNIVERSIDAD
DEL
ACONCAGUA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

“BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SENTIDO DE VIDA EN ADULTOS OBESOS”

Alumna: Eliana Cecilia Ambrosi.

Directora de Tesina: Lic. Julia Casanova.

Mendoza, Noviembre de 2.009.

HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Julia Casanova.

Nota:

AGRADECIMIENTOS

A Dani, amor de mi vida y compañero incondicional, a quien estoy y estaré infinitamente agradecida por todo lo que hace por mí; por su comprensión, su apoyo, su optimismo, su nobleza, su desinterés, su entrega, por dar el ejemplo, por contenerme, por ser mi referente y porque desde el primer día respetó mis tiempos y caminó a mi lado dándome fuerzas y alentándome a no darme por vencida...

Al solcito que con su pureza e inocencia, ilumina aún más mi vida desde hacen dos meses, la colma plenamente de felicidad y al mirarlo cada vez, me recuerda lo fabulosa que es la vida... Francesco, simplemente Te amo mucho hijito...

A Mamá por darme tanta ternura, por enseñarme a ser una buena persona, por su grandeza, su entereza, su bondad, su sensibilidad y por poder contar siempre con su inmenso amor, su confianza y apoyo infinito...

A Papá por todo su esfuerzo para darme lo mejor...

A mis adoradas hermanas Nati y Vane, mejores amigas y cómplices... quienes me viven regalando alegría, afecto y me brindan su hombro para afirmarme cada vez que lo necesito...

A Javier, Mateo y Greta, que me ofrecen su dulzura y esa extraordinaria simpleza que me divierte tanto y que hace que los pequeños momentos, se conviertan en grandes momentos...

A mi nona Luisa, estoy segura que desde el cielo sigue celebrando mis logros...

A Raquel, Loló, Ana, Vero y Amelia por desplegar tanto cariño, por abrirme siempre su corazón y brindarme con alegría lo mejor de sí...

A mis queridas amigas Grise, Euge, Gabi, Paula, Vero, Bibi, Caro, Laura, Betyna, Pao, Laura, Silvia y Marce, ya que cada una de ellas, me ha dejado una enseñanza, me ayudó y me acompañó a crecer. A Gri, Euge y Eduardo... un especial agradecimiento...

A la Lic. Julia Casanova por su predisposición, generosidad, guía y dedicación...

Al director, nutricionistas y pacientes del Hospital H. E. Gailhac por cooperar conmigo, por su atención, colaboración, aporte y altruismo...

A todos, de verdad... Muchas Gracias!!

RESUMEN

La obesidad no puede ser pensada solo como un problema estético, sino que es una enfermedad crónica que puede traer aparejado múltiples complicaciones de salud con serias repercusiones psicológicas y sociales.

El siguiente trabajo consta de tres apartados: Marco Teórico, Marco Metodológico y Presentación de los Resultados, y se realizó tomando una muestra de 14 personas adultas que presentan obesidad, cuyas edades oscilan entre los 21 - 60 años; con ellos se pretende arribar por medio de la *Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-A* (de M. M. Casullo), la Aceptación de sí mismo, el Control de situaciones, la Autonomía, los Vínculos y Proyectos; como así también investigar a través de la *Escala Existencial* (de A. Längle), su Autodistanciamiento, Autotrascendencia, Libertad y Responsabilidad para establecer una vida plena de sentido.

Una vez finalizada esta exploración, se procederá a realizar una comparación entre los resultados de ambas Escalas.

A partir del análisis cualitativo de los datos arrojados por nuestra muestra en función de las Escalas antes citadas, se vislumbró que:

- *Escala BIEPS-A*: una cifra notable de estas personas obesas, presentarían un bajo nivel de bienestar psicológico, lo que estaría indicando que en líneas generales, no se sentirían conformes con sus vidas.

- En cuanto a los resultados arrojados por la *Escala Existencial*, observamos que estas personas obesas manifestarían inconvenientes para establecer una vida plena de sentido.

Con esta investigación se procuró realizar un aporte constructivo de interés general para aquellas personas que sufran de obesidad, como así también para los familiares de la persona obesa, profesionales que se vean interesados en el abordaje de esta temática desde una perspectiva integral y existencial.

ABSTRACT

Obesity can't be thinking it only as an aesthetic problem but in fact is a chronic disease that can carry a lot of health complications with serious psychological and social consequences.

The following paper consists of 3 chapters: theoretical framework, methodological framework and results presentation. It was done taking a 14 adult person's sample whose have obesity and which ages goes from 21 to 60 years old. With them is pretended to reach, by means of *Psychological Wellbeing Scale* BIEPS-A (from M.M. Casullo), Acceptation of Myself, Situations Control, Independence, Links and Projects, as well as try to investigate by means of *Existential Scale* (from A. Längle), Self-Distance, Self-Transcendence, Freedom and Responsibility to establish a full sense live.

Once this exploration is ended, it will be proceed to do a comparison between the results of both scales.

From the qualitative analysis of the reported data from our sample depending on scales mentioned above, it can see the following conclusions:

- BIEPS-A Scale: a remarkable number of these obese persons would show a low level of psychological wellbeing. It would be indicating, in general, that they wouldn't feel satisfied with their lives.
- From the Existential Scale's results, we can see that these obese persons would show problems to establish a full live sense.

With this investigation, a constructive contribution of general interest was intended to do for those persons who suffer obesity, as well as their relatives and professionals who are interested in investigate this topic from an integral and existential perspective.

ÍNDICE

Título	2
Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	10
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	11
<u>CAPÍTULO 1: ASPECTO BIOLÓGICO DE LA OBESIDAD</u>	12
1.1. Salud- Enfermedad- Obesidad. Conceptos	13
1.2. Salud del Adulto	14
1.3. Alimentación- Dieta- Nutrición	15
1.4. Diferencia entre Hambre y Apetito	15
1.5. Calorías y Grasa Corporal	17
1.6. Peso, Talla e Índice de Masa Corporal	19
1.7. Criterios de Clasificación de la OMS	21
1.8. Absorción de Alimentos	23
1.9. Causas Frecuentes de Obesidad	24
1.10. Señales Aferentes para comer y dejar de comer	29
1.11. Controlador y Controles Eferentes	31
1.12. Complicaciones de la Obesidad	34
<u>CAPÍTULO 2: ASPECTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL DE LA OBESIDAD</u>	39
2.1. Enfoque Psicológico	40
2.1.1. Algunos Disparadores Psicológicos de la Obesidad	40
2.1.2. Factores que Conducen a la Sobrealimentación	40
2.1.3. Algunas Características Psicológicas del Sujeto Obeso	41
2.1.4. La Persona Obesa y Su Entorno Familiar	44
2.1.5. Recaídas	46

2.1.6. Apariencia Física e Imagen Corporal	46
2.1.7. Los Hábitos de Alimentación	48
2.1.8. Trastornos del Comportamiento Alimentario	49
2.2. Enfoque Social	52
2.2.1. Determinantes de la Conducta Alimentaria	52
<u>CAPÍTULO 3: ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR Y PREVENIR LA OBESIDAD</u>	57
3.1. Acerca de la Prevención	58
3.2. Algunas Maneras de Tratar la Obesidad	59
3.2.1. Pirámide de Prioridades	64
3.2.2. Perspectiva Psicosocial de Tratamiento	68
3.3. Acerca del Mantenimiento	70
3.3.1. Habilidades Para Mantenerse	70
3.3.2. Decálogo de la Continuidad	71
3.3.3. Algunas Reflexiones para el Mantenimiento	72
<u>CAPÍTULO 4: LOGOTERAPIA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL</u>	73
4.1. Introducción	74
4.2. Psicodinamia y Análisis Existencial Personal	74
4.3. La Asequibilidad de la Persona Mediante el Diálogo	75
4.4. Análisis Existencial Personal (AEP) como Método	76
4.4.1. Indicaciones y Contraindicaciones del AEP	77
4.5. Vida Plena y Análisis Fenomenológico	78
4.6. Motivaciones Fundamentales de la Existencia	82
4.7. Logoterapia y Búsqueda de Sentido	96
4.8. El Ser Humano desde un Enfoque Logoterapéutico	98
4.8.1. La Libertad de la Voluntad Humana	99
4.8.2. Voluntad en Busca de un Sentido	102
4.8.3. El Sentido de la Vida	102
4.9. Valores	103
· Valores de Creación	104
· Valores de Experiencia	105
· Valores de Actitud	105
4.10. Terapia del Comportamiento, Conciencia Corporal y Logoterapia	108
SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO	111
<u>CAPÍTULO 5: MATERIALES, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO</u>	112
5.1. Objetivos	113
5.2. Metodología	113

5.2.1. Diseño	113
5.2.2. Muestra	114
- Criterios para la Selección	114
5.2.3. Instrumentos	115
5.2.3.1. Escala BIEPS-A (Bienestar Psicológico de M. M. Casullo)	115
- Fundamentos de la Escala	115
- Descripción, Administración y Evaluación de la Escala	118
- Interpretación de la Escala	119
5.2.3.2. Escala Existencial (Längle, Orgler y Kundi)	119
- Nociones Generales	119
- Descripción Administración y Evaluación de la Escala Existencial	120
- Interpretación Cuantitativa	123
- Interpretación Cualitativa de cada Sub-escala	124
5.2.4. Procedimiento	126
TERCERA PARTE: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	127
<u>CAPÍTULO 6: RESULTADOS</u>	128
6.1. Análisis y Presentación de Resultados	129
6.1.1. Resultados Derivados de la Escala BIEPS-A, Evaluación del Bienestar Psicológico	129
6.1.2. Resultados Derivados de la Escala Existencial	131
CONCLUSIONES	135
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
APÉNDICE	143

INTRODUCCIÓN

Durante el curso de esta investigación y a partir del sondeo que se realizará en la misma, se pretenderá acercar al lector a comprender la obesidad intentando ampliar los conocimientos como así también, favorecer la consideración sobre la seriedad que denota esta enfermedad.

El aliciente por incursionar sobre esta temática, se debe a su actual vigencia, incremento y persistencia en la sociedad, lo que conlleva a interesarse para que como psicólogos, se pueda enaltecer el trabajo profesional cooperando para mejorar la calidad de vida de quien padece esta enfermedad.

La obesidad es una compleja dolencia que se ha incrementado de forma exponencial en las últimas décadas y pone en riesgo no solo la salud de las personas sino además su bienestar psicológico, social y espiritual. Es por ello que aquí se abordará desde un Análisis Existencial, ya que esta es un área que contempla a la persona de modo holístico e integral.

Este trabajo consta de tres partes a saber: Marco Teórico, Marco Metodológico y Presentación de los Resultados.

El Marco Teórico comprende cuatro capítulos:

- *Capítulo 1:* Trata sobre los aspectos biológicos de la obesidad.
- *Capítulo 2:* Se refiere al aspecto psicológico y social de la obesidad.
- *Capítulo 3:* Aborda estrategias para controlar y prevenir la obesidad.
- *Capítulo 4:* Presenta los fundamentos teóricos de la Logoterapia y el Análisis Existencial.

El Marco Metodológico se despliega en la segunda parte de esta tesina y en él se especifican objetivos, metodología, tipo de diseño, muestra, instrumentos y procedimiento dispuesto para la confección de la presente investigación.

En la tercera parte encontraremos la Presentación de los Resultados, donde se analizarán los resultados derivados de las Escalas utilizadas.

Por último, se darán a conocer las conclusiones a las que se han podido llegar. Dichas conclusiones sólo son válidas para la muestra evaluada por tratarse de una muestra Intencional No Probabilística, esto hace que no puedan ser generalizadas al resto de la población que padece obesidad.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

ASPECTO BIOLÓGICO DE LA
OBESIDAD

CAPÍTULO 1

ASPECTO BIOLÓGICO DE LA OBESIDAD

1.1. SALUD - ENFERMEDAD - OBESIDAD. CONCEPTOS:

Para dar comienzo a la realización de este trabajo, diremos que la palabra *obeso* proviene del latín “*obesus*”, que significa corpulento, gordo o relleno. La raíz “*sus*” es el participio de pasado de “*edere*”, que significa comer.

El término *obesidad* proviene del latín “*obesitas*” y quiere decir: a causa de que yo como; deriva de los vocablos latinos “*ob*” (sobre, encima), “*edere*”, etimológicamente significa: “comer de más”; dicho esto, se desarrollarán las siguientes concepciones:

La organización mundial de la salud (OMS), define la **salud** como: “El estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades”.

M. Laura Asid, en su tesis: “*Bienestar psicológico, una aproximación a la psicología de la salud*” dice: “...Según Francisco Morales Calatayud (1999) “*Introducción a la psicología de la salud*”, las representaciones populares sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la **enfermedad**, entendida ésta como un estado en el cual una persona se encuentra limitada en la realización de sus actividades cotidianas debido a las molestias que sufre...” (Asid, 2004: 14)

Txumari Alfaro y Pedro Ramos (2000), en el libro: “*Soluciones naturales para la salud de los niños*”, definen a la **obesidad** como: “Acumulación de grasa en diversas zonas del organismo, observándose un peso muy por encima del ideal para la edad y la talla del individuo”.

Jorge Braguinsky (1987), en “*Patogenia, clínica y tratamiento de la Obesidad*” por su parte, considera a la *obesidad* como: “Todo incremento en el porcentaje del

tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo”.

El Dr. Alberto Cormillot, califica esta dolencia como: “Una enfermedad o grupo de enfermedades caracterizado por un exceso de tejido adiposo, cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número, y que tienen como resultado una disminución de la calidad de vida y en la salud de quienes la padecen”.

1.2. SALUD DEL ADULTO:

Ajuriaguerra (2001), en el “*Manual de Psiquiatría Infantil*”, plantea que la edad adulta es el período de la vida entre la juventud y la ancianidad, e incluye edades de 21 a 64 años. Es la etapa productivamente más importante de la vida de un individuo. Al estar antecedida por la infancia y seguida por la vejez, los *problemas de salud* que se detectan en esta etapa cambian de forma considerable, de manera que los del adulto joven son similares a la infancia, mientras que los acontecidos en los adultos próximos a la edad de jubilación, son parecidos a los que se presentarán en la vejez.

Refiere además, que al ser humano le correspondería recibir diariamente una cantidad de energía y nutrientes de acuerdo a su edad, sexo, actividad física y clima de la región donde reside.

La alimentación de un individuo, constituye un factor determinante en su estado de salud; por ello, la ingesta inadecuada de nutrimentos (ya sea por exceso, por defecto, o ambos), está íntimamente relacionada con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad, tal es el caso de las enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, la osteoporosis, la anemia, la caries dental, las cataratas, ciertos trastornos inmunitarios y lo que es de importancia central en esta ocasión, la obesidad, entre otras.

No resulta fácil determinar cuantitativamente, en qué proporción la dieta es la responsable de que aparezcan tales problemas de salud, pero se está de acuerdo en que, a través de ciertas variaciones en la dieta, pueden disminuir de modo sustancial la aparición de estas enfermedades.

La dieta occidental se caracteriza por un alto consumo de alimentos de origen animal y un consumo escaso de alimentos de origen vegetal; por lo cual, la interpretación nutricional de este cambio se manifiesta en un incremento progresivo de la ingesta energética a partir de grasas totales, grasas saturadas y azúcares.

Esto a su vez, se acompaña de una sucesiva disminución de actividad física; o sea que el mayor gasto energético, se deriva de la deambulación, el trabajo y el mantenimiento del equilibrio térmico.

1.3. ALIMENTACIÓN- DIETA- NUTRICIÓN:

Se entiende por **alimentación** a aquel acto consciente y voluntario de incorporar una serie de sustancias llamadas alimentos.

Por su parte el término **dieta**, hace referencia a los alimentos (o combinación de alimentos) que son ingeridos en determinadas cantidades de forma habitual; representa el modelo o patrón de alimentación que sigue un individuo.

El término **nutrición**, engloba todos aquellos procesos (involuntarios) de digestión, absorción, transporte, utilización y eliminación de las sustancias contenidas en los alimentos, el grado de educación nutricional y el estado de salud del individuo.

1.4. DIFERENCIA ENTRE HAMBRE Y APETITO:

Las sensaciones de hambre y apetito forman parte del sistema de ajuste energético global del organismo, pasando a ser una pieza más del complejo sistema de alimentación; es por eso que se considera necesario realizar una diferenciación entre los términos “hambre y apetito”.

Ajuriaguerra (2001)¹, se detiene en este punto y toma lo que dice R. Debré (y otros) para establecer una diferencia:

El **hambre** es un estado somático provocado por la privación de comida, y desaparece al ingerir alimentos.

El **apetito** es un estado consciente caracterizado por el deseo de comer; estrechamente condicionado por una experiencia anterior y provocado por el gusto de una comida concreta y específica.

Según Soriguer Escofet, las sensaciones de apetito y hambre se desarrollan a un ritmo constante de controles de hormonas que mandan señales al cerebro mediante neurotransmisores y neuromoduladores; Se halla un grado elevado de interrelación de mecanismos complejos que actúan a diferentes niveles.

Los mecanismos de hambre y apetito, aún no están absolutamente aclarados por lo complejo de los sistemas internos del propio funcionamiento cerebral.

Existen mecanismos de comunicación entre el cerebro, estómago y el intestino, dicha comunicación se instaura por medio de vías que actúan coordinadamente.

Fundamentalmente la información neural, se traslada por medio de las ramas gástrica y celíaca del nervio vago y de las ramas sensoriales de los nervios craneales; y continúa diciendo:

...”Por su parte, el tubo digestivo emite señales hormonales, en primer lugar, para preparar al propio intestino para digerir el alimento que se ingiere, y en segundo lugar para comunicar a los centros nerviosos superiores la situación de llenado y datos que permitan deducir una idea de la carga energética contenida en el alimento ingerido”... (Soriguer Escofet, 1994)²

El apetito puede originarse con intensidades diversas y como hemos dicho, el individuo con apetito, tiende a discriminar el alimento predilecto para consumir en ese momento y muchas veces, se manifiesta con una necesidad imperiosa, de incorporar proteínas, glúcidos, y grasas.

A diferencia del apetito, un sujeto con hambre no clasifica el tipo de nutrientes que ingiere hasta que alcanza la saciedad.

¹ (Obra Citada)

² Soriguer Escofet (Coordinador). “La Obesidad”, Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología, Ediciones Días de Santos, Madrid, año: 1994. Citado en Tesis de Licenciatura: A. Luisa Figueroa (Ob. Cit.), Pág. 29

1.5. CALORÍAS Y GRASA CORPORAL:

El cuerpo humano, necesita “combustible” para conservar su temperatura y llevar a cabo sus actividades cotidianas; este combustible, es proporcionado por las calorías; respecto a ellas, A. Cormillot (2001), en “*Pasaporte al Bienestar*” nos dice:

...”Se trata de la energía que produce el organismo al metabolizar los alimentos, y son utilizadas para distintos procesos corporales”... (Cormillot, 2001: 41)

Nuestro organismo, usa energía para poder moverse, para respirar, para que los ojos parpadeen, para cada latido del corazón, etc.

No todas las calorías son iguales, ya que los nutrientes requieren determinados esfuerzos (o gasto) para ser metabolizado; Cormillot asegura que no es lo mismo 100 calorías suministradas por hidratos de carbono, por grasas o por proteínas. Los hidratos de carbono y las proteínas, aportan 4 calorías por gramo, mientras que las grasas aportan 9 calorías por gramo. Los requerimientos de calorías, varían según el nivel de actividad física, el sexo y la edad, entre otros factores.

Aquellas calorías que no son utilizadas, pasan a acumularse en forma de grasas.

El *Tejido Adiposo*, llamado comúnmente grasa corporal, es un tejido que se distribuye a través de todo nuestro cuerpo y constituye la principal reserva energética de nuestro organismo. Se caracteriza por su gran capacidad de expansión cuando existe sobreingesta alimentaria, (balance calórico positivo - lipogénesis) o bien su retracción cuando el ingreso calórico es bajo (balance calórico negativo - lipólisis).

Este tejido cumple con funciones tales como: aislante térmico; protege a ciertos órganos contra traumatismos; soporte mecánico (palma de las manos y plantas de los pies).

La distribución de grasa corporal, se puede estimar de varias formas, como por ejemplo: midiendo los pliegues cutáneos, las relaciones de circunferencia cintura-cadera, o a través de métodos como el ultrasonido, la tomografía computada, o la imagen de resonancia magnética.

La circunferencia de la cintura es una medida que se utiliza para evaluar la cantidad de grasa abdominal; La presencia excesiva de grasa corporal en el abdomen (al no estar en proporción a la grasa corporal total), se considera una variable independiente predictiva de factores de riesgo y enfermedades asociadas con la obesidad. La medida de la circunferencia de cintura no deseable, es distinta para hombres y mujeres. Los hombres que corren riesgo tienen una medida de cintura de más de 102 cm., y las mujeres que corren riesgo tienen una medida de cintura de más de 88 cm.³

Piédrola Gil (2001), en su libro "*Medicina Preventiva y Salud Pública*", nos habla sobre la valoración antropométrica, y explica que se trata del método más apropiado para conocer el ritmo del crecimiento y el desarrollo corporal en la infancia y la adolescencia.

En la adultez, la *Evaluación Antropométrica* proporciona datos sobre la corpulencia y el estado nutricional de las personas. Las medidas antropométricas, junto con otros métodos técnicamente más complejos, estiman diversos compartimientos corporales tales como: la masa grasa y la masa libre de grasa, en la cual se incluyen: la masa magra (muscular y visceral), la masa esquelética y el agua extracelular (líquidos intersticiales, vascular y linfático) según el modelo bicompartimental en que puede dividirse de manera simple el organismo.

La obesidad constituye un estado de mala nutrición ya que existe un desequilibrio en el balance de los nutrientes, provocados por la compleja interacción de varios factores, como factores genéticos, conductuales, del ambiente físico y social.

No todo incremento en el peso corporal se lo considera como obesidad, ya que solo se la considera así cuando este aumento de peso se produce por un incremento del peso corpóreo a expensas de las grasas, así como por una anormal distribución de las mismas. Es decir que está asociada a un exceso en el número de adipositos o a un excesivo tamaño de éstos o a ambos procesos. Sin embargo, no toda acumulación de grasas produce obesidad, por ejemplo, las lipomatosis son acumulaciones localizadas de grasa, alguna de ellas dolorosas, como la enfermedad de Dercum (o Adiposis Dolorosa: acumulación dolorosa de grasa en el tejido celular subcutáneo que presiona los nervios situados en zonas próximas a estas).

³ Citado en: <http://obesidad.sutratamiento.com.ar/articulos/adultos/sobrepeso.html>

La obesidad, representa también un agente de alarma que incrementa la morbimortalidad; ha sido declarada como epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud y considerada en sí misma como factor de riesgo, y/o como desencadenante o agravante de otras enfermedades.

1.6. PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

Piédrola Gil (2001)⁴, comenta acerca de estos temas, y refiere que tanto el peso como la talla, son las medidas antropométricas más simples de obtener e interpretar; son indicadores que evalúan el crecimiento y la corpulencia de las personas.

Se han efectuado estudios que describen las curvas de crecimiento de peso y talla desde el nacimiento hasta la adultez. Las *tablas de referencia de peso* para la altura de un individuo (según sexo y edad), sirven para establecer la proporción (o porcentaje) del peso ideal de este.

La *talla* es un excepcional indicador del crecimiento, siendo sumamente útil en combinación con el peso; no obstante este último, resulta más sensible a los estados de malnutrición que la talla, por esta razón, se han propuesto diversos índices, el más empleado es el índice de Quetelet, formulado en 1869 y también conocido como Índice de Masa Corporal.

El *Índice de Masa Corporal (IMC)*, es una medida común que expresa la relación (o proporción) entre el peso y la estatura de una persona. Se trata de una fórmula matemática que consiste en dividir el peso de un individuo (en kg.), por el cuadrado de su estatura en (mts.)

Este índice se encuentra muy correlacionado con el porcentaje de grasa corporal (estimado por otros métodos como la densitometría, los pliegues cutáneos o la impedancia bioeléctrica) y está poco correlacionado con la talla a partir del momento en que se ha alcanzado la talla adulta.

En estudios epidemiológicos nutricionales se ha utilizado el IMC como medida indirecta de la malnutrición, de la obesidad, o bien, como indicador del riesgo de

⁴ Obra Citada, Pág. 900 – 902

mortalidad; la medida del peso y la talla no es invasiva, sino que es simple, veloz y más precisa que otras técnicas, (ej. medida de pliegues cutáneos).

Sin embargo, los índices peso/talla no pueden distinguir entre el exceso de peso que se genera por el acopio de grasa, una hipertrofia muscular o un edema; por esta razón, conviene recurrir también una medida más directa de adiposidad, como son los pliegues cutáneos.

La validez de la utilización de la estimación del peso y la talla, se ve comprometida cuando se pretende determinar el índice de masa corporal para clasificar a los individuos en grados de obesidad, encontrándose, en estos casos, un sesgo considerable que se traduce en subestimaciones en torno al 20% en la prevalencia de la obesidad.

En cuanto a los *perímetros corporales*, Piédrola Gil comenta que de los diversos perímetros corporales, el perímetro del brazo es el que contribuye con mayor información nutricional. Es una medida técnicamente sencilla y precisa que advierte el grado de malnutrición cuando se la compara con los valores de referencia según edad y sexo. Aquellos valores que resulten inferiores al 75% del de referencia, nos indican malnutrición grave; entre el 75 y el 80% es moderada; entre el 80 y el 85% revelarían ausencia de déficit energético.

Se han desarrollado múltiples fórmulas para calcular el área muscular del brazo (AMB) y el área grasa del brazo (AGB) a partir del perímetro del brazo (PB) y del pliegue cutáneo tricipital (PT), siendo $\pi = 3,1416$.

$$AMB = (PB - \pi PT)^2 \div 4\pi$$

$$AGB = PB \div 4\pi - AMB$$

A partir de estas medidas también se han desarrollado normogramas que posibilitan la lectura de los indicadores antropométricos del estado nutricional.

Muchos autores, dado que resulta complejo medir los pliegues cutáneos en los estudios epidemiológicos, recomiendan medir el perímetro cintura-cadera como indicador de la distribución de la grasa corporal (grasa intra-abdominal; grasa subcutánea) y factor de riesgo cardiovascular.

1.7. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA OMS:

A los individuos con un IMC = 25 a 29.9, se los considera con sobrepeso, mientras que los que poseen un IMC de 30 ó más se los considera obesos. Los criterios de clasificación según la OMS son los siguientes:

PESO	IMC	RIESGO
Bajo Peso	Menor 18,5	Bajo (aumento de riesgo de otros problemas)
Normal	18,5 – 24,9	Peso Normal (peso saludable)
Preobesidad/ Sobrepeso	25 - 29,9	Aumentado
Obesidad Grado I	30 - 34,9	Moderado
Obesidad Grado II	35 - 39,9	Severo
Obesidad Grado III	Mayor 40	Muy Severo (Obesidad Mórbida)

Los riesgos de salud, aumentan a medida que crece la severidad de la obesidad de un sujeto.

Ana Luisa Figueroa (1997)⁵, menciona los siguientes conceptos que nos resultan de gran utilidad para nuestra comprensión:

• **Obesidad Mórbida:** Se trata de una enfermedad crónica, la cual se encuentra íntimamente ligada a las primeras causas de muerte a nivel mundial, afectando al 25% del mundo industrializado. El riesgo de padecer esta enfermedad, disminuye mediante el control.

• **Sobrepeso:** Peso por encima de lo que señalan las tablas como peso ideal. Se puede tener sobrepeso debido a varios factores tales como: gordura (incremento de grasa), retención de líquidos (edema) o bien por una hipertrofia o agrandamiento muscular (deportistas).

⁵ Citado en: Ana L. Figueroa. Tesis de Licenciatura "Obesidad y Logoterapia: Actitud ante la enfermedad". Universidad del Aconcagua, año 1997, Pág.21-22

•**Peso Ideal:** Peso que se ajusta correctamente de acuerdo a las tablas según edad, sexo, estatura, contextura ósea y muscular. Por lo general, si la persona nunca fue gorda, el peso ideal es el peso que se alcanza a los 20 años.

...“Es el peso en el que estaría más sano si nunca hubiera estado gordo. De acuerdo a mi sexo y estatura, las tablas me permiten conocer mi Peso Ideal. En ellas puedo encontrar mi rango de peso.

¿Por qué rango? Porque sirve para obtener una variedad de mínimo, medio y máximo para cada peso, necesario para determinar el Peso Posible”... (Cormillot, 2001: 23)⁶

•**Peso Real o Peso Posible:** Es el peso al que razonablemente puede llegar una persona que hace un tratamiento para adelgazar. Varía según el sexo, la estatura, la contextura, la edad y el tiempo que se ha tenido sobrepeso. Además influyen la edad en que se comenzó a engordar y la forma del cuerpo.

...“Sirve para saber cuánto es lo máximo que puedo bajar y mantenerme sin dificultad (a diferencia del Peso Ideal que muchas veces no se logra y si se llega no se suele mantener).

En el Peso Posible influye el tiempo que he convivido con los kilos de más, mi edad y mi grado de obesidad”... (Cormillot, 2001: 26)⁷

•**Obesos Recuperados:** Son los obesos que han conseguido obtener un peso normal gracias a un tratamiento adecuado, pero que si no continúan con un determinado programa, vuelven a engordar lo que adelgazaron e incluso a veces más.⁸

La obesidad es un trastorno multifactorial. Para que se desarrolle, deben intervenir algunas variables tales como: sedentarismo, agentes ambientales, nutricionales, genéticos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, etc.

Engordar, es el aumento de peso causado por el incremento de la cantidad de grasa en el cuerpo, y no debido a la retención de líquido, por músculos o por embarazo.

Adelgazar, es una expresión que significa perder peso por disminución del tejido adiposo; vale esta breve aclaración dado que en ocasiones, suele confundirse por ejemplo, con la pérdida de líquido (agua) en el cuerpo.

⁶ (Obra Citada)

⁷ (Obra Citada)

⁸ A. Cormillot, “El Arte de Adelgazar”, Editorial Vergara, año 1.988; Citado en: Ana Luisa Figueroa, Obesidad y Logoterapia: Actitud ante la Enfermedad, 1997: Pág. 21-22

1.8. ABSORCIÓN DE ALIMENTOS:

Los autores Greenspan F. y Strewler G. (2000), en: “*Endocrinología Básica y Clínica*”, mencionan la existencia de dos vías principales para la absorción de los alimentos en el intestino y nos explican lo siguiente:

1- La primera vía de absorción desde el intestino es por medio de los vasos quilíferos, los cuales transportan los triacilglicérols que las células intestinales han empacado en los quilomicrones. Estos últimos ingresan a la circulación venosa y se depuran en la periferia mediante la hidrólisis del triacilglicérol catalizada por la enzima lipoproteína lipasa (LPL).

2- La otra vía para la absorción de los alimentos es por medio del tracto intestinal. Implica el transporte activo de la glucosa y de los aminoácidos así como de los ácidos grasos de cadena corta. Estos alimentos ingresan a la vena porta en camino hacia el hígado, desde el lado mucoso del intestino. Los alimentos que ingresan al cuerpo pueden utilizarse para el trabajo, se pueden almacenar o transformarse en calor mediante el metabolismo. Por otro lado, hay pequeñas cantidades de energía que se expulsan a través de la orina como ácido úrico y urea, productos finales del metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos nucleicos.

Además, dichos autores tratan el tema del “*Coefficiente de Alimentos*” (CA), y comentan que se designa con este nombre, al índice que corresponde a las grasas con los carbohidratos en la dieta. Para estabilizar las reservas de grasa, el CA debe ser equivalente al coeficiente respiratorio (CR). Cuando baja el CA, esto es, cuando se consumen mayor cantidad de grasas que carbohidratos, el organismo puede responder a través de dos mecanismos, estos son:

- **El primero** es la disminución de la oxidación de los carbohidratos. Esto hace que la oxidación de las grasas aumente de manera proporcional.

- **El segundo** es la expansión de los depósitos de grasa para dar lugar a la grasa excedente, hasta que se incrementa la oxidación de la grasa para igualarse con la ingestión.

Y continúan explicando que, el “*gasto de energía*” puede dividirse en tres componentes:

- 1- *Primer componente: Índice Metabólico en Reposo (IMR)*; este índice está directamente relacionado con la grasa libre (sebo) en la masa corporal de las personas. El *IMR* tiene un componente familiar importante y anuncia la futura ganancia de peso.

- 2- *Segundo componente: Trabajo Físico*; el trabajo físico representa alrededor de un tercio de la energía que se gasta. Diversos estudios sugieren que tanto el peso corporal como la reserva de energía, se regulan bien durante períodos breves en la mayoría de los individuos. En general, la modificación del peso en los adultos es menor de 1% anual.

- 3- *Tercer componente: Efecto Térmico del Alimento (ETA)*; refleja el incremento en la producción de calor, esto es, el aumento del consumo de oxígeno luego de haber ingerido alimentos.
El *ETA* se correlaciona de forma inversa con la gordura; vale decir que conforme aumenta el porcentaje de grasa, el *ETA* disminuye.

1.9. CAUSAS FRECUENTES DE OBESIDAD:

A continuación, mencionaremos algunas de las causas más significativas: ⁹

- ◇ Genéticas
- ◇ Metabólicas
- ◇ Psicológicas
- ◇ Socioculturales
- ◇ Sedentarismo
- ◇ Neuroendocrinas
- ◇ Medicamentosas
- ◇ Nutrición Altamente Calórica
- ◇ Multifactoriales

⁹ Citado en Causas de la Obesidad: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>

GENETICAS

Los genes implicados en la obesidad, se pueden considerar como “predisponentes”, pueden estar interviniendo uno o varios de ellos en conjunto. Tanto los hábitos de alimentación como los de ejercicio físico, revelan sólo un fragmento en cuanto a que la obesidad, predomina más en ciertas familias si tomamos en cuenta que un progenitor obeso, posibilita en un 40% que sus descendientes lo sean; y si ambos progenitores lo son, pues lo serán el 80% de sus descendientes. Estos valores se modifican si ambos padres son delgados, aquí las cifras de obesidad se sitúan en los hijos en un 10%.

El gen denominado: *gen de la obesidad* (gen ob), segrega una proteína (Leptina), que se expresa en el hipotálamo. La leptina es secretada especialmente por el tejido adiposo blanco e informa al hipotálamo sobre la cantidad de tejido adiposo presente en el organismo. En las personas se han descrito recientemente algunas familias aisladas con obesidad mórbida y mutaciones en el *gen ob*.

Al respecto Salani Verónica (2004)¹⁰, agrega:

...”Los miembros de una familia tienen en común factores alimentarios, factores culturales, factores de estilo de vida y factores genéticos. Las diferencias existentes en la grasa corporal humana se deben a una interacción compleja de variables genéticas, nutricionales, metabólicas, sociales, psicológicas y de gasto de energía. Es probable que haya múltiples genes que influyen en la capacidad del organismo de controlar su peso, y es probable también que los defectos genéticos concretos varíen de una familia a otra”... (Salani, 2004: 28)

METABOLICAS

El uso energético de las calorías varía notablemente entre las personas. Algunas utilizan más calorías para poder mantener la temperatura corporal y para realizar los procesos metabólicos. La ingesta alimentaria está regulada tanto por el sistema nervioso central como por una serie de señales metabólicas y de saciedad del sistema nervioso vegetativo, simpático y parasimpático. Se advierte la participación de diversos factores metabólicos y hormonales, como las hormonas tiroideas, catecolamina, corticosteroides, β -endorfinas e insulina. En el hipotálamo, se sitúa la regulación del

¹⁰ (Obra Citada)

peso corporal; El núcleo ventromedial del hipotálamo, es el centro de saciedad más importante en el sistema nervioso central.

PSICOLOGICAS

Las causas psicológicas pueden desarrollar obesidad aunque, en otros casos, se considera que los cambios psicológicos en la obesidad, pueden ser parte de una consecuencia y no una causa de la misma. Ciertas patologías como la depresión y algunos procesos psicóticos, o el uso de fármacos antipsicóticos, también pueden asociarse con la obesidad.

SOCIOCULTURALES

El entorno es definitivamente una gran influencia para desencadenar obesidad en los individuos, dado que mayormente, lo social gira alrededor de la comida y la bebida. Por lo tanto, muchas veces la comida se ha convertido en un "premio" al comportamiento, o bien se ha tornado en el "mejor cierre" de un buen negocio. Incluso las religiones, poseen cierta influencia en cuanto al tipo de comida que deberá de ingerirse en determinados momentos: (vigilia, kosher, líquidos con luna llena, etc.).

SEDENTARIAS

Está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo, por lo cual el sedentarismo, pasa a ser una de las principales causas de obesidad. El incrementar la actividad física, hace que el cuerpo tenga que recurrir a la utilización de mayor cantidad de calorías, logrando que el balance calórico del organismo sea más favorable para no padecer obesidad.

Los autores Greenspan F. y Strewler G., agregan al respecto que en la actualidad, la falta de actividad física se suma por la existencia de nuevas tecnologías que requieren menos esfuerzo físico, permitiendo más tiempo de ocio y fomentando así el sedentarismo.

NEUROENDOCRINAS

Respecto a las causas neuroendocrinas que pueden originar obesidad, podemos mencionar las siguientes: Obesidad de origen en el hipotálamo; Enfermedad de Cushing (niveles altos de cortisol); Hipotiroidismo (baja en niveles de tiroides); Síndrome de ovario poliquístico; Deficiencia de hormona de crecimiento.

Analizar la obesidad como un trastorno neuroendocrino, propone estudiar este fenómeno desde un enfoque particular que implica disfunciones en casi todos los órganos endocrinos y en el sistema nervioso central, básicamente en la actividad hipotalámica. Estas alteraciones afectan principalmente a los ejes neuroendocrinos

hipotálamo-hipofiso-adrenal, adipo-insular y al control hipotalámico, tanto de la ingesta de alimentos, como del almacenamiento y gasto energético.¹¹

MEDICAMENTOSAS

Los antidepresivos de origen tricíclico, han demostrado un aumento de grasa y como consecuencia, una ganancia de peso importante, presentando así, un cuadro de obesidad.

Por su lado, los tratamientos prolongados a base de corticoides, también pueden causar obesidad, ya que se ha demostrado un acrecentamiento de grasa y de peso corporal.

Aquellas personas que usen estos antidepresivos, corticoides, u otros medicamentos que también provocan ganancia de peso, como: antihistamínicos, hormonas, algunos anticonceptivos, glucocorticoides, insulina (o fármacos que estimulen su producción), etc., deberían poner especial cuidado en su forma de alimentarse y en su actividad física, para contrarrestar este efecto adverso.

NUTRICIÓN ALTAMENTE CALORICA

Definitivamente el consumir más cantidad de calorías que las que nuestro organismo en verdad requiere, provoca que el balance calórico vaya acumulando cada

¹¹ Perello, M. y Spinedi, E. (2004) "Aspectos Neuroendocrinos de la Obesidad". Medicina (Bs. As.), vol. 64, n°3, pag. 257-264. Obtenido el 29 de mayo de 2009 en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802004000300014&script=sci_arttext

vez más calorías. Por cada 7.500 calorías que nuestro cuerpo acumule, se aumenta aprox. 1 kg., y esto conduce claramente a un cuadro de obesidad.

Para Greenspan F. y Strewler G. (2000)¹², la composición de la dieta de un individuo (contenido de lo que se come), como ingerir cantidades abundantes de grasas, proteínas (carnes), bebidas alcohólicas, infusiones que contienen sacarosa (u otros carbohidratos solubles) e hidratos de carbono, son factores relevantes a la hora de hablar sobre este padecimiento.

Los *cambios en el régimen de alimentación* (preparación, producción y elaboración de alimentos) y la *hiperfagia* (o ingesta excesiva de alimentos), pueden ser una de las causas que conducen fácilmente a estados de obesidad. Algo tan simple como esto, favorece el rápido incremento de peso en el organismo, dado que aumenta el tejido adiposo, cuyas células pueden acrecentarse en tamaño y/o número.

MULTIFACTORIALES

En la mayoría de los casos de obesidad, se ha demostrado que encontraremos un origen multifactorial, por lo que su tratamiento es por lo general más complicado, pero no imposible de ser llevado a cabo con éxito.

Las personas obesas, particularmente, las que presentaron obesidad en la infancia, tendrían una cantidad de células grasas hasta cinco veces mayor que las personas con peso normal. El aumento del tamaño o del número de células adiposas (o ambos), se suma a la cantidad de grasa almacenada en el cuerpo. Dado que no se puede reducir el número de células, únicamente se puede perder peso, disminuyendo la cantidad de grasa en cada una de ellas.

El exceso de grasa acumulada debajo del diafragma y en la pared torácica, puede ejercer presión en los pulmones, generando problemas para respirar y ahogos; esto puede intervenir en el sueño, provocando consecuencias como la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), causando somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede originar diversos problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos.

¹² (Obra Citada)

Los trastornos cutáneos son muy frecuentes; dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa en relación a su peso, no pueden expulsar el calor del cuerpo eficientemente, razón por la cual, transpiran más que las personas delgadas. Es frecuente también la inflamación de pies y tobillos, causada por la acumulación de pequeñas o moderadas cantidades de líquido (edemas) en esta zona.

1.10. SEÑALES AFERENTES PARA COMER Y DEJAR DE COMER:

Tal como lo explican Greenspan y Strewler (2000)¹³, el cerebro recibe información proveniente de diversas fuentes sobre el estado nutricional. Las señales aferentes se transmiten en el sistema nervioso autónomo, en el sistema nervioso somatosensorial, o bien, por medio de señales originadas en la sangre.

Dichos autores, desarrollan algunas señales que recibe el cerebro, y explican:

- **Señales Metabólicas Estimulantes del Hambre:** Cuando disminuye la glucosa, llega al cerebro una señal que anticipa la sensación de hambre, es decir, produce el interés metabólico por comer, integrándose con mensajes somatosensoriales para resolver ir en busca de alimentos.

En los episodios de comida de las personas, generalmente se presenta una disminución paulatina de 7% a 10% en la concentración de glucosa, a la que sigue la conducta de requerir alimentos antes de alcanzar el nadir en la concentración de la glucosa y que ésta inicie su retorno a la normalidad. Si se evita esta disminución a través de infusiones de glucosa luego de una caída de 5% de sus concentraciones plasmáticas, puede demorarse la siguiente comida.

- **Señales Sensoriales:** El olor y el aspecto de los alimentos se convierte en otro indicador, dando lugar a señales que los nervios sensoriales transmiten al cerebro; es posible que estas señales estimulen la ingesta de los alimentos favoritos. El sabor de los alimentos en la boca, la textura, el paladeo, el olfato y otros índices sensoriales sobre la calidad del producto, sirven como una entrada somatosensorial próxima para promover o inhibir la ingesta del mismo.

¹³ (Obra Citada)

Los sonidos también forman parte de un sistema de señales, dado que con ellos, identificamos ciertos alimentos conduciendo a que el organismo tome la decisión de comer (ej. ruido de papel de una golosina).

- **Señales Gastrointestinales Productoras de Hambre y Saciedad:** El “*hambre*”, va acompañado de contracciones del estómago, reflejando el malestar que se manifiesta ante la presencia de esta sensación.

También existen mensajes hormonales que producen los péptidos liberados durante el proceso digestivo; éstas, son señales tales como aquellas generadas por la distensión del estómago o del intestino.

La “*saciedad*” (procedente de las vías gastrointestinales), puede producirse por uno de tres mecanismos, estos son: la distensión gastrointestinal, la liberación de hormonas gastrointestinales (una vez que los nutrientes actúan de modo directo sobre la mucosa gastrointestinal), y los efectos de los nutrientes absorbidos.

Las distensiones gástricas e intestinales, pueden dar por finalizada la comida a través de señales de retroalimentación negativa enviadas mediante el sistema nervioso autónomo. Probablemente, el nervio vago sea el principal relevo aferente sensorial para este tipo de información hacia el núcleo del tracto solitario (NTS) en el cerebelo; a

partir del NTS, estas señales se difunden a otras zonas del cerebro, entre las que se incluyen las amígdalas, el hipotálamo, el hipocampo, el núcleo parabraquial y la corteza.

- **Sistema Nervioso Simpático:** También implicado en generar señales de saciedad. Los receptores adrenérgicos β_3 en el tejido adiposo pardo, son los encargados de mediar la producción de calor cuando se estimulan los nervios simpáticos de estos tejidos. Parte del efecto térmico de una comida, está relacionado con un incremento en la activación simpática de los receptores adrenérgicos β_3 . El calor producido de este modo, puede a su vez formar parte de un estímulo termógeno para reducir la ingestión de alimentos.

- **Hormonas:** Las inyecciones de insulina pueden tanto acrecentar como reducir la ingesta de alimentos de acuerdo a la dosis y la vía de administración. Cuando se suministra suficiente insulina para moderar la glucosa, aparece el hambre. El exceso continuo de insulina, eleva la ingesta de comidas y por ende, aumenta el peso (personas diabéticas); el bloqueo de los receptores de insulina en el hígado mediante anticuerpos antiinsulina, aumentan la ingestión de alimentos, mientras que las

infusiones crónicas de la hormona en dosis bajas, hacen que se restrinja dicha ingesta.

Los *esteroides suprarrenales* ejercen una función en la regulación de los depósitos de grasa corporal. También los *esteroides gonadales* modulan la grasa corporal, así, la testosterona la reduce (pudiendo hacer lo mismo con la grasa visceral en los varones), y los estrógenos la incrementan.

- **Señales de los Nutrimientos:** Los nutrimentos absorbidos luego de la digestión de alimentos, también pueden intervenir sobre el hígado o el cerebro para inducir la saciedad. La glucosa inyectada en la circulación porta disminuye el índice de estimulación vagal aferente, mediante una acción sobre los receptores hepáticos de la glucosa. Esta sustancia además, puede actuar directamente sobre el sistema nervioso central, dado que constituye la principal fuente de combustible para el cerebro.

Salani Verónica (2004)¹⁴, menciona al respecto:

...”Los órganos de la digestión y asimilación (estómago, intestino, hígado, etc.) se encargan de informar, mediante un complejo entramado de señales neurales, hormonales y metabólicas, cuál es la masa energética, composición y grado de digestión del alimento que contiene. Los órganos de los sentidos informan del tipo, calidad, cantidad, composición y previsible valor energético del alimento disponible para ser ingerido.

Finalmente las señales internas de control neuroendocrino, informan de la situación energética del organismo, de sus disponibilidades, de las previsible necesidades inmediatas y futuras, y de la convicción de proceder al llenado del estómago e intestino. Esta masa de información procesa constantemente dando una señal consciente de hambre / apetito para movilizar al organismo hacia la búsqueda del alimento necesario”... (Salani, 2004: 29)

1.11. CONTROLADOR Y CONTROLES EFERENTES:

¹⁴ Citado en: Salani Verónica. Tesis de Licenciatura “Obesidad- Un análisis de los recursos de la dimensión noética para la toma de postura”. Universidad del Aconcagua, año 2004

Tal como lo señalan Greenspan y Strewler (2000)¹⁵, tanto lo anatómico como los neurotransmisores, se encuentran implicados a la hora de regular (controlar) la alimentación en las personas:

♦ **Anatomía:** Diversas regiones anatómicas del cerebro, parecen desempeñar un papel importante en el control del equilibrio de los nutrimentos. La hiperfagia o ingesta excesiva de comida, es suficiente para originar obesidad; pese a ello, no es necesaria para el desarrollo del trastorno luego de una lesión en el hipotálamo ventromedial (HVM) o en la obesidad genética, pues el daño en el HVM puede generar obesidad sin hiperfagia.

♦ **Neurotransmisores:** Los neurotransmisores implicados en la regulación de la alimentación pueden dividirse básicamente en tres grupos: 1) los aminoácidos de acción rápida, moduladores de los conductos iónicos; 2) las monoaminas de acción más lenta, sobretudo a través de segundos mensajeros; 3) los péptidos con capacidad para modular a las monoaminas y afectar la ingestión de nutrimentos específicos.

Los “*Controles Eferentes*”, por su parte, comprenden las actividades motoras implicadas en identificar, obtener e ingerir el alimento, así como los efectos eferentes producidos por el sistema nervioso autónomo y varias hormonas circulantes.

El proceso complejo de actividades motoras que conducen a *iniciar la conducta* de búsqueda de alimento, identificar la comida y consiguientemente obtener e ingerir el alimento, están fuera de la perspectiva de estos comentarios.

• **Sistema nervioso Autónomo:** Los sistemas nerviosos simpático y parasimpático pueden estar involucrados en el desarrollo de la obesidad.

La actividad eferente del sistema nervioso parasimpático (nervio vago), se acrecienta cuando la obesidad es causada por lesiones del hipotálamo. Esto en parte, explica aquel incremento en la secreción de insulina típica de la obesidad hipotalámica y de otras variedades de obesidad. Pero también es propia de la obesidad una reducción de la actividad simpática, la cual puede intervenir en el aumento de la secreción de insulina mediante la remoción de los controles inhibitorios de su liberación.

• **Mecanismos Hormonales Eferentes:**

~ Insulina: El incremento en las concentraciones de insulina y el aumento de la resistencia a su acción en los tejidos periféricos, son característicos de la obesidad.

¹⁵ (Obra Citada)

Las inyecciones de insulina pueden acentuar la ingestión de alimentos, especialmente de glucosa, posiblemente por medio del descenso de los valores del carbohidrato. El acrecentamiento de la ingesta de alimentos seguida a las inyecciones de insulina, también produce grados leves de obesidad.

~ Corticosteroides Suprarrenales: El desarrollo de la obesidad experimental, mengua por la suprarrenalectomía. La insuficiencia suprarrenal (enfermedad de Addison), se acompaña con detrimento de la grasa corporal y, en definitiva, con la muerte. El síndrome de Cushing, el epónimo de las altas concentraciones de los esteroides suprarrenales, se acompaña de obesidad. Los glucocorticoides ejercen una función tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del estado obeso.

Se han reconocido distintas áreas que se encuentran relacionadas con lo que respecta a la alimentación, entre ellas están:

- Núcleo Accumbens
- Globus Pallidus
- Tegmentum del mesencéfalo.
- Amígdala
- Zona inserta
- Hipocampo (en el Sistema Límbico)
- Hipotálamo

Salani Verónica (2004)¹⁶, hace mención sobre el rol del *Hipotálamo* respecto a la alimentación; Reseña que éste se ubica en una zona del encéfalo denominada diencefalo y juega un papel valioso en cuanto al control de la ingesta de comidas. Gran parte del control del Sistema Nervioso Vegetativo depende de él, cuyos efectores (simpático y parasimpático), generan efectos importantes en el control metabólico, termogénesis y ambiental hormonal, así como también en la función digestiva. Se conoce además, que distintos neuropeptidos y neurotransmisores presentes en el hipotálamo, intervienen en la ingestión de alimentos.

Y continúa expresando lo siguiente:

“...En la década del sesenta se descubrió que:

- Si se estimula la región externa del hipotálamo (principalmente la zona del núcleo lateral), se inicia la acción de comer y aumenta la ingestión de alimentos, por lo que se la suele llamar “centro del hambre”.

¹⁶ (Obra Citada)

- Si se estimula la región interna del hipotálamo (corresponde al núcleo ventromedial), se inhibe la acción de comer y reduce la ingestión alimentaria, por ello esta área se llama “centro de saciedad”... El Hipotálamo, el Sistema Límbico y la Corteza Prefrontal tienen gran influencia en las emociones y conductas del individuo... Es por eso que no podemos dejar de mencionar la influencia de esta zona del cerebro en lo que se refiere a la conducta alimentaria. Con relación a esto, se identifica en el encéfalo, al núcleo accumbens como uno de los mayores centros de gratificación, lo que sugiere que al menos parte del motivo por el cual comemos, es que la ingestión de alimentos supone una gratificación o resulta placentera y que el mecanismo nervioso que regula este aspecto de la alimentación es el mismo que dirige otros fenómenos de gratificación.

La corteza recibe mensajes metabólicos y sensitivo-sensoriales que le llegan, a través de las estructuras hipotalámica y límbicas, y envía respuestas que inducen a distintas modalidades de comportamiento alimentario...” (Salani, 2004:19 - 20)

1.12. COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD:

La obesidad (enfermedad crónica), conduce al padecimiento de cuantiosas complicaciones tales como:¹⁷

Problemas cardiovasculares:

- Opresión torácica y estenocardia
- Desplazamiento cardíaco con disminución de la repleción de la aurícula derecha
- Estasis vascular-pulmonar
- Taquicardia de esfuerzo
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca
- Angina de pecho

¹⁷ Citado en Obesidad: <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml>

- Infarto de miocardio
- Estasis venoso periférico
- Varices
- Tromboflebitis
- Ulceras varicosas

Arteriosclerosis:

Causa frecuente de retinitis, nefrosclerosis y alteraciones coronarias

Menos frecuente la arteriosclerosis cerebral, causa de trombosis y hemorragias cerebrales

Diabetes mellitus tipo II**Alteraciones metabólicas:**

- Hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina
- Hipercolesterolemia
- Hipertrigliceridemia
- Hiperuricemia

Problemas respiratorios:

- Hipoventilación alveolar
- Aumento de catarrros, bronquitis crónica, neumonía
- Síndrome de Picwick (cuadro de insuficiencia cardio-respiratoria). Apnea nocturna

Problemas osteoarticulares:

- Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie
- Aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna (con neuralgias y espondilitis deformante)
- Artrosis generalizada (principalmente en rodillas, caderas y columna lumbar)
- Atrofia muscular
- Gota

Problemas digestivos:

- Dispepsia gástrica (con acidez, flatulencia, digestiones pesadas)
- Dispepsia biliar (con colecistitis y colelitiasis)
- Úlcera gastroduodenal
- Estreñimiento (frecuentemente con hemorroides)

- Insuficiencia hepática en grado variable por infiltración grasa
- Aumento de la frecuencia de cirrosis hepática
- Insuficiencia pancreática

Problemas renales:

- Nefrosclerosis con hipertensión arterial
- Albuminuria y cilindruria
- Retención de líquido con edemas

Problemas cutáneos:

- Cianosis por estasis vascular y telangiectasias
- Estrías
- Lesiones por rozaduras
- Lesiones por maceración cutánea
- Intertrigo
- Frecuentemente aparecen forúnculos, ántrax
- Caída de pelo, a veces hirsutismo
- Exceso de sudoración
- Ulceras y celulitis

Problemas gonadales:

- Alteraciones menstruales variables: hipomenorrea e hipermenorrea, amenorrea

Problemas gestacionales:

- Malas posiciones fetales; partos prolongados

Problemas sexuales:

- Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica)
- Compulsividad e impulsividad sexual
- Problemas de orden físico para realizar el acto sexual

Problemas neurológicos:

- Cefaleas
- Insomnio

Problemas hematológicos:

- Policitemia con aumento de la hemoglobina

Infecciones:

- Aumento de las infecciones cutáneas y respiratorias
- Peor pronóstico en casos de fiebres tifoideas, neumonías y gripe

Problemas parietales:

- Hernias umbilicales e inguinales

Problemas quirúrgicos y anestésicos:

- Aumento del riesgo quirúrgico inducido por otras complicaciones (cardíacas, pulmonares, metabólicas, entre otras)
- Aumento de la mortalidad operatoria proporcional al incremento de peso
- Dificultad para adoptar ciertas posiciones quirúrgicas (Trendelenburg)
- Dificultad en la realización de venopuntura, intubación y punción lumbar
- Complicaciones de cicatrización
- Alto riesgo de eventraciones post-quirúrgicas
- Aumento de las embolias y trombosis post-quirúrgicas
- Mayor riesgo de infecciones post-quirúrgicas
- Dificultad de ajuste de la dosis anestésica
- Hipoventilación post-anestésica

Problemas oncológicos:

- Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de próstata y colon en hombres
- Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de endometrio, ovario y mama en la mujer

Problemas psicológicos:

- Miedo e inseguridad
- Disminución o pérdida de la autoestima
- Desorden de conductas alimentarias
- Perturbación emocional por malos hábitos en la ingesta
- Distorsión de la imagen corporal
- Tristeza
- Ansiedad, frecuente en niños, por pseudo-micropene y pseudo-ginecomastia.
- Depresión
- Frigidez e impotencia, etc.

Problemas sociales:

- Angustia por presión social frente a su obesidad
- Angustia por presión social frente a su adelgazamiento
- Aislamiento social
- Dificultades para vestir, usar transportes públicos
- Sobreprotección familiar
- Rotura del núcleo familiar o de la pareja

Mortalidad:

- Incremento de la mortalidad general como consecuencia de las complicaciones, especialmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y cáncer

Suicidio:

- Actualmente se considera que la reducción del peso corporal entre un 5% y un 10%, supone una importante mejora ante los factores de riesgo de suicidio asociados con la obesidad

El Dr. A. Cormillot (2001)¹⁸, agrega a esta extensa lista otra consecuencia de la obesidad, y se refiere a las *Relaciones Laborales*, donde el obeso, suele sufrir por: discriminación, bajo sueldo y hasta despido.

¹⁸ (Obra Citada)

CAPÍTULO 2:

ASPECTO PSICOLÓGICO

Y

SOCIAL DE LA OBESIDAD

CAPÍTULO 2

ASPECTO PSICOLÓGICO Y SOCIAL DE LA OBESIDAD

2.1. ENFOQUE PSICOLÓGICO:

2.1.1. ALGUNOS DISPARADORES PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD:

Ana Luisa Figueroa (1997)¹⁹, hace mención de que existen situaciones psicológicas que podrían ser desencadenantes de obesidad y que esta enfermedad, generalmente hace su aparición coincidiendo con alguna época de crisis de la persona, que tiene que ver con situaciones vividas intensamente en cuanto a lo emocional.

Una persona que sufre ciertos cambios y se encuentra biológicamente predispuesta a padecer sobrepeso, va a hacer que estos cambios actúen como disparadores a partir de los cuales la enfermedad probablemente se manifieste. Estos cambios, son situaciones que denominamos “crisis”, y pueden ser tanto placenteras como displacenteras y no ser necesariamente distinta a la que le tocaría vivir a cualquier otra persona.

Estas crisis se pueden dividir en:

- *Crisis Vitales*: nacimiento, infancia, pubertad, adolescencia, menopausia, etc.
- *Crisis Accidentales*: nacimiento de hermanos, casamientos, intervenciones quirúrgicas, embarazos, separaciones, mudanzas, etc.

2.1.2. FACTORES QUE CONDUCEN A LA SOBREALIMENTACIÓN:

¹⁹ Obra Citada, Pág.42

Braier (1.988)²⁰, plantea la existencia de ciertos mecanismos psicológicos y hábitos que hacen que el sujeto posea una excesiva ingesta alimentaria que lo puede conducir a padecer de obesidad. Entre los hábitos alimentarios se pueden citar:

- * Familias acostumbradas a ingerir una cantidad exuberante de comida.
- * Probar los alimentos durante su elaboración.
- * Hábito de comer reiteradamente entre comidas (picoteo).
- * Acostumbrar a los hijos a ser recompensados con comida.
- * Centrar las actividades en torno al consumo de comidas.
- * Consumir los alimentos dejados como restos en los platos.
- * Afición a alimentos dulces: uso abusivo de golosinas.

2.1.3. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DEL SUJETO OBESO:

Según Cormillot, una vez que aparece la enfermedad, la persona obesa desarrolla características psicológicas que muchas veces perpetúa. Asocia todos o casi todos los conflictos de su vida con la comida. Esta se presenta como una solución fácil, cómoda y rápida para escapar de distintas situaciones que generan estados displacenteros. La persona frente a cualquier problema, debido a la ansiedad que advierte, siente de manera imperiosa la “necesidad” de consumir con voracidad determinado tipo de alimento.

Goleman Daniel (2000), en su ejemplar “*La Inteligencia Emocional*”, señala que algunas personas obesas, no pueden distinguir la diferencia entre hallarse aburridas, asustadas, preocupadas, enfadadas, ansiosas, etc. o hambrientas, y entonces juntan todos estos sentimientos en un único significado, que es el hambre, lo que las conduce a ingerir demasiada comida cada vez que se sienten perturbadas por alguna razón.

²⁰ Braier (1988). Autor citado en: Ana L. Figueroa. Tesis de Licenciatura: “Obesidad y Logoterapia: actitud ante la enfermedad”. Universidad del Aconcagua, año 1997, Pág.43

...”Solo sienten una difusa conmoción emocional con la que no saben lidiar eficazmente. En lugar de eso, tratan de sentirse mejor comiendo; esto puede llegar a convertirse en un fuerte hábito emocional de defensa”... (Goleman, 2000:287)

Se puede señalar entonces, que el obeso frente a cualquier emoción, come, y esta ingesta inadecuada, se relaciona tanto con aquellas situaciones que le resultan placenteras como displacenteras, sirviéndoles estas como “excusas” a partir de las

cuales puede justificar tal comportamiento; Las excusas son una característica típica del obeso, acude a ellas para no enfrentarse a la realidad tal cual es, ya que esto implicaría tener que asumir los riesgos que le depararía el cambio.

Existen tantos casos de obesidad como obesos y las excusas que utilizan son diferentes en cada caso, aunque por lo general van acompañadas de miedo y negación, y son una gran barrera para que la persona no se decida a cambiar.

Es por ello que el abordaje de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario, la persona no se compromete adecuadamente con su situación, provocando dificultad para bajar de peso o mantenerlo.

Es imprescindible que estas personas aprendan a *identificar* sus sentimientos y cultiven otros modos de calmarse, de conducir adecuadamente sus emociones o relaciones, que no sea a través de malos hábitos alimentarios. Esto se relaciona con lo planteado por E. Lukas (2002), en su libro “*Una Vida Fascinante*”, ella menciona el “miedo ante el salto”, haciendo referencia al “salto” de la persona hacia una vida autorresponsable, de conocer y hacerse cargo de todo aquello que está escondido detrás de su ansiedad por ejemplo, temor, heridas sufridas en su pasado, dolor, el peso de una desagradable experiencia cargada sobre su espalda, etc., y animarse a realizar el salto que le permita dejar de asociar, tal vez, un pasado negativo con un futuro también negativo, el cual le estaría impidiendo una vida más saludable sin tener que buscar refugio constante en la comida.

Ana L. Figueroa (1997)²¹, refiere que la negación en el obeso es uno de los ejes centrales de la enfermedad, como también de la mayoría de las conductas adictivas. Las personas con conductas dañinas, pero que a pesar de ello igualmente las continúa efectuando, recurre a mecanismos como la negación para no “darse cuenta” de lo que en verdad se está provocando a sí misma.

²¹ Obra Citada, Pág.46

Muchas veces, el obeso aparenta ser feliz, mostrando cierta indiferencia ante su gordura y sin problemas en la interacción social, pero en realidad, puede estar padeciendo sentimientos de inferioridad, baja autoestima, carencia de control, pasividad, dependencia, etc. Vale decir que superar la negación es un paso indispensable en el cambio hacia la recuperación.

E. Lukas (2002)²², escribe acertadamente que la ausencia de reconocimiento fomenta la huída ante la verdad, y agrega que esto es un proceso recíproco, ya que la huída de la verdad, con frecuencia ocasiona quedar atrapado en una postura rígida, la cual no es posible abandonar sin el reconocimiento del propio error, por lo que tomar la decisión de bajar de peso no es suficiente, porque se necesita además del verdadero compromiso con uno mismo.

Los estados de ansiedad son un factor común para la ingesta desmedida. El masticar, supone un gasto de energía e implica una forma de desgarrar, destrozarse y triturar, por lo que muy frecuentemente, se transforma en una manera de reducir la ansiedad de forma rápida y de fácil acceso, pero si se utiliza habitualmente como recurso "antiansiedad", a lo largo del tiempo la persona engordará estableciendo un círculo vicioso, donde la ansiedad se reduce comiendo, lo que lleva a engordar, generando un estado de alerta, de preocupación, reapareciendo un estado de ansiedad, lo que lleva a compensar tal estado por medio de la ingesta de alimentos.

Otra característica que comúnmente aparece en algunos sujetos obesos (por ejemplo, durante el tratamiento de adelgazamiento), es que cuando comienzan a perder peso, sienten lo que se denomina: "Tristeza de Adelgazar". Los motivos que llevan a la persona obesa a sentir tristeza al adelgazar pueden ser muy variados y dependerán de sus características y su entorno.

Esto se puede explicar aduciendo que cuando el sujeto baja de peso, se rompe cierto equilibrio que había en él. El cuerpo se va transformando y la persona comienza a atravesar por un *proceso de duelo* debido a ciertos cambios de hábitos y al renunciamiento que se ha hecho a una forma determinada de comer. Este duelo, en personas bien adaptadas, puede no aparecer, o aparecer y ser manejado de manera eficaz, pero en otros casos, puede causar dificultades en el proceso de adelgazamiento.

²² (Obra Citada)

2.1.4. LA PERSONA OBESA Y SU ENTORNO FAMILIAR:

Los aspectos psicológicos y familiares, juegan un papel decisivo en cuanto a la instauración de la obesidad, el mantenimiento de la misma o bien contribuir al descenso de peso.

Tanto la severidad de la obesidad como la edad de comienzo de esta enfermedad, influyen (en niños y adolescentes) si la enfermedad va a continuar durante la adultez. Cuando existe obesidad en los padres, se aumenta el riesgo en el niño de ser un adulto obeso.

Por ello es de suma importancia tener en cuenta que todos los miembros de la familia controlen el acceso a los alimentos y reduzcan el tiempo dedicado al ocio. El comportamiento alimenticio y la interacción alrededor de la comida representan el punto más importante para recibir una educación preventiva.

La persona obesa necesita que su entorno lo comprenda, para ello, es importante que este entorno lo ayude “abriendo” el tema de la obesidad y así evaluar las maneras de ayudarlo, ya que la familia actúa como soporte. Uno de los elementos esenciales que le debe proporcionar la familia es apoyo y aceptación. Esto significa asumir y querer a la persona tal como es, comprendiendo que existe un problema.

Es importante tener en cuenta ciertos factores tales como:

- ¿Quién prepara la comida en casa?
- ¿Quién hace las compras y organiza las comidas?
- ¿Con qué frecuencia se preparan comidas especiales y postres?
- ¿Con qué frecuencia la familia come junta?
- ¿Qué hace la familia los fines de semana como entretenimiento?
- ¿Quién más en la familia tiene un problema de sobrepeso?
- ¿Ha habido intentos previos para bajar de peso?
- ¿Qué es lo que ha causado obesidad en la persona?
- ¿Qué tan cerca viven otros familiares de su casa?
- ¿Quién es la persona más independiente de la familia?
- ¿Quién es la persona más dependiente de la familia?
- ¿Que palabras describirían mejor a su familia?

Las personas más allegadas, habitualmente la pareja (cónyuge), los padres, hermanos y amigos, también juegan un rol importante respecto a este tema. Es frecuente observar que la persona que ha comenzado con un régimen para bajar de peso, conviva con personas que no están interesadas en planificar su alimentación de modo más equilibrado y saludable, por lo que continúan elaborando comidas apetitosas y ricas en calorías. Este y otros factores dificultan, en quien quiere adelgazar, el mantenimiento de su decisión.

Saber cómo ayudar en su tratamiento a una persona obesa o con sobrepeso no es tan sencillo. Con frecuencia, las personas que padecen obesidad presentan poco cuidado y poca preocupación por ellos mismos, también manifiestan cierta desesperanza aprendida luego de haber intentado varios caminos sin obtener resultados a la hora de bajar de peso.

Estas personas, por lo general, poseen poca capacidad para tolerar frustraciones, lo que les dificulta postergar el placer inmediato que les proporciona una comida rica en calorías a cambio de una meta mayor a largo plazo.

La mejor forma de ayudar es acompañar a la persona en su proceso de recuperación, sin plantear expectativas irreales, que sobrepasen las posibilidades de la persona. Se debe dejar la responsabilidad del tratamiento en manos del paciente, y no en las de un familiar como la esposa, el marido, la mamá, etc. "Se trata de acompañar, pero sin presionar. Encontrar panoramas nuevos, realizar actividad física juntos, cambiar juntos el estilo de vida poco saludable". Las personas que van a apoyar al obeso, deben estar atentos a no entrar en competencia de régimen con él.

Es importante que el paciente reconozca su manera de comer, cuales son sus particularidades, cuál es la forma de distribuir los alimentos durante el día y sobretodo, es importante que esté consciente de que se trata de un cambio de estilo de vida y de hábitos alimenticios que se deben mantener para siempre.

Muchas veces no está claro en el entorno familiar del paciente quién es el interesado en bajar de peso, dado que en ocasiones la familia se muestra más atraída por esta meta (que la persona adelgace), que el paciente mismo. Es común que algunas personas soliciten ayuda para calmar a su entorno, porque hay fuertes presiones familiares; en esos casos, suelen no hacerse cargo realmente de su situación ya que la motivación es externa.

El tratamiento contra la obesidad sólo es verdaderamente efectivo cuando la motivación del paciente es real: es decir, cuando la persona obesa es la que desea

bajar de peso, cuando está realmente comprometida y convencida de someterse a cambios de hábitos y un estilo de vida diferente pero saludable.

En reiteradas ocasiones la persona no está sino evadiendo situaciones conflictivas, estrés, duelo, estados emocionales, etc. a través de la comida. El problema que hay que enfrentar y revisar son estos conflictos internos, la causa de su ansiedad o de su angustia, antes que “atacarlo” porque come demasiado.

2.1.5. RECAÍDAS:

Hay que tener en cuenta que las recaídas pueden ocurrir. Es frecuente que la persona abandone su dieta y deje de hacer ejercicio. Lo complejo de abordar este tema es que el paciente suele sentirse decepcionado de sí mismo y frustrado por no haber podido cumplir sus metas.

Cuando el paciente obeso se sale de su dieta suele caer en el desánimo y pesimismo. Sería conveniente que pudiera tomar conciencia de que sólo es cuestión de retomar su plan alimentario. Este recomenzar, debería darse casi de inmediato, sin suponer que (como ya se ha salido de la dieta) está todo perdido y sólo queda comer para consolarse.

Es óptimo que la familia esté ahí, no para retar, sino para apoyar, para contener y manifestar que no es tan terrible y de ese modo, animar a la persona para volver a empezar, ya que de las recaídas también es posible aprender.²³

2.1.6. APARIENCIA FÍSICA E IMAGEN CORPORAL:

²³ Citado en: <http://vivirligero.blogspot.com/2007/12/cmo-ayudar-un-familiar-obeso.html>

La **apariencia física** es un conjunto de características físicas y estéticas tales como color de ojos, peso corporal, tono de piel, órganos sexuales, pecas, tipo y color de pelo, forma de nariz, altura, mutilaciones, malformaciones, lunares, cicatrices, etc. que nos hacen ser percibidos como diferentes unos de otros. Es un factor importante en el desarrollo de la personalidad y las relaciones sociales. Las personas cambian su apariencia con el paso de los años y también por accidentes que ocasionan deterioros o por causa de alguna enfermedad, siendo muy sensibles a las variaciones en su aspecto físico. Es por ello que se tiende a usar vestimentas, cortes de pelo y adornos personales que embellecen el semblante, cirugías estéticas que mejoren el aspecto físico o disimulen el paso del tiempo. Actualmente, el peso corporal es una de las características que más sensibilidad produce, sobre todo en las mujeres.

La sociedad actual está sobrepreocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta; esto lleva a que muchas personas con sobrepeso, desarrollen una imagen corporal negativa, cuyas características son vergüenza en situaciones sociales, incomodidad, angustia, autovaloración negativa y otras características que también repercuten en la calidad de vida del paciente.

Jean Le Boulch (1986)²⁴, define la *Imagen Corporal (o Esquema Corporal)* como “el conocimiento inmediato y continuo que tenemos de nuestro cuerpo, en reposo o en movimiento, en relación con sus diferentes partes y, sobretodo, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean.”

Un buen desarrollo del *esquema corporal*, presupone una buena evolución de la motricidad, de la percepción espacial, temporal y de la afectividad.

Cormillot A. (2001)²⁵, dedica un espacio para hablar de la *Imagen Corporal (IC)*, donde se enuncia que es la representación mental que un individuo posee de su propio cuerpo; es la manera en que este lo percibe, lo imagina y lo siente.

Esta percepción incluye al cuerpo como totalidad y a cada una de sus partes e influye en los pensamientos, sentimientos y conductas de los individuos. La imagen corporal no es fija e inamovible, sino que se va modificando con las diferentes situaciones en las que se encuentra el cuerpo de la persona a través de los años.

²⁴ Citado en: Le Boulch J. (1986) “*La Educación Psicomotriz en la Escuela primaria: la psicokinética en la edad escolar*”. Bs. As. Argentina: Editorial Paidós

²⁵ (Obra Citada)

Tener una preocupación exagerada o no tener un criterio objetivo de sí mismo acerca de cómo se ve la persona en realidad podría producir una distorsión, lo que podría ser señal de un “trastorno de la imagen corporal”.

Alguien que tiene una imagen corporal alterada de sí mismo, posee una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real; por lo general, percibe su figura corporal como poco atractiva. La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoestima, al sentimiento de sí o identidad, por lo que al percibirse el individuo con características que no concuerdan con la realidad, se comienza a sospechar la presencia de algún trastorno; este podría ser el caso de quienes padecen anorexia nerviosa, donde su imagen corporal se encuentra distorsionada con respecto a lo que percibe otras personas sobre ese individuo.

La imagen percibida no se relaciona necesariamente con medidas objetivas, ni con la opinión promedio de otras personas, ya que hay personas con una pobre imagen de sí mismas que pueden ser consideradas bellas por otros, mientras que quienes tienen una buena imagen de sí mismos pueden ser calificados como poco atractivos por los demás.

La imagen corporal suele medirse pidiendo al individuo que evalúe su forma corporal actual y la que consideraría ideal; la diferencia entre su ideal y la que considera su imagen actual mide el grado de satisfacción / insatisfacción con su cuerpo.

Nuestra orientación de vida influye en cómo nos sentimos con respecto al cuerpo; la actividad física, las experiencias sexuales y el estado de ánimo del individuo entre otros, intervienen en los sentimientos acerca del cuerpo.²⁶

2.1.7. LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:

²⁶ Citado en: GNU FDL (Free Doc. License). http://www.muydelgada.com/wiki/Imagen_corporal/

López Gil (1989)²⁷, nos habla sobre los hábitos alimentarios, y menciona que el *hábito* es la particularidad del comportamiento de un individuo, que consiste en reiterar una misma acción siempre de la misma manera o bien, mantener la disposición para hacerlo.

El hábito es adquirido por la persona y constituye un elemento clave en la conducta relacionada tanto con la comida, como con la elección de los alimentos, su consumo y preparación.

Actualmente la sociedad parece converger en malos hábitos alimenticios, optando por dietas poco saludables (comidas rápidas), y abandonando la actividad física; estas son algunas de las principales causas de obesidad.

Las primeras experiencias alimentarias parecen ser muy importantes para la elección y preferencia de los alimentos, muchas veces los padres proporcionan a sus hijos alimentos con calorías vacías (golosinas), como premio a un buen comportamiento. Si este hábito se mantiene a lo largo del tiempo, se estaría induciendo al niño a padecer de obesidad, cuyas consecuencias serían tanto físicas como sociales y psíquicas. Respecto a las psicológicas, el niño obeso suele ser tratado en forma despectiva por otros niños, lo que promueve el aislamiento dificultando las relaciones sociales, afectando incluso de modo negativo su rendimiento académico. También pueden sufrir baja autoestima, nerviosismo y ansiedad, incitando al consumo inadecuado de comida para aliviarse, lo que agravaría aun más su problema de sobrepeso.

La organización de los hábitos alimentarios comienza en la infancia. Teniendo en cuenta que los hábitos parentales condicionan en gran parte los de sus hijos, a los fines de instalar hábitos de alimentación favorables, se requiere una conducta virtuosa de quienes guían y enseñan, ya que es de suma importancia no solo los cambios de hábitos individuales, sino a nivel familiar.

2.1.8. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO:

²⁷ López Gil (1989), "¡A Comer!", UMSA. Citado en: Figueroa A. (1997). Tesis de Licenciatura. (ob. cit.; Pág.39)

Tal como lo cita el autor Piédrola Gil (2001)²⁸, los trastornos del comportamiento alimentario se caracterizan por una perturbación grave del hábito alimenticio; son evidentes cuando la actitud hacia la comida y el peso corporal se han transformado en aquello que rige la conducta de la persona. Es necesario considerar la implicancia psicológica del paciente respecto a estos trastornos: grado de conciencia de la enfermedad, distorsión de la imagen corporal, distorsiones cognitivas, alteraciones del estado de ánimo, manifestaciones de ansiedad y de angustia, entre otros.

Estos trastornos abarcan diversos cuadros clínicos como la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa, el trastorno por atracón y un cuarto grupo denominado genéricamente "otros trastornos atípicos". En todos ellos existe una gran preocupación por la figura corporal y se la intenta controlar a través de la disminución de la ingesta alimentaria o mediante el uso de conductas inapropiadas.

- BULIMIA NERVIOSA:

El temor a engordar conduce a la persona a realizar una dieta, pero en este caso no tolera una dieta estricta durante mucho tiempo, por lo que comienza a darse atracones de comida. Tras haber sucumbido al impulso de los atracones y para evitar el posible aumento de peso, la persona se provoca el vómito, es decir que este vómito es autoinducido. La ingesta compulsiva genera en estos individuos grandes sentimientos de culpa, por lo que vuelven a intentar la dieta como medio para controlar el peso y recurren también a otras conductas como, el ayuno, el abuso de laxantes y la realización de ejercicio físico en exceso.

- ANOREXIA NERVIOSA:

El profundo miedo a engordar da lugar a que el individuo evite progresivamente los alimentos. Esta conducta de restringir la cantidad de ingesta alimentaria es férreamente auto-impuesta como modo para controlar el peso corporal, la persona domina su sensación de hambre, lo que conduce a una notable disminución de peso.

A mayor descenso de peso, mayor es el trastorno psíquico y más se teme engordar.

²⁸ Obra Citada, Pág. 911-913

- TRASTORNO POR ATRACÓN:

Becker (1999) lo identifica cuando aparecen los referentes que se mencionan a continuación:

- 1- Intenso malestar en al menos tres de los siguientes criterios: comer cuando no se tiene hambre; comer hasta sentir una sensación desagradable; sentimiento de culpabilidad después del atracón; comer solo y comer velozmente.
- 2- Atracones recurrentes al menos dos veces por semana durante un período de seis meses.
- 3- No utiliza vías como: ayuno, ejercicio excesivo ni laxantes.
- 4- Ausencia de anorexia nerviosa.

El mismo autor contempla un grupo misceláneo que denomina "*otros desórdenes atípicos del comportamiento alimentario*", que son aquellos en que existe un inadecuado control del peso corporal o una excesiva preocupación respecto a la figura, pero que no cumplen con los criterios de los grupos anteriormente mencionados.

La obesidad sería el resultado de factores tales como: desequilibrio entre las necesidades calóricas y la dieta, factores ambientales, genéticos, biológicos, estilos de vida poco saludables y sedentarismo.

Esta es una enfermedad que tiende a dañar la autoestima de las personas, afectando así el modo de relacionarse con su entorno, por lo que se torna necesario contar con apoyo.

A medida que la obesidad aumenta, la pérdida de la autoestima también es mayor, y como consecuencia la persona podría caer en un cuadro depresivo, lo que debilitaría aun más la autoestima haciéndola caer en una depresión cada vez más profunda; algunas personas tratan de compensar dicha situación usando a la comida como un aliciente para su problema y eso incrementa más este problema creando un círculo vicioso.

Existen tratamientos eficaces para todos los trastornos mencionados, pero la falta de una aplicación precoz del tratamiento y/o el retraso en detectar los primeros síntomas podrían originar consecuencias muy graves en la salud de los pacientes.

2.2. ENFOQUE SOCIAL:

2.2.1. Determinantes de la Conducta Alimentaria:

Ya se ha mencionado que los aspectos genéticos son determinantes al momento de adquirir hábitos de alimentación durante la infancia, sin embargo, no podemos dejar de considerar otros aspectos tales como el poder adquisitivo de la familia y la influencia de los medios masivos de comunicación; todos ellos, se convierten en algunos de los determinantes de la conducta alimentaria.

Myers D. (1991), en el libro "*Psicología Social*", arriba el tema acerca de la presión que ejercen los medios de comunicación sobre las personas al momento de consumir un producto, y expone que cuando se aborda esta temática, es importante considerar cuatro factores que se ampliarán a continuación; estos son: el comunicador, el mensaje, el canal de comunicación y finalmente a quién va dirigido el mensaje. Dado que nuestra mente es fácilmente moldeable y manipulable ante los recursos que poseen los medios de comunicación, éstos últimos aprovechan de tal situación utilizando sus amplias posibilidades influenciando al consumidor para que elija el producto que se le ofrece.

¿Cómo influyen aquellos factores en el consumidor?...

- 1- **El Comunicador:** Cuando es alguien que mira a la gente a los ojos mostrándose seguro, habla con fluidez y sin dudas, se lo considera como un idóneo creíble, capaz y digno de confianza. Estas creencias se incrementan si el comunicador es atractivo o presenta características similares a las del público.
- 2- **El Mensaje:** Los factores emocionales juegan un rol esencial en el peso que tiene el mensaje en el receptor. Resultarán más convincentes si están asociados al placer y el bienestar. Usualmente vemos programaciones y publicidades que asocian situaciones de júbilo, regocijo, sensualidad y deleite mientras se está comiendo o bebiendo, por lo que resulta más fácil incorporar a nuestros hábitos conductas que

pueden desencadenar en la sobrealimentación con la ilusión de conseguir el estado de felicidad que se ofrece, o bien adoptar ese producto a nuestra vida, sin considerar si es saludable o no.

- 3- **El Canal de Comunicación del Mensaje:** Otro factor relevante es la manera de difundir el mensaje; éste puede ser filmado, cara a cara, por escrito, etc. La influencia personal cara a cara es muy poderosa, pero a pesar de ello, los medios masivos de comunicación dan excelentes resultados a la hora de persuadir a quien se desea.
- 4- **El Público:** Un factor no menos interesante que los anteriores, es saber quién recibe el mensaje que se ha difundido. Hay características, tales como la inteligencia, que no gozan relación simple con el hecho persuasor, ya que la característica que contribuye a que interpretemos y absorbamos un mensaje, a veces ejercerá un poder tal que impedirá ceder ante él.

Los medios de comunicación, influyen de manera tal que las personas que reciben la información mantienen una actitud pasiva ante estas apelaciones, sin embargo se conoce que en estos casos, dichas actitudes son más inestables y se tornan vulnerables a futuras modificaciones. En cambio, cuando las actitudes del individuo, se han incorporado a través de situaciones provenientes de la experiencia real, son significativamente más estables y resistentes al cambio; por lo cual es de suma importancia que se eduque a la población, que los padres le transmitan a sus niños la relevancia de mantener una actitud crítica y analítica ante lo que transmiten los medios masivos de comunicación, para que no se tome como “verdad absoluta”, más allá del mensaje que se esté dando, quién lo transmita, o del modo que se elija para su difusión.

Por otro lado, Piédrola Gil (2001)²⁹, señala otros *determinantes de la conducta alimentaria*, y añade que la nutrición de un individuo está sometida básicamente a dos factores: la *elección* de cierto tipo de alimentos y la *disponibilidad* de alimentos, entendiéndose por *disponibilidad* a los alimentos que un país produce e importa, aquellos alimentos que la población dispone para consumir. El consumo por su parte, hace referencia a los alimentos disponibles que son ingeridos por la población o el individuo.

En términos de salud pública, el estado nutricional de las personas, va a depender de los recursos alimentarios de las poblaciones a las que pertenecen.

²⁹ Obra Citada, Pág. 887-898

Por el contrario, a nivel individual, el estado nutricional estará sujeto a la interacción entre una predisposición genética que pueda condicionar ciertas alteraciones, la disponibilidad de alimentos y finalmente, una cultura que determine su consumo (y modo en que se consume).

Si bien no están claramente definidos los factores que determinarán la selección de los alimentos que formarán parte de la dieta de una persona, podemos asumir que en dicha selección, estarían implicados diversos factores, aunque básicamente la tipología alimentaria está condicionada por:

- Factores socioculturales y familiares
- El nivel de educación nutricional
- El estado de salud de la persona
- La posibilidad de elección determinada por los recursos económicos

Según cómo se presenten estos factores en cada familia y en los integrantes que la componen, podrían conducir al individuo a una *malnutrición*, es decir a presentar un estado fisiológico anormal debido a la deficiencia, el exceso o el desequilibrio de la energía, las proteínas u otros nutrientes.

La escasez económica, es uno de los factores más importantes que lleva a la malnutrición, quien tiene dos caras: *desnutrición* (no se tiene suficientes recursos para alimentarse) y *obesidad* (por los bajos recursos se alimentan mal). Los pobres seleccionan alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (pan, galletas, pastas, arroz); azúcares y grasas que satisfacen su apetito, pero no les permiten gozar de una alimentación adecuada.

Este autor asegura que muchas veces la industria, favorece este comportamiento, ya que comercializa estos productos a un bajo costo y los que más los compran son los sectores con menor poder adquisitivo. También existen otros condicionantes socioculturales que influyen promocionando la elección de determinado modelo alimentario, estaría contemplado aquí las creencias religiosas, los medos de comunicación, costumbres, tradiciones, modas, las campañas de publicidad y marketing. Además de ello, es importante recordar la influencia familiar, ya que la cultura alimentaria que adquiere una persona en el entorno familiar, por lo general persiste durante toda su vida.

El modelo económico del país, los factores geográficos y climáticos, las políticas agrícolas y, en un sentido más amplio, las políticas alimentarias, nutricionales y de salud, influye en la disponibilidad de alimentos.

La información alimentaria de una población se obtiene fundamentalmente de tres ámbitos, estos son:

- 1- *Ámbito Individual*, a través de encuestas alimentarias que evalúan el consumo de alimentos a nivel individual.
- 2- *Ámbito Familiar*, mediante encuestas de consumo de alimentos en el hogar y de presupuestos familiares.
- 3- *Ámbito Nacional*, por medio de las hojas de balance alimentario que proporcionan datos de la disponibilidad de alimentos a nivel nacional.

La obesidad como expresión sociocultural, se ha constituido en una epidemia que demanda por la sociedad en general estrategias que incluya actividades preventivas y de control, las cuales deben enfocarse a reducir la exposición a un medio ambiente que favorezca el desarrollo de esta enfermedad.

La propagación de la obesidad en las redes sociales, parece ser un factor significativo en la obesidad como epidemia. Los individuos que componen la red, están expuestos a ciertos factores ambientales, experiencias u otros factores que generan ganancia o pérdida de peso, ya que los individuos tienden a imitar la conducta de quienes lo rodean.

La realidad social y la conducta individual están en continua relación. La sociedad nos influye en lo que sentimos, hacemos y pensamos; y a veces no detectamos tal influencia dado que existen modos de presiones sutiles pero eficaces, tal como es el lenguaje no verbal o comunicación no explícita a la que somos permeables por sus mensajes encubiertos.

Myers D. (1991)³⁰, da cuenta de tres términos que al momento de hablar de obesidad parecen centrales, estos son:

Prejuicio: Es una actitud injustificablemente negativa hacia una persona y/o grupo de personas.

Estereotipo: El estereotipo muchas veces suele ser erróneo, es resistente a modificaciones y decididamente generalizado. Esta generalización es relativa a un grupo de personas, que las convierte en distintas de las demás.

Discriminación: Es toda conducta negativa, injustificable, hacia personas con ciertas características o a los integrantes que componen un grupo determinado.

³⁰ (Obra Citada)

La *cultura* se refiere a patrones aprendidos de conductas y creencias, característicos de una sociedad o grupo social. Esta Incluye valores de todo tipo, desde la alimentación, los medios de producción, el manejo de su economía, hasta elementos ideológicos como la estética del cuerpo.

El exceso de peso es uno de los problemas más comunes en la actualidad, y como se ha mencionado en otras oportunidades, este mal puede prevenirse si se introducen cambios adecuados en el estilo de vida. El hecho de modificar el estilo de vida que viene trayendo la persona que padece obesidad, requiere (entre otras cosas) de voluntad y compromiso, ya que el cambiar hábitos ya instalados, implicará pasar por cierta crisis.

Lukas E. (2002)³¹, realiza un comentario acerca de que la elaboración de toda crisis y toda realización de vida, requiere de un compromiso personal, necesita de la contribución y del aporte de energías, sin las cuales hay un perezoso “dejarse llevar”.

El conocimiento de la ingesta de alimentos en una población es de vital importancia para conocer su estado nutricional y poder planificar programas de intervención coherentes y de acuerdo con sus necesidades, así como para investigar las interrelaciones del estado nutricional con el estado de salud de la población.

³¹ (Obra Citada)

CAPÍTULO 3:

ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR
Y
PREVENIR LA OBESIDAD

CAPÍTULO 3

ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR Y PREVENIR LA OBESIDAD

3.1. ACERCA DE LA PREVENCIÓN:

Una frase popular dice...“es preferible prevenir que curar”.

Los tratamientos contra la obesidad no siempre arrojan resultados alentadores; por este motivo, es fundamental que se ponga énfasis en la *prevención del sobrepeso*; debemos recordar que es de suma importancia que todas las instituciones correspondientes se hagan responsables de informar correctamente a la población sobre los riesgos físicos y consecuencias psicológicas de esta enfermedad, las calidades de los alimentos, los pro y contra de los productos que conseguimos en el mercado, para así poder concretar virtuosamente con este objetivo, ya que la población en general podría realizar una elección más saludable a la hora de consumir los alimentos dada la mayor concientización y además se contribuiría al cambio de hábitos en los individuos para que su alimentación sea más equilibrada.

Los factores preventivos que favorecerían un comportamiento alimentario ordenado de la población serían, entre otros: otorgar una buena educación sanitaria y alimentaria dirigida tanto a adultos, adolescentes y niños de ambos sexos, realizando en las instituciones acordes encuentros de tipo informativo / preventivo, brindando al individuo con sobrepeso la contención que necesita y orientándolo para que comunique con responsabilidad y libertad su experiencia personal a los profesionales de la salud, así, estos últimos podrán detectar esquemas de pensamientos no constructivos que generan en los individuos “refugio” en la comida.

Esto último podría relacionarse con lo que E. Lukas (2002)³², comenta acerca de los “*Efectos sanadores secundarios*”. En el área de la psicología se conoce que cuando se presenta una enfermedad corporal, nuestro organismo nos está poniendo en alerta. Esta alerta nos está avisando sobre la existencia de un sufrimiento (o un conflicto) psíquico, por este motivo, el accionar psicoterapéutico, propone como primer paso, dilucidar el conflicto, vale decir, detectarlo para poder erradicar el sufrimiento

³² (Obra Citada)

psíquico, de esta manera, la enfermedad física se desvanecería como efecto secundario. En términos de alimentación se podría decir que si la persona obesa pudiera identificar la relación entre su conflicto y la sobreingesta, caducaría la necesidad de cobijarse tras la comida.

...”Primero la persona debe encontrarse con su preocupación psíquica que, en este caso, compensaría comiendo de más. Si la persona con sobrepeso lograra con psicoterapia elaborar “su” problemática, consecuentemente no necesitará comer en demasía, lo que provocará una regulación en su comportamiento alimentario”... (E. Lukas, 2002: 39)

Se debe tener en cuenta una imagen integral del ser humano, es decir, considerar equitativa y simultáneamente todas sus dimensiones: física, psíquica y espiritual, sin obviar ni sobrevalorar ninguna. La dimensión espiritual está habilitada para el interrogante del sentido y facultada para argumentar con sentido, y es esta dimensión la que permite poner en marcha los efectos sanadores secundarios.

La actividad física es otro factor que debe contemplarse para prevenir la obesidad y favorecer una mejor calidad de vida. Para ello, es de suma importancia que la familia incorpore el hábito del ejercicio físico en sus hijos desde que estos son niños, dado que es en el seno familiar donde el individuo comienza a relacionarse con los alimentos e incorpora las primeras pautas de comportamiento.

3.2. ALGUNAS MANERAS DE TRATAR LA OBESIDAD:

La obesidad es una enfermedad crónica que presenta serias consecuencias, pero que se pueden evitar. Esta enfermedad, requiere un tratamiento de por vida, dicho tratamiento se ha orientado en la búsqueda de estrategias dirigidas fundamentalmente a la disminución de la ingesta alimentaria y al aumento del gasto energético. Los siguientes aspectos, han sido considerados como las bases del tratamiento: dietas saludables y balanceadas, terapia conductual, ejercicio físico, fármacos (que deben ser indicados por profesionales médicos especialistas) y la

cirugía, reservada a un grupo especial de pacientes que presenten un IMC muy elevado.

Algunos especialistas, consideran apropiado indicar medicamentos para adelgazar, en pacientes cuyas medidas terapéuticas no farmacológicas han fracasado previamente.

Greenspan, Strewler (2000)³³, comentan que la sociedad en general, cada día presta más atención a la utilización de ciertos recursos como las cirugías y los medicamentos para tratar a las personas con serios riesgos de salud vinculados a la obesidad, y sostienen que los medicamentos que actualmente están aprobados y disponibles para el tratamiento de la obesidad, tienen consecuencias adversas, por lo que únicamente se deben emplear supresores del apetito luego de medir el riesgo y los beneficios de estas alternativas en cada paciente según su situación particular, es decir, que ellos deben ser analizados profundamente antes de iniciar un tratamiento de este tipo. Esto implica: realizar un estudio de laboratorio que contemple parámetros bioquímicos, hematológicos, hormonales, cardiológicos, etc., conocer detalladamente su historia clínica, antecedentes psicológicos e historia alimentaria.

Txumari A. y Ramos P. (2000)³⁴, mencionan algunas sugerencias para regular el sobrepeso:

Reducir la Ingesta de calorías totales, incrementando el consumo de frutas, verduras, alimentos ricos en fibra (cereales, frutas con piel), y disminuyendo el consumo de frituras, embutidos, grasa animal. Al momento de realizar las compras, elegir alimentos que posean menor valor calórico. Esto se logra, por ejemplo, incorporando el hábito de leer las etiquetas de los productos antes de comprarlos para conocer su valor energético. Además, es sabido que si la ingestión de energía es inferior a las necesidades fisiológicas, la energía adicional provendrá sobre todo de los depósitos de grasas, los cuales son muy elevados en las personas obesas.

Distribuir la comida del día en 6 tomas, es decir las cuatro comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda, cena) más dos colaciones. Se debe recordar la importancia de medir las porciones que se van a ingerir y reducir la cantidad total de calorías de todas ellas.

³³ (Obra Citada)

³⁴ (Obra Citada)

Evitar comer entre horas, el conocido “picoteo”, lleva a ingerir calorías de más y casi sin darnos cuenta. Los alimentos con elevado valor calórico (pastelería, golosinas, etc.) solo deben consumirse eventualmente.

Beber abundante líquido durante todo el día, como por ejemplo: caldos, jugos, infusiones, agua, especialmente si se está realizando alguna actividad física.

Favorecer la actividad física, incorporando distintos ejercicios tales como: caminatas, natación, andar en bicicleta, gimnasia aeróbica y otros deportes.

Hay que tener precaución con los pacientes obesos al incrementar el gasto de energía, ya que el ejercicio como tratamiento primario en estos casos no siempre trabaja bien, dado que estas personas utilizan más energía para mover sus cuerpos al ser más pesados, por lo que tienden a transpirar con mayor facilidad y a lesionar sus articulaciones con mayor frecuencia. Sin embargo, si no aumenta el gasto de energía es muy difícil perder peso o bien conservar la pérdida del mismo. Por ello, es necesario el acompañamiento y la supervisión de un profesional para que regule el tipo de ejercicio, la frecuencia, cantidad, calidad y forma de llevarlo a cabo según cada caso en particular.

Se podría inferir que la conducta de comer compulsivamente, se asemeja a la conducta que presentan las personas adictas. Podríamos sugerir entonces, que la obesidad sería como una enfermedad “adictiva”, ya que (como en las adicciones), la comida produce en el organismo del individuo, el mecanismo de activar las glándulas que producen un estado de euforia dado que la adrenalina sube. En la persona obesa, esta especie de “adicción”, estaría provocada por el hábito de: cómo, en qué situaciones, cuándo, dónde y por qué come, ya que siente la necesidad de alimentarse no solo cuando tiene hambre, sino también ante la presencia de ciertas emociones, sensaciones o hechos determinados. Los malos hábitos de alimentación (calidad, frecuencia, cantidad, modo de ingerir), sería pues, la adicción a la comida y llevaría a la persona a padecer obesidad.

Para que la persona se despoje de sus malos hábitos alimentarios, necesita sentir una firme convicción proveniente de sí mismo, identificar a qué se debe su comportamiento y necesita además de mucha voluntad para concretar su objetivo.

E. Lukas (1995), en su ejemplar *“Psicoterapia en Dignidad”*, menciona cinco fases para el proceso de curación del adicto; Estas fueron tomadas de un estudio realizado por los investigadores norteamericanos J. Prochaska, C. Di Clemente y J. Norcross, (presentado en otoño de 1992).

Estas fases son:

1- Antes del Reconocimiento: La dependencia aún no es reconocida por la persona, aunque quienes pertenecen a su entorno y quienes se vinculan con él pueden registrarlo, generándoles sentimientos de ansiedad y sufrimiento.

Referido este punto a la obesidad, la persona que ingiere compulsivamente alimentos, al principio no registra el modo en que se está relacionando con la comida, pero sí su familia o amigos quienes comienzan a preocuparse por él.

2- Reconocimiento: El problema es ahora identificado por la propia persona, aunque muchas veces posterga el hecho de enfrentarlo.

Esta sería la etapa donde él mismo, admite su descontrol con los alimentos, admite que tendría que hacer algo con esto, pero no actúa de inmediato.

3- Preparación: Se formulan propuestas interesantes y surgen diferentes ideas para tomar distancia de la adicción.

En esta fase, el sujeto se inquieta por proponer alternativas que le permitan apartarse de su conducta compulsiva hacia la comida, comienza a considerar diversas opciones para divisar la más adecuada para sí mismo.

4- Acción: Se reordena el comportamiento del individuo; ello requiere invertir energía y tiempo para lograrlo.

Una vez elegida la alternativa más pertinente para sí la lleva a cabo, por ejemplo, concurrendo a terapia, a nutricionistas, a grupos donde se desarrollen talleres sobre obesidad, etc.

5- Mantenerse Firme: Es casi una lucha para fortalecer y arraigar la abstinencia y para mantener los logros conseguidos hasta ese momento.

Este sería el período donde la persona tiene que sostener su elección. Aquí suelen aparecer dificultades para permanecer en la conducta esperable, por lo que son importantes reconocer estrategias y recursos del individuo para vencer sus barreras para adelgazar.

Es importante que la persona con sobrepeso, esté *motivada* para llevar a cabo un tratamiento y superar su enfermedad.

La motivación está constituida por aquellos factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo determinado.

Por lo tanto, que el individuo pueda identificar cuales son sus razones para adelgazar, es un buen comienzo, dado que lo motivará y podrá poner énfasis en lo que está dispuesto a hacer para conseguirlo. La motivación le permitirá ponerse a sí

mismo objetivos claros; es mejor si sus metas son cortas, ya que así podrán ser cumplidas.

E. Lukas (1995)³⁵ al respecto refiere que sería conveniente que al comienzo se establezcan “mini objetivos”, por ejemplo: el día siguiente, consumir una cantidad medida de alimentos saludables. Si las expectativas fueran demasiado elevadas, podría sobrevenir un sentimiento de frustración por no poder concretarlas.

Una motivación existencial sería: vivir “para algo” de forma nueva y diferente. Sin ella, se tornaría dificultoso alcanzar cualquier objetivo, por más pequeño que este sea.

Ana Luisa Figueroa (1997)³⁶, plantea a la motivación como un factor psicológico fundamental cuando se hace referencia a la obesidad.

Como primera medida, el individuo tiene que reconocer que la obesidad es una enfermedad y tomar conciencia de todo lo que supone esta dolencia tanto a nivel psíquico como físico. Esta aceptación lo llevará a contactarse con aquello que está necesitando para una vida saludable. Por lo tanto, es preciso que esté motivada, aceptando que necesita cambiar y reflexionar sobre aquellos hábitos perjudiciales que se han automatizado. Esta motivación se requiere también para adelgazar y para mantenerse en el peso deseado.

Celia de Lara (1992), en su tesis de licenciatura: “*Obesidad Enfermedad Recurrential*”, alude que la persona obesa puede tener diversas motivaciones que lo impulse a consultar para intentar reducir su sobrepeso, y cita a Braguinsky (1987)³⁷ quien ha clasificado en cinco grupos, las motivaciones del sujeto obeso para bajar de peso, estas son:

- 1) Físicas (disnea, dolores articulares, problemas cardiovasculares, etc.)
- 2) Estéticas y de “vestimenta”
- 3) Preventiva de complicaciones (diabetes, hipertensión, etc.)
- 4) Profesionales (profesionales de la moda, deportistas)
- 5) Psicológicas (desagrado con la propia imagen, baja autoestima, etc.)

Hay diversos métodos para tratar la obesidad; algunos, como las cirugías, deben considerarse como último recurso para los pacientes que sufren de sobrepeso excesivo, dado que podría comprometer la salud del individuo. Sin embargo, si la

³⁵ (Obra Citada)

³⁶ Obra Citada, Pág. 54

³⁷ Braguinsky, J. (1987). “Obesidad Patogenia y Tratamiento”. Editorial Promedicina. Citado en Celia de Lara (1992). Tesis de Licenciatura (ob. cit.), Pág. 76

obesidad es severa, es más riesgoso vivir con ella que practicar un tratamiento quirúrgico, en este caso, mejoraría radicalmente la calidad de vida en este tipo de pacientes.

3.2.1. PIRÁMIDE DE PRIORIDADES:

El Dr. Cormillot A. (2001)³⁸, habla sobre las *alternativas de tratamiento* para la obesidad. Refiere que en los últimos años se han desarrollado nuevas formas de tratamiento, pero se deben priorizar algunas alternativas antes que otras a la hora de tratar esta enfermedad; por lo que menciona una pirámide de prioridades donde asegura que:

La **Base** de la misma, está conformada por las siguientes áreas: apoyo familiar, apoyo psicológico, psicoterapia, cambios en el estilo de vida, alimentación ordenada, movimiento, actividades antiestrés y educación terapéutica.

En el **Segundo Escalón** ubica a los medicamentos; la aplicación de la terapia farmacológica se realiza con:

◊ *Orlistat*: Bloquea la absorción de grasa en el intestino sin entrar en el torrente sanguíneo ni actuar sobre el cerebro.

◊ *Fibras*: Efectivas para generar volumen y facilitar la sensación de saciedad; (complementan el tratamiento de la obesidad).

◊ *Metformina*: Regula el nivel de azúcar en sangre, mejora la utilización de la insulina y disminuye la producción de azúcar en el hígado. Favorece a quienes padecen obesidad abdominal.

En el **Tercer Escalón** sitúa a:

›Ansiolíticos: Usados para obesos que presentan problemas de ansiedad diagnosticado por el médico.

›Sibutramina: (Originalmente estudiado como antidepresivo). Tiene acción sobre los neurotransmisores acrecentando la sensación de saciedad.

›Bupropión: Antidepresivo que produce saciedad.

³⁸ (Obra Citada)

›Antiimpulsivos: Medicación que puede ayudar a quienes comen compulsivamente.

Los medicamentos siempre deben ser cuidadosamente supervisados por el médico del paciente.

En el **Cuarto Escalón** coloca la “*Internación*”, tratándose de un programa integral que incluye educación obesológica y nutricional, actividad física, baile, apoyo psicológico y cuidado médico especializado en el marco de una comunidad terapéutica. La internación se indica en personas que deben realizar un aprendizaje intensivo con una comunidad terapéutica; en quienes no pueden tener control con la comida; y en aquellas personas que precisan adelgazar rápidamente.

En la **Cúspide de la Pirámide** ubica las intervenciones quirúrgicas y no quirúrgicas, que no excluyen la necesidad de cambios y otros escalones de esta pirámide terapéutica, pero que abren nuevos horizontes en el tratamiento de la obesidad severa:

◆*Balón Intragástrico*: Método no quirúrgico que consiste en un globo de material blando que se introduce en el estómago por endoscopia, (a través de la garganta) con anestesia local. Una vez colocado, se llena con una solución salina que proporciona sensación de saciedad, aún con la ingesta de pequeñas cantidades de alimentos. Está indicado para el 70% de los casos que presentan entre 20 y 40 Kg. de sobrepeso; con este método, se alcanza un descenso de peso progresivo que oscila entre los 15 y 30 Kg. y se retira a los seis meses.

◆*Bypass Gástrico*: Derivación gástrica que consiste en unir la parte alta del estómago con una zona alejada del intestino, disminuyendo así la capacidad gástrica, causando saciedad y reduciendo la absorción de grasas. Se puede realizar con cirugía tradicional o laparoscópica, con anestesia general. Se indica en pacientes que presentan más de 40 Kg. de sobrepeso y por lo general, se consigue bajar cerca del 70 al 80% del sobrepeso.

◆*Banda Gástrica Ajustable*: Se asemeja a un cinturón que se coloca alrededor del estómago para reducir su tamaño, lo que induce a la sensación de saciedad (no modifica el aparato digestivo). Se inserta por cirugía laparoscópica con anestesia general y se ajusta dependiendo de las necesidades del paciente. Se indica en quienes tienen más de 40 Kg. de sobrepeso y se obtiene la reducción aprox. del 50 al 75% del sobrepeso. (Puede retirarse si es preciso)

♦ *Cirugía Reparadora*: Es el complemento para aquellas personas que luego de haber bajado mucho de peso, soportan tejidos flácidos que no se recuperan. Se realiza en el abdomen, brazos, mamas, nalgas, muslos, papada.

Piédrola Gil (2001)³⁹, por su parte, también nos ofrece su punto de vista y señala algunos de los procedimientos más comunes a la hora de reducir el peso corporal, estos son:

~ *DIETA*: Para llevar adelante una dieta, es necesario que la persona tenga fundamentalmente fuerza de voluntad y metas claras. Los requerimientos diarios de nutrientes esenciales dependen de la edad, el sexo, la estatura, el peso y la actividad metabólica y física.

El objetivo de la dieta es producir un déficit calórico tal que genere una pérdida de peso de aprox. 2 – 4 Kg. por mes.

Reducir la proporción de grasas en la dieta, no significa disminuir el peso corporal, a menos que se reduzca además, el número de calorías totales.

Generalmente, los nutrientes se dividen en dos clases: macronutrientes y micronutrientes.

Los *micronutrientes* son principalmente las vitaminas y los minerales (aunque existen los antioxidantes y oligoelementos). Son nutrientes que el cuerpo requiere para funcionar adecuadamente, cuando falta o hay un exceso de estos, pueden surgir problemas en nuestro organismo.

Los *macronutrientes* constituyen la mayor parte de la dieta y se dividen principalmente en tres categorías: proteínas, carbohidratos y grasas. La distribución de los macronutrientes debe ser: 30% de grasas, 55% de hidratos de carbono y 15% de proteínas, con un mínimo de 60 g/día.

Utilizar dietas bajas en calorías, requiere de las precauciones médicas adecuadas. Su utilización debe graduarse en personas menores de 18 años, mayores de 65 años, embarazadas o en período de lactancia, sujetos con diabetes tipo I, enfermedad hepática o renal, u otros trastornos.

³⁹ (Obra Citada; Pag. 919)

El Dr. Cormillot A. (2001)⁴⁰, refiere que el IMC es normal entre 19 y 24.9, por lo tanto, las dietas de bajas calorías son recomendables en personas cuyo IMC es mayor a este valor.

~ **ACTIVIDAD FÍSICA:** Es cualquier movimiento del cuerpo producido por los músculos esqueléticos. Es toda actividad que haga trabajar al organismo más fuerte de lo normal; tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal, siendo éste un conjunto de acciones y reacciones que tienen lugar en el interior de las células y le permite realizar sus funciones de manera adecuada.

Realizar actividad física es un componente eminente en los tratamientos para la de reducción de peso.

Para el paciente obeso el ejercicio ha de comenzar paulatinamente, al principio, las actividades pueden ser: paseos durante 30 minutos (tres días semanales) y de a poco incrementar el tiempo a 45 minutos de paseo más intenso, nadar de forma suave, usar las escaleras en lugar del ascensor, etc. Lo ideal es reducir el tiempo que se permanece sentado, ya que el cuerpo al estar en actividad, incrementa la oxidación de la grasa y de este modo se reducen los depósitos de grasa en el cuerpo.

La actividad física, debe ser tomada como una práctica regular y sistemática en la vida de todas las personas, dado el sinfín de beneficios que genera en la salud orgánica, emocional y psíquica.

~ **MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA:** Para modificar hábitos alimentarios en el paciente, frecuentemente se pactan con él objetivos convenientes para su situación que le ayudará a disminuir y mantener el peso. Por lo que, tanto las estrategias basadas en el aprendizaje de autocontrol, el refuerzo de la conducta o el control de estímulos, están al servicio de la modificación de la conducta.

~ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:** El tratamiento farmacológico generalmente, se dirige a favorecer la reducción de la ingesta calórica.

Los medicamentos para la obesidad no curan esa condición, motivo por el cual, sólo deben utilizarse como ayuda a la estrategia principal: dieta, aumento de actividad física y modificación de la conducta.

Este tratamiento puede estar indicado en pacientes con un IMC mayor a 30 o de 27 con factores de riesgo concomitantes: hipercolesterolemia, hipertensión, apnea de sueño, diabetes tipo 2 y dislipemias.

Los mecanismos de acción fundamentales son la supresión del apetito y el aumento del gasto energético.

⁴⁰ (Obra Citada)

Muchos de fármacos anorexígenos, se han abandonado ya que presentan efectos secundarios tales como: peligro de adicción, taquicardia, hipertensión arterial, sequedad bucal, náuseas, vómitos, dolores abdominales, diarrea, constipación, excitación, insomnio, angustia, temblor, cefalea, etc.

~ **CIRUGÍA:** También nos habla sobre la cirugía para bajar de peso, o “Cirugía Bariátrica”. Éste autor explica que se trata de un tratamiento diseñado para pacientes con obesidad mórbida u obesidad clínicamente severa. Este tipo de cirugía, consiste en reducir por medio de técnicas (como las ya mencionadas: banda ajustable, by pass gástrico, balón intragástrico y gastroplastía o grapado gástrico), la capacidad del estómago.

Son candidatos a tratamiento quirúrgico los pacientes con un IMC superior a 40, pero si hay patologías asociadas, la cirugía puede indicarse con un IMC por encima de 35 (en caso que otras opciones o métodos menos invasivos hayan fracasado y el paciente esté en alto riesgo de morbilidad o mortalidad asociado a la obesidad).

En términos generales, el manejo de estos pacientes es multidisciplinario y la cirugía debe considerarse dentro de un programa con un equipo que incluye médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y cirujanos.

3.2.2. PERSPECTIVA PSICOSOCIAL DE TRATAMIENTO:

Myers David G. (1991), en su libro “*Psicología Social*”, comenta que no existe un único método psicosocial de terapia, pero actualmente los psicólogos sociales aluden cómo podrían incluirse sus principios en las técnicas terapéuticas existentes.

Los programas de tratamiento conductuales, por lo general están basados en técnicas de autocontrol, dotando al sujeto de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta, mejorando los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física, contribuyendo así a la disminución del problema.

- Cómo provocar cambios internos por medio de la conducta exterior: Al actuar desarrollamos ideas que guardan coherencia con lo que ya hemos hecho con anterioridad. Los roles que cumplimos, las decisiones que tomamos, lo que decimos y hacemos, contribuyen a hacernos tal como somos; la conducta que decidimos adoptar,

tiene luego sus efectos secundarios. Por ello, es relevante que la persona obesa reflexione sobre ciertos hábitos que se han automatizado para luego adoptar recursos que le sean de utilidad para revertir o modificar estos hábitos.

Se puede decir entonces que una vez que la persona obesa ha alcanzado su peso ideal, es más probable que lo mantenga si atribuye el éxito conseguido a factores internos sobre los cuales ejerce un control continuo e ininterrumpido, en lugar de atribuirlo a factores externos que suelen ser temporarios, por ejemplo, el programa de adelgazamiento.

Pamela Mendonca y Sharon Brehm (1983)⁴¹, ponen al descubierto la importancia de lo anteriormente mencionado, en un experimento que consistió en invitar a un grupo de niños obesos que estaban por iniciar un tratamiento para que eligieran el de su preferencia; luego se les recordó constantemente que ellos mismos habían elegido tal o cual régimen de alimentación. Se los comparó con otros niños que simultáneamente se habían embarcado en el mismo programa de adelgazamiento de 8 semanas de duración, pero que no habían tenido la posibilidad de elegir su régimen. Aquellos que se sentían responsables por el tratamiento elegido, habían bajado más kilos cuando se los pesó al término de las 8 semanas y tres meses después.

- Cómo mantener el cambio adjudicándose el éxito: En general, las técnicas terapéuticas coercitivas generan un cambio casi inmediato en las conductas, haciendo que la conducta deseable sea sumamente placentera, gratificante y la conducta indeseable se convierta en algo costoso y fastidioso, el terapeuta puede lograr resultados notables y rápidos. El inconveniente que surge, es que toda conducta impuesta por la fuerza tiende a no perdurar mucho tiempo.

Para comprender el por qué, Myers David G., cita el caso de Martha, un personaje de ficción que refleja a quienes participan de experiencias para controlar su peso.

Martha, es una mujer que está preocupada por una incipiente obesidad y frustrada porque no logra superar su problema. Ha considerado muchos programas para controlar la obesidad, cada uno de los cuales pregonó ser "el" que logra los mejores resultados. Hasta que elige uno que la restringe estrictamente a un régimen de 1.200 calorías diarias; debe anotar su ingesta de calorías de modo regular y concurrir al instituto para que revisen su peso a fin de saber si cumple. Martha sigue estrictamente el plan y se deleita cuando esos kilos indeseables van desapareciendo

⁴¹ Citado en: Myers David G. (1991). *"Psicología Social"* (ob. cit.)

gradualmente. Al alcanzar su peso ideal, Martha dice: "¡Este programa es único y da resultado!".

Pero, posteriormente, la experiencia de Martha se torna como la de la mayoría que adelgazan: vuelve a recuperar el peso perdido.

Un día en la calle ve que se acerca su instructora; avergonzada, camina al otro lado de la acera y hace como que mira en otra dirección, pero la instructora reconoce a Martha, invitándola a volver al "programa". Martha considera que lo necesita y acepta, ya que admite que le resultó la primera vez.

Tal como el caso ficticio de Martha, muchas personas que asisten a un programa, son inducidos a atribuirle a éste el cambio en sus hábitos alimentarios. Pero cuando se induce a la persona a darse crédito por sus habilidades y esfuerzos, pueden mantenerse mejor en el nuevo peso, ya que aprenden a sobrellevar con éxito su problema y están persuadidos de lo que logran por sí mismos, esto los hace sentir más confiados, manejándose conforme a estas percepciones.

3.3. ACERCA DEL MANTENIMIENTO:

3.3.1. *HABILIDADES PARA MANTENERSE:*

Una vez logrado el objetivo de reducir el peso hasta el nivel deseado o posible, comienza entonces el verdadero esfuerzo, que consiste en mantenerse delgado o en el peso saludable para ese sujeto.

Si el mantenimiento exigiera un plan de alimentación riguroso, sería casi imposible llevarlo a cabo, por lo cual, se trata de aprender a comer moderadamente eligiendo correctamente los alimentos y sosteniendo ese cambio de hábitos alimentarios para siempre.

Existen ciertos hábitos que pueden ayudar a mantener el peso adecuado a lo largo de la vida de un individuo:

- Dedicar un tiempo para poder comer sentado y masticar bien los alimentos.
- Cada persona debe contemplar la totalidad de su propio cuerpo y observarse delante del espejo (de frente y de perfil). Esto sirve para que el individuo tome conciencia de cómo está físicamente y si tiene o no sobrepeso, ya que hay muchos que sólo se miran el rostro porque “no quieren ver” que realmente están gordos.
- Diferenciar entre sensación de hambre y de ansiedad.
- Controlar frecuentemente el peso corporal.
- Realizar a diario actividad física, con una duración mínima de treinta minutos.
- Es elemental el compromiso de mantenerse para siempre en el peso adecuado conforme su estructura corporal y su edad.
- Elegir diariamente alimentos saludables para consumir, etc.

3.3.2. DECÁLOGO DE LA CONTINUIDAD:

El Dr. Cormillot A. en “*El Arte de Mantenerse*”, asevera que si se repiten las cosas bien hechas una y otra vez, finalmente quedan incorporadas y hasta se realizan automáticamente. Recuperarse es posible y para ello, nos presenta el siguiente decálogo de continuidad y algunas reflexiones que ayudan a mantener este objetivo:

- a) Completar el registro de comidas diariamente
- b) Cuidar las porciones
- c) Pesarse regularmente
- d) Moverse 30 minutos todos los días
- e) Asistir con continuidad a consultas o grupos
- f) Pedir ayuda a quienes lo rodean
- g) Trabajar técnicas de esquema corporal
- h) Descartar el “pensamiento dietético” y aumentar la flexibilidad
- i) Aprender a manejar el estrés
- j) Disfrutar cada gramo bajado

3.3.3. ALGUNAS REFLEXIONES PARA EL MANTENIMIENTO:

Para transitar con éxito este camino, es preciso tener en cuenta la importancia de lograr los siguientes aspectos:

- ° Modificar la conducta en lo nutricional (no comprar lo que no debe comer)
- ° Cambiar la conducta en la actividad física (incorporar una agenda de ejercicios)
- ° Rectificar la actitud con quienes lo rodean (identificar alguien con quien sentirse apoyado)
- ° Modificar la conducta en cuanto a actitudes y logros (ayudar a otros con el ejemplo)
- ° Cambiar la actitud interior (aceptar la obesidad como enfermedad; aceptar indicaciones, propuestas y sugerencias)
- ° Manejar mejor los tiempos (establecer prioridades; los resultados se consiguen poco a poco)
- ° Aprender a quererse a sí mismo (valorarse, pensar en los logros obtenidos), etc.

CAPÍTULO 4:

LOGOTERAPIA

Y

ANÁLISIS EXISTENCIAL

CAPÍTULO 4

LOGOTERAPIA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL

4.1. INTRODUCCIÓN:

Se considera elemental contemplar a quien padece obesidad, de modo holístico, integral. Para ello, nos resulta útil abordar este tema desde la Logoterapia y el Análisis Existencial, ya que considera al hombre en todas sus dimensiones: Biológica, Psicológica, Social y Espiritual. La combinación de tales variables, como hemos visto, influye en la salud del individuo, en la vulnerabilidad a su enfermedad, desarrollo y tratamiento de la misma.

4.2. PSICODINAMIA Y ANÁLISIS EXISTENCIAL PERSONAL:

Alfried Längle en: *“Psicodinamia y Motivaciones Existenciales en el AEP”*, hace referencia sobre la Psicodinámica Analítico-Existencial, y nos dice que así se llama al juego de fuerzas de la dimensión psíquica y de la función de lo psíquico en el contexto de la existencia personal. Es un eslabón que enlaza lo espiritual y lo corporal; está comprometida en proteger y cuidar el bienestar del hombre y la conservación de la base vital. Cuando la base vital del sujeto corre peligro, la psicodinamia produce reacciones de Coping (resguardo, protección). Una psicodinamia, no integrada personalmente, lleva a un déficit de existencialidad. La conducta del hombre viene a ser determinada por reacciones psíquicas y reflejos somáticos, que reemplazan el obrar decidido libremente y responsable; Cuando el hombre no consigue por sí mismo integrar (de modo personal) las fuerzas psicodinámicas, entonces se solicita la ayuda del psicoterapeuta.

El vivenciar psíquico no sólo actúa cuando se encuentra perturbada la conservación de uno mismo, sino además a partir del modo como el hombre toma posición existencial; estas tomas de posición son las respuestas del sujeto a las Motivaciones Fundamentales; el modo como se responde a ellas, establece la dirección de la psicodinamia. El *acceso terapéutico* a la psicodinamia en el Análisis Existencial, se hace a través del Análisis Existencial Personal (AEP) y el trabajo con las Motivaciones Fundamentales.

El AEP trata de comprender a la psique no sólo en su papel de contradictora del espíritu, sino básicamente, sacar a relucir los rasgos esenciales de lo psíquico, que lo muestran desempeñando una tarea a favor de nuestra existencia personal, (para que sea posible lo personal en nosotros).

El Análisis Existencial Personal se basa en la comprensión de Persona y Existencia del “Análisis Existencial General” de V. Frankl (1982-1984); por lo que Persona puede ser concebida como aquella fuerza espiritual que, tanto abre al mundo como, a la vez, lo delimita y lo individualiza. Esta fuerza espiritual crea aquella peculiaridad e integridad irrepetible del “Yo” y respectivamente del “Tú”. De tal forma delimitada para ser ella misma y abierta para ser más allá de sí misma, la Persona tiene una capacidad esencial para el diálogo. El ser capaz de diálogo puede ser llanamente designado como propio de la Persona. No obstante, no se debe interpretar como si el lenguaje hablado fuese el único medio para el diálogo humano; además son elementales diversos factores tales como: la mímica, el tono de voz, los gestos, la mirada, y el modo de conducirse para que el diálogo acontezca. Ser Persona es constantemente relacionarse (en el sentido del encuentro de un hombre con otro).

Consiguientemente, el Análisis Existencial Personal pretenderá establecer relaciones profundas por medio del encuentro, (comprende el encuentro con cosas, experiencias con relaciones tempranas y consigo mismo).

4.3. LA ASEQUIBILIDAD DE LA PERSONA MEDIANTE EL DIÁLOGO:

El diálogo es necesario para la actualización de la persona; cada diálogo presupone tres actividades constitutivas sin las cuales no conseguiría efectuarse. Se

manifiestan como imprescindibles para dirigir las entrevistas dentro del Análisis Existencial Personal, para el cual representan el marco estructural; El diálogo:

- 1) Posee un *destinatario* al que se quiere llamar.
- 2) Debe *comprender* sobre qué es el discurso.
- 3) Requiere una *respuesta* del aludido.

Las *capacidades fundamentales de la persona* son tres: capacidad de ser aludible, capacidad de poder comprender, y ser capaz de responder.

Längle asocia lo citado anteriormente con la propia existencia:

a) ¿Me siento como Persona al ser aludido? Percibo que cuando soy aludido, a mí me concierne. En ese mismo momento me actualizo como Persona.

b) ¿Qué tiene que ver la comprensión con mi Persona? Cuando uno se siente comprendido por otros humanos, tiene la experiencia de ser aceptado como Persona. Para la psicoterapia analítico-existencial, la comprensión es muy importante, es decir, la comprensión del paciente por el terapeuta y a través de este suceso propiciar la autocomprensión.

c) “Yo me siento aludido”, “Yo me siento comprendido” y en tercer lugar “Yo me siento correspondido”. No me he tropezado con el “muro del silencio” sino que he recibido una respuesta.

4.4. ANÁLISIS EXISTENCIAL PERSONAL (AEP) COMO MÉTODO:

El AEP es un método para diagnóstico y tratamiento. Sirve para la mirada fenomenológica de lo que sucede para captar la esencia de la situación; Su meta es activar los recursos de la persona para manejarse con el mundo, pretende establecer relaciones profundas a través del encuentro y finalmente contactarse con la esencia del ser humano.

Objetivo: Guiar al hombre para posibilitar el diálogo con sí mismo y con el otro, ya que la persona es dialogal, se actualiza en el diálogo y realiza su ser persona cuando se relaciona consigo mismo (AD) y con el mundo (AT).

El modelo dialogal de la persona, delinea la secuencia metodológica del Análisis Existencial Personal. Se dan cuatro pasos:

- Descripción: Se refiere a la descripción realista de los hechos (entrar en contacto). Se describe el problema lo más objetivamente posible para adquirir información y demarcar el problema; nos da información.

- Análisis Fenomenológico: Se relaciona con la localización de las impresiones originales y de las sensaciones en el campo de los hechos (autoaceptación), es decir, aceptar las sensaciones espontáneas, (si son o no deseadas). Se trata de ver qué siente, cómo lo afecta, qué efectos produjo este hecho sobre la persona.

- Juicio, Toma de Postura Interior: Hay que delimitar el objetivo. Tiene que ver con tomar una posición sobre lo que viene ocurriendo, con su incorporación a la comprensión (a través de terapeuta / paciente), y de ahí la consecuente toma de postura del paciente sólo (autodistanciamiento).

- Ejecución, Toma de Postura Exterior (acción): Es la realización de la existencia, darle el sentido; es la tarea concreta con uno mismo y con el otro, sería por lo tanto pasar a la acción, confrontarse con la realidad. Se relaciona con el conseguir respuestas adecuadas (autotrascendencia).

Un procedimiento tal conduce al *sentido existencial* que, ante situaciones dadas se dará "lo mejor" y se realizará como respuesta a las circunstancias. El sentido existencial será hallado: 1) A través de percepciones, 2) A través de la captación de los valores allí consentidos, 3) A través de elegir y decidir, 4) A través de la ejecución efectiva de la acción.

4.4.1. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL AEP:

El Análisis Existencial Personal está *indicado* en:

- Trastornos del desarrollo de la personalidad, especialmente donde prevalece deficiencia interna y/o externa de expresión. Así como en los casos en los que falta contacto con los valores a causa del rechazo o la no consumación de impresiones. Aquí se sitúa la neurosis noógena y el vacío existencial.

- Cuando no hay una Toma de Postura (o no se ha realizado suficientemente); los pacientes no se sienten internamente libres o se quejan de inseguridades, miedos, incapacidad para tomar decisiones, insuficiente capacidad para imponerse, inseguridad personal y autoalienación (no pueden hacer lo que ellos quieren y no entienden lo que hacen).

- Trastornos de la capacidad de respuesta del ser humano en su relación con los demás. Los pacientes se sienten incomprendidos, sus relaciones serán conflictivas; no se encuentran en posición de contraer exigencias situacionales, propuestas de la pareja, o equivocan la respuesta a la pregunta formulada.

Está *contraindicado* en:

- Depresión severa, ya que en estos casos falta la energía vital para tomar una postura y las percepciones se encuentran distorsionadas debido al estado emocional cargado negativamente.

-Trastornos de ansiedad generalizada; estos presentan una contraindicación relativa, dado que en principio, se debe establecer un reforzamiento de la personalidad para no provocar recaídas innecesarias.

4.5. VIDA PLENA Y ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO:

Alfried Längle (1990) en: “*Análisis Existencial Personal*”, afirma que la Logoterapia y el Análisis Existencial parten de la idea de que toda configuración de la vida plena de sentido depende del descubrimiento y la puesta en obra de valores. En el seminario titulado: “*Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia*”⁴², Längle trata de reflexionar acerca de qué es una vida plena, en qué consiste una vida realizada, y nos dice:

...”*Desde el Análisis Existencial se puede afirmar que el comienzo de la vida en general no necesariamente es el comienzo de una vida plena realizada. Esto se puede resumir en una frase: una vida plena comienza cuando hay una aprobación de mi parte,*

⁴² Längle Alfred; “Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia”. Seminario, Buenos Aires (Argentina); año 2000.

cuando vivo aprobando mi vida. Esto implica que no importa tanto que hago sino que en lo que hago salga mi interior. Es decir un sí que sea pleno, no sólo mental sino, y sobre todo, un sí sentido (en el plano de los afectos, de las emociones). Cuando yo puedo decirme a mí mismo: sí estoy aquí, es en esta aprobación, es en este reconocimiento cuando empieza la vida plenamente vivida.

Decir sí y tomar esto como algo que tiene valor es pues la definición de vida para el Análisis Existencial, porque se pretende que el individuo viva aprobando su vida. Para ello es fundamental la decisión, porque ella implica la Toma de Posición"... (Längle, 2000:2)

Y refiere que la Logoterapia, en cambio, tiene como lema decir sí a la vida. Es de aquí que la pastoral médica de Frankl, tiene la tarea de ayudar al hombre-paciente que sufre, para que halle un puente hacia el sentido. Por ello es que Frankl decía que a pesar de todo, hay que ir adelante, porque el espíritu es el capaz de superar cualquier problema.

Luego agrega una diferencia:

..."El Análisis Existencial, en cambio, tiene como punto de partida: movilizar la capacidad del hombre para decidirse. Con lo cual viene la pregunta ¿Cómo se puede hacer para crear esa iniciativa? ¿Cómo se puede hacer para descubrir un sentido donde no se ve ninguno? Algunos pueden tener la gracia de recibir un sentido. Pero no todas las personas reciben esta iluminación. Entonces ¿Cuál es el método? "... (Längle, 2000:2)

En este seminario, A. Längle explica que uno de los métodos es trabajar con el Análisis Existencial Personal y desarrolla lo siguiente:

VIVIR APROBANDO

SI { *al Ser*
al Vivir
a mí mismo como persona
al Sentido, llegar a ser

Este *Sí* se plurifica en cuatro pasos; tomaremos como base la antropología de Frankl, en donde se considera el esquema de tres dimensiones:

- * Somática, es el plano de lo fáctico, incluye lo dado, la herencia.
- * Psíquica, es el plano de la vivencia, incluyen los sentimientos.
- * Personal, es la llamada *noética*.

Estas tres dimensiones se abren a una cuarta: la *existencia como autotranscendencia (AT)* y constituye el plano del decidir.

Ser hombre es ser en el mundo, no se puede pensar al hombre de otro modo a no ser con un contacto permanente con el mundo (con lo otro).

Con lo otro estamos en un *diálogo* ineludible, necesario. Siempre es un diálogo con el mundo; por ejemplo, desde lo corporal recibimos oxígeno, agua (que transformamos en lágrimas, orina, etc.)

Lo mismo sucede en el plano de lo Psíquico, por medio del diálogo recibimos impresiones que movilizan en nosotros sentimientos sobre cuya base reaccionamos; así surgen tensiones que a veces acaban en una explosión.

Estas percepciones del mundo también las transformaciones, en ocasiones salen por el choque y no siempre por la reflexión, de manera que siempre estamos influenciados por la atmósfera que nos rodea.

También ocurre en la discusión con otras personas, de modo que afirma que el hombre se encuentra desplegado en el mundo.

El mundo es el *medio ambiente (UM WELT)*, y desde el punto de vista psíquico, el mundo es lo que se llama el mundo con lo otro, el *mundo vivenciado (MIT-WELT)*; y desde el punto de vista de lo personal, el mundo es el mundo propio (EIGEN-WELT).

En la dimensión de la *trascendencia*, el mundo aparece como sentido. Tal como lo describe Frankl, la auto trascendencia (AT), incluye los valores vivenciales, valores creativos y valores de actitud.

Tomando lo anterior, podemos observar que aparecen cuatro niveles, estos son: *Sostén, Valor* (entendido como valor vivencial, valor para mí), *Otredad* y *Sentido*. Cada uno de ellos son una guía para trabajar en el Análisis Existencial.

...”El análisis fenomenológico nos hace recorrer cada uno de estos niveles para trabajar así con método de tipo inductivo. En el planteo del Análisis Existencial no se habla de un valor absoluto, sino al revés, porque en cada nivel estamos relacionándonos, estamos percibiendo. Precisamente esa forma inductiva de percibir es la que luego nos llevará al valor absoluto. Este es el proceder que determina el modo de trabajo fenomenológico, el cual parte de la realidad y del modo en que el hombre va existiendo, se va ganando una idea. La fenomenología siempre es inductiva, nunca da nada por supuesto sino que descubre.

Concebido así el sentido es algo que ocurre, que acontece, según lo cual tengo la experiencia de un llamado. El sentido es un acontecimiento que me convoca, tiene

ese carácter. La situación viene hacia mí y me dice que eso que está ocurriendo es algo bueno, que por allí voy bien, se me presenta como apoyo y sostén, como valor, como otredad y como sentido”... (Längle, 2000:4)

La Fenomenología es la actitud existencial fundamental, es la llave para ir encontrando el sentido. Se trata de investigar los fenómenos (lo que se muestra), entonces así, podremos acceder a la esencia. Es traspasar lo que se muestra para ver más allá, para mirar en profundidad; sería como mirar desde la superficie (fenómeno en sí mismo), hacia la profundidad (esencia).

El núcleo de todo es la *Persona* y se encuentra tensada en cuatro direcciones: Ser, Vivir, Unicidad y Devenir; esto es lo que constituye su *intimidad*. A su vez, cada uno de estos vértices están relacionados con el Mundo que constituye la *exterioridad*.

Para el *Ser*, la exterioridad es el **Sostén**, para el *Vivir* es el **Valor**, para la *Unicidad* es la **Otredad** y para el *Devenir* es el **Sentido**. Así quedan trazadas las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia:

1º Motivación: es el *Ser*

2º Motivación: es la *Relación con la Vida*

3º Motivación: es el *Ser sí mismo*

4º Motivación: es la del *Devenir*

En “*Psicodinamia y Motivaciones Existenciales en el AEP*”, A. Längle menciona que a través del desarrollo de las Motivaciones Fundamentales (MF) y del Análisis Existencial Personal (AEP), se dispone de un nuevo acceso que se dirige a la profundidad de la existencia, dejando al descubierto los supuestos (cognición, emoción, identificación, acción) y las condiciones de la “existencia personal”. Estas condiciones son las cuatro “experiencias existenciales básicas” que corresponden a las cuatro “motivaciones fundamentales personal-existenciales”.

Cada persona toma una posición respecto a estos motivos que afectan radicalmente su existencia. Las (MF) permiten diseñar un mapa de los afectos psicodinámicos que se conectan con cada una de las (MF), así como de las dinámicas llamadas “reacciones de Coping” (mecanismos de protección).

La visión analítico-existencial de la psicodinamia, se caracteriza por ver a la dimensión psíquica relacionada con la constitución existencial de la persona, es decir,

con lo que ocupa al hombre (en tanto ser espiritual) en el trabajo de dar forma a su propio ser.

4.6. MOTIVACIONES FUNDAMENTALES DE LA EXISTENCIA:

La visión analítico-existencial, toma cuenta que el hombre no solamente es un ser por naturaleza impulsado, sino también que se auto-determina, es decir que se configura a sí mismo; esta fuerza auto-determinante, es la fuerza espiritual.

Dado su rotundo influjo en la configuración de nuestra vida y que representan una fuerte potencia motivacional, las motivaciones fueron denominadas “Motivaciones Fundamentales” existencial-personales.

Tal como lo describe Längle en su seminario (2000)⁴³, en las cuatro Motivaciones Fundamentales de la Existencia están presentes las tres dimensiones de los hombres planteadas por Frankl.

Como hemos mencionado, existe una polaridad: intimidad - exterioridad y una tensión cuádruple de las cuatro relaciones, tensión del hombre con el mundo, quien toma lo que hay en el mundo para hacerlo propio. La cuádruplicidad es la cuádruple expresión del Sí, que produce una plurificación como si nos abriésemos al mundo. Consiste en decirle sí al Ser, a la Vida, a la Unicidad, al Devenir. Al abrimos al mundo conseguimos: sostén, valor, otredad y sentido.

Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia, (creadas por Alfred Längle), describen las condiciones fundamentales para una existencia plena. Mundo, Vida, Ser Persona y Sentido son las cuatro condiciones básicas a las que debe enfrentarse el ser humano si quiere alcanzar una existencia plena, son las cuatro tareas o exigencias existenciales del ser humano.

⁴³ (Obra Citada)

Primera Motivación: El Ser

Aquí la persona que se pregunta ¿Qué es? Se pregunta por el Ser. El mundo aparece como Sostén, como punto de apoyo que no es sólo físico sino también personal y espiritual.

Hay un hecho simple al comienzo, es el hecho más básico que hay y es que yo soy, que *yo existo*, que *estoy en el mundo*, que *estoy aquí*. Cuando reflexionamos un poco más esto de “*estoy aquí*”, se convierte en un asunto verdaderamente difícil ya que me pregunto ¿De dónde vengo? ¿A donde voy?

Mientras más reflexiono sobre el hecho que cada uno es, más oscuro e incomprensible se me hace. Menos respuesta tengo de ¿cómo estoy aquí? Así, nos damos cuenta que no entendemos por qué estamos en el mundo.

¿Cuál es la actitud de las personas frente a eso que no podemos captar? La actitud adecuada es la de la admiración, el asombro ante algo incomprensible. ¿Alguna vez me sorprendí por el hecho que soy? La existencia comienza con este hecho que “*hay yo*”; Este hecho me pone frente a la siguiente pregunta existencial fundamental:

YO SOY - ¿Pero puedo ser?

En tanto soy, estoy en peligro de no ser. Como puedo no ser, la tarea existencial consistirá en que tengo que hacerme cargo de ser, mantenerme en el ser. ¿Cómo me puede mantener en la vida? ¿Cómo puedo ser en este mundo? ¿Qué preciso para poder ser en este mundo? ¿Qué pone en peligro mi ser?

Para poder ser yo debo llegar a un acuerdo, pactar con las condiciones del mundo, debo tenerlo en cuenta. El mundo de donde soy tiene sus propias leyes. Hay leyes físicas, químicas, sociales, biológicas, económicas, etc. Estas leyes son lo que percibimos y tenemos en cuenta si queremos mantenernos en la existencia; no puedo ir en contra de ellas. Necesitamos pues de la percepción y del conocimiento.

Si yo quiero ser, debo aceptar, conocer, percibir las condiciones del mundo (cognición), necesitamos de nuestra experiencia con el mundo para poder conocer. Es imprescindible que tengamos el *sentimiento* que podemos ser. ¿Puedo ser con mi propio cuerpo? ¿Con la edad? ¿Con las incapacidades? ¿Puedo vivir con mis dudas? ¿Con mis inseguridades? Puede suceder que de pronto tenga el inesperado sentimiento que no puedo vivir en ese mundo.

a) Reacciones Psicodinámicas (Coping) de la 1º Motivación: ¿Cómo reacciona el hombre ante la amenaza de caer en el abismo? Existen cuatro reacciones básicas de defensa llamadas “reacciones psicodinámicas” y que en el nivel del *Ser* son:

- Huida
- Ataque – actividad (lucha) obsesiva
- Odio, agresión, ira
- Reflejo de posición de muerto

Estas cuatro reacciones son mecanismos de protección ante la angustia. El *ataque* o la *lucha* es característica de la neurosis obsesiva. La *agresión* es una forma especial de odio y posee una finalidad: quiere la aniquilación del enemigo. Con el odio se quiere aplastar, liquidar. El problema se presenta de forma amenazante el sentimiento es: o es el otro o soy yo.

Estos son afectos que aparecen en todo hombre. Necesitamos estos sentimientos a modo de protección ante la amenaza. No son sentimientos nobles, pero son sentimientos humanos.

La última reacción es la de reflejo de posición de muerto.

Pasaremos al plano donde se “trascienden” estas Reacciones Psicodinámicas:

Plano de la Elaboración: *PERCIBIR*

Este Plano es el del trabajo de elaboración de las reacciones psicodinámicas. Para una existencia plena, es valioso preguntarse ¿De dónde viene ese odio? ¿Por qué? El problema no es afuera, es adentro. Implica un trabajo de elaboración de este sentimiento. En este plano tratamos de percibir la situación real. Los hechos fácticos. Este paso de lo psicodinámico a la percepción responde a un principio esencial en psicoterapia: cuando una persona no puede percibir lo fáctico se produce un regreso a las reacciones psicodinámicas.

No poder percibir remite al plano reactivo donde la persona está sobre exigida, por lo que el terapeuta debe preguntarse: ¿la persona está en condiciones de ver la realidad? Este paso es decisivo en el trabajo de la primera motivación. Es difícil trabajar cuando el sentimiento que aparece es: *no soporto esto*.

Pero soportar, también es sostener algo que se puede mantener, sostener resistiendo el peso. Esta es la forma de cómo se abre nuestro *Ser*: debemos resistir ante una amenaza, soportando el peligro. Luego es necesario preguntar a la persona si

puede aguantar por un minuto, soportar su dolor, si puede tomar conciencia de ese dolor que lo sobrepasa. Se trata de tomar conciencia del poder que hay en ese soportar.

Si esto ocurre es un paso fundamental porque el paciente pasa de la pasividad de ser víctima, a la actividad de ser protagonista. Cuando el soportar es posible se da un paso al aceptar lo fáctico. Es el primer paso hacia la vida.

Todo puede ser si yo lo puedo aceptar. Es decir que el paciente se autoreferencia en sí mismo como sostén. Poder aceptar es fundamental para poder fundar la existencia.

A esta elaboración le corresponde un gesto de dejar ser a ese *poder ser*. Es una actitud de permitir; ya no se necesitan las reacciones psicodinámicas porque hay paz, serenidad. Es un Sí al Ser, es la aceptación del hecho. Es un dejar fluir.

Todo lo que yo acepto me deja en tal paz que ahora puedo ser viendo esto que está simplemente ahí.

Existen condiciones para poder aceptar, estas son:

1- Protección, ser aceptado: Es el cobijo, el amparo dentro de las relaciones al ser recibidos, ser aceptado por otro. Aparece en las relaciones familiares. Nos damos cuenta que ha sido aceptada por otros. Esto tiene valor de un cobijo para mi existencia. Para avanzar hacia las profundidades de la existencia debemos preguntarnos ¿Cuánto tengo en mí mismo de ser aceptado? ¿Tengo la experiencia de pequeño o de grande que he sido aceptado por otras personas?

Respuestas:

- Si he sido aceptado, se produce un profundo “gracias”.
- Si no he sido aceptado, se produce un profundo dolor. Ese dolor lo he estado negando.
- También puede ser que tenga una reacción de rechazo, de defensa y diga “¡qué estúpida pregunta! ¿Qué tiene que ver?” Cuando nos cerramos a un tema se produce un trauma o falta de desarrollo, por eso es común que no se quiera hablar de ello.

Es importante que este sentimiento encaje de alguna manera en la biografía. ¿Frente a quién he tenido el sentimiento de ser aceptado? Cuando soy capaz de responderme frente a quién y tengo el sentimiento de ser aceptado, reconozco que junto a esta persona he podido ser. Al contrario, frente a alguien que no pude ser

aceptado y me he sentido rechazado, el sentimiento que tengo es que el otro no me dejó ser.

En el Análisis Existencial profundo, siempre se descubre que, en algún momento, la existencia ha estado amenazada; tal vez el otro no fue conciente de este hecho.

Cuando no soy aceptado siento que no tengo amparo, cuando esto ocurre siento que no puedo ser y, de esa forma, se vuelve a las reacciones psicodinámicas.

2- Espacio: El hablar aquí de espacio, refiere al espacio físico y psíquico. Me pregunto ¿dónde tengo un espacio? ¿Dónde tengo el sentimiento de poder decir este es mi lugar? Se trata de un espacio donde me siento seguro y desde el que digo “este es mi lugar”.

Las respuestas pueden ser varias: “mi espacio es mi lugar de trabajo”, “me siento cobijado y en paz en la cama”, “en el auto”, etc.

Arribar el tema del espacio, es también hablar de la relación con el cuerpo. ¿Puedo ser con mi cuerpo? ¿Lo poseo totalmente? ¿O mi cuerpo es más grande que yo? Hay una actitud muy simple con la cual puedo comprobar si lleno o no el cuerpo y es la respiración. Cuando no puedo respirar profundo entonces no estoy plenamente aquí. Cada cual puede controlar cuan profundamente respira; la respiración es la base para la existencia; un bloqueo en la respiración advierte que la existencia se torna angosta, con lo cual surge la angustia. Este estrechamiento corporal es precisamente la angustia, por ello en terapia se debe controlar cómo respira el paciente y cómo respiramos los terapeutas, ya que aquí hay información sobre el estado del análisis.

Mi cuerpo refleja mi ser en el mundo. Es fundamental en psicoterapia un trabajo sobre el propio cuerpo, para el Análisis Existencial el cuerpo es la expresión del espíritu.

También el espacio está relacionado con la biografía de la persona, con la cultura, incluso en la sociedad hemos creado espacios donde uno se siente cobijado, amparado. El típico lugar de amparo es la casa donde nosotros podemos vivir; hay que crear el espacio para poder ser. Esto implica crear el espacio de relaciones.

3- Sostén: Es la tercera condición para poder ser. ¿Qué es lo que nos da sostén en la vida? En primer lugar el cuerpo, cuando estoy enfermo o débil se crea una inseguridad. Nosotros estamos viviendo en el cuerpo nos está sosteniendo.

Podemos preguntarnos ¿la salud que tengo, me sigue sosteniendo? En todos los lugares y situaciones hay “regularidades, es decir cosas que se repiten, estas generan

en nosotros un ritmo de sostén, eso que siempre se repite. Es el hecho que algo me sostiene a pesar de mi angustia.

El mundo nos puede sostener y mantenernos en la existencia; ¿soy capaz de abrirme a esta experiencia de sostén del mundo? Esto es importante, es una decisión fundamental que se hace desde una profundidad que no es racional ni tampoco cognitiva. Lo decisivo está en que todo hombre pudiese tener esta experiencia. Pero hay quienes no están prontos o que no tienen disposición. Cuando esto pasa, falta la base para lograr la confianza fundamental del Ser. De la experiencia de sostén resulta la “Confianza Fundamental”; ésta implica poder abandonarse a un sostén y necesito también de esa confianza para vivir.

La confianza incluye la confianza en uno mismo, (hay cosas que desconozco, pero también hay elementos en los que puedo confiar). La autoconfianza se logra en la medida en que puedo encontrar en mí estructuras firmes, que algo se mantiene en mí. La autoconfianza se autoapoya en la existencia, es la experiencia de mi propio poder hacer. Cuando repito esta experiencia de poder hacer, entonces de la autoconfianza surge la seguridad en mí mismo.

Conectado con la confianza está el coraje. La confianza es como un puente que nos traslada a lo inseguro, nos permite mantenernos en la inseguridad. Por ello es que necesitamos de la confianza para continuar viviendo. El puente posee dos puntas: el mundo y el coraje. Este es el sentimiento de tener suficientes fuerzas. Para lograr soportar algo inseguro, para ser capaz de hacerle frente a un peligro. El asunto es saber ¿cuánto coraje tengo? Yo no puedo decidir si poseo o no coraje, ya que este brota del fondo de nuestra vitalidad. Para esto es primordial tener experiencia de percepción, percibir.

Tanto el coraje como la confianza, están fundados sobre algo más profundo que es la “confianza fundamental”. Erikson habló de *confianza básica*, la describió como el vínculo con la madre que nos da un sostén primario. Pero es diferente de lo que llamamos *Confianza Fundamental*.

La confianza fundamental es más amplia que la propuesta por Erikson (que ve solo un aspecto); no es solo un vínculo que se logra a nivel de las relaciones humanas, sino que incluye la Naturaleza en general; Es la experiencia del modo de ser, la más profunda estructura que puedo tocar, a la cual puedo abrirme.

Psicológicamente es el fondo del Ser, eso que queda cuando todos los otros sostenes se rasgan; es lo último que puede sostenerme.

Uno puede cuestionarse, ¿si algo terrible me pasara, si tengo el sentimiento que no puedo soportar esto, qué me daría sostén aún? En la mayoría de las personas aparece la fe (no de la clave de Dios), una fe anterior a la religiosidad, lo que Heidegger denominó: vuelvo del Ser a la nada; para él, el Ser tiene el carácter de la nada.

Las experiencias de la vida cotidiana intervienen en la confianza fundamental, a veces la fortalecen y otras la debilitan. Debo tener la experiencia que yo puedo ser, (es la condición de la existencia, desarrollar un poder propio); cuando ello no sucede, surgen las reacciones psicodinámicas.

Es en la percepción y la aceptación donde aparece lo personal, las condiciones son las encomendadas de movernos hacia la existencia, hacia las motivaciones fundamentales: el Ser, la relación con la vida, el ser sí mismo y el Sentido. Cuando esto sucede en la primera motivación, pronto se expande en todo lo demás.

Constantemente estamos aspirando a obtener seguridad para abrirnos a otras cosas; el fondo del ser es la estructura más profunda, es lo último que nos puede sostener.

Segunda Motivación: La *Relación con la Vida*

Se trata del gusto por la vida. Para una vida plena, no basta estar en el mundo, sino que cuenta la "calidad" y a esta la captamos en los afectos, los sentimientos.

La persona que va a terapia, en general, acude porque siente que no está bien. Hay casos en los que no sienten una concreta amenaza, y hasta se sienten aceptados, pero les falta alegría e incluso ganas de vivir; Les falta uno de los pilares de la existencia, el *ser ahí*.

En nuestro existir vivimos, esto implica estar recibiendo permanentemente lo que viene del exterior.

Él *estar aquí*, el vivir me pone ante la pregunta fundamental de la vida ¿para mí qué es vivir aquí? La respuesta podría ser, vivir sufriendo pero también vivir teniendo alegrías ¿estoy de acuerdo con vivir de esa manera? Estos sentimientos y modos cómo estamos acordados a la vida no están separado de esos afectos. Podemos concluir que estoy frente al hecho que como ser viviente estoy frente al mundo. Este hecho me hace

preguntar ¿me gusta vivir?; de esta manera algo se pone en movimiento en nuestra existencia.

Como mencionamos, en la primera Motivación es el *sostén* (reconocer un poder). En la segunda Motivación se trata de *cómo me siento con ese sostén* ¿me gusta vivir así? ¿Me gusta ser mujer/hombre? ¿Me gusta estar en esta familia? ¿Me gusta vivir con mi biografía? ¿Mi trabajo me gusta?.

Por medio del gustar tomamos relación con el asunto, lo referimos a nosotros mismos. Lo llevamos hacia nuestro cuerpo, lo sentimos. ¿Cómo me siento cuando hago esta vivencia? ¿Cómo actúa esto sobre mí? Esto no es tan sencillo de responder, e incluso a veces, no tenemos suficiente coraje para hacerlo. Es más simple responder cuando se trata de hacer algo con gusto. De ahí la importancia de cuestionarnos si algo es o no de nuestro agrado.

Esto incluye una toma de postura en lo afectivo, dado que lo que hacemos con gusto fortalece la relación con la vida, el querer vivir. Esto constituye la condición para la segunda Motivación, cuya pregunta fundamental es:

YO VIVO- ¿Pero me gusta vivir?

Es importante percibir y tomar conciencia que hagamos cosas que nos gustan. Debemos prestar atención a eso que nos da placer ¿cómo o qué estrategia elegimos?

Reacciones Psicodinámicas (Coping) de la 2º Motivación: ¿Son más las cosas que hago con gusto o más las que hago con disgusto? Las reacciones psicodinámicas (coping) correspondientes a esta 2º Motivación, son aquellas que presentamos al enfrentarnos a lo que no nos gusta:

- Retiro
- Activismo, Rendir / Desvalorización (reacción paradójica: se tapa con actividad)
- Agresión, Rabia
- Resignación

1. ***Retiro:*** es lo que ocurre al depresivo cuando se marcha a su cama, se retira a su interior (hay similitud con la *huida*, la reacción psicodinámica de la 1º motivación).
2. ***Activismo:*** es cuando alguien intenta cubrir algo que le desagrade con mucha actividad, (hacer algo). Es una reacción paradójica en la que supuestamente se busca estar bien.

3. **Rabia:** es la explosión. Tiene un objetivo diferente al *odio* de la 1º motivación. (El *odio* es frío, el rostro está pálido, los labios apretados sin sangre; en la *rabia*, el rostro se torna rojo, lleno de vida).

Surge en las relaciones cuando el otro no se encuentra al alcance de uno, por lo que uno aspira a despertar la vida en él: “¡Habla de una vez!”. Aquí no se trata de aniquilar al otro sino de despertarlo. Cuando alguien manifiesta rabia, está manifestando algo del Vivir, no del Ser.

4. **Resignación:** es el agotamiento, ya no hay nada que hacer (hay cierta semejanza con la postura de muerto).

Se pretende pasar del plano de las *reacciones psicodinámicas (Coping)* al *Plano de la Elaboración*.

Plano de la Elaboración: Sentir, lo que implica una elaboración personal. Hemos visto que en la 1º Motivación se trata de percibir, mientras que en la 2º Motivación se trata de sentir.

Esa elaboración personal sería (en la 1º motivación), lograr fríamente la percepción, mientras que en la 2º motivación sería volver a sentir; Para ello, hay que ponerse delante el sentimiento y en la medida que pueda sostenerlo, emergerá el duelo. Duelo es percibir que aquello que era bueno para la vida, se perdió (ej. salud, relaciones, tiempo, etc.)

Cuando atendemos a algo que hemos perdido, nos resulta un sufrimiento, nos duele, pero cuando no nos dejamos caer en activismo o agresión, surge el sentimiento que hay algo que no podemos hacer, entonces lloramos (las lágrimas son expresiones de vida, todavía tengo vida a pesar de lo perdido).

El otro paso del duelo es inclinarme a mí mismo, desarrollar un sentimiento para mí, la autocompasión; es importante que tengamos el sentimiento de nuestro propio dolor ya que así puedo volver a relacionarme con los demás (tercer nivel del duelo).

Condiciones para el Sentir:

1. **Cercanía:** Ocurre el *tocar*; es nuestra vida la que es tocada, nuestro corazón, así surge un movimiento interno. Ese ser tocado es el núcleo de todos los afectos y sentimientos, es desde donde brota el sentimiento. Un sentimiento es el hecho de ser tocado y lo que es tocado es la Vida misma; ante la carencia de sentimiento hacemos una cercanía mayor para que se genere más vibración. La cercanía

además puede producir miedo ya que puede asociarse a recuerdos de sufrimiento. La cercanía implica una entrada en mi propia existencia.

2. *Tiempo*: Debo tomarme mi tiempo. Esta condición es similar a la condición del espacio de la primera motivación. Los sentimientos requieren del tiempo para surgir y movilizarse; tener tiempo, supone darse tiempo para vivir. Tomar o dar tiempo, implica que existe un espacio corto y lo reservo para mi vida, pero también denota responsabilidad.
3. *Relación*: Para poder inclinarme hacia algo debo advertir que poseo una referencia. En la relación constantemente hay un sentimiento contenido allí. El sentimiento es la base de la relación. Una relación sin afecto no es posible, no hay relación. Una relación es la suma de cercanía, dedicación, tocarse, sentimiento. La relación se establece instantáneamente cada vez que estamos en contacto con otro; eso con lo que contactamos causa en nosotros un movimiento. Todo eso lo vivenciamos y por eso brota en nosotros un sentimiento. Con todo el mundo circundante, se produce una relación y el mundo crea sentimientos en nosotros.

En la 1º Motivación, el punto más profundo era el fondo del Ser, y en la 2º motivación es el valor fundamental. Este último se encuentra en relación recíproca con el valor de la vida, es la relación más profunda que tengo con mi vida. Lo descubro cuando me pregunto: ¿Tengo realmente gusto por vivir; me gusta vivir? Hay que tener coraje para formularse esta pregunta y responderla; Es una pregunta claramente fenomenológica puesto que se refiere al sentimiento más profundo que existe en mí.

Surge una segunda pregunta más profunda: ¿es la vida en el fondo algo bueno o no? Esta pregunta genera una profunda relación con la vida y nos permite tomar posición frente a los valores de actitud que plantea Frankl. Esta relación con la vida es la base de todos los valores. Vivenciamos algo como valioso siempre que alimente nuestro gusto por vivir.

En la segunda motivación el déficit a nivel del valor fundamental es la *depresión* y en la primera motivación es la *angustia*: cuando se pierde la confianza fundamental.

La representación corporal en la segunda motivación se expresa en el ámbito de cardíaco – circulatorio. Los sentimientos se expresan en el pecho y en la sangre.

Tercera Motivación: *El ser- sí- mismo*

En esta motivación, nos encontramos con el hecho que somos individuos, personas; es la Unicidad que ocurre cuando la persona se percibe como ella; en esta relación del yo con el otro, el mundo aparece como la Otredad. Descubro que yo mismo me podría llamar a mí mismo yo. La pregunta fundamental es:

YO SOY YO - ¿Pero me permito ser como soy?

¿Me es permitido ser como soy?

Este plano donde me interrogo si es lícito ser como soy, es le plano de la Ética ¿me permito ser como soy o debo acomodarme a aquello que quieren que yo sea? Esto supone tomar en serio la propia individualidad, la no *intercambiabilidad* de la existencia, el carácter intransferible de la existencia. La pregunta es: ¿cómo puedo organizar mi individualidad?; eso que creo que soy ¿es realmente individualidad o es copia de mis padres?

Cuando el medio ambiente nos dificulta ser nosotros mismos, surgen las reacciones psicodinámicas (coping), dado que cuando los demás no nos permiten ser, reaccionamos.

Reacciones Psicodinámicas (Coping) de la 3º Motivación:

- Tomar Distancia
- Sobreactuado / Dar la razón
- Fastidio, Ira
- Disociación (Splitting)

1. Tomar distancia: Cuando no nos toman en serio, somos heridos, abusados, usados, ridiculizados por los demás, o cuando nos dicen que nuestra opinión no vale, se ejerce una presión sobre nosotros; surge el “tenes que”, por lo que entonces reaccionamos, sentimos que tenemos que proteger nuestra intimidad; la reacción básica fundamental es tomar distancia, apartarnos; en la 2º motivación la reacción era envolverme dentro de mí, pero ahora la reacción es “me voy”.
2. Sobreactuado / Dar la razón: Es la reacción equivalente al activismo de la segunda motivación. Pero aquí en verdad no me importa nada lo que está ocurriendo. Me río y doy a entender que no me interesa nada. Así me escondo, no muestro lo que me está sucediendo para que el otro no tenga poder sobre mí.
3. Fastidio, Ira: Es poner una barrera que confronta sin exteriorizarse; en el caso del fastidio con uno mismo por no haber tomado una precaución. Pero no puedo culpar

a nadie es *bronca* me digo: “¡que estúpido soy!”. Tiene carácter de sanción, de castigo, es un autocastigo. Cuando algo que me ha dañado y siento como si un destino se clavara adentro y me robara algo sentido, entonces pongo una barrera, de manera que esto que me hiere no va a herirme más; es sacarme de encima al otro e intentar castigarlo. Esta agresión es diferente a la rabia de la 2º motivación, ya no quiero zarandear al otro, sino, castigarlo por su injusticia.

4. **Disociación:** Puede ser física o psíquica (Splitting). Es la forma característica de reacciones de la histeria, (incluye fenómenos que tienen causa psíquica pero que no presentan substrato orgánico). En la disociación psíquica (desde el punto de vista psicoanalítico), se utiliza el concepto de “Splitting”; es la disociación entre la cognición y el sentimiento, (ej. cuando alguien cuenta una vivencia dramática sin la correspondiente participación emotiva). El Splitting puede adoptar otras formas: a mayor peso de la represión, mayor división de la conciencia. Los contenidos conscientes son reprimidos de tal forma que no se puede hablar de ellos, sólo emerge la angustia.

No es patológico que un sujeto hable sobre algo que le sucedió con frialdad, lo patológico aparece cuando hay fijación del Coping. Esto implica que cada vez que se genera una situación similar a la traumática, la persona recurre al Coping como normal.

Esto vale para cualquiera de las cuatro Motivaciones.

Plano de la Elaboración: *Perdón / Arrepentimiento*

Se comienza a reaccionar realmente cuando nos comprometemos como personas, porque la elaboración personal es la *toma de posición*, enjuiciamiento, que consiste en formarse una imagen de aquello que me sucede. Para formar esa representación, primero debo alejarme, separarme del acontecimiento; esta toma de posición (esta distancia), es una tarea primordial.

Como vimos, en la 1º Motivación era percibir el hecho (conexión con el mundo tal cual es); En la 2º, la elaboración era sentir (levantar la carga y ponerla delante de uno), lo que supone cercanía, aceptación.

La 3º Motivación consiste en un levantamiento, poner de pie a la persona, para ello, es elemental captar mi propio juicio, mi propia opinión. Considero la relación desde determinada distancia: el otro ha sido separado de mí, lo veo en su relación conmigo pero desde la distancia. Me pregunto por mi propio juicio y valoración del otro; en la 2º Motivación es una cuestión de sentimiento, y en la 3º Motivación (ya no se trata de duelo), se trata de perdón o arrepentimiento.

Acerca del *perdón*, señalaremos que cuando percibo al otro que sufre por algo que hizo y que lo considera una falta, puedo decidir perdonarlo y librarlo de su culpa. En el caso del *arrepentimiento* es el mismo proceso pero respecto de uno mismo; se inicia con el enjuiciamiento para comprenderme y sigue con un sentimiento de dolor, por lo que quiero distanciarme respecto a mi falta; finalmente decido si me arrepiento o no.

La única actitud de protección para que yo no sea muerto por el otro, es que yo (apoyándome en mí mismo), encuentre esa fuerza en la esperanza de que el otro también se sienta enriquecido; esto nos lleva a las condiciones del Encuentro que son:

- Consideración: No sólo implica que me acerco a otro, me tiro hacia atrás y lo miro. La posición corporal es la del abrazo en el encuentro donde posteriormente se produce una distancia para mirarse la cara. Cuando nos atrevemos a mirar al otro, es una *toma de relación*; cuando logramos hacer esto, estamos creando una base para el encuentro. También es importante que me tome en serio a mí mismo: mis intereses, lo que me pertenece, porque eso que soy yo debo dejarlo existir. No debo desvalorizarme.
- Apreciación Valorativa: Aquí se produce la valoración del otro y la valoración de mí mismo; ¿para qué me debo apreciar? Esta es una pregunta imprescindible ya que con ella fundamos el valor del sí- mismo.
- Justificación: Estamos en el punto fundamental de la existencia ¿Quién me da derecho de ser como soy y que me comporte como me comporto? Esta es la pregunta de la instancia moral que implica dos instancias: la *personal* (Conciencia Moral) y la *a - personal* (Super yo de la sociedad); aquí puede surgir un conflicto entre ambas instancias.

Esto nos conduce a la raíz más profunda, el valor de mí mismo (*autovalor*). Este valor toma referencia con el ser Persona. El autovalor es la actitud con respecto a mí mismo en tanto que tomo, como quien recibe lo que de mí viene, aquello que en mí empieza a hablar, lo más genuino y además me enfrento a eso que nace de mí, lo aprecio y lo valoro. En la conciencia sucede que *hablo conmigo mismo* este es el respeto por la insondabilidad, el respeto por la magnitud.

Existe un principio para todas las Motivaciones Fundamentales y es que comienza desde afuera. Pasa a la Persona, quien me mira con interés y dice ¿quién eres tú? Si consiguiéramos mirar a un recién nacido, advertiríamos que esa mirada lo acompaña a través de todo su crecimiento. Esa mirada quiere decir ¿quién eres tú? Esto se puede comparar con una vela que se enciende a sí misma. Desde mí mismo comienzo a existir. No basta con que los demás me encuentren y me aprecien en mis valores,

porque sólo esto me convertiría en una persona dependiente de los demás; lo principal es que dé ese paso yo mismo con respecto a mí mismo, reconociendo el valor que soy.

Cuarta Motivación: *El Sentido*

La persona se pregunta por el Devenir, el llegar a ser. Es aquí donde el mundo se revela como sentido (no sólo espiritual). Estamos frente a la pregunta fundamental:

YO ESTOY AQUÍ - pero ¿Para Qué es bueno?

Estoy en este mundo con mi autenticidad ¿Para qué? Según el arquetipo de la construcción en la *1º Motivación*, equivale al material bruto del edificio, creamos condiciones para poder habitar; originamos lugares con techos, paredes (representan la protección), con pisos (como sostén) sobre el cual puedo apoyarme, etc. La *2º Motivación* correspondería a las cañerías; la *3º Motivación* sería ordenar la casa y decorarla según nuestro propio estilo; y en la *4º Motivación* importa, en definitiva, *para quién* es esta casa.

Reacciones Psicodinámicas (Coping) de la 4º Motivación: La pregunta *¿Para qué es bueno?* constituye el Sentido; precisamente cuando no lo hallamos, es que surgen las reacciones psicodinámicas:

- Modo provisorio / Pesimismo
- Fanatismo / Idealización
- Cinismo / Sarcasmo
- Desesperación / Nihilismo

Para conseguir superar la falta de sentido en el ámbito existencial, se requiere el conocimiento de lo que sucede en la situación, realizar aquello que exige la circunstancia, la aprobación entre la situación, la *concordancia* en la cual yo me encargo en un contexto total.

Es un elemento fundamental del Sentido: que me incorpore en un contexto más amplio, en donde esto que hago ahora es importante dado que es para algo más grande aún. Eso otro para lo cual es importante, constituye la trascendencia.

Plano de la Elaboración: El Sentido; es el tema propio de la Logoterapia.

4.7. LOGOTERAPIA Y BÚSQUEDA DE SENTIDO:

La logoterapia considera al ser humano en todas sus dimensiones, poniendo énfasis en la búsqueda de sentido.

Viktor E. Frankl (1993), en su libro *“El hombre en busca de Sentido”* comenta la experiencia en un campo de concentración y a partir de ese hecho, es que desarrolla la Logoterapia.

Comparando al psicoanálisis, Frankl explica que la Logoterapia más bien mira al futuro, vale decir que es un método menos retrospectivo y menos introspectivo.

...“*La logoterapia considera que es su cometido ayudar al paciente a encontrar el sentido de su vida*”... (Frankl, 1993:103)

Guillermo Pareja (1989), en su ejemplar *“Viktor E. Frankl. Comunicación y Resistencia”*, alude que el Análisis Existencial hace referencia a un modo de acercarse al ser humano.

En el ser humano se pueden distinguir tres grandes dimensiones:

- Dimensión Somática
- Dimensión Psíquica
- Dimensión Noética (Espiritual o del Logos)

Y agrega que las dimensiones *somática* y *psíquica* (lo anímico), son propias del ser humano y también de los animales. Pero la dimensión *noética*, (o del espíritu), es un privilegio específico y único del ser humano. Esta dimensión existencial, es la más específicamente humana y se caracteriza por la libertad y la responsabilidad de esa libertad que surgen como manifestaciones de la espiritualidad del ser humano.

El Análisis Existencial analiza la existencia humana y no la existencia en sí misma, dado que esta última no puede ser analizada. La existencia es un modo específico del

Sein, del ser humano, éste no es un ser *fáctico* sino un ser *facultativo*. Una diferencia entre el ser humano y los animales es que el ser humano, puede llegar a ser también de otro modo, es decir que no siempre tiene que ser así, como sucede en la facticidad determinista de los animales. (Pareja, 1989:233-234)

Logos es una palabra griega que equivale a “sentido”, “significado” o “propósito”.

Frankl le da a este término (*logos*), un doble sentido: “*sentido*” y “*espíritu*”, refiriéndose a la necesidad de descubrir y satisfacer la necesidad profundamente humana de vivir una vida con sentido.

En esta misma línea Frankl incorpora el término “*Voluntad de Sentido*” para designar que la primera fuerza motivante humana es luchar por encontrarle un sentido a la propia vida.

Según Pareja (1989)⁴⁴, lo que busca el Análisis Existencial es que la psicoterapia incluya en sus procedimientos a la existencia espiritual, mientras que el cometido de la Logoterapia, es incluir la dimensión del logos en la psicoterapia.

V. Frankl (1993)⁴⁵, comenta que la búsqueda del sentido de la vida constituye una fuerza primaria. Este sentido es único y específico, dado que es uno mismo quien tiene que encontrarlo; únicamente así, el hombre logrará alcanzar un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido.

Según J. P. Sartre, el ser humano se inventa a sí mismo, concibe su propia “esencia”, (lo que él es esencialmente), incluso lo que tendría que ser. Pero Frankl no considera que nosotros inventemos el sentido de nuestra existencia, sino que lo descubrimos, e incluso afirma que el sentido de la vida varía de un hombre a otro.

Toda situación vital representa un reto para el hombre y le plantea un problema que sólo él debe resolver. El doctor A. Cormillot (2001)⁴⁶, refiere que la obesidad puede traerle a la persona que la padece, algunos beneficios ocultos, y nos dice:

...“los kilos de más pueden ser la “excusa” para encubrir limitaciones que luego, al adelgazar, quedan más expuestas.

Por ejemplo, una persona tímida puede atribuir su aislamiento a la obesidad, y al bajar de peso revela que su problema pasa por otro lado”... (Cormillot, 2001:12)

La voluntad de sentido de las personas, puede frustrarse, es aquí donde la logoterapia nos habla de la frustración existencial; dicha frustración puede resolverse en neurosis.

⁴⁴ (Obra Citada)

⁴⁵ (Obra Citada)

⁴⁶ (Obra Citada)

Para V. Frankl, la salud se cimienta en cierto grado de tensión entre lo que se ha conseguido y lo que aún no. Nos habla de la “*noodinámica*” para referirse a aquella dinámica espiritual que se establece entre dos polos; Por una parte: aquello que debe cumplirse (deber) y por otra parte: quien debe cumplirlo (ser).

Sin embargo, existen también aquellas personas que atraviesan por etapas donde carecen de un instinto que lo guíen sobre lo que debe hacer o ni siquiera saben lo que sería de su agrado. V. Frankl, reseña que en cambio de ello, terminan haciendo lo que otras personas hacen (conformismo), o llevan a cabo lo que otros quieren (totalitarismo). Se trataría de un “*Vacío Existencial*”, donde estos individuos, no disponen de tradiciones que lo orienten sobre lo que deben hacer.

En el vacío existencial, la persona deja de sentir que la vida es significativa manifestando un estado de fastidio; en ocasiones suelen registrarse suicidios y también puede presentarse encubierto por diversas caretas. La obesidad, podría ser un ejemplo de ello, dado que todo lo que genera esta enfermedad (a nivel personal y social), podría estar sirviéndole de sustento para “tapar” su vacío interior o bien, la falta de contenido de su vida.

Tomando lo que Viktor Frankl (1993)⁴⁷ asevera, podemos decir que, a pesar de esto, el ser humano se determina a sí mismo, es autotrascendente; No está absolutamente condicionado, él mismo es quien establece si ha de entregarse a las situaciones o en lugar de ello, las desafía, dado que posee capacidad suficiente para posicionarse por encima de sus condiciones biológicas, psicológicas y/o sociales y trascenderlas.

4.8. EL SER HUMANO DESDE UN ENFOQUE LOGOTERAPÉUTICO:

Para la logoterapia, la esencia de la existencia humana se encuentra en su capacidad de ser *responsable*, y aspira a que el paciente sea enteramente consciente de sus propias responsabilidades; Es por esto que le deja la opción de decidir ante quién, porqué o ante qué se considera responsable.

⁴⁷ (Obra Citada)

G. Pareja (1989)⁴⁸, menciona una serie características ontológicas del ser humano que se desarrollarán a continuación:

4.8.1. **La Libertad de la Voluntad Humana:**

a) El Ser Humano es Único: No existe otro ser humano igual. La conciencia de sí mismo no basta para sentir el significado de ser-único. Se requiere del asombro, quien lleva a la contemplación que aquilata el valor de la vida como única. Este asombro de sí mismo es semejante al que experimenta el ser humano cuando contempla una obra de arte, una pintura, escultura u obra musical. Son únicas. No se han dado y nunca se darán del mismo modo, de manera que todo intento de repetición será una mera copia.

La conciencia de mi ser único, es el punto de partida de todo crecimiento humano y genera actitudes pobladas de sentido como la propia responsabilidad, el sentido de admiración y respeto por el Tú.

Los contrastes ontológicos entre lo somático, lo psíquico y lo espiritual, se concilian en la unicidad del ser humano, la cual se encuentra en la dimensión noética, espiritual o del logos, que es la dimensión particularmente humana.

b) El Ser Humano es Irrepetible: Al referirnos al ser humano como irrepetible, se marcan dos aspectos implícitos. Por una parte, que el ser humano al ser consciente de su ser único concluye naturalmente en su irrepetibilidad. Esta irrepetibilidad, además puede favorecer la sensibilización de la conciencia de libertad y responsabilidad de la propia vida.

El otro aspecto implícito, es que el ser humano descubre que no es reemplazable.

No obstante, la irrepetibilidad del ser humano no se restringe exclusivamente a la consideración de sí mismo, sino que también considera la irrepetibilidad de los demás seres humanos. Cada uno tiene su propia misión, la responsabilidad y libertad para realizar por el hecho de estar en el mundo y de su ser único.

El tiempo y el espacio, nos sitúa en la posibilidad de tomar conciencia de la irrepetibilidad de las situaciones humanas.

En su libro, Pareja menciona un fragmento interesante que dice:

...“Nadie, si no soy yo mismo, puede hacerse responsable de mi propio existir. Tengo una misión en la que soy totalmente irremplazable: la misión de hacerme

⁴⁸ (Obra Citada)

responsable de la realización de mi existencia. En el fluir de mi existencia descubro que estoy viviendo una sola vez y que el momento presente, una vez que se hace pasado, me muestra su irrepetibilidad”... (Pareja, 1989:138)

La vivencia de irrepetibilidad puede despertar en algunos individuos, el querer hacer lo que no hizo en su momento o bien, reparar aquellos errores que cometieron en su pasado. No obstante, puede generar actitudes positivas al valorar el presente como la oportunidad de hacer real el propio proyecto existencial.

Hillel planteó tres preguntas que fueron retomadas por Frankl a propósito del ser y del quehacer humanos confrontados con su irrepetibilidad:

1- Si no lo hago yo ¿quién lo hará? En las personas, las posibilidades se manifiestan a modo de pregunta y es cada uno quien tiene que responderlas y concretarlas.

2- Si no lo hago ahora ¿cuándo lo haré? Todo tiene un tiempo, un momento y cada momento es irrepetible y único. El presente es el eje del ser y del quehacer humano, es donde este decide hacer reales las preguntas que se ofrecen como posibilidades.

3- Si lo hago para mí mismo ¿quien soy yo? Para Frankl, el actuar genuinamente humano, está activado por la búsqueda de aquello que posee sentido y que es coherente con la propia existencia.

c) El Ser Humano está Llamado a la Libertad: Frankl afirma que, a pesar del condicionamiento biológico, psicológico y social (entre otros), el ser humano está capacitado para actuar libremente ante ellos.

...”La libertad de poder optar por un sí está ligada a algo, que de una forma imposible de ignorar, nos susurra qué es lo que merece nuestro sí. De la misma manera, la libertad de optar por un no, está atada a algo imposible de ignorar, que nos informa acerca de lo que debe ser evitado por medio de un no”... (E. Lukas, 2002:63)⁴⁹

El ser humano goza de “libertad” para la postura espiritual, lo que Víktor E. Frankl llama “el poder desafiante del espíritu”.

La libertad no es pensada como desprovista de obstáculos, sino que tiene que hacer referencia a los condicionantes de los que es capaz de liberarse, implica

⁴⁹ (Obra Citada)

exponerse tanto a aprender como a equivocarse frecuentemente. Ser libre supone posibilidad de fracaso y posibilidad de aprender del fracaso.

La libertad definida en negativo es una *libertad-de*, y postula superar una esclavitud u opresión. Sin embargo, no queda únicamente en ser una *libertad-de*, sino que delimita en lo profundo, una dirección trascendente que la mueve a transformarse en una *libertad-para*. Libertad-para aquello que constituye el proyecto personal de humanización, es decir, responder.

d) El Ser Humano está Llamado a la Responsabilidad: Como hemos mencionado, tanto la *libertad* como la *responsabilidad* constituyen la esencia de la existencia humana, esto unido a la *espiritualidad* (también llamada dimensión noética), forman una trilogía.

La expresión “responsabilidad” se refiere a una capacidad, a una actitud, es la habilidad para responder. Frankl califica al ser humano como el ser que responde y no simplemente como el ser que pregunta. Cuando éste toma conciencia de su estar-en-el-mundo, detecta que tiene que hacerse cargo de su propia vida, la cual es una oportunidad, pero también exige responder aquellas preguntas que se nos interpone a diario.

...”*La responsabilidad fundamental es hacerse cargo de la propia vida. Esta tarea es intransferible y en ella cada ser humano es irremplazable*”... (Pareja, 1989:147)⁵⁰.

El ser humano no es un sistema cerrado en sí mismo; responde “*ante sí*”, “*ante los demás*” (lo cual habla de la apertura absoluta del ser humano, su inserción en el mundo en tiempo y espacio, que le otorga un lugar y un compromiso con la humanización), y “*ante Dios*”, (ser suprapersonal a quien se le reconoce como el que crea y concede el don de la vida).

Además de interpretar la responsabilidad como el “hacerse cargo” de su propia existencia, hay quienes centran la orientación de sus vidas en Dios.

La conciencia es donde el ser humano responde, es donde la persona se encuentra en su mismidad, en su intimidad, donde se manifiesta la presencia dialogal de Dios. La conciencia es quien dirige y orienta a la libertad para que pueda responder desde sí, a los demás. (Pareja, 1989: 146)

⁵⁰ (Obra Citada)

4.8.2. Voluntad en Busca de un Sentido:

Respecto a la voluntad de sentido, Pareja G. (1989)⁵¹ nos comenta que el ser humano está llamado a buscar un sentido (motivación básica que expresa la búsqueda de la felicidad); Es un ser que está abierto al mundo, orientado a salir al encuentro de alguien o de algo que esté más allá de sí pero sin dejar de ser él mismo, es lo que Frankl designa como Autotrascendencia del ser humano.

La felicidad es consecuencia de la búsqueda de nuestros actos intencionales; No se la puede desear, buscar, ni alcanzar por sí misma, a menos que se quiera caer en la frustración de esa Voluntad de Sentido, dado que cuando los medios se hacen fines cerrados en sí mismos, es donde surge la frustración.

En razón de la unicidad de su existencia, la vida de cada ser humano es única, (nadie la puede repetir). Esta única existencia de cada persona, ha de finalizar, como así también las oportunidades únicas que se le dieron para realizar los valores y descubrir los sentidos de las situaciones vitales. No existe “el sentido” universal de la vida, solo existen sentidos o significados exclusivos, únicos y parciales según las situaciones exclusivas, únicas y parciales.

Las personas tenemos como motivación básica de la conducta, buscar aquello que nos sea tanto significativo como valioso (Sentido y Valor), y al estar motivado por la Voluntad de Sentido, nos dirigimos a realizar los valores y a responder las preguntas vitales de la existencia por medio del sentido inherente a cada situación. (Pareja, 1989: 156 - 171)

4.8.3. El Sentido de la Vida:

*“Como un hombre actúa, en eso se convierte...
Lo que un hombre desea, así es su destino.”*

B. UPANISHAD

⁵¹ (Obra Citada)

Preguntarnos por el Sentido de la Vida se da a lo largo de la existencia de las personas y frecuentemente se nos presenta como un desafío, ya que este se confronta con el dolor y el sufrimiento momentáneos o crónicos, con la experiencia de culpa y la muerte.

Una de las cualidades fundamentales de la existencia humana es la capacidad para remontarse por encima de estas condiciones y trascenderlas, dado que el ser humano es autotrascendente (se trasciende a sí mismo).

El ser humano es un ser histórico-social situado en coordenadas de tiempo y espacio que forman parte de una estructura precedida de un sentido. El sentido de la vida es diferente en cada una de las personas, es decir que es *subjetivo* y difiere día a día e incluso de un momento a otro, razón por la cual decimos que es también *relativo*. Preguntarse por el Sentido de la Vida es la manifestación de una dimensión genuinamente humana. (Pareja, 1989:179-180)

V. Frankl (1993)⁵², plantea que en términos generales lo que interesa no es el sentido de la vida, sino el significado que cada sujeto le da a la vida en un determinado momento. La vida presenta diversas situaciones que representan un reto, una dificultad que solo debe resolver cada individuo.

Las personas buscamos a lo largo del camino el Sentido de nuestras vidas, contamos con la libertad para encarnar los valores de nuestra situación histórica específica y con libertad para actualizar el Sentido que descubramos.

...”La incondicionalidad de la existencia del Sentido no implica, necesariamente, que en todos los casos el Sentido se descubra directa e inmediatamente de una forma transparente y diáfana. Junto a la incondicionalidad de la existencia del Sentido está la necesidad de ponerse en busca del sentido para de-velarle, pues el Sentido es y está y no tenemos que inventarle, crearle, etc”... (Pareja, 1989:184)⁵³

4.9. VALORES:

⁵² (Obra Citada)

⁵³ (Obra Citada)

Tal como lo plantea V. Frankl, el hombre puede descubrir y encontrar el Sentido de su vida por medio de tres vías elementales, éstas son:

1- Valores de Creación (Dar): Comprende aquellas actividades que el ser humano realiza y le ofrece al mundo: (ayudar a otros; ocupaciones diarias; la profesión, etc.).

Continuando con lo que Pareja G. plantea, éste aparece cuando experimento que no solamente soy capaz de *dar* algo al mundo sino que efectivamente ofrezco algo por medio de mis creaciones, (trabajo o quehaceres). Mi manera de responder a la vida, es con mi conducta personal, con la dimensión del ofrecer, del hacer, del entregar, del crear y transformar el mundo.

Los *valores de creación* pueden concretarse, por medio del trabajo, ya que este expresa parte de la función que tienen las personas al habitar el mundo, y agrega:

...”Cuando soy capaz de lo único y lo insustituible de mi existencia puedo realmente descubrir el Sentido de mi vida. El valor de un trabajo, no se reduce a seguir exactamente y de modo frío las reglas, sino a descubrir que yo puedo ofrecer en mi trabajo ese toque personal, único, ese sello de mi humanidad”... (Pareja, 1989: 187)

Lo importante del Sentido del trabajo, se revela cuando nos damos cuenta del tiempo que a diario le dedicamos; esta situación queda exhibida, por ejemplo, en la Neurosis Dominical.

La Neurosis Dominical (o vacío dominical), resulta al experimentar el ocio cuando no se le halla un sentido. Esto suele ocurrir en personas abstraídas absurdamente en el activismo o que han descubierto en el trabajo excesivo, un refugio o modo de escaparse de diferentes complicaciones existenciales; por esta razón manifiestan gran apatía al día domingo, se les presenta como una situación un tanto desagradable, deprimente y hasta frustrante. A la vez, se distingue un círculo vicioso, dado que estas personas no enfrentan la realidad de su sistema de vida, por lo que los momentos de ocio se les torna verdaderamente insoportable y la salida es una nueva evasión que puede reducirse a otra clase de actividades sociales; bailes, donde casi no pueden hablar ni pensar; el torbellino del deporte; o bien tienden a refugiarse en adicciones tales como alcohol, drogas, ingesta excesiva de comida, etc. Todo esto como consecuencia del estado de apatía y malestar que causa el detener las actividades cotidianas.

2- Valores de Experiencia (Recibir): Estos valores hacen referencia a aquellas vivencias en donde se puede encontrar sentido, como el amor, experiencias religiosas, la belleza, etc.

Guillermo Pareja (1989)⁵⁴, reseña que las personas tenemos la capacidad de descubrir el Sentido de nuestras vidas realizando los Valores de Experiencia.

No solamente estamos aptos para *dar*, dado que por nuestra apertura al mundo, también estamos preparados para *recibir* aquellas riquezas que se encuentran en el universo y en las demás personas. Así pues, podemos observar que la sensibilidad humana puede llegar a emocionarse con el grandioso obsequio que nos ofrece el contacto con la naturaleza en sus cuantiosas manifestaciones, como por ejemplo la claridad de un amanecer o la inmensidad del océano; luego agrega:

...”Cuando descubro que no solamente soy un ser capaz de dar algo al mundo, sino que puedo recibir algo del mundo a través de la contemplación de las maravillas de la naturaleza, la meditación, el arte”... (Pareja, 1989: 184)

El *arte* lleva al ser humano a sentir la gratitud del don, y la *meditación* se da como canal de contacto con la dimensión suprapersonal y trascendente.

La experiencia más intensa de estos valores, es encontrarse con otro ser humano y descubrir en él su unicidad, su irrepetibilidad. La experiencia trascendente del encuentro humano recorren todos los tipos de amistad hasta alcanzar el amor profundo. (Pareja, 1989: 191-192)

3- Valores de Actitud: Se trata de actitudes humanas como el sufrimiento o bien, la dignidad frente a la ruina o el fracaso. Son aquellos valores que el ser humano puede realizar al encontrarse frente a situaciones dolorosas e inevitables tales como la enfermedad, el sufrimiento o la muerte.

Lo importante a considerar aquí, es entonces la actitud que la persona adopte ante un destino irremediable. La posibilidad de realizar estos valores, se da cuando una persona se enfrenta a un destino que no le deja opción más que la de afrontarlo. Lo relevante es *cómo lo soporta, cómo carga con ese destino*.

...”Cuando el ser humano se ve imposibilitado de encontrar y descubrir el Sentido por el camino del crear (dar) y del experimentar (recibir), de los Valores de Creación y los Valores de Experiencia, entonces está en el umbral de los Valores de Actitud”... (Pareja, 1989:185)

⁵⁴ (Obra Citada)

Lo que evidencian estos valores, es una postura activa del ser humano. Éste cuenta con la capacidad de ejercer su íntima libertad espiritual interna para adoptar una actitud ante las circunstancias que le oprimen y avasallan, a pesar de encontrarse limitado por ciertas restricciones, ya sean estas de orden biológico, psicológico o social. Dicha actitud siempre es ante alguien o ante algo.

Los Valores de Actitud, nos sumerge en el tema de la *Tríada Trágica* aludido por Frankl en su experiencia personal y en su Análisis Existencial y Logoterapia. La tríada consta de:

* *Culpa*: podemos señalar que el sentirse culpable, es una característica propia y específicamente humana.

* *Sufrimiento (Dolor)*: emerge como algo “fatal”, dado que reiteradamente aparece sin avisar en la vida de las personas.

* *Muerte*: es la manifestación radical y última de la Tríada “trágica”, donde se evidencia la radical finitud y transitoriedad de la vida humana.

La postura del Análisis Existencial y Logoterapia de Frankl frente a la tríada, es realista y optimista, y de ninguna manera se la considera un pesimismo, ya que intenta que el hombre tome conciencia que no hay aspectos trágicos en nuestra condición humana ante los que no podamos tomar una actitud.

Gracias a nuestra actitud, que ha sido escogida de modo libre y responsable, podemos transformar en logros o en crecimiento personal a aquella situación que se nos presentó trágicamente. (Pareja, 1989: 202 - 203)

a) *Sentido del Sufrimiento*: El sufrimiento, tiene potencial para manifestar ante la mirada humana una dimensión de fortaleza del espíritu, que de otro modo, las condiciones óptimas de la vida no provocarían en el ser humano.

El sufrimiento puede acceder a la conciencia humana desde el campo *somático*, en forma de dolencias orgánicas; el campo *psicológico* en forma de perturbaciones que implican los trastornos emocionales; y el campo *espiritual* cuando la persona carga con problemas espirituales, conflictos éticos y morales que la hacen sufrir.

Estos sufrimientos tienen como referencia la situación histórico-social. Es así como el sufrimiento se manifiesta en un aspecto social por ejemplo, en la pobreza, la desintegración familiar, la marginación, la dependencia, etc.

El sufrimiento también implica madurar, cuyo fin es que la persona alcance su libertad interior y sea libre pese a las circunstancias. Cuando el sufrimiento es asimilado, agudiza la capacidad de comprensión de la existencia, lo cual le permite al ser humano enriquecerse. (Pareja, 1989: 205 - 210)

...”El hombre se enfrenta a su destino y puede conseguir algo por vía del sufrimiento. Muchas veces es precisamente una situación externa excepcionalmente difícil lo que da al hombre la posibilidad de crecer espiritualmente más allá de sí mismo. La realidad cotidiana representa una oportunidad y un desafío: o bien se puede convertir la experiencia en victoria, la vida en un triunfo interno, o bien se puede ignorar el desafío y limitarse a vegetar”⁵⁵ ...

b) Sentido de la Culpa: La culpa es entendida por el Análisis Existencial como la conciencia que se tiene de haber actuado de manera incongruente con nuestra libertad y los sentimientos que se desprenden de esa conciencia; es decir que la culpa nos remite al pasado, poniendo en evidencia la falibilidad de ciertas acciones y decisiones. Con frecuencia puede ejercer en los hombres una acción destructora, incesante, y hasta puede aumentar su fuerza haciendo que éste se centre en el pasado, distrayéndose del momento presente y perdiendo de vista ciertos aspectos que apuntan al futuro.

La culpa es puramente humana, ante la cual las personas deben tomar una actitud. (Pareja, 1989: 212)

c) Sentido de la Muerte: El sentido de la vida no puede ser descubierto si hacemos a un costado la pregunta por el sentido de la muerte. El concepto de “finitud”, lejos de quitarle el sentido a la vida, se lo otorga.

Ante la muerte, el ser humano adopta una actitud, teniendo la posibilidad de significar algo diferente para cada quien; aquella nos posibilita encarnar valores de actitud ya que se trata de algo absolutamente inevitable.

Si las personas no fuéramos radicalmente finitos, no tendríamos la necesidad, ni la obligación de responder las preguntas que nuestro vivir nos presiona a responder a diario; pues, en ese caso, nos daría lo mismo hacer las cosas que dejar de hacerlas o posponerlas indefinidamente. (Pareja, 1989: 212-213).

⁵⁵ Barroso, Graciela (2002; 5 de agosto). El Sentido de la Existencia Sufriente. Comentarios sobre: *El Hombre en Busca de Sentido*, de V. Frankl (1946). Academia de Ciencias Luventicus. Rosario (Argentina). Obtenido en <http://www.luventicus.org/articulos/02A017/index.html>

4.10. TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO, CONCIENCIA CORPORAL Y LOGOTERAPIA :

Es importante considerar que la Logoterapia apoya a la Medicina, pues en primera instancia se realiza un diagnóstico del paciente y se determina el tratamiento a seguir. Si se localiza alguna complicación fisiológica se encauza al enfermo para que se dirija al correspondiente especialista médico que pueda atenderlo para resolver su problema, siendo entonces la terapia del sentido un apoyo para salir adelante.

En el caso de quienes padecen trastornos alimenticios como obesidad, anorexia o bulimia, se busca primeramente que se resuelvan los problemas orgánicos a los que se hayan llegado y luego se recuperan los valores por la vida, trabajando para que abandonen las influencias que han experimentado del medio que los han llevado a tales padecimientos⁵⁶.

Elizabeth Lukas (2002)⁵⁷, hace referencia a tres categorías en cuanto a la tensión entre el ser y el deber ser, estas son:

- 1- La nueva conciencia corporal de estos tiempos, que ha hecho surgir una serie de terapias corporales.
- 2- La investigación moderna del comportamiento, que ha iniciado muchas variantes de las terapias del comportamiento.
- 3- La preocupación por el interrogante acerca del sentido, que ha encontrado su mayor resonancia en la Logoterapia de Viktor Frankl.

Nueva Conciencia Corporal: Actualmente, la mayoría de la población occidental es mucho más conciente con respecto a su bienestar físico. Los centros de entrenamientos son muy concurridos, surgen los parques para la salud y también se convierte en moda la alimentación naturista y las dietas para adelgazar; lo que se pretende con ello es poder (por medio del equilibrio del cuerpo), acercarse al equilibrio de la psiquis, del alma.

Sobre esto, M. de Dobrinsky (2008), en *“PNL: La Técnica del Éxito”*, agrega que los individuos buscan continuamente un estado de equilibrio, y sigue:

⁵⁶ Serrano, Raúl (2000). *“Logoterapia, adiós sufrimiento”*. Obtenido en: <http://www.saludymedicina.com.mx/nota.asp?id=1511>

⁵⁷ (Obra Citada)

...*"Incluso aquellas conductas que pueden parecernos más negativas se hacen con un propósito, aunque este no siempre sea conciente"*... (M. de Dobrinsky, 2008: 18)

E. Lukas (2002), afirma la existencia de diversas investigaciones que han demostrado que tanto los seres humanos como los animales, sostienen una manera determinada de comportarse cuando esta le concede beneficios de algún tipo, y que tratan de renunciar a aquellos comportamientos que le proporciona alguna desventaja o los perjudica; por ejemplo, la persona por lo general, come acompañada de otras personas, por lo que asociaría a la comida como generadora de compañía y comunicación. O bien, alguien que en su niñez, ha sido considerado obediente y bueno por haber comido toda la comida que le habían servido.

Podríamos continuar con muchos ejemplos, pero lo importante es distinguir que cada quien, obtiene ventajas por ciertos comportamientos que dan lugar a ser sostenidos en el tiempo y que, como mencionaba M. de Dobrinsky, no siempre son concientes.

La nueva *conciencia corporal* de la gente se manifiesta en ciertos comportamientos de consumo de bienestar, pero no existe un retroceso de las enfermedades provocadas por estilos de vida poco saludables; es decir que no disminuye el consumo de alimentos grasos en cantidades inusitadas, exageradamente dulces o salados (incluso cuando posteriormente, la persona se anote para tratamientos de dietas o bien, recientemente haya realizado alguna); tampoco se procede a practicar ejercicios, persistiendo la falta de movimiento, aún contando con valiosos equipos deportivos.

Vale decir que la nueva conciencia corporal, ha puesto al cuerpo en el centro de atención, pero no ha creado una autodisciplina adecuada para el mismo. (E. Lukas, 2002: 26 - 27)⁵⁸

Es de suma importancia considerar a la persona como totalidad, desde un enfoque holístico. No se la puede pensar de modo fraccionado, es decir, cuerpo por un lado, mente y espíritu por otro; es decir que sus partes son interdependientes.

Merlina de Dobrinsky (2008)⁵⁹, afirma que todas las partes que componen a las personas, están relacionadas, esto es, no existen en los individuos compartimentos estancos, y continúa diciendo:

⁵⁸ (Obra Citada)

⁵⁹ (Obra Citada)

...” El plano físico de una persona se halla, por ejemplo, en estrecha relación con el componente emocional y viceversa. Es por eso que cuando sentimos miedo (nivel emocional) experimentamos sensaciones físicas, tales como taquicardia o sudoración, entre otras (plano físico).

Pero también se produce el movimiento contrario... y es por ello que asumiendo físicamente una postura que denote sentimientos de seguridad (pecho hacia delante, mentón hacia arriba) comienzan a experimentarse, precisamente, este tipo de sentimientos...” (M. de Dobrinsky, 2008: 11)

E. Lukas (2002), refiere que aquel que no posee una visión introspectiva, no reconoce en sí la necesidad de armonizar su ser, por lo cual, es posible que se preocupe poco por sí mismo. Contrariamente, el que lo tiene presente (en mente y corazón), atenderá y velará por su ser, y si lo necesita pedirá ayuda, por ejemplo, yendo a terapia para recibir apoyo y juntos armonizar aquellos aspectos que lo estén requiriendo.

Es fundamental que todo individuo acepte su cuerpo, y para ello precisa reconocer aquellos motivos que trascienden lo corporal, esto es, reconocer su sentido de estar en el mundo.

La logoterapia no resta importancia al trato cuidadoso del cuerpo, ni a los condicionamientos psíquicos y la posibilidad de aprendizajes de cambios correctivos, pero quedan lugares que solo se pueden completar desde lo espiritual.

No es tarea fácil revertir un problema como la obesidad aunque, como dice Lukas, existe la *posibilidad de aprendizajes de cambios correctivos*. Toda tarea que aparece como inabarcable, puede ser concluida si se la fracciona en pequeñas metas, objetivos cortos, pasos que se ejecuten de a uno por vez. Es así como algo que parece imposible de realizar, puede transformarse en varias tareas pequeñas cuya dificultad no es relevante, por lo cual, secuenciar la conducta es lo aconsejable para este tipo de situación.

La logoterapia se preocupa por brindar apoyo al espíritu y obtener la fe del sentido, pues lo genuino, lo puro, lo auténtico crea fe; cuanto más transparentes y puros son nuestros propósitos, más podremos atesorar la fe en nosotros mismos.

SEGUNDA PARTE:

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 5:

MATERIALES, MÉTODOS

Y

PROCEDIMIENTO

CAPÍTULO 5

MATERIALES, MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO

5.1. OBJETIVOS:

- Indagar sobre esta problemática (obesidad), para poder conocer cómo repercute en los individuos que la padecen.
- Analizar por medio de la Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-A, la Autonomía, Aceptación de sí mismo, Control de Situaciones, Vínculos y Proyectos de adultos que padecen obesidad.
- Evaluar por medio de la Escala Existencial, la Libertad, Responsabilidad, Autotrascendencia y Autodistanciamiento de la persona obesa, para establecer una vida plena de sentido.
- Realizar una comparación entre los resultados de ambas Escalas en esta población.

5.2. METODOLOGÍA:

5.2.1. DISEÑO:

Tomando a Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P.; (1998) en “*Metodología de la Investigación*”⁶⁰, el presente trabajo estaría enmarcado en la categoría de **Diseño no**

⁶⁰ Sampieri; Collado y Lucio (1998). “*Metodología de la Investigación*”. Pág. 60;184;186;226

Experimental, dado que las variables que intervienen en el mismo no son susceptibles de manipulación por parte del investigador. En este tipo de diseño no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, tal como se dan en su entorno natural, (el examinador no las provoca intencionalmente) para su posterior análisis.

Se trata de un estudio de tipo **Descriptivo**, ya que el propósito será medir y evaluar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar para luego describirlos, es decir que no se procurará llegar a verdades absolutas o a conclusiones definitivas que agoten el total de las explicaciones posibles sobre esta temática. Al tratarse de un estudio descriptivo, las conclusiones que se emiten quedan circunscriptas al estudio exploratorio del tema que se aborda.

Es un Diseño de tipo **Transversal** (o Transeccional), cuyo objetivo es recolectar datos en un tiempo único y describir una población determinada, en un momento dado, estableciendo diferencias y relaciones entre las variables estudiadas.

5.2.2. MUESTRA:

La muestra utilizada es de carácter **No Probabilística Intencional**, también llamada *muestra dirigida*. Supone un procedimiento de selección informal y arbitraria en función de los objetivos previamente establecidos; esto es, una cuidadosa elección de personas con determinadas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Por tratarse de una muestra no probabilística, las conclusiones que se deriven de este trabajo no podrán generalizarse a toda la población, sino que sólo deben ajustarse a la muestra utilizada. De este modo, la validez a la que apunta esta investigación sería una validez interna, vale decir que es representativa de este grupo de individuos y no de otro; por lo tanto no es generalizable.

- Criterios para la Selección:

Los sujetos fueron seleccionados por reunir características de interés para esta investigación; dichas características fueron: personas adultas que presentaran obesidad o bien, un grado significativo de sobrepeso y que todos poseyeran igual nivel socioeconómico, de manera tal que tuvieran la mayor cantidad posible de condiciones similares entre ellos.

La muestra utilizada para este trabajo, está constituida por 14 mujeres de nivel socioeconómico bajo, que presentan “Pre-obesidad / Sobrepeso” y “Obesidad de Grado 1”, ya que su Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor a 25 y menor a 34.9 en todos los casos. Las edades de este grupo de mujeres, van desde los 21 a los 60 años; todas ellas pacientes que asisten al Hospital “Héctor Elías Gailhac” para el tratamiento y control de su problema de obesidad.

5.2.3. INSTRUMENTOS:

Partiendo de los objetivos que se pretendían estudiar, se administraron las siguientes Escalas que investigan los aspectos que nos pueden ofrecer la información apropiada para nuestros fines:

- *Escala BIEPS-A* (Adultos). Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica, de María Martina Casullo y colaboradores. (Paidós)
- *Escala Existencial* de Alfred Längle, C. Orgler y Kundi.

5.2.3.1. Escala BIEPS-A (Bienestar Psicológico de M. M. Casullo)

- FUNDAMENTOS DE LA ESCALA:

Casullo, M. Martina (2002), en “*Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*”⁶¹, cita que el Bienestar Psicológico puede y debe ser estudiado teniendo en cuenta diferentes niveles de integración de los comportamientos humanos.

Casullo M. y colaboradores elaboraron esta Escala teniendo en cuenta los trabajos de Ryff (1989). La escala presenta una propuesta de evaluación de la percepción que un individuo posee sobre los logros alcanzados en su vida, del grado de satisfacción personal con lo que hizo, hace o puede hacer, desde una mirada rigurosamente subjetiva / personal.

Ryff (1989), critica los estudios clásicos sobre satisfacción alegando que en general se ha apreciado al bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital.

Casullo M., duda sobre la unidimensionalidad del constructo “*Bienestar Psicológico*”, señalando su multidimensionalidad; Ryff lo concibe como un constructo multidimensional, es un constructo más extenso que la mera estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo; estudiarlo implica tener en cuenta la autoaceptación, un sentido de los propósitos o el significado vital, el sentido de crecimiento personal o compromiso y establecer buenos vínculos personales.

El Bienestar Psicológico se relaciona con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido y presenta variaciones según la edad, el sexo y la cultura.

Esta autora plantea que el Bienestar Psicológico estaría compuesto por seis dimensiones:

- 1- Una apreciación positiva de sí mismo.
- 2- La capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida
- 3- La alta calidad de los vínculos personales.
- 4- La creencia en que la vida tiene propósito y significado.
- 5- El sentimiento de que cada uno va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida, la aceptación del paso de los años.
- 6- El sentido de autodeterminación.

Apoyándose en las *seis dimensiones* propuestas por Ryff, Casullo M. Martina y colaboradores, diseñan un instrumento para medir el bienestar psicológico, donde se consignaron 36 ítems pretendiendo operacionalizar cada una de ellas. Sólo pudieron

⁶¹ Casullo, María Martina y otros (2002). “*Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica*”, Bs. As. Paidós.

verificarse en la población adulta, cuatro de las seis dimensiones propuestas: Vínculos, Proyectos, Autonomía y Control/Aceptación de sí mismo.

- Dimensiones:

- **Control de las Situaciones:** Supone tener una sensación de control y de autocompetencia. Las personas con control pueden crear o moldear contextos para adecuarlos a sus propias necesidades e intereses. Por el contrario, quienes presentan una baja sensación de control, tienen dificultades en el manejo de los asuntos de la vida cotidiana y creen que son incapaces de modificar el ambiente en función de las necesidades. *Definiciones Operacionales:* “Si estoy molesto por algo soy capaz de pensar en cómo cambiarlo; creo que me hago cargo de lo que digo o hago; si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo; encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.
- **Aceptación de sí mismo:** Implica poder aceptar los múltiples aspectos de sí mismo, (los buenos y los malos). Sentirse bien acerca de las consecuencias de los eventos pasados. No tener aceptación de sí mismo es estar desilusionado respecto de la vida pasada y querer ser diferente de como se es. *Definiciones Operacionales:* “En general estoy conforme con el cuerpo que tengo; estoy bastante conforme con mi forma de ser; puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.”
- **Vínculos Psicosociales:** Se relaciona con la capacidad para establecer buenos vínculos con los demás; tener calidez, confianza en otros, capacidad empática y afectiva. Tener malos vínculos significa tener pocas relaciones con los demás, sentirse aislado y frustrado; incapacidad para establecer relaciones comprometidas con otras personas. *Definiciones Operacionales:* “Tengo amigo en quienes confiar; generalmente le caigo bien a la gente; cuento con personas que me ayudan si lo necesito; creo que me llevo bien con la gente; pocas veces me siento solo.”

- **Autonomía:** Consta de poder tomar decisiones de modo independiente. Tener asertividad. Poder confiar en el propio juicio. En cambio, ser poco autónomo es depender de los demás para tomar decisiones y estar preocupado por lo que ellos dicen, piensan y sienten. *Definiciones Operacionales:* “Generalmente no cambio mis ideas o sentimientos para parecerme a los demás; puedo decir lo que pienso sin mayores problemas; en general hago lo que quiero, soy poco influenciable; puedo tomar decisiones sin dudar mucho.
- **Proyectos:** Consiste en tener metas y proyectos en la vida. Considerar que la vida tiene significado. Asumir valores que otorgan sentido y significado a la vida. *Definiciones Operacionales:* “Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida; me importa pensar lo que haré en el futuro; soy capaz de pensar en un proyecto para mi vida; siento que podré lograr las metas que me proponga.”

- DESCRIPCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ESCALA:

La escala consta de 13 ítems, que evalúan el *Bienestar Psicológico* desde una perspectiva multidimensional. Puede administrarse de manera individual o colectiva y responderse en cinco minutos aproximadamente.

Las personas deben leer cada ítem y responder sobre lo que sintieron y pensaron durante el último mes. Tienen tres opciones de respuesta:

- 1) De acuerdo (se asignan 3 puntos)
- 2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (se asignan 2 puntos)
- 3) En desacuerdo (se asigna 1 punto)

La escala tiene todos sus ítems directos; se obtiene una puntuación total que es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. No admite respuestas en blanco, (en este caso se devuelve el protocolo al evaluado para que responda el ítem, de lo contrario, se asigna al ítem 2 puntos ya que es una puntuación neutral). La puntuación global directa se transforma a un valor percentilar.

Es posible que esta Escala se utilice para rastreos (screenings), en grandes poblaciones, en la evaluación psicológica individual y en trabajos de investigación.

- INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA:

Las puntuaciones inferiores al percentil 25 indican que la persona autopercebe un bajo bienestar psicológico y que están comprometidas varias de sus áreas vitales. En este caso conviene revisar sus respuestas analizando cada ítem.

Las puntuaciones superiores al percentil 50 o 75 indican un bienestar promedio o alto, señalando que el sujeto se siente satisfecho o muy satisfecho con su vida, en términos generales.

5.2.3.2. **Escala Existencial** (Längle, Orgler y Kundi)

- NOCIONES GENERALES:

Esta Escala parte de la concepción de que para realizar la existencia, es necesario poner en juego ciertas capacidades existenciales específicas.

Se trata de un instrumento técnico para el abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico creado por A. Längle, C. Orgler, M. Kundi y colaboradores en 1988.

La Escala Existencial es:⁶²

- ◆ Un test para medir la percepción personal de “Plenitud Existencial”. (No mide acontecimientos traumatizantes de la vida, inteligencia, u otros).
- ◆ Es apropiado para el apoyo y objetivación del proceso psicodiagnóstico y terapéutico: permite determinar puntos de partida, ámbitos de conflictos y avances terapéuticos.

⁶² Citado en: Gómez, Ana y Asid, Laura. Apunte elaborado para la Cátedra de Técnicas en Análisis Existencial y Logoterapia: “*Escala Existencial (Längle- Orgler- Kundi)*”, año:2007

♦ La Escala puede usarse para detectar posibles dificultades en la capacidad de Tomar Posición frente a diversas situaciones y en el Hallazgo de Sentido. Fue creada tomando como marco teórico la Logoterapia (de Frankl) y el Análisis Existencial.

♦ Los pasos del Método de Hallazgo de Sentido fueron paralelizados con sus implicaciones antropológicas:

~ *Percibir*: implica Autodistanciamiento (AD).

~ *Valorar*: implican Autotrascendencia (AT).

~ *Elegir*: necesita Libertad (L).

~ *Hacer*: implica Responsabilidad (R).

Correspondientemente resultan los Subtests de la Escala como:

AD: Autodistanciamiento

AT: Autotrascendencia

L: Libertad

R: Responsabilidad

Valor P: Condiciones Personales

Valor E: Realización Existencial en las posibilidades del mundo

Valor Global o Puntaje Total de la Escala: "Plenitud Existencial" como apreciación subjetiva.

- DESCRIPCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ESCALA EXISTENCIAL:

La Escala consta de un cuestionario compuesto por 46 ítems ordenados arbitrariamente. Constituyen dos escalas denominadas:

Medida P: Conformada por las subescalas de Autodistanciamiento y Autotrascendencia y **Medida E:** Conformada por las subescalas de Libertad y Responsabilidad.

Objetivos de cada sub-escala.⁶³

• “*Escala Personal (P)*”:

1) Autodistanciamiento (AD): El objetivo de esta sub-escala es evaluar la capacidad para la organización del espacio libre interior. Esta capacidad se manifiesta en la posibilidad de conquistar la distancia de sí mismo, de los deseos, temores, lo que permite la captación del mundo inclusive en ocasiones desfavorables.

2) Autotrascendencia (AT): Evalúa la capacidad de percibir los valores, lo que se manifiesta en los sentimientos. Implica aceptar al prójimo y a partir de esa aceptación, el compromiso (sentir y compartir). La autotrascendencia evaluada como capacidad de resonancia afectiva y captación de los valores es condición previa para el compromiso con el mundo.

• “*Escala Existencial (E)*”:

1) Libertad (L): Evalúa la capacidad de decisión que tiene la persona al encontrarse ante una posibilidad real de acción. La capacidad de decisión es evaluada en relación a las posibilidades actuales de elección y considerando las alternativas posibles. Al lograr reiteradamente elegir sin mayores dificultades, surge el sentimiento de ser libre. Esta sub-escala permite ver la capacidad / incapacidad de decisión y si la persona es capaz de tomar decisiones seguras.

2) Responsabilidad (R): El objetivo es evaluar la responsabilidad como disposición para comprometerse a partir de una decisión libre y siendo consciente de la obligación, de las tareas y valores que implica dicha decisión. Ser consciente implica considerar las consecuencias de los actos que, según haya sido la respuesta, redundarán en un sentimiento de seguridad.

Los ítems de la Escala, se disponen del siguiente modo:

- **AD**: ítems 3-5-19-32-40-*42-43-44

- **AT**: ítems *2-4-11-12-13-14-*21-27-33-34-35-*36-41-45

- **L**: ítems 9-10-*15-17-18-23-24-*26-28-31-46

- **R**: ítems 1-6-7-8-16-20-22-25-29-30-37-38-39

⁶³ Citado en Boado de Landaboure, Noemí B. (2002). “*Escala Existencial de Längle, Orgler y Kundi, Manual Introductorio*”. Editorial Dunken. Bs. As. (Pág. 32-33).

En la primera hoja de la Escala se pueden recopilar datos propios de la persona.

En la segunda hoja se encuentran las instrucciones para la Escala, se le pide al examinado que evalúe en un continuo de: *Sí Absolutamente* a *No Absolutamente*, en qué medida le conciernen a él cada una de las 46 aseveraciones. Para responder el cuestionario, se estima un tiempo de 15 ó 20 minutos (aprox.).

Esta Escala puede evaluarse de modo Cuantitativo y Cualitativo:

Evaluación Cuantitativa: La obtención de los puntajes parciales es a partir de la suma de los puntajes asignados para cada aseveración.

AD: Se obtiene de la suma del puntaje de los resultados conseguidos en los ítems 3-5-19-32-40-*42-43-44

AT: Se obtiene de la suma del puntaje de los resultados conseguidos en los ítems *2-4-11-12-13-14-*21-27-33-34-35-*36-41-45

L: Se obtiene de la suma del puntaje de los resultados conseguidos en los ítems 9-10-*15-17-18-23-24-*26-28-31-46

R: Se obtiene de la suma del puntaje de los resultados conseguidos en los ítems 1-6-7-8-16-20-22-25-29-30-37-38-39

Medida P: se adquiere sumando las subescalas *AD + AT*

Medida E: se obtiene sumando las subescalas *L + R*.

Valor Global: para conseguirlo, se suman los valores obtenidos para las cuatro subescalas.

Para la correcta evaluación, se establecen los valores del Test para las 4 escalas mediante la ayuda de plantillas.

Cada ítem será correlacionado a la columna correspondiente de respuestas con un número del 1 al 6. Cada uno es incluido una sola vez en las subescalas.

La plantilla puede ser utilizada, para la medida correspondiente, en las tres hojas, sólo es importante cuidar que sean colocadas sobre la columna correcta. El resultado numérico puede ser comparado con el valor de rango porcentual o de ahí pasar al cuartil que corresponde en el resultado del Test.

Los resultados se comparan con los de una muestra de sujetos cuyas edades fluctúan entre 18 a 70 años, considerando el intervalo de edad correspondiente a la persona examinada. (*Baremo Austríaco*).

Los valores de comparación se realizan a partir de una muestra al azar normal $N=1028$. Lo que quiere decir que en el primer cuartil se encuentran aquellos 25% de la población normal quienes obtienen valores *por debajo de la media*.

Se puede designar como *término medio* a los valores del Test que se encuentran en el segundo y tercer cuartil. El 50% de la población alcanzan estos valores. Los valores del cuarto cuartil, están *más altos que el término medio*, por lo que estas personas, pueden emplear muy bien sus capacidades personales.

Evaluación Cualitativa: Nos sirve de diagnóstico y habilita a la prevención y el tratamiento. Se basa en el “*Método de Hallazgo de Sentido*” (Längle, 1988), y nos permite ver de qué modo o en qué momento de los siguientes pasos se encuentra la persona. Si bien el abordaje teórico del Método se encuentra en el capítulo 4 de esta tesina, ampliaremos con lo siguiente:

1- *Momento de Percibir:* La persona se da cuenta de las situaciones que acontecen en su entorno; esto es posible por tener la capacidad de *Autodistanciamiento*, que le posibilita percibirse a sí mismo y a la situación en la que se encuentra, confrontándose con limitaciones y posibilidades personales y situacionales.

2- *Momento del Valorar:* La situación despierta en la persona emociones que le posibilita contactarse con lo valioso. La capacidad de *Autotrascendencia*, le permite distinguir diversas posibilidades de respuesta.

3- *Momento de Decidir:* Entre las posibilidades que se le presentan, la persona debe decidir una forma de actuar; comprende el ejercicio de la *Libertad* unida a la *Responsabilidad*.

4- *Momento de Ejecutar:* Aquí se realiza la posibilidad de sentido; para ello deben ser encontrados medios y estrategias; le corresponde a cada persona realizar lo que decidió. Sólo en la ejecución se puede sentir la plenitud del sentido.

- INTERPRETACIÓN CUANTITATIVA:

Cuando el probando haya trabajado la Escala, se podrá tener un panorama de sus cualidades personales para establecer satisfactoriamente una forma de vida plena de sentido.

La mayor parte de las preguntas son polarizadas negativamente, esto supone que optar por “No, pero con reservas” es un buen resultado. Solamente seis aseveraciones salen de este marco y por lo tanto responder “Sí, pero con reservas” es una buena respuesta. Estos son los ítems 2-15-21-26-36-42, que se presentan en el protocolo de respuesta acompañados de un asterisco (*).

- INTERPRETACIÓN CUALITATIVA DE CADA SUB-ESCALA:

Para la interpretación cualitativa de las sub-escalas, Noemí Boado de Landaboure⁶⁴ nos ofrece la siguiente información:

• **Sub-escala Personal:**

1) Autodistanciamiento: Una “Baja Puntuación” revelaría una empobrecida distancia de sí mismo y por lo tanto una autopreocupación exagerada, forjando sentimientos de autorreproche e hiperreflexión hacia los asuntos problemáticos.

Los “Puntajes más Altos” expresan en la persona una atención desplazada hacia el exterior, lo que conlleva a un incremento en la distancia de sí. En caso de puntuaciones “extremadamente altas” (más de 43), indican en el individuo un riesgo de no ver sus propias necesidades o sentimientos dado la distancia que toma de sí mismo, mostrándose indiferentes ante el mundo externo.

2) Autotrascendencia: Una “Baja Puntuación”, revelaría una vida pobre en sentimientos. La persona no sabe bien qué quiere o qué le gusta, se encontraría desorientada por la carencia de sensibilidad y los sentimientos que surgen, son vivenciados como irritantes. Son individuos emocionalmente indiferentes y por tal, difíciles de abordar.

• **Sub-escala Existencial:**

⁶⁴ (Obra Citada; Pág. 76-78)

1) Libertad: Los “Puntajes Bajos” mostrarían debilidad, inseguridad en la decisión, desorientación valorativa y sugieren disminución en la capacidad de ejecución.

La obtención de “Puntajes Altos”, revelan firmeza en la formación de juicios de valor y en la toma de decisiones. Mientras más alto sea el puntaje, más fácil resulta elegir, decidir y actuar.

2) Responsabilidad: La obtención de “Puntajes Bajos”, revelarían pobreza en los compromisos asumidos; no existe una marcada conciencia de obligación, (es más espectador que actor); más que vivir la vida, pasa por ella.

- **Valor P - Personal:** El puntaje “P”, describe el ser personal en una característica de la persona que es la apertura al mundo y a la autocaptación. Un “Bajo Puntaje” se relaciona con predisposición al retraimiento; esto puede deberse a que el individuo tal vez esté muy ocupado de sí mismo (problemas psíquicos) o bien por inmadurez.

Los “Puntajes muy Altos” manifestarían cierta vulnerabilidad, tornándose por momentos hipersensibles.

- **Valor E – Existencialidad:** Describe la esencialidad del hombre en lo que hace a la capacidad de decidirse y comprometerse con el mundo. Los “Bajos Puntajes” se relacionan con personalidades inseguras e indecisas; el compromiso con el mundo, surge como respuesta a estímulos externos.

En cuanto van “aumentando los puntajes”, hallamos a sujetos con una notable capacidad de decisión y responsabilidad. Existe una clara conciencia de obligación, por lo que la persona responde a las decisiones tomadas.

- **Valor Total:** Cuando la persona alcanza “Puntajes Bajos”, nos encontramos posiblemente, frente al vacío existencial, donde hay dificultades para entablar un intercambio dialógico con el mundo y una vida pobre en relaciones.

Los “Puntajes más Altos”, nos hablan de una apertura interior, plenitud vital, compromiso con el mundo y satisfacción consigo mismo.

5.2.4. PROCEDIMIENTO:

Para efectuar la presente investigación, se llevó a cabo una entrevista con el Doctor Marcelo Barcenilla, director del Hospital "Héctor E. Gailhac" y con la Lic. en nutrición Sra. Lilian Falcone, a fin de especificar la razón de mi trabajo y requerir la autorización correspondiente para tener acceso y trabajar con aquellas personas que asistieran a los grupos de obesidad que se realizan en dicha institución.

Posteriormente se confeccionó una notificación para formalizar el consentimiento de trabajar en el grupo antes citado y así llevar a cabo la elaboración de esta tesina. Dicha nota fue abalada por la Facultad de Psicología (UDA) y por el director del mencionado hospital y una vez autorizada, se accedió al trato con las personas por medio de encuentros grupales con la finalidad de informar el objetivo de la investigación, advertir la modalidad de trabajo, lograr un buen rapport y administrar las Escalas correspondientes.

Las escalas fueron tomadas en grupo. Primeramente fue empleada la Escala de Bienestar Psicológico; se entregó lapicera, una hoja por persona con la escala a responder y se les explicó la consigna. Los ítems fueron leídos en voz alta a fin de ir aclarando dudas, facilitar la comprensión, proteger a quienes presentaban problemas de vista y/o dificultades de lectura.

En el encuentro grupal de la semana siguiente, se administró la Escala Existencial, donde se procedió de igual manera que con la escala anterior.

Al finalizar con la toma de ambas escalas, fueron puntuadas y finalmente se hizo una devolución individual de los resultados obtenidos.

TERCERA PARTE:

PRESENTACIÓN

DE LOS

RESULTADOS

CAPÍTULO 6:

RESULTADOS

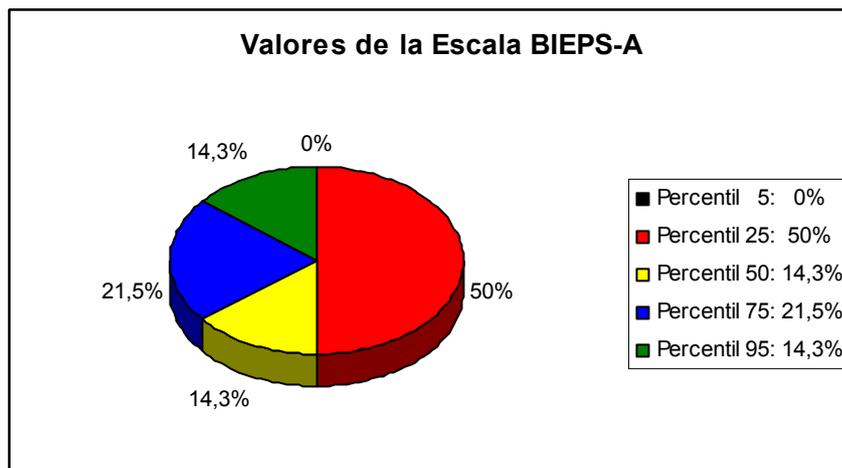
CAPÍTULO 6 RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:

6.1.1. RESULTADOS DERIVADOS DE LA ESCALA BIEPS-A, EVALUACIÓN DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO:

Luego de puntuar las Subescalas pertenecientes a la Escala BIEPS-A, administradas a 14 personas que sufren obesidad, los puntajes brutos totales fueron convertidos en puntajes equivalentes según lo establecido en el manual de la Escala BIEPS-A:

Sujetos	Puntaje Bruto	Percentil	Aceptación/Control	Autonomía	Vínculos	Proyectos
S.1	39	95	9	9	9	12
S.2	39	95	9	9	9	12
S.3	31	25	9	3	9	10
S.4	36	75	9	8	9	10
S.5	33	25	7	6	9	11
S.6	31	25	6	8	8	9
S.7	31	25	7	7	8	9
S.8	37	75	9	8	8	12
S.9	34	50	7	7	8	12
S.10	37	75	9	9	8	11
S.11	32	25	7	6	8	11
S.12	35	50	9	6	8	12
S.13	29	25	8	7	7	7
S.14	32	25	8	5	7	12



Ningún integrante de nuestra muestra se encontró dentro del *percentil 5*, vale decir que no se encontrarían bajo riesgo de poseer comprometida sus áreas vitales.

El *50%* de los sujetos que componen la muestra, presentó un porcentaje *percentilar* igual a *25*, lo que revelaría que se autoperciben con un “*Bajo Nivel*” de Bienestar Psicológico, esto es, no se sentirían satisfechos con sus vidas, tendrían dificultades para manejar sus asuntos, no se propondrían metas ni proyectos y se juzgarían como incapaces de modificar el ambiente en función de sus propias necesidades. Estas personas desearían ser distintas de lo que son, sería de su interés y preocupación las opiniones de los demás, lo que las llevaría a depender de otros para tomar decisiones.

En cuanto al *percentil 50* (o percentil medio), lo integran el *14,3%* de la muestra, es decir que ellos contarían con una autopercepción de Bienestar Psicológico “*Dentro del Promedio*”; significa que en términos generales, serían independientes para tomar decisiones y confiarían en su juicio, vale decir, considerarían que son autocompetentes.

Se sentirían bien con su vida y a gusto con su manera de ser, reconociendo y aceptando los aspectos buenos y malos de sí mismos; Establecerían vínculos con otros mediante la calidez, la confianza, la empatía y el afecto.

El *percentil 75* lo ocupa el *21,5%* de esta muestra, marcando en estos sujetos un bienestar “*Promedio Alto*”; También mostraría que por lo general, se encontrarían muy satisfechos con su propia vida.

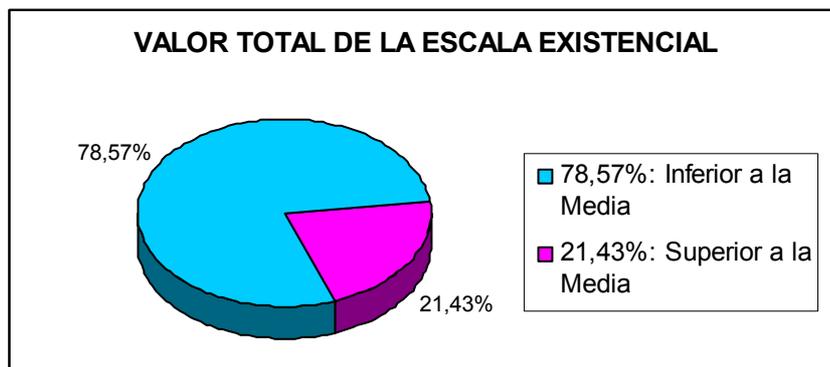
El *14,3%* de la muestra, obtuvo un porcentaje *percentilar* de *95*, lo cual podría relacionarse con un “*Alto Bienestar Psicológico*”, lo que supone en términos generales

que establecerían relaciones basadas en buenos vínculos afectivos, serían asertivos, se sentirían muy conformes con su vida y poseerían buena capacidad empática.

Posiblemente sean personas que se aceptan tal como son y que dispongan de gran seguridad en si mismos a la hora de tomar decisiones. No aspirarían ser distintos de como se conciben y admitirían las consecuencias de situaciones pasadas. Asimismo poseerían una sensación de control generando o moldeando contextos para adecuarlos a sus propios intereses y necesidades.

6.1.2. RESULTADOS DERIVADOS DE LA ESCALA EXISTENCIAL:

- VALOR TOTAL DE LA ESCALA:



Considerando la media del *Valor Total* de la Escala ($X= 214,18$), podemos observar que el 21,43% de la muestra presentó una puntuación “alta”, lo que revelaría que estas personas establecerían un intercambio dialógico con el mundo, compromiso y una vida de relaciones dentro de los términos esperables, manifestarían una apertura interior satisfactoria ante la vida, presentándose esta como cordial ante sí.

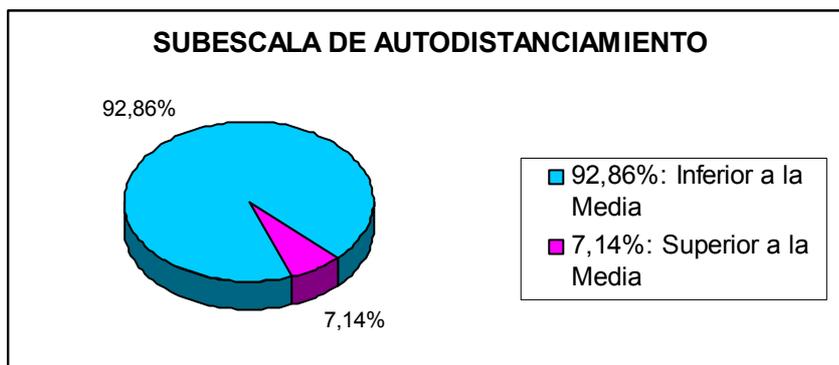
Es decir que en general, serían sujetos que conseguirían emplear favorablemente sus cualidades personales para establecer una vida plena de sentido.

Por otra parte, los datos revelaron que el 78,57% de la muestra, ofreció una puntuación “inferior a la media”, lo que haría a la necesidad de estar atentos ante la posibilidad de que en ellos se presente un vacío existencial, traducido este como

opresión, dificultades para establecer un intercambio dialógico con el mundo externo, una vida pobre en relaciones y falta de compromiso.

Serían personas que se encontrarían sin poder enfrentar su enfermedad satisfactoriamente sintiéndose desfavorecidos por la vida.

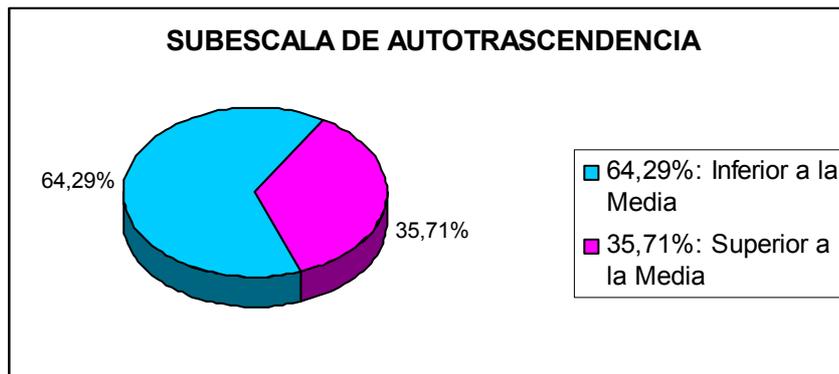
- SUB-ESCALA AUTODISTANCIAMIENTO:



En función de la media de *Autodistanciamiento* ($X = 35,31$), vemos que sólo el 7,14% de la muestra, manifestó una puntuación “superior”, lo que indicaría que estos sujetos poseerían una adecuada capacidad para organizar su espacio libre interior, manifestándose esto en la aptitud de conquistar la distancia de sí permitiendo la captación del mundo incluso en ocasiones desfavorables, esto es, la atención de estas personas se desplazaría hacia el exterior y en consecuencia se acrecienta la distancia de sí mismo.

No obstante el 92,86% de los sujetos, obtuvo una puntuación “inferior a la media”, lo cual haría referencia a una distancia empobrecida de sí mismo y conduciría a su vez a sentimientos de autorreproche e hiperreflexión sobre su problema de obesidad.

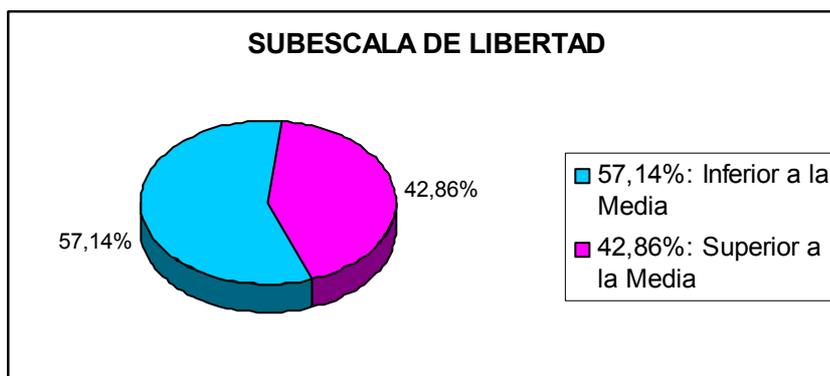
- SUB-ESCALA AUTOTRASCENDENCIA:



Al evaluar, teniendo en cuenta la media de *Autotrascendencia* de esta Escala ($X=71,22$), se observó que el 35,71% de la muestra brindó una puntuación “alta”, lo que permite inferir que serían sujetos que poseen una capacidad ajustada de percibir los valores, lo que se pondría de manifiesto en la claridad de los sentimientos. Estos sujetos aceptarían al otro pudiendo compartir y comprometerse.

El 64,29% de la muestra presenta una puntuación “inferior a la media”, lo que indicaría que tendrían una vida pobre en sentimientos. Serían personas que no sabrían bien qué quieren o qué les gusta, y sus sentimientos aparecerían como irritantes en varias ocasiones, justamente por su estrechez afectiva.

- SUB-ESCALA LIBERTAD:

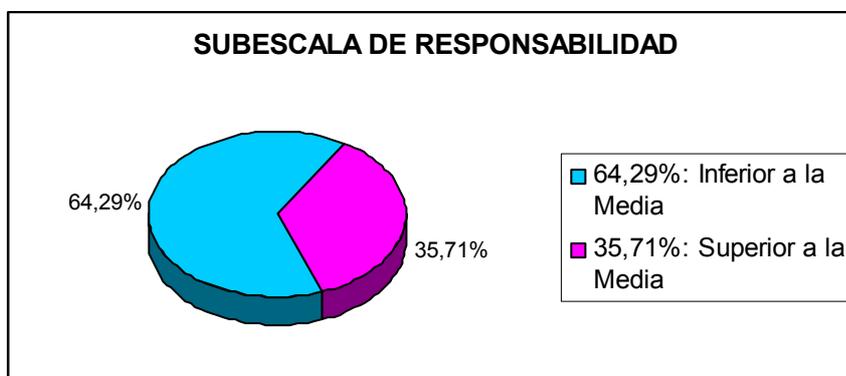


Atendiendo a la media de Libertad ($X=50,59$), podemos advertir que el 42,86% de la muestra presentó una puntuación “superior”, con lo cual se podría inferir que serían

personas capaces de decidir al encontrarse ante una posibilidad real de acción, como así también, su celeridad y firmeza en la formación de juicios de valor, es ajustada.

Mientras que el 57,14% restante ofreció una puntuación “inferior a la media”, lo cual permite estimar que estos sujetos presentarían inseguridad en tomar decisiones y desorientación valorativa; su capacidad de ejecución se encontraría disminuida.

- SUB-ESCALA RESPONSABILIDAD:



Contemplando la media de *Responsabilidad* de la Escala ($X=57,09$) podemos notar que del total de la muestra, el 35,71% exhibió una puntuación “elevada”, lo que reflejaría en estos sujetos una adecuada responsabilidad y disposición para comprometerse a partir de una decisión libre, serían concientes de las obligaciones, valores y tareas que dicha decisión implica y tendrían en cuenta las consecuencias de los actos.

Y el 64,29% restante, reveló una puntuación “inferior a la media”, lo que señalaría pobreza en los compromisos asumidos, no habría en ellos una marcada conciencia de obligación, (serían más espectadores que actores).

CONCLUSIONES:

En primer lugar diremos que dadas las características de la muestra utilizada (Intencional No Probabilística), las conclusiones que se desprenden de este trabajo son válidas únicamente para describir al grupo de sujetos que participó en esta investigación.

A partir del análisis de los datos obtenidos, se puede concluir lo siguiente:

En cuanto al primer objetivo propuesto: *“Indagar sobre esta problemática (obesidad), para poder conocer cómo repercute en los individuos que la padecen”*, alegaremos que se cumple con la exploración teórica realizada en la primera parte de este trabajo.

Por otro lado se planteó el objetivo de *“Analizar por medio de la Escala de Bienestar Psicológico BIEPS-A, la Autonomía, Aceptación de sí mismo, Control de Situaciones, Vínculos y Proyectos de adultos que padecen obesidad”*. Respecto a él se concluye que:

La mitad de las personas que conforman la muestra (el 50%), ha presentado un *“Bajo Nivel de Bienestar Psicológico”*, este es un dato significativo dado que aquí, serían muchas las personas obesas que se autoperciben con un nivel de bienestar psíquico empobrecido. Esto equivale a decir que el grado de satisfacción personal tanto con lo que hicieron, hacen o lo que pueden hacer no sería de su conformidad; serían dependientes de otros, ya que no cuentan con un buen dominio del entorno y se verían a sí mismos con dificultades para manejar sus propios asuntos postergando el planteo de sus proyectos personales.

Todo ello haría que estas personas juzguen globalmente sus vidas en términos poco favorables, percibiendo una discrepancia entre sus aspiraciones personales y los logros alcanzados.

Por otro lado, un número considerablemente menor de personas obesas dentro de nuestra muestra, presentó una autopercepción de Bienestar Psicológico *“Alto”* y *“Dentro del Promedio”*; esto nos permite concluir que solo un bajo porcentaje de ellos se sentirían conformes con su vida y con su manera de ser, ya que poseen autonomía para decidir, disfrutar de sus vínculos y adaptarse a distintas situaciones. Estas personas confiarían en su juicio, serían asertivas y seguras de sí, se considerarían

autocompetentes y podrían adaptar los contextos en función de sus intereses y necesidades.

A partir de lo antes expuesto y haciendo un análisis exhaustivo de las dimensiones que componen la Escala BIEPS-A, podríamos concluir que dentro de este grupo de personas obesas, una cifra alta tendría en general, grandes dificultades para gozar de un buen bienestar psicológico.

Respecto al objetivo de: *“Evaluar por medio de la Escala Existencial, la Libertad, Responsabilidad, Autotrascendencia y Autodistanciamiento de la persona obesa, para establecer una vida plena de sentido”*, podemos decir que a partir de los datos obtenidos, la muestra tomada presentó en su mayoría valores inferiores en todas las subescalas respecto a cada media correspondiente. Esto revelaría la presencia de dificultades para establecer satisfactoriamente una vida plena de sentido, mostrando ciertos inconvenientes para aceptar lo propio, no logrando encarar de modo óptimo la inestabilidad que les plantea esta enfermedad.

Implicaría también que en general, la mayoría de este grupo de personas no tomaría una actitud libre y responsable, no se sensibilizaría frente a la situación que están atravesando con su enfermedad, ni se comprometería con un cambio para conseguir su bienestar o trascender su actual realidad.

No considerarían sus posibilidades para consumir su existencia por medio de la toma de postura que les permita pasar a la acción y así mejorar su calidad de vida; es decir que no adiestran su libertad para adquirir una postura personal frente al cumplimiento de su existencia. Todo ello hace que, en definitiva, no se conecten con el sentido.

Es relevante destacar la subescala de *“Autodistanciamiento”* ya que los porcentajes obtenidos en ella (respecto de la media), presenta un contraste significativo debido a las bajas puntuaciones. Esto estaría revelando que la mayor parte de estos sujetos presentarían una capacidad endeble para organizar su espacio interno, no pudiendo tomar distancia de sí mismo, de sus temores, sus deseos para captar libremente al mundo aún en situaciones poco favorables; en este sentido, estas personas estarían *“autoaprisionadas”*, lo que implicaría un incremento en la pérdida de valor, en contactarse con lo valioso de sí mismos. Estarían cerrados al mundo, presentando inconvenientes tanto para percibir el sentido de la situación que atraviesan, como para encontrar un sentido trascendente a su propia existencia.

Por el contrario, un porcentaje menor de personas obtuvo puntajes más elevados en las subescalas, lo que supondría en ellas que aceptan su estado, teniendo una actitud de lucha frente a su condición de obeso.

Con lo expuesto, concluiríamos que una cifra significativa de personas obesas dentro de esta muestra, no podría localizar dentro de su situación, un sentido trascendente, lo que haría que la obesidad los esté afectando al punto de perturbar su existencia.

En cuanto al último objetivo de: *“Realizar una comparación entre los resultados de ambas Escalas en esta población”*, podemos señalar en las dos escalas, la presencia de bajas puntuaciones respecto a lo que mide cada una de ellas, lo que daría lugar a considerar que en términos de obesidad, tanto el *Bienestar Psicológico* como el *Sentido de Vida* de estas personas, estarían comprometidos, con lo cual se podría hipotetizar que esta muestra de personas obesas, sentiría insatisfacción con su propia vida, dado que la estarían juzgando en términos poco favorables.

Se podría inferir también que dada las limitaciones con las que se autoperciben para manejar sus asuntos (en este caso su obesidad) y para responder a su propia vida, dejarían de ponerse metas para ocuparse de su problema de peso. Para lograr un cambio de actitud frente a los alimentos, precisarían trabajar con metas relevantes para sí, que tenga un sentido potencial para ser cumplida. Esto, al encontrarse alterado, complicaría la toma de postura ante su dolencia, no pudiendo desde la “responsabilidad”, y a pesar de sus limitaciones o condicionamientos, tomar libremente una actitud más beneficiosa.

Por otro lado podríamos suponer que estas personas, al auto-juzgarse débiles para modificar el contexto en función de sus necesidades, abandonarían ciertas acciones tales como informarse o pedir ayuda para optimizar su situación, y si lo hacen, no la utilizarían como recurso para cambiar su postura ante su enfermedad; esto incrementaría el sentimiento de insatisfacción con sus vidas en términos generales.

Podríamos concluir entonces, que ante la conducta de consumir alimentos indiscriminadamente, no revisarían el *sentido* de su comportamiento para generar un cambio de actitud, es decir que no se enfrentarían con el sentido de su propia vida para luego orientar su conducta en una dirección más sana.

Finalmente, reparamos en que es sumamente conveniente nuestra intervención como psicólogos para favorecer el bienestar de las personas que presentan este padecimiento y para contribuir a que adopten un papel más dinámico frente a su

dolencia, pudiendo así fortalecer las condiciones que se hallan disminuidas en cada uno.

Concierne tanto al área de la psicología como al área de la medicina, la actividad física y la nutrición, instaurar nexos para contener a quienes manifiestan esta enfermedad y a su entorno más cercano. Por ello es que se recomienda un trabajo interdisciplinario donde se puedan desarrollar, entre otras cosas, talleres informativos que sirvan para la prevención y/o tratamiento de la obesidad.

Empezar por educar a los niños desde pequeños a conocer los alimentos que les pueden producir daño sería lo adecuado, ya que preocupa observar actualmente a más niños con obesidad; si esta se mantiene durante la infancia, se torna muy arduo su tratamiento, y las probabilidades de ser un adulto obeso aumentan si la enfermedad perdura en la adolescencia. Definitivamente en cuestiones de obesidad, es más sencillo prevenirla que tratarla.

Las consideraciones devenidas del presente trabajo, dejan abierta la posibilidad de ser asumidas como propósito de un análisis más exhaustivo en investigaciones venideras que contengan la intención indagar sobre la temática aquí expuesta.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA:

- Ajuriaguerra J. de, **Manual de Psiquiatría Infantil**, 4ª edición. Editorial Masson S.A., Barcelona (España); año 2.001.
- Asid Cardigni M. Laura, **Curso de Introducción al Análisis Existencial**. Clase N°1. Asociación Argentina de Análisis Existencial y Logoterapia. Apuntes de cátedra.
- Asid María Laura, Tesis de Licenciatura, **Bienestar Psicológico, una Aproximación a la Psicología de la Salud**, Universidad del Aconcagua; año 2004.
- Boado de Landaboure Noemí, **Interpretación - Baremo de la Escala Existencial de Längle – Orgler – Kundi**, Documento de Cátedra: Técnicas en Análisis Existencial.
- Braguinsky Jorge, **Patogenia, Clínica y Tratamiento de la Obesidad**, Editorial Promedicina, Argentina; año 1987.
- Casullo María Martina, **Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica**, Editorial Paidós, (1º edición); Buenos Aires (Argentina); año 2.002.
- Causas de la Obesidad: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>
- Cormillot Alberto, **El Arte de Mantenerse**, Dieta Club, Bs. As. (Argentina); Copy Right en trámite.
- Cormillot Alberto, **Pasaporte al Bienestar**, 2º edición. Argentina; año 2001.
- De Dobrinsky Merlina, **PNL: La Técnica del Éxito**, 1º edición 1ª reimp., Ediciones Lea, Buenos Aires (Argentina); año 2008.
- Figueroa Ana Luisa F., Tesis de Licenciatura, **Obesidad y Logoterapia: "Actitud ante la Enfermedad"**, Universidad del Aconcagua; año 1.997.

- Frankl Viktor E., **El Hombre en Busca de Sentido**, Editorial Herder S.A., Barcelona; año 1.993.
- Goleman Daniel, **La Inteligencia Emocional**, 25° edición, Editorial Vergara, Buenos Aires (Argentina); año 2000.
- Gómez A. y Asid M. L., **Escala Existencial de Längle – Orgler – Kundi**. Documento de Cátedra: Técnicas en Análisis Existencial y Logoterapia; año 2.007.
- Greenspan Francis S., Stewler Gordon J., **Endocrinología Básica y Clínica 4ª edición**, Editorial El Manual Moderno, México; año 2.000.
- <http://www.luventicus.org/articulos/02A017/index.html>
- http://www.muydelgada.com/wiki/Imagen_corporal/
- <http://obesidad.sutratamiento.com.ar/articulos/adultos/sobrepeso.html>
- <http://www.saludymedicina.com.mx/nota.asp?id=1511>
- <http://vivirligero.blogspot.com/2007/12/cmo-ayudar-un-familiar-obeso.html>
- Längle Alfried, **Análisis Existencial Personal**. Cuadernillo, Buenos Aires (Argentina); año 1990.
- Längle Alfried, **Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia**. Seminario Bs. As., (Argentina); año 2000.
- Längle Alfried, **Psicodinamia y Motivaciones Existenciales (Fundamentales) en el AEP**. Apuntes de cátedra: Optativo. Psicoterapia Existencial.
- Lara Celia, Tesis de Licenciatura, **Obesidad Enfermedad Recurrential**, Universidad del Aconcagua; año 1992.

- Le Boulch Jean, **La Educación Psicomotriz en la Escuela Primaria: la psicokinética en la edad escolar**, Editorial Paidós, Buenos Aires (Argentina); año 1986.
- Lukas Elisabeth, **Psicoterapia en Dignidad**, 1º edición, Editorial San Pablo, Buenos Aires (Argentina); año 1995.
- Lukas Elisabeth, **Una Vida Fascinante, la tensión entre ser y deber ser**, Editorial San Pablo, Buenos Aires (Argentina); año 2.002.
- Myers David G., **Psicología Social**, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana, S. A., Madrid; año 1.991.
- Obesidad: <http://www.monografias.com/trabajos15/obesidad/obesidad.shtml>
- Pareja Guillermo, **Viktor E. Frankl, Comunicación y Resistencia**, Editora Premiá, México; año 1.989.
- Piédrola Gil, **Medicina Preventiva y Salud Pública**, 10ª edición. Editorial Masson S.A., Barcelona (España); año 2.001.
- Salani Verónica M., Tesis de Licenciatura, **Obesidad- Un Análisis de los Recursos de la Dimensión Noética para la Toma de Postura**, Universidad del Aconcagua; año 2004.
- Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. **Metodología de la Investigación**, 2º edición. McGraw -Hill Interamericana Editores. D. F., (México); año 1998.
- Sierra Bravo, R., **Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica**, 3º edición. Editorial Paraninfo, Madrid (España); año 1994.
- Txumari Alfaro, Ramos Pedro, **Soluciones Naturales para la Salud de los Niños**, 2º edición, Editorial Plaza Janés, Barcelona (España); año 2000.

APÉNDICE

ESCALA BIEPS-A (ADULTOS)**María Martina Casullo****Protocolo**

Apellido:.....Nombres:.....

Edad.....Sexo: Varón.....Mujer.....(marcar con una cruz)

Fecha de hoy:.....Nivel Educativo.....

Lugar donde vivo ahora:.....Lugar donde nací:.....

Ocupación actual:.....Personas con quienes vivo:.....

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pasó y sintió durante el último mes.

Las de respuestas son: *Estoy de acuerdo; Ni de acuerdo ni en desacuerdo; Estoy en desacuerdo*. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque una respuesta con una *cruz (o aspa)* en *uno* de los tres espacios.

	<i>De Acuerdo</i>	<i>Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo</i>	<i>En Desacuerdo</i>
1) Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida			
2) Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo			
3) Me importa pensar que haré en le futuro.			
4) Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas			
5) Generalmente le caigo bien a la gente			
6) Siento que podré lograr las metas que me proponga.			
7) Cuento con personas que me ayudan sí lo necesito.			
8) Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9) En general hago lo que quiero, soy poco influenciabile.			
10) Soy una persona capas de pensar en un proyecto para mi			
11) Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			
12) Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13) Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias			

11- No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

12- No entiendo por qué deba ser yo precisamente el que haga determinada cosa.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

13- Yo pienso que mi vida en la forma en que actualmente la llevo no vale nada.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

14- Encuentro difícil comprender el significado de las cosas.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

15- Me gusta la forma en que me trato.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

16- No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

17- No me es inmediatamente claro lo que puedo hacer en una situación.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

18- Hago las cosas por que tengo que hacerlas y no porque quiero.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

19- Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

20- Casi siempre hago cosas que perfectamente podría dejar para más tarde.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

21- Tengo interés en ver qué me brinda el nuevo día.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

22- No me doy cuenta de las consecuencias de mis decisiones, sino hasta que las llevo a cabo.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

23- Si tengo que decidirme no confío en mis sentimientos.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

24- Cuando el resultado de una empresa me parece inseguro, me abstengo a realizarla aunque quiera hacerla.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

25- No sé con certeza para qué soy competente

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

26- Me siento interiormente libre.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

27-Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

28- Es un alivio par mí ver que no tengo opciones.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

29- Hay situaciones en las que me siento completamente desamparado.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

30-En muchas de las cosas que hago tengo el sentimiento de no saber bien como se hacen.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

31- No sé qué es la importante de una situación.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

32- El cumplimiento de mis deseos tiene prioridad.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

33- Me resulta difícil comprender a otros en su situación personal.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

34- Sería mejor que ya no existiera.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

35- En el fondo muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

36- Prefiero formarme mis propias opiniones.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

37- Me siento desgarrado porque realizo varias cosas al mismo tiempo.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

38- Me faltan fuerzas, incluso para preservar en lo importante.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

39- Hago muchas cosas que en realidad no quiero hacer.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

40- Una situación es para mí interesante únicamente si corresponde a mis deseos.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

41-Cuando estoy enfermo sé que no debo comenzar algo nuevo.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

42- Soy consciente de que cada situación ofrece diferentes posibilidades de

actuación.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

43- Encuentro monótono mi medio ambiente.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

44- La cuestión de si yo quiero hacer algo se presenta raras veces, ya que casi siempre hay algo que tengo que hacer.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

45- Nada es realmente bello en mi vida.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

46- Mi propia dependencia y falta de libertad interna, me crean muchos problemas.

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROTOCOLO DE LA ESCALA EXISTENCIAL:

Significado de cada ítem.⁶⁵

1) Interrumpo frecuentemente actividades importantes porque considero que el esfuerzo es demasiado para mí.

Exterior lábil - Orientación interior. El cumplimiento de la tarea tiene preponderancia a la reducción de la tensión intrapsíquica (no se percibe el antagonismo psiconoético ni la autotrascendencia). La orientación hacia los objetos se puede abandonar fácilmente.

***2) Me siento personalmente motivado por mis tareas.**

Afección de los valores. Postura de vida abierta, auto distante. Se percibe una resonancia interna positiva con respecto a las tareas propias.

3) Para mí algo es significativo, sólo cuando corresponde a mi propio deseo.

Subjetivismo de los valores. Atribución de valor y sentido a través del desear subjetivo. Egocentrismo mediante ventajas subjetivas y percepción selectiva.

4) En mi vida no hay nada especial.

Diferenciación de valores. En la valoración de la propia vida (mundo exterior e interior) nada es relevante; por lo cual no se da lugar a la unicidad e irrepitibilidad de la existencia. Estado de ánimo diario: resignación, tristeza, sentimiento de falta de valor, pero en el fondo no se le niega el valor a la vida.

5) Me ocupo preferentemente de mí mismo, mis propios deseos, sueños, preocupaciones y temores.

Fijación intrapsíquica. Implica estar autoaprisionado, dar círculos alrededor de uno mismo, tomarse a sí mismo como lo más importante; implicado un incremento de la pérdida de valor.

6) Soy generalmente distraído.

Predisposición a un trastorno de orientación. La configuración de la vida está reducida por carecer de un " estar junto a las cosas" (sentido poco atraído por el valor de las cosas, poca fascinación por algo, posibles trastornos de la concentración).

7) Aun cuando haya hecho mucho, me siento insatisfecho porque podría haber otra cosa más importante por hacer.

⁶⁵ Citado en Apuntes de Cátedra: Técnicas en Análisis Existencial

Circunspección ante una decisión. La esencia de lo que se ha hecho no ha sido completamente comprendida (insuficiente circunspección, la persona se deja guiar por los impulsos internos más inmediatos, por ejemplo: costumbres, preferencias, temores). La autoestima puede ser muy alta, por ejemplo narcisismo.

8) Yo siempre me guío según las expectativas de los otros.

Orientación. Falta de objetividad, de referencia al objeto, no se tiene una postura; escasa confianza en sí mismo debido a una escasa valoración de sí mismo, sentimientos de dependencia, eventuales problemas de autoridad (temores, insuficiente capacidad de autodistanciamiento)

9) Yo intento aplazar, sin mayores reflexiones, las decisiones difíciles.

Capacidad para orientarse al objeto. El apremio que resulta de las cosas debe servir como base para una decisión. Esto exige autodistanciamiento y autotranscendencia.

10) Me dejo distraer fácilmente, incluso durante actividades que realizo con gusto.

Intensidad en la orientación. ¿Qué tan decidido va el individuo hacia el objeto? ¿Hay sentimientos de falta de sentido? ¿Hay falta de concentración?

11) No hay realmente algo en mi vida a lo que quisiera dedicarme.

Poder confiar. Patrón de confianza, porque las cosas no parecen ser suficientes en su valorización y en su certidumbre. La persona no se fía en los hechos, los cuales le son ajenos en el apego al sentido.

12) Muchas veces no entiendo por qué deba ser yo precisamente el que haga determinada cosa.

Intercambiabilidad. Se admite lo imprescindible, pero no queda bien claro porqué uno mismo lo deba hacer (sentimiento de ser tratado injustamente, uno se siente intercambiable, sustituible y como consecuencia hay insatisfacción).

13) Yo pienso que mi vida, en la forma en que actualmente la llevo, no vale nada.

Pérdida de valor autóctono. Disminución del valor de la vida en base a la propia conducta, responsabilidad no aceptada, falta de sentido (vacío existencial mediante la disminución del valor).

14) Encuentro difícil comprender el significado de las cosas.

Seguridad de orientación. Falta la relación de comprensión, de la cual se desprende el origen de la conducta.

***15) Me gusta la forma en que me trato a mí mismo.**

Apego a los valores como libertad interior. Autoaceptación mediante un efectivo autodistanciamiento, que representa la base hacia el espacio libre ganado. El trato consigo mismo es efectivo, por tal motivo es designado como bueno.

16) No me tomo el tiempo suficiente para las cosas que son importantes.

Trato con la orientación. Demasiado poco compromiso (deficiencia de esmero, responsabilidad). Se intenta mantenerse al margen en lugar de participar; eventualmente no se llega a percibir lo que es importante.

17) Nunca me es inmediatamente claro lo que puedo hacer en una situación.

Seguridad de actitud. Debido a una falta de sensibilidad al valor, se da una falta de orientación; resultando una inseguridad en la actitud, la persona siente que nunca sabe exactamente como participar.

18) Hago las cosas porque tengo que hacerlas y no porque quiero.

Ser obligado. En el fondo no se ve porqué motivo se deba hacer algo; Faltan las decisiones personales; ausencia de libertad y conformidad, sentimiento de incapacidad para poder cambiar las cosas.

19) Cuando surgen problemas pierdo fácilmente la cabeza.

Seguridad de orientación. Medida de la fuerza de orientación ¿Cómo es la capacidad para soportar? (que tanto se comprende y se percibe con lo que se debe confrontar, ¿se empieza tal vez a interesar en ocuparse de los problemas, o predominan las ocupaciones intrapsíquicas?; ¿se mira a otro lado?, ¿se deja de mirar?).

20) Casi siempre hago cosas que perfectamente podría dejar para más tarde.

Seguridad al orientarse hacia el sentido. Impaciencia en base a impulsos intrapsíquicas. Falta de elaboración de una jerarquía de tareas en base a su premura y valor. (Por falta de objetividad no hay realmente ningún sentimiento de evidencia; como signo de inseguridad, en cierta medida actúa con falta de orientación y se prefiere un valor sin motivo alguno).

***21) Tengo siempre interés por ver qué me brinda el nuevo día.**

Apertura a los valores. Actitud existencial fundamental, estar dirigido hacia lo que la vida ofrece. Disponibilidad de enfrentarse a la vida. Cuentan las experiencias positivas previas.

22) Normalmente no me doy cuenta de las consecuencias de mis decisiones, sino hasta que las llevo a cabo.

Orientación global. Está referido solo hacia el presente, sin anticipación del futuro. Deficiente circunspección en la decisión, pero apertura para corregirse en la fase de acción (deficiente anticipación y reflexión, actuando bajo entusiasmo momentáneo).

23) Si tengo que decidirme no confío en mis sentimientos.

Sentimiento de evidencia. La sensibilidad a los valores precede a la decisión. La evidencia para la decisión surge a través de la concordancia entre los sentimientos de valor y la experiencia previa.

24) Cuando el resultado de una empresa me parece inseguro, me abstengo de realizarla aunque quiera hacerla.

La garantía de éxito es más importante que la sensibilidad a los valores. El valor objetivo es comprendido con exactitud, sin embargo es ordenado hacia la "seguridad" como ventaja subjetiva final. Fuerte orientación al éxito. Se exige, antes de tomar una decisión, la garantía de salir bien. La necesidad exagerada de seguridad provoca una subsecuente inseguridad y bloquea la plenitud de la vida.

25) Nunca sé con certeza para qué soy competente.

Competencia. Inseguridad sobre la propia aptitud. ¿Para qué soy necesario?.

***26) Me siento interiormente libre.**

Disponibilidad de valores. Percepción de apertura personal y de posibilidad de elección. Expresión de la personalidad real y del sentimiento de vida positivo. Conciencia integral emotiva. Tener posibilidades y disponer de ellas.

27) Me siento desfavorecido por la vida, ya que mis deseos no han sido cumplidos.

Subjetivismo de los valores. Falta la actitud existencial fundamental, resultando en una decepción de la vida, lo que puede llegar a conducir a un vacío existencial.

28) Es un alivio par mí ver que no tengo opciones.

Orientación impuesta por las circunstancias. Provoca alivio el no tener que orientarse ni decidirse, no responsabilizarse.

29) Hay situaciones en las que me siento completamente desamparado.

Orientación según las capacidades. Un escaso conocimiento acerca de "saber como hacer algo", ante una determinada meta, lo cual implica que algunas situaciones se vivencien como demasiado exigentes. A través de la sobre exigencia la persona puede llegar a experimentar un sentimiento de parálisis y pasividad.

30) En muchas de las cosas que hago, tengo el sentimiento de no saber bien como se hacen.

Orientación. Falta de orientación en referencia a las relaciones entre tradiciones, preceptos y valores de las cosas.

31) Por lo general no sé qué es lo importante en una situación.

Seguridad de los valores. Deficiente comprensión de lo importante (las cosas resultan importantes a través de su valor y su apego al sentido), de ahí resulta la falta de orientación y la propia inseguridad (para tener seguridad personal es fundamental el haber comprendido el apego al sentido de las situaciones).

32) El cumplimiento de mis deseos tiene prioridad.

Restricción subjetiva de los principios vitales. Una filosofía de la vida narcisista resulta en una actitud decisiva: dar prioridad a los propios deseos, todo lo demás será subordinado. Libertad reducida.

33) Me resulta difícil comprender a otro en su situación personal.

Comprender a los otros, empatía. Cuando no se da hay una autotranscendencia deficiente, abismo que distancia a los demás seres humanos, quienes no son percibidos en su atractivo (estar aprisionado en sí mismo - autofijación).

34) Sería mejor que yo no existiera.

Autoestimación. Cuando el propio valor no es percibido, sólo se advierte la carga sobre la existencia, del " ser-en mundo" (Daseim). Consecuentemente surge la idea de que en esas circunstancias es mejor no existir. Debido a una carente auto-estimación, falta o se reduce la percepción de los valores en el mundo. Este ítem es muy importante porque si la persona señala que siempre sería mejor que no existiera puede ser un indicador de tendencias suicidas.

35) En el fondo muchas de las cosas con las que tengo que ver me parecen ajenas.

Distanciamiento. Cuando no es adecuado no se encuentra el camino para comprometerse (no se pueden ordenar las cosas en su conexión con la vida, están alterada la autotranscendencia y el interés por los objetos).

***36) Prefiero formarme mis propias opiniones.**

Toma de postura. Implica una forma temprana de compromiso; el valor de las cosas es incorporado al propio horizonte de valores a través del proceso de formación de la opinión y la toma de postura.

37) Me siento desgarrado porque realizo varias cosas al mismo tiempo.

Pérdida de orientación. Insatisfacción personal. La persona no comprende por qué hace tantas cosas al mismo tiempo, tensión que le produce sufrimiento y sentimiento de falta de sentido.

38) Me faltan fuerzas, incluso para perseverar en lo importante.

Orientación hacia la falibilidad. Al agotarse las fuerzas se interrumpe la acción. Orientación hacia la falibilidad (se considera importante lo que en el fondo no lo es; por ejemplo: prestigio social). Estimación errónea de las propias disposiciones, exigirse demasiado a sí mismo. Pueden desencadenarse enfermedades psicosomáticas. Se hace necesario reconsiderar lo relevante con respecto al sentido.

39) Hago muchas cosas que en realidad no quiero hacer.

Orientación disgregada. Dificultades para llevar las decisiones a la acción. No se trata de una compulsión, se sabe muy bien que es lo que se quiere hacer y que no. Capta inconscientemente otra valoración, la cual no ha sido integrada en su orientación consciente; por lo tanto, sus actos no son integrados conscientemente (personalidad inmadura, vacío existencial, vacuidad).

40) Una situación es para mí interesante únicamente si corresponde a mis deseos.

Orientación hacia el deseo. Actitud centrada hacia los propios deseos y que busca exteriorizarse; son postergados tanto el mundo concreto como el sentido que entraña.

41) Cuando estoy enfermo sé que no debo comenzar algo nuevo.

Valores de actitud. Bajo condiciones limitantes no se logra el encuentro con los valores. No es percibida la propia posibilidad de cambio. Cuando la situación, por sí misma no brinda necesariamente un valor, no se advierte la libertad interior.

***42) Soy consciente de que cada situación ofrece diferentes posibilidades de actuación.**

Seguridad aparente. Un modo restringido de considerar la situación, la cual es vista únicamente en forma sectorial y no en su totalidad. Al disiparse otras posibilidades (por ejemplo: por negación, angustia, metas perseguidas) surge una seguridad aparente en la actitud.

43) Encuentro monótono mi medio ambiente.

Comprender la irrepetibilidad de los objetos. Los objetos no son comprendidos en su calidad esencial. No se logra apreciar la diversidad del medio ambiente, lo percibido no alcanza a perfilarse, no se configuran ni se resaltan otras posibilidades (debido a la carencia de plasticidad surgen sentimientos de monotonía).

44) La cuestión de si yo quiero hacer algo se presenta raras veces, ya que casi siempre hay algo que tengo que hacer.

Presión de la realidad. La voluntad propia es reclusa en el trasfondo (sobrecarga con exigencias circunstanciales). No se desiste de los propios deseos, pero frecuentemente no se llevan a cabo. Se dan ciertas compensaciones, sin embargo las decisiones propias se vuelven secundarias o son superfluas. No existe una vivencia clara del sentido (sentimiento de monotonía diaria).

45) Nada es realmente bello en mi vida porque todo tiene sus pro y sus contra.

Representación deformada de los valores. Ambivalencia, se vacila, hay dificultades para decidir porque no se puede aplazar nada. El objeto que es aplazado es valorado bajo el aspecto de pérdida (no se llega al valor de cada posibilidad, desvalorización de toda la forma en que se lleva la vida, deformación de los valores por la angustia de la pérdida).

46) Mi propia dependencia y falta de libertad interna me crean muchos problemas.

Orientación referida al objeto vs. Fijación intrapsíquica. Comprender el sentido y los valores (ocuparse del propio mundo de problemas, atención dirigida hacia uno mismo, estar autoaprisionado psíquicamente). Poco se advierte la premura de las circunstancias. Sin libertad interior, las decisiones mínimas son problemáticas. Falta de autodistanciamiento, de autotrascendencia y de libertad).

PROTOSCOLOS DE LA ESCALA EXISTENCIAL:

- Referencias:

Valor Dentro del Promedio: =

Valor Bajo respecto de la media: ↓

Valor Alto respecto de la media: ↑

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S1: Viviana

Valor total: ↓

170

Medida P: ↓

93

AD: ↓

32

AT: ↓

61

Medida E: ↓

77

L: ↓

35

R: ↓

42

AD	
Ítem	Pje.
3	6
5	4
19	6
32	6
40	6
42	1
43	2
44	1
Total	32

AT	
Ítem	Pje.
2	5
4	1
11	1
12	4
13	6
14	3
21	5
27	6
33	6
34	6
35	6
36	1
41	5
45	6
Total	61

L	
Ítem	Pje.
9	5
10	4
15	1
17	2
18	6
23	1
24	1
26	2
28	6
31	6
46	1
Total	35

R	
Ítem	Pje.
1	4
6	5
7	5
8	1
16	1
20	1
22	3
25	1
29	3
30	5
37	1
38	6
39	6
Total	42

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S2: Celia

Valor total: ↑

238

Medida P: ↑

113

AD: ↓

34

AT: ↑

79

Medida E: ↑

125

L: ↑

56

R: ↑

69

AD	
Ítem	Pje.
3	1
5	2
19	6
32	6
40	6
42	1
43	6
44	6
Total	34

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	6
11	6
12	6
13	6
14	6
21	6
27	6
33	6
34	6
35	6
36	1
41	6
45	6
Total	79

L	
Ítem	Pje.
9	6
10	6
15	6
17	6
18	6
23	6
24	1
26	1
28	6
31	6
46	6
Total	56

R	
Ítem	Pje.
1	2
6	5
7	2
8	6
16	6
20	6
22	6
25	6
29	6
30	6
37	6
38	6
39	6
Total	69

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S3: Roxana

Valor total: ↓

210

Medida P: ↓

104

AD: ↓

30

AT: ↑

74

Medida E: ↓

106

L: ↑

53

R: ↓

53

AD	
Ítem	Pje.
3	4
5	2
19	6
32	4
40	3
42	4
43	5
44	2
Total	30

AT	
Ítem	Pje.
2	4
4	6
11	6
12	5
13	6
14	4
21	6
27	4
33	6
34	6
35	5
36	6
41	4
45	6
Total	74

L	
Ítem	Pje.
9	4
10	3
15	5
17	5
18	6
23	6
24	1
26	6
28	6
31	6
46	5
Total	53

R	
Ítem	Pje.
1	4
6	1
7	4
8	5
16	5
20	4
22	4
25	6
29	4
30	2
37	4
38	5
39	5
Total	53

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S4: Beatriz

Valor total: ↓

203

Medida P: ↓

97

AD: ↓

34

AT: ↓

63

Medida E: ↓

106

L: ↓

47

R: ↑

59

AD	
Ítem	Pje.
3	5
5	5
19	5
32	2
40	5
42	2
43	5
44	5
Total	34

AT	
Ítem	Pje.
2	2
4	5
11	1
12	5
13	6
14	6
21	5
27	6
33	6
34	6
35	5
36	1
41	4
45	5
Total	63

L	
Ítem	Pje.
9	6
10	5
15	4
17	2
18	5
23	2
24	5
26	5
28	2
31	5
46	6
Total	47

R	
Ítem	Pje.
1	5
6	4
7	5
8	5
16	4
20	2
22	4
25	5
29	6
30	6
37	3
38	5
39	5
Total	59

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S5: Alejandra
Ester

Valor total: ↓

142

Medida P: ↓

69

AD: ↓

23

AT: ↓

46

Medida E: ↓

73

L: ↓

30

R: ↓

43

AD	
Ítem	Pje.
3	4
5	4
19	1
32	4
40	3
42	4
43	2
44	1
Total	23

AT	
Ítem	Pje.
2	2
4	2
11	1
12	1
13	5
14	3
21	2
27	4
33	3
34	6
35	3
36	5
41	6
45	3
Total	46

L	
Ítem	Pje.
9	1
10	2
15	3
17	4
18	2
23	1
24	2
26	3
28	5
31	3
46	4
Total	30

R	
Ítem	Pje.
1	1
6	3
7	6
8	5
16	6
20	6
22	3
25	3
29	1
30	3
37	2
38	1
39	3
Total	43

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S6: Alejandra
Nieves

Valor total: ↓

132

Medida P: ↓

69

AD: ↓

22

AT: ↓

47

Medida E: ↓

63

L: ↓

31

R: ↓

32

AD	
Ítem	Pje.
3	2
5	3
19	2
32	4
40	4
42	3
43	2
44	2
Total	22

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	6
11	1
12	2
13	5
14	1
21	6
27	4
33	2
34	6
35	1
36	5
41	1
45	1
Total	47

L	
Ítem	Pje.
9	2
10	1
15	6
17	1
18	2
23	2
24	4
26	4
28	6
31	1
46	2
Total	31

R	
Ítem	Pje.
1	2
6	2
7	6
8	1
16	1
20	2
22	1
25	1
29	2
30	2
37	5
38	2
39	5
Total	32

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S7: Fabiana

Valor total: ↓

142

Medida P: ↓

79

AD: ↓

33

AT: ↓

46

Medida E: ↓

63

L: ↓

26

R: ↓

37

AD	
Ítem	Pje.
3	4
5	6
19	4
32	4
40	5
42	5
43	2
44	3
Total	33

AT	
Ítem	Pje.
2	5
4	1
11	3
12	1
13	2
14	3
21	5
27	5
33	2
34	4
35	4
36	4
41	6
45	1
Total	46

L	
Ítem	Pje.
9	2
10	3
15	3
17	4
18	2
23	1
24	3
26	2
28	3
31	2
46	1
Total	26

R	
Ítem	Pje.
1	2
6	4
7	1
8	2
16	4
20	4
22	2
25	2
29	1
30	2
37	5
38	3
39	5
Total	37

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S8: Nancy

Valor total: ↓

207

Medida P: ↓

96

AD: ↓

31

AT: ↓

65

Medida E: ↑

111

L: ↑

55

R: ↓

56

AD	
Ítem	Pje.
3	5
5	2
19	5
32	2
40	6
42	1
43	5
44	5
Total	31

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	6
11	6
12	1
13	6
14	5
21	5
27	6
33	6
34	6
35	6
36	2
41	2
45	2
Total	65

L	
Ítem	Pje.
9	5
10	6
15	5
17	2
18	5
23	6
24	2
26	6
28	6
31	6
46	6
Total	55

R	
Ítem	Pje.
1	4
6	5
7	2
8	6
16	1
20	2
22	5
25	5
29	4
30	5
37	6
38	6
39	5
Total	56

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S9: Liliana

Valor total: ↓

204

Medida P: ↓

96

AD: ↓

26

AT: ↓

70

Medida E: ↑

108

L: ↓

47

R: ↑

61

AD	
Ítem	Pje.
3	6
5	4
19	3
32	2
40	4
42	2
43	1
44	4
Total	26

AT	
Ítem	Pje.
2	5
4	6
11	6
12	1
13	5
14	5
21	4
27	6
33	6
34	5
35	6
36	3
41	6
45	6
Total	70

L	
Ítem	Pje.
9	3
10	5
15	6
17	6
18	4
23	5
24	1
26	3
28	6
31	5
46	3
Total	47

R	
Ítem	Pje.
1	4
6	6
7	5
8	6
16	4
20	5
22	5
25	6
29	3
30	5
37	3
38	4
39	5
Total	61

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S10: Gabriela

Valor total: ↓

179

Medida P: ↓

79

AD: ↓

23

AT: ↓

56

Medida E: ↓

100

L: ↓

47

R: ↓

53

AD	
Ítem	Pje.
3	3
5	3
19	4
32	1
40	1
42	4
43	6
44	1
Total	23

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	2
11	3
12	1
13	4
14	6
21	6
27	4
33	6
34	6
35	3
36	6
41	1
45	2
Total	56

L	
Ítem	Pje.
9	4
10	6
15	6
17	3
18	3
23	1
24	4
26	6
28	6
31	3
46	5
Total	47

R	
Ítem	Pje.
1	4
6	1
7	3
8	5
16	4
20	3
22	4
25	1
29	6
30	4
37	6
38	6
39	6
Total	53

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S11:María A.

Valor total: ↑

236

Medida P: ↑

111

AD: ↑

37

AT: ↑

74

Medida E: ↑

125

L: ↑

57

R: ↑

68

AD	
Ítem	Pje.
3	6
5	5
19	6
32	2
40	6
42	1
43	6
44	5
Total	37

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	6
11	6
12	6
13	6
14	6
21	1
27	6
33	6
34	6
35	6
36	1
41	6
45	6
Total	74

L	
Ítem	Pje.
9	6
10	6
15	6
17	2
18	5
23	6
24	2
26	6
28	6
31	6
46	6
Total	57

R	
Ítem	Pje.
1	6
6	6
7	2
8	6
16	6
20	2
22	5
25	6
29	6
30	6
37	6
38	6
39	5
Total	68

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S12: Carmela

Valor total: ↑

216

Medida P: ↓

104

AD: ↓

29

AT: ↑

75

Medida E: ↑

112

L: ↑

53

R: ↑

59

AD	
Ítem	Pje.
3	6
5	2
19	5
32	2
40	6
42	1
43	5
44	2
Total	29

AT	
Ítem	Pje.
2	5
4	6
11	6
12	5
13	6
14	5
21	6
27	5
33	6
34	6
35	6
36	1
41	6
45	6
Total	75

L	
Ítem	Pje.
9	6
10	6
15	5
17	5
18	2
23	5
24	5
26	1
28	6
31	6
46	6
Total	53

R	
Ítem	Pje.
1	6
6	5
7	2
8	2
16	5
20	5
22	6
25	6
29	5
30	5
37	2
38	5
39	5
Total	59

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S13: Isabel

Valor total: ↓

213

Medida P: ↑

112

AD: ↓

33

AT: ↑

79

Medida E: ↓

101

L: ↓

48

R: ↓

53

AD	
Ítem	Pje.
3	6
5	2
19	5
32	5
40	6
42	2
43	2
44	5
Total	33

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	6
11	6
12	2
13	6
14	6
21	6
27	6
33	6
34	6
35	6
36	6
41	5
45	6
Total	79

L	
Ítem	Pje.
9	5
10	1
15	6
17	3
18	6
23	6
24	1
26	6
28	6
31	2
46	6
Total	48

R	
Ítem	Pje.
1	6
6	1
7	1
8	5
16	2
20	5
22	6
25	6
29	6
30	1
37	6
38	3
39	5
Total	53

HOJA DE EVALUACIÓN

Nombre: S14: Mirta

Valor total: ↓

188

Medida P: ↓

82

AD: ↓

24

AT: ↓

58

Medida E: ↓

106

L: ↑

55

R: ↓

51

AD	
Ítem	Pje.
3	1
5	2
19	2
32	5
40	1
42	6
43	6
44	1
Total	24

AT	
Ítem	Pje.
2	6
4	1
11	1
12	6
13	6
14	3
21	6
27	1
33	3
34	6
35	6
36	1
41	6
45	6
Total	58

L	
Ítem	Pje.
9	6
10	6
15	6
17	5
18	6
23	6
24	1
26	1
28	6
31	6
46	6
Total	55

R	
Ítem	Pje.
1	1
6	4
7	1
8	6
16	6
20	6
22	1
25	5
29	1
30	6
37	2
38	6
39	6
Total	51