

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



LA OBESIDAD Y SUS SIGNIFICADOS EMOCIONALES EN LA ALIMENTACIÓN. ESTUDIO DE CASO

TRABAJO que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **KARLA CECILIA HERNÁNDEZ PONCE**

Asesor **DR. MARCO ANTONIO SANTANA CAMPAS**

Tlaquepaque, Jalisco. 8 de abril de 2022.

Agradecimiento y dedicatoria

En ocasiones las palabras quedan cortas para expresar lo que uno está sintiendo y conectando desde el alma. Sin embargo, quisiera plasmar mi agradecimiento genuino por las personas que estuvieron acompañándome para lograr este proyecto.

Principalmente gracias a Dios por todas sus bendiciones y a mis padres J. Jaime Hernández y M. Cecilia Ponce que me han acompañado a lo largo de toda mi vida. A mis hermanos Karina Hernández y Jaime Hernández, gracias por estar cerca.

De manera especial, gracias a mi abuela María Abundis que en vida siempre me mostró su apoyo y amor incondicional creyendo en todos mis proyectos. Y este no fue la excepción.

Desde lo profesional me he sentido muy cobijada y bendecida, y es por ello que quiero agradecerle al terapeuta Michel Farah por ser un guía y un sostén en mi formación como psicoterapeuta.

Gracias a la nutrióloga Mariana Ponce por su apoyo y guía para que lograra llevar a cabo un mejor acompañamiento desde la nutrición hacia mi consultante.

Gracias a todos mis formadores en esta maestría y a mi asesor que en estos dos años me ha acompañado en todo momento el Dr. Marco Antonio Santana Campas, por su dedicación y paciencia hacia mi proyecto.

A todos ustedes les dedico este trabajo, hecho con mucho amor y respeto.

GRACIAS INFINITAS..!

Resumen

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que influyen a las poblaciones de todos los países, teniendo como consecuencias una mala calidad de vida en las personas con la padecen. Esto a su vez se ve reflejado en el impacto de otras enfermedades, como lo son la hipertensión, el cáncer, la diabetes, por llamar solo algunos. Pero este impacto no solo es a nivel físico, sino que también a nivel emocional, teniendo como característica baja autoestima, ansiedad, depresión y retraimiento social. Es por ello por lo que el objetivo principal es que a través de la psicoterapia se logre reconocer las emociones y sus significados, buscando un cambio en los hábitos alimenticios en una consultante con obesidad.

Lo dicho anteriormente se llevará a cabo a partir de la transcripción y verificación de once sesiones psicoterapéuticas, donde previamente serán audio grabadas. Estas serán analizadas por el método SCAT, dónde se realizarán categorizaciones y a partir de ella se observarán los indicadores de cambio de la consultante.

Como parte de los resultados principales se encontró a través del análisis teórico de esta investigación y de los 19 indicadores cualitativos de cambio subjetivo, la evolución que tuvo la consultante durante el proceso, teniendo más conciencia de sus emociones y sentires corporales, por lo que el cuerpo y mente no eran dos cosas distintas sino ya una sola como parte integral de ella. A esto se añade que físicamente logró bajar más de cuatro kilos sin actividad física ni asesoría nutricional, solo con la pura psicoterapia.

Por tanto, se puede concluir en la importancia de la intervención psicoterapéutica para lograr un cambio contundente. Y proponer en trabajos a futuro una intervención integral, donde se haga participe un nutriólogo que abone a seguir logrando grandes resultados.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, emociones, psicoterapia.

Abstract

Overweight and obesity are diseases that affect populations of all countries, therefore having a negative impact on the quality of life in people who suffer from this affliction, consequently reflecting on other diseases, such as hypertension, cancer, diabetes to name a few. Not only does it impact on a physical level, but also emotionally, resulting in low self-esteem, anxiety, depression, and social withdrawal. The main objective of this study is to demonstrate through a psychotherapeutic approach how emotions play an important part in a consultant eating habits, affecting the persons weight and health. The above study will be carried out in a psychotherapeutic context with the verification of twenty previous audio recordings and transcripts. The investigation will be analyzed from a phenomenological perspective in a case study. It will explore the persons own experiences that led the individual to disconnect from its own body, accumulating weight and attain meaning to these emotions through therapy.

Índice

I.	Introducción.....	1
II.	Planteamiento y justificación del problema	3
	Objetivo general	8
	Pregunta general	8
III.	Estado del arte	9
IV.	Marco Teórico.....	18
	4.1 Conceptualizando el sobrepeso y la obesidad	18
	4.2 Principales problemáticas en el sobrepeso y la obesidad.....	21
	4.3 Emociones implicadas en el sobrepeso y obesidad	23
	4.4 Modelos de intervención en el sobrepeso y la obesidad	27
	4.5 Actos del habla en la conversación psicoterapéutica.....	29
V.	Marco metodológico	37
	5.1 Enfoque de la intervención-investigación.....	37
	5.2 Método de estudio de caso	40
	5.3 Instrumentos de recolección de datos.....	43
	5.4 Técnica de análisis de datos	44
	5.5 Consideraciones éticas	54
	5.6 Diseño y presentación del caso	55
VI.	Resultados	58
	6.1 Dominancia de las acciones comunicacionales.....	59
	6.2 Episodios de cambio	65
	6.3 Comunicación verbal dominante del terapeuta.....	76
VII.	Conclusiones y propuestas	83
	7.1 Conclusiones	83
	7.2 Propuestas y recomendaciones de investigaciones futuras	84
	7.3 Limitantes	85
VIII.	Referencias	86
	Apéndices	91
	Apéndice 1.....	91

I. Introducción

La obesidad ha sido un problema a nivel mundial, considerado como una de las enfermedades causada por múltiples factores, misma situación que lleva a ocasionar más afecciones a nivel corporal, siendo las cardiovasculares una de las principales. El sobrepeso y la obesidad se definen por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como enfermedades de acumulación anormal o excesiva de grasa, y que esto puede llevar consecuencias desfavorables para la salud (OMS, 2020).

La manera de consumir los alimentos nos va creando un hábito que va cargado de una influencia territorial, de una cultura, de creencias y patrones comportamentales enseñados y por lo tanto aprendidos y no cuestionados. Llevándonos a introducir un significado de manera emocional que le da un sentido al para qué comemos lo que comemos.

La obesidad socialmente se ha normalizado, ya que ver a alguien con estas características es común en nuestro país, y en muchas ocasiones no nos cuestionamos qué está sucediendo con mi cuerpo, sino que nos desvinculamos del mismo, dejando de atender a lo que sentimos y todos aquellos elementos con cargas emocionales que nos llevan a consumir los alimentos de determinada manera. Con ello nos desvinculamos de nuestra salud, física y emocional, siendo de esta manera el incremento de enfermedades como son; la hipertensión, el hígado graso, el colesterol alto, las cardiovasculares, la diabetes, entre otras. Y esto a su vez genera más complicaciones de salud, creando una cadena insana.

Considerando el párrafo anterior cabe destacar que Salazar, Castillo, Pastor, Tejeda y Palos (2016), mencionan que el sobrepeso y la obesidad están asociados con la depresión y ansiedad, de lo cual se puede inferir que esto puede llegar a acusar baja autoestima, retraimiento y poca interacción con los demás.

Por otra parte, cabe mencionar que esta investigación se analizó desde la fenomenología, destacando este estudio como caso único. A su vez se profundizará en el contexto del caso, en el diagnóstico, en los objetivos terapéuticos y el tratamiento a seguir ante la problemática que se presenta.

Por otra parte, se hablará también de las implicaciones éticas que tiene el realizar una investigación, así como los instrumentos que se han utilizado para recabar información y sustento teórico. Teniendo como finalidad una investigación enriquecedora donde se destaca la inversión psicoterapeuta.

Después se darán a conocer los resultados obtenidos en el estudio de caso, teniendo como guía teórica e interpretativa los episodios de cambio subjetivo, desde aquí se observarán los turnos de palabras y la dominancia de las acciones comunicacionales de las once sesiones analizadas por la técnica SCAT. Observándose los resultados del proceso psicoterapéutico de la relación psicoterapeuta y consultante. Y al mismo tiempo se profundizará en la predominancia de las acciones comunicacionales solo de la psicoterapeuta.

En dichos resultados obtenidos se manifestó un gran avance de la toma de consciencia sobre sus emociones y sentires corporales. Cada vez la consultante iba reflejando cambios con en su forma de comer y en su escucha emocional, detectando con mayor claridad lo que iba sintiendo al ir comiendo, así como a lo largo de sus días.

Y es por lo dicho anteriormente que me parece importante destacar la importancia de llevar un proceso psicoterapéutico en la vida, ya que como se vio en esta investigación, las sesiones terapéuticas fueron de vital importancia para generar un cambio más sólido y profundo. La consultante mostraba más seguridad en sí misma, generando más motivación para seguir avanzando en los cambios, mismos que seguía logrando al ver los resultados que iba obteniendo.

II. Planteamiento y justificación del problema

El sobrepeso según la Organización Mundial de la Salud (OMS) está considerado como una de las principales causas de muertes a nivel mundial. Donde la mayoría de la población en el mundo es obesa, excluyendo algunas zonas de África subsahariana y Asia (OMS, 2020). Esto nos lleva a reflexionar que no solo es una problemática a nivel nacional, sino que el aumento de grasa corporal ha ido incrementando con el paso de los años y las medidas a atender la problemática han sido poco eficaces, dejando a un lado la conciencia corporal y emocional.

Cabe destacar que, para hablar de sobrepeso u obesidad, se habla de indicadores que nos dan un parámetro para poder clasificarlo, el más básico llamado Índice de Masa Corporal (IMC). En el caso de los adultos (que es nuestra población de interés), es considerado como sobrepeso cuando el IMC es igual o mayor que 25 y obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30.

La OMS (2020) define como causas de sobrepeso y obesidad lo siguiente:

- Desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.
- Aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico, ricos en grasa.
- Descenso en la actividad física debido a al sedentarismo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

En el sentido de definir la obesidad existen varias clasificaciones, algunas ya mencionadas anteriormente. Sin embargo, cabe señalar que no son las únicas, aparecen otras clasificaciones para delimitar el sobrepeso en términos de morbilidad. La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad Mórbida y Enfermedades Metabólicas (SECO), clasifican la obesidad mórbida entre los 40 y 49.9 de IMC, refiriéndose a ella como obesidad tipo IV. Y obesidad extrema con un IMC entre 50 y 59.9, llamándola obesidad tipo V. Y por último mencionan super-super obesidad con un IMC de 60 o mayor a este (Aranceta y Pérez, 2015). Aunque en cantidades es menos las personas que pueden tener un IMC arriba de 40, no podemos por ello darle menos importancia, ya que son focos rojos que lo que va apareciendo en esta problemática y por lo tanto muestran los siguientes pasos que sucederán con mayor relevancia estadística sino atendemos de manera más integral (física, conductual y emocional) esta situación.

A continuación, se presentan algunas estimaciones de la OMS a nivel mundial.

- En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos.
- En 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.
- En general, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.
- Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado.

Como se puede observar en los puntos anteriores, el nivel de sobre peso y obesidad a nivel mundial es preocupante, ya que un gran porcentaje de personas en el mundo tienen estas características corporales que impactan y afectan a la salud física y emocional. En la que en ambos casos es mayor en las mujeres. Esto teniendo un impacto importante en el rol social que ejerce la mujer.

A continuación, se presentará el análisis del sobrepeso y obesidad, pero ahora a nivel nacional:

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSN) a nivel nacional, en 2018 el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad es de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad), porcentaje que en 2012 de 71.3 %. En relación con la separación de sexos; las mujeres con sobrepeso son el 36.6% y en obesidad son el 40.2 % dando como total el 76.8%. En el caso de los hombres el sobrepeso representa el 42.5% y en obesidad el 30.5% dando un total de 73.0%. (ENSN, 2018, p. 41). México está considerado como uno de los principales países que tiene más población con obesidad, situación que lleva a reflexionar; la falta de conciencia de los hábitos alimenticios sanos y de las emociones que se ven implicadas por la compulsión a comer.

México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta, la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea. Respecto a la población infantil, México ocupa el cuarto lugar de prevalencia mundial de obesidad, superando a Grecia, Estados Unidos e Italia (Dávila, 2015, p.241).

Del 72.2 % mencionado como el total de la población en México con obesidad, Jalisco ocupa el 12.9% (ENSN, 2018, p. 40). Aunque no está entre los estados con mayor porcentaje en obesidad a nivel nacional, no hay que perder de vista que en ello también influye el número de personas que habitan en los estados, por lo que no deja de ser un elemento alarmante ya que 7 de cada 10 personas presentan sobrepeso y obesidad.

Profundizando en los párrafos anteriores; en nuestro país más del 70% de la población adulta tiene sobrepeso u obesidad. Los hombres con tendencia más alta al sobrepeso y las mujeres hacia la obesidad (Dávila, 2015). En México la población con estas características es mayoría, y posiciona al país a nivel mundial como un lugar que no ha atendido de manera adecuada esta problemática, ocupando por lo tanto los primeros lugares de sobrepeso y obesidad en adultos y niños en todo el mundo.

En cuanto a las diferencias de género, Félix (2019), menciona que los hombres a pesar de tener obesidad no son conscientes de su problemática de salud, por lo que no es tan común que pidan ayuda a diferencia del género femenino. Sin embargo, una vez que comienzan, muestran mayor adherencia al tratamiento que las mujeres. Se puntualiza, que aquellos que buscan un tratamiento para bajar de peso, es porque un médico les hace mención sobre su obesidad o porque manifiestan problemas de salud a causa de la misma enfermedad, y muchos otros por buscar un físico más atractivo.

Si bien es cierto que los hombres y las mujeres son diferentes físicamente, también lo son las demandas socioculturales. La mujer se ve más exigida a cumplir las expectativas de verse bien o tener el cuerpo ideal. Situación que genera que un peso emocional que lleva a buscar alternativas para bajar de peso, sin embargo, en mucho de los casos se descuida la atención emocional y psicológica, y como consecuencia no se logra un cambio profundo. Quizá es desde aquí que los hombres no están acostumbrados a mirarse, ya que la demanda hacia ellos de verse bien físicamente es muy poca. Introyectándose aquí creencias sociales que forman parte de un modo de vida.

Por otra parte, las personas consideradas con obesidad o sobrepeso, no solo traen problemas con el desequilibrio calórico (entre lo que se ingiere y se gasta), sino también que en muchas ocasiones se agregan más enfermedades. Esto a consecuencia de la gran cantidad de grasa acumulada en el cuerpo. La OMS (2020), nombra y categoriza estas enfermedades como “no

transmisibles”, las cuales son; las cardiovasculares (principalmente cardiopatías y cerebrovasculares), mismas que fueron la principal causa de muerte en 2012. Otras son la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (la osteoartritis) y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). En muchos de los casos una persona con obesidad o sobrepeso no solo tiene que lidiar con la grasa acumulada, sino también con más enfermedades, que en medida que no sean atendidas el problema crecerá y con ello la probabilidad más cercana a la muerte.

Según Dávila, González y Barrera (2015), menciona que el 90% de los casos diagnosticados como diabetes mellitus tipo 2 son consecuencia del sobrepeso y la obesidad. Como podemos observar, es un alto porcentaje lo que influye en adquirir algún otro tipo de enfermedad, y aumentar con ello el riesgo de salud y mortalidad. El exceso de peso corporal se va volviendo un reto importante para los que integran las ciencias de la salud, ya que cada vez va incrementando de manera exponencial y las consecuencias que vienen de ello son desfavorables, desde los descendos humanos hasta la economía que todo esto implica en un país.

Desde una mirada médica, el sobrepeso y obesidad como ya se ha mencionado en los párrafos anteriores, son causa de general otras enfermedades, sin embargo, existe otro grupo vulnerable de la población en el que también se ve afectado, estos son los fetos y los neonatales, ya que, si la madre tiene sobrepeso u obesidad, y con ello alguna otra enfermedad como la diabetes, la probabilidad de que el bebé nazca con sobrepeso o muera se incrementa. En una investigación realizada en Colombia en 2016 encontraron en correlación que las embarazadas que tengan como característica estar obesas o diabéticas se encuentran directamente relacionado con fetos de mayor peso al normal, preeclampsia y la mortalidad neonatal (Claros y Mendoza, 2016). Como es sabido las mamás son la fuente de nutrición de sus hijos. Por tal motivo aquí también se encuentra una problemática que afecta en su salud a terceros, donde el cuerpo comienza a recibir mensajes de cómo será alimentado.

La clasificación del IMC en la obesidad de mujeres embarazadas debe ser en las 10-12 semanas de embarazo un IMC igual o mayor que 30. Entre las 18-20 semanas de gestación igual o mayor que 32. Y, por último, se define la obesidad mórbida en cualquier período de gestación cuando el IMC es igual o mayor que 35 (Aranceta y Pérez, 2015, p.4). Esta situación se vuelve

preocupante ya que no solo la dificultad está con la mamá, pensando en que solo tuviera obesidad, pero si agregamos que también está acompañada de otras enfermedades, como es la diabetes, el riesgo es mayor. Sino que también están para el bebé, incrementando las dificultades y con ello las posibilidades de tener un niño con vida y sano.

Hablar de sobrepeso y obesidad se ha vuelto algo común en la sociedad, y quizá desde este punto se ha normalizado el ver a alguien con estas características. Sin embargo, a nivel de salud pública esto es alarmante, ya que los números siguen en aumento y el bienestar se ve comprometido en todas las etapas de vida, desde el feto hasta la vida adulta. Por lo que es importante trabajar en la toma de conciencia de los significados individuales-emocionales en la alimentación y lograr con ello un cambio positivo más profundo.

Objetivo general

Describir de qué manera la psicoterapia contribuye al reconocimiento de las emociones y sus significados alimenticios en una consultante con obesidad.

Pregunta general

¿De qué manera la psicoterapia contribuye al reconocimiento de las emociones y sus significados en los hábitos alimenticios en una consultante con obesidad?

Objetivos Particulares

- Describir la dominancia de los actos comunicacionales durante el proceso psicoterapéutico en una consultante con obesidad.
- Analizar los turnos de palabras indicadores de cambio subjetivo de los significados emocionales en el proceso psicoterapéutico y cómo impacta en los hábitos alimenticios de una consultante con obesidad.
- Describir la comunicación verbal dominante del terapeuta y cómo contribuye al reconocimiento de los significados emocionales de la consultante.

III. Estado del arte

En los apartados anteriores se ha hablado de las estadísticas desfavorables sobre la obesidad, mismas que nos brindan un panorama preocupante que requiere de cuestionarnos como profesionistas de la salud qué es lo que estamos haciendo para combatirlo. En este sentido, el abordaje emocional abarca un espacio de vital importancia en las personas con obesidad.

Como conocemos la obesidad ha sido tratada desde los fármacos, las dietas ligadas a la nutrición, los suplementos alimenticios, el ejercicio y los programas que buscan incluir un abordaje más interdisciplinario. Sin embargo, el abordaje emocional o psicológico no es atendido de manera importante, por lo que queda un vacío en la persona sin profundizar y como consecuencia se originan las recaídas de los malos hábitos.

Según Da Silva (2015) menciona que la obesidad es una patología multicausal, en la cual es importante incluir para su abordaje los aspectos sociales y psicológicos, en donde se profundicen las conductas y emociones vinculadas a la alimentación, y con ello lograr un buen tratamiento. Es por ello por lo que es importante atender todas las áreas de la persona, desde su manera de ingerir la comida, así como la selección de la misma, su actividad física hasta su proceso emocional que la lleva a vivir de determinada manera.

Entendiendo a la obesidad como una enfermedad crónica, multifactorial y multicausal que es ligada a la alteración de tejido adiposo y con ello favorecer el almacenamiento de grasa, se encuentran la edad, el sexo, la genética, la etnia, los factores hormonales, la dieta, el nivel de actividad física, los agentes farmacológicos y otros factores como el tabaquismo y el estrés (Carmona, Sánchez y González, 2017). Mismos que dan un marco de referencia de aquellos elementos que son importantes de tomar en cuenta en una persona que presente sobrepeso u obesidad, sin embargo, no podemos dejar a un lado el elemento emocional social e individual que impacta de forma contundente en cada una de las personas, donde les brinda creencias, valores, gustos y un modo de vida.

Dentro de esta multicausalidad se encuentra el desarrollo del ser humano en sus diferentes etapas de vida. Según Dávila et al. (2015), hablan de que el aumento excesivo de peso no se desarrolla de un momento a otro, sino que este va siendo en su mayoría gradual, comenzando en la infancia y la adolescencia, esto a partir del desequilibrio entre lo que se ingiere y lo que se gasta en

calorías. Esto puede ocasionar un trastorno metabólico, influenciado por los malos hábitos alimenticios, por la genética y factores ambientales que conducen a grandes cantidades de acumulación de grasa corporal. Esto quiere decir que en muchas personas la manera de alimentarse va desde un aprendizaje en las primeras etapas de vida, por lo que al ser adultos estos patrones ya están bien arraigados, y con ello crece la dificultad de cambiarlos.

En estos hábitos alimenticios incorporados de manera externa o inconsciente el cuerpo, va aprendiendo a crear una memoria corporal que le brinda un modo de comportamiento, de tal manera que se va formando su propio proceso metabólico. A lo dicho anteriormente añado que es importante profundizar en los patrones y hábitos alimenticios, pero desde lo emocional, ya que cada conducta que se realiza aprendida lleva un significado, que le da un sentido del por qué hacemos lo que hacemos. Por tal motivo la psicoterapia se vuelve un recurso importante para profundizar esta área del ser humano que esta poco atendida y valorada.

Si bien es cierto que es indispensable la presencia del psicólogo, también es cierto que en ocasiones el acercamiento con los profesionistas de la salud (medicina, nutrición y psicología) no siempre es la adecuada respecto a la atención y valorización del problema. Añadiendo con ello una dificultad más para tratar el sobrepeso y la obesidad.

Muchos profesionistas de la salud y la sociedad toman una postura muy determinante al pensar en que una persona con sobrepeso u obesidad “esta así porque quiere”. Esta situación impacta de manera emocional a las personas con estas características de tal manera que sienten que el mundo no está hecho para ellas, sino para personas delgadas, generando por lo tanto una discriminación constante (Da Silva, 2015). En este sentido el impacto emocional es gravemente lastimado ya que además de no sentirse en muchas ocasiones bien con ellos mismos, tienen que enfrentar las críticas de los demás, sintiéndose nada o muy poco aceptados y con la carga de no poder llenar sus expectativas.

Continuando con la percepción de las personas con sobrepeso y obesidad. Además de existir las etiquetas o juicios de los profesionistas de la salud o la sociedad en general, existen también las que se dan así mismos. Esto parte de estándares estéticos regidos por la cultura, la cual se llena de significados que se van construyendo desde la infancia. Esto mismo lleva a la persona a tener un concepto de percepción de sí mismo.

Hablar de una percepción corporal es de vital importancia en personas con sobrepeso y obesidad, ya que de aquí también se deriva el grado de consciencia que tiene la persona en su salud. En este sentido se realizó un estudio en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas en 2015, llamado Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso, en el que se observó que la mayoría de las personas que asistieron a consulta nutricional subestimaron su peso, es decir, que perceptualmente su forma, tamaño y peso eran menores al real, lo que correspondió a que manifestaran emociones y pensamientos ligados a sentirse muy bien con su figura. A diferencia de las personas que sobreestimaron su peso en la que perceptualmente su tamaño y peso fueron mayores al real y ligado a esto, manifestaron que se sentían pesados, mal e inconformes. Las personas con sobrepeso tuvieron un mayor porcentaje de respuestas enfocadas a que se sentían bien, a diferencia de las personas con obesidad, los cuales se sentían más inconformes (Matus, Álvarez, Nazar y Mondragón, 2015, p.393).

Ahondando en los resultados de la investigación anterior, se puede observar que una percepción corporal inadecuada influye considerablemente en el sentir emocional de la persona, y cómo es que a partir de este se determina la conducta y el valor de la importancia en la salud, física y emocional. Esto influenciado de manera individual, así como social, las etiquetas o juicios de valor se vuelven las principales creencias que impactan en la autoestima de las personas. Por tanto, siguiendo esta línea, la responsabilidad que tienen los profesionistas de la salud de acompañar en su proceso de cambio a otra persona, debe de ser libre, sin juicios y respetuosa.

Aunque hay muchos profesionistas de la salud que trabajan de manera individual, también existen otros que reconocen entre sí los límites de sus áreas, por lo que la unión de estas puede brindar mejores tratamientos y con ello mejores resultados, reduciendo con mayor eficacia el sobrepeso y la obesidad y por tanto el riesgo mayor a una muerte prematura.

Hablar de muerte prematura a causa de la obesidad y sobrepeso es un hecho alarmante que no se puede dejar pasar. Según Aranceta y Pérez (2015), el grado de mortalidad prematura incrementa un 30% por cada 15 kilogramos extras de peso corporal. Esto significa que, entre más grasa almacenada, más peligro a morir. En este punto las consecuencias ya no tienen marcha atrás, y es por ello la importancia de abordarlo a tiempo y apostar por una óptima salud física y emocional.

Las Ciencias de la Salud en una apuesta de mejorar la calidad de vida de las personas con sobrepeso y obesidad, ha buscado reducir los riesgos que impidan las posibilidades de bajar grasa corporal, esto a través de los diferentes abordajes y tratamientos que se brindan a partir de la medicina, la nutrición y la psicología.

La medicina, por ejemplo, a través de la cirugía le ha apostado a brindar una alternativa de afrontamiento ante esta problemática que a lo largo de los años ha ido en incremento y que impacta a todo el mundo. Rios, Assadi, Barros y Francesetti (2017) mencionan que la cirugía bariátrica ha mostrado gran efectividad para eliminar el exceso de grasa en el cuerpo, sin embargo, esto no es una tarea tan sencilla, ya que después de la intervención quirúrgica deben de seguir con mucha disciplina las pautas de alimentación y ejercicio. Esto quiere decir que se tiene que seguir trabajando en el cambio de hábitos alimenticios y aeróbicos.

En 2015 en una universidad de Chile, se realizó un estudio de cuatro meses en pacientes con obesidad candidatos a la cirugía bariátrica, donde la intervención fue a través de sesiones individualizadas y grupales de educación nutricional, otras sesiones individualizadas y grupales enfocadas en aspectos de ansiedad y sintomatología depresiva y sesiones de ejercicio físico. Teniendo como resultado la disminución en los niveles de depresión y la pérdida de peso, así como aumento en la autoestima y la calidad de vida, además de aumentar también la posibilidad de mantener la disminución de peso (Delgado, Cofré, Alarcón, Osorio, Caamaño y Jerez, 2015, p.1024). Como nos podemos dar cuenta, esta investigación nos da la oportunidad de conocer la riqueza de abordar a una persona de manera interdisciplinaria, donde la psicología se hace presente en el plano nutricional y con ello obtener mejores resultados.

La cirugía bariátrica implica un cambio de paradigma, ya que se interviene un órgano sano para buscar resolver una enfermedad que se crea de manera sistémica, esto quiere decir que no surge del estómago sino de la mente (Rios, et. al. 2017). Por lo tanto, el éxito a este método no se mide en la operación sino en el trabajo que se tiene que seguir haciendo después de la cirugía, implicando cambiar casi en su totalidad la manera de vivir de la persona.

Siguiendo en la línea de la cirugía, añadido que, para lograr un impacto positivo en el resultado, es necesaria la autoobservación. Rios, et. al. (2017) mencionaron que la autoobservación permite tomar mayor conciencia de las propias emociones y de cómo lidiar con ellas (...). Y es

parte importante del rol del psicólogo en un equipo multidisciplinario de cirugía bariátrica (p. 274). El reconocimiento emocional y la oportunidad de trabajar en sí mismos brinda resultados de cambios definitivos. Por tanto, la psicoterapia se vuelve esencial para lograr este procedimiento. Sin embargo, esta postura no es siempre aceptada por las mismas personas en tratamiento, ya que el papel del psicólogo es demeritado y poco reconocido por lo que se vuelve un desafío a enfrentar.

Con la cirugía las personas cometen el error de creer que solo en la operación tendrán la solución, ocasionando con ello que, al ver resultados considerables de baja de peso, se dan de alta, ignorando que por muchos años han vivido una enfermedad crónica y que podría reaparecer en dos años si no se toman las medidas pertinentes, regresando a su anterior estilo de vida (Rios, et. al., 2017).

La relevancia de la labor del equipo de salud mental (psiquiatras y psicólogos) es el acompañamiento antes de la cirugía, brindando como herramientas la adherencia al tratamiento, trabajando en los cambios que vendrán y en su nuevo estilo de vida, así como ubicar los obstáculos y evaluar si son aptos para el procedimiento (Rios, et. al., 2017).

El abordaje interdisciplinario es importante, ya que una persona no se compone solo de lo físico o psicológico, atendiendo cada área personal, el trabajo y los resultados pueden llegar a ser más significativos. Respecto al área física, se ha atendido de diversas formas, por cirugía, por dietas, por ejercicio, por licuados y medicamentos y los resultados se pueden medir más en números. En cambio, en el área psicológica los elementos a profundizar son distintos y muy amplios, por lo que las causas pueden ser multifactoriales.

Buscando por tanto respuestas de cómo enfrentar las causas que ocasionan la obesidad y el sobrepeso es a nivel psicológico-emocional de la persona. Como señalan De la Vega y Cruz (2018), es importante reconocer su historia de vida y las asociaciones establecidas con los cuidadores primarios y el alimento. Partiendo desde esta idea, el profundizar en ello dará los significados compensatorios que buscan con la ingesta de comida.

Partiendo de abordajes concretos, la psicología está compuesta por enfoques o modelos que desde sus diferencias se enriquecen para brindar diferentes opciones de trabajo en una persona y que tiene como finalidad lograr en la misma una mejor calidad de vida.

Desde el abordaje psicológico de la terapia cognitivo-conductual (TCC), propone como tratamiento terapéutico para el sobrepeso y obesidad: a) la motivación y la psicoeducación, b) las técnicas conductuales, c) la reestructuración cognitiva, d) la imagen corporal, la autoestima y la impulsividad, e) las demandas efectivas, la resolución de problemas o la sintomatología depresiva y f) el tratamiento y fortalecimiento de las técnicas de autocontrol y de habilidades sociales (De la Vega y Cruz, 2018, pp.86-87).

Lo anterior fue utilizado en un estudio de caso de una mujer con obesidad, en el cual se presentaron resultados favorables, ya que la persona logro un mejor manejo de su entorno, a nivel de relaciones interpersonales, así como el cambio de hábitos alimenticios (De la Vega y Cruz 2018). Con los resultados obtenidos, se acentúa la importancia de atender el área psicológica-emocional para lograr cambios efectivos y definitivos.

Profundizando en los resultados que brinda la TCC en pacientes con obesidad y sobrepeso; ayuda a mejorar el manejo de las emociones y conductas, profundizando en el cuidado corporal, así como en el cambio de los hábitos alimenticios de manera significativa. Se reconoce al mismo tiempo que bajar de peso es mínimo, también los aprendizajes a controlar los impulsos alimenticios crecen y con ello se transforman los pensamientos (Palacios, 2018).

Como señala Palacios (2018) el problema debe ser resuelto de raíz en donde se trabaje las cuestiones emocionales para lograr un cambio en los hábitos alimenticios dado que en ocasiones las mismas creencias irracionales llevan a los pacientes a consumir alimentos con alto nivel calórico relacionado con su estado emocional (p.152).

Citando a Cano, Del castillo y Torres (2017), mencionan que la modificación conductual puede ser aplicada mediante diferentes estrategias como el control de estímulo, el refuerzo positivo, la reestructuración cognitiva. Con la finalidad de que la persona se responsabilice de sus actos y tome decisiones mediante las metas que se vayan estableciendo. En este sentido, es importante tomar en cuenta que la persona que está buscando bajar de peso, haga consciente su toma de decisiones y trabaje en los cambios debidos que necesite hacer, desde su propia convicción. Y es por ello la importancia del trabajo psicoterapéutico.

Continuando con el párrafo anterior, es importante hablar de un tratamiento multifactorial individualizado, donde se aborde la ingesta alimentaria, los niveles de actividad física y el cambio de conducta a largo plazo. Se va reconociendo que como tendencias actuales que los objetivos van más inclinados a brindar cambios en los hábitos y no en la pérdida de peso (Gómez y Martínez, 2018).

La terapia cognitivo-conductual ayuda al manejo de la ingesta compulsiva, sin embargo, no producen pérdida de peso, por lo que se requiere un abordaje interdisciplinario. Por otra parte, los resultados son favorables en la disminución de la depresión y el mejoramiento de la imagen corporal, y con ello el crecimiento de la calidad de vida de las personas (Mariscal, 2017).

Otra manera de abordar desde la psicología son las terapias de tercera generación, en la cual se encuentra la terapia de aceptación y compromiso (ACT). De acuerdo con Tronieri, Wadden, Leonard y Berkowitz (2019), el tratamiento donde se han encontrado resultados positivos en cuanto a la pérdida de peso en adultos es a través de ACT, esto en combinación con la modificación del estilo de vida de la persona.

Como parte de seguir en la búsqueda dentro de la psicología, y dar respuesta desde otras alternativas psicoterapéuticas, se han utilizado otros enfoques que también han arrojado buenos resultados para atender esta enfermedad. Según Baile, González, Palomo y Rabito (2020) los cuales son la hipnosis y la atención plena, así como la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular EMDR y la terapia familiar, está ayudando con mayor eficacia cuando todo el entorno familiar se ve involucrado en la persona con obesidad y sobrepeso.

Además del reconocimiento que tiene la Terapia Cognitivo Conductual para tratar el sobrepeso y la obesidad, Félix (2019) realiza un estudio donde comparte más enfoques terapéuticos para abordar esta problemática y de los cuales también se han tenido resultados favorables, por lo que se presentará a continuación una lista con dichos nombres.

- Terapias conductuales de tercera generación; mindfulness, promueve la conciencia plena sin juicios de valor, en el cómo y qué se ingiere de alimento, profundiza en el cuerpo, en el control de las sensaciones, en la aceptación personal, favoreciendo el manejo de los atracones y la comida emocional.

- Biofeedback y Neurofeedback; se basa en el registro cortical, buscando modificar los patrones cerebrales, y con ello lograr favorecer la regulación emocional.
- Intervenciones Neuropsicológicas; esta trabaja en la memoria y la atención, ya que se ha encontrado que existe una asociación con el decidir baja de peso de manera voluntaria.
- Hipnosis; a partir de ella trabajar favorecer la imagen corporal, las distorsiones y la ansiedad secundaria a la pérdida de peso.
- Danzaterapia; partiendo de la interacción mente, cuerpo y alma, lograr la integración emocional, cognitiva, física y social de la persona.
- EMDR; aborda el estrés post-traumático que genera el impulso por comer.

Todos con el objetivo de buscar no solo el cambio de hábitos en conductas y pensamientos, sino también el lograr el autocontrol, más aceptación en la imagen corporal y mejor autoestima. Profundizando en ello, es importante hablar de las implicaciones emocionales que van apareciendo en la ingesta y que forman parte del motivo de la compulsión.

De acuerdo con Suárez (2019), la alimentación emocional es considerada una estrategia de regulación emocional que implica una conducta de ingesta, en ausencia de hambre, con el fin de reducir un estado emocional negativo (p.4). Con ello se puede confirmar que la manera en que se consume los alimentos está relacionada con un estado emocional, y una necesidad de eliminar aquello que nos amenaza negativamente, siendo evadido y remplazado por comida se tengo o no hambre.

La ansiedad y el estrés están consideradas como emociones negativas que aumentan la motivación y la frecuencia por comer. Desencadenado una serie de problemas de salud y a su vez un estado cíclico que se va alimentando; como por ansiedad y subo de peso, verme con sobrepeso es causa de tener ansiedad y vuelvo a comer (Suárez, 2019).

En un estudio realizado en Perú en la facultad de medicina humana, se mostró que la ansiedad generalizada está vinculada en un 26% de una muestra de 45 en pacientes con obesidad a diferencia de los pacientes con ansiedad generalizada, pero sin ser obesos fue de un 10%. Destacando con ello que la sobrealimentación asociada con la obesidad está acompañada de malestares emocionales como lo son la culpa, la ansiedad, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad (García, 2017).

Las emociones negativas, la baja autoestima, un ambiente familiar disarmónico, el estrés, los sentimientos de inferioridad, la depresión, la falta de resiliencia, la apatía, la ansiedad, el bajo nivel educativo, las creencias y valores negativos, la inseguridad financiera, el comer como forma de regulación emocional, la inseguridad alimentaria, el abuso, la negligencia y la desventaja socioeconómica se establecerían, por tanto, como factores de riesgo. Beneficios de la intervención psicológica grupal en obesidad para tener obesidad o aumentar el IMC. Mientras que la autoeficacia, la autoestima, una imagen positiva de uno mismo, la funcionalidad del ambiente familiar, la resiliencia, la formación educativa, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el bienestar socioeconómico se establecerían como factores de protección (Félix, 2019, p.p.37-38).

Los significados emocionales, la ingesta alimenticia, la compulsión por comer y el sobrepeso u obesidad, están altamente ligados, en una coexistencia entre ellos mismos. Para su transformación, se ha hablado de un abordaje interdisciplinar donde la medicina, la nutrición y la psicología hagan equipo para lograr mejores resultados. Así mismo se ha profundizado en los diferentes abordajes psicológicos para esta problemática y los resultados favorables obtenidos. Sin embargo, esta enfermedad sigue siendo un reto de intervención y una preocupación en salud pública que afecta de manera mundial y que se necesita seguir investigando para comprender de manera amplia la problemática y las diferentes estrategias de tratamiento.

IV. Marco Teórico

En este apartado se podrá encontrar la conceptualización del sobrepeso y la obesidad, las repercusiones políticas, sociales y económicas que se tienen, al tener esta enfermedad en todos los países del mundo, debido a la ingesta de alimentos. Al mismo tiempo se hablará de las emociones implicadas en la conducta por comer, y con ello las principales problemáticas que se desarrollan a nivel afectivo como físico, teniendo por tanto repercusión en las relaciones sociales de quien lo padece.

Por otra parte, se encontrará la clasificación del sobrepeso y la obesidad, así como las estadísticas que afectan a las personas con dichos padecimientos y con ello las consecuencias que se generan a nivel mundial.

Y por último se hablará de las maneras en que desde la psicoterapia esta problemática podrá ser abordada, teniendo como finalidad brindar una posible solución de abordaje y consciencia emocional como corporal.

4.1 Conceptualizando el sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como enfermedades de acumulación anormal o excesiva de grasa, y que esto puede llevar consecuencias desfavorables para la salud (OMS, 2020). Por tanto, estamos hablando de una situación preocupante a nivel mundial, que pone a la sociedad en riesgo y vulnerabilidad ante otras enfermedades que pueden ser originadas a partir del exceso de grasa corporal, como pueden ser; el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras.

El sobrepeso y la obesidad son consideradas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Al mismo tiempo las categorizan como patologías de larga evolución (Palma & Lasagni, 2019). Esto se debe a que no se generan a través de un contagio de contacto físico, y que a su vez se van desarrollando a través del tiempo, esto quiere decir, que de un día a otro no eres una persona con sobrepeso u obesidad, sino que lleva un proceso de conductas emocionales y alimenticias que van formando parte de los malos hábitos que originan este tipo de enfermedades.

Al ser el sobrepeso y la obesidad consideradas como ECNT, existe una serie de complejidades que ponen en riesgo a la persona con estas características, por tanto, disminuye la calidad de vida, generando morbilidad y costos altos en los tratamientos por parte del gobierno.

Para tener una mejor claridad en la diferencia a nivel de grasa o masa corporal entre el sobrepeso y la obesidad se mostrará la siguiente tabla.

IMC (Índice De Masa Corporal)	Clasificación de la OMS
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Sobrepeso
30.0-34.9	Obesidad
35.0-39.9	Obesidad severa
Igual o superior a 40	Obesidad mórbida

Integrando un panorama mundial en relación con el sobrepeso y la obesidad, se estima que 1400 millones de adultos padecen sobrepeso y 500 millones se encuentran en los rangos de obesidad. Enfocándonos más en México, se encuentra entre los primeros cinco países con alta prevalencia de dichas enfermedades en Latinoamérica. Aunque en este trabajo no esté enfocado en el sobrepeso y la obesidad en niños, cabe destacar que México obtiene el primer lugar en menores de edad (Campos, Cuevas, Mendoza & Barquera, 2020). En este sentido se puede observar que existe una problemática importante a nivel salud-social y por tanto ya sea directa o indirectamente nos afecta a todos.

En el caso de esta investigación, la persona a estudiar es una mujer, por tanto, es importante y relevante mostrar los índices en el área femenina. De acuerdo con Campos, Cuevas, Mendoza y Barquera en 2020, mencionan que en el 2016 las mujeres adultas entre los 20 y 49 años de edad existen un sobrepeso de 35.6 por ciento y un 37.1 por ciento en obesidad. En cuanto a las estimaciones solo en la obesidad el 37.4 por ciento reside en las localidades urbanas y el 35.9 por ciento en las rurales. Mientras que, en el sobrepeso, las mujeres en localidades urbanas están en el 34.8 por ciento y en las rurales se encuentran en el 38.8 por ciento (Campos, et al. 2020, pp. 13, 14). Si profundizamos en los resultados obtenidos como más recientes en el 2016, se puede observar que la obesidad tiene mayor prevalencia en la ciudad donde los alimentos están mayormente industrializados, sin embargo, el sobrepeso no marca una diferencia en las localidades

urbanas, ya que los resultados muestran que en el campo o zonas menos industrializadas en la alimentación es más alto el sobrepeso. Quizá esto tenga que ver con una serie de factores culturales que han ido cambiando a lo largo de los años, y es por ello por lo que la vida sedentaria ya sea en el campo o la ciudad se ha visto afectada por la tecnología que lleva a obtener un crecimiento industrial y por tanto más procesado.

La prevalencia de obesidad abdominal en adultos a partir de los 20 años fue de 76.6 por ciento, al categorizarlo por sexo, en hombre arrojó como resultado el 65.4 por ciento y en mujeres fue el 87.7 por ciento (Campos, et al. 2020). Observando todos estos resultados, las mujeres juegan el papel más vulnerable ante el sobrepeso y la obesidad. Esto quizá pueda estar relacionado con el rol que juega ante la sociedad, no hay que olvidar que la mujer culturalmente está cumpliendo el rol de estar en casa y atender todas las necesidades que esto conlleva, aunque bien es cierto que este papel está buscando ser cambiando en los últimos años, las creencias y raíces a que la mujer pertenece a la casa siguen siendo culturalmente alta, por tanto esto impide que salga a trabajar, caminar, o simplemente que tenga más movimiento y esfuerzo físico que el hombre.

Continuando con el párrafo anterior y de acuerdo con Barrera, Rodríguez y Molina en 2013, mencionan como causa fundamental del sobrepeso y la obesidad el aumento del consumo de los alimentos hipercalóricos, siendo estos los que contienen más grasas, sales y azúcares. Y esto a su vez se suma con una vida humana más sedentaria.

En el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria en (2010), recopilan una serie de puntos que destacan las características que se forman en la vida occidental respecto a la salud alimentaria. Y que a su vez se vuelve la manera en la que desarrolla el país la alimentación de la población; 1) aumenta la disponibilidad a bajo costo de alimentos procesados que son adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal; 2) se presenta un aumento en el consumo de comida rápida y comida preparada fuera de casa para un sector creciente de la población; 3) disminuye el tiempo disponible para la preparación de alimentos; 4) aumenta de forma importante la exposición a publicidad sobre alimentos industrializados y productos que facilitan las tareas cotidianas y el trabajo de las personas, lo cual disminuye su gasto energético; 5) aumenta el poder adquisitivo de la población; 6) aumenta la oferta de alimentos industrializados en general; y 7) disminuye de forma importante la actividad física de la población.

Como podemos observar hablar de una buena alimentación o de un comer saludablemente, es costoso, además que a nivel publicitario o de comercio la moda que se implementa en el consumo es poco saludable. Por tanto, nos vemos enfrentados a un factor social, económico y político del consumo que refuerza la mala alimentación, y que solo a personas con un estado socioeconómico más alto tienen un alcance de alimentación más saludable.

4.2 Principales problemáticas en el sobrepeso y la obesidad

Es importante considerar que la alimentación es un punto de vital importancia para el ser humano, ya que por medio de este obtenemos nutrientes que funcionan como la gasolina para un auto, en esta comparativa, lo que se quiere resaltar, es que el alimento también es importante para estar vivos y funcionar en el día a día. Lo desafortunado viene cuando no proporcionamos nuestra ingesta calórica con la quema de esta. De acuerdo con Zugasti, Jiménez, Álvarez y moreno en 2006, el ser humano no solo come por necesidades fisiológicas, sino también por el goce o disfrute de la comida misma, por su sabor y su contexto sociocultural.

Continuando con el párrafo anterior, en el modelo tradicional de distribución de las comidas, la tendencia es a desaparecer el desayuno (perjudicando al rendimiento físico e intelectual), y la disminución de la cena (Zugasti, et. al. 2006). Esta manera de llevar a cabo una alimentación diaria es muy común, ya que enfatiza la creencia que el comer menos te hará tener menos grasa corporal. Sin embargo, lo único que se está logrando es un desequilibrio nutricional energético que perjudicará más la salud física y el problema del sobrepeso u obesidad no se quitará y mucho menos disminuirá.

Las recomendaciones generales son; realizar de 3 a 4 comidas al día con un aporte de proteínas del 10 al 15% de valor calórico total, menos del 30 al 35% de lípidos y 50 al 60% de hidratos de carbono, limitando los hidratos de carbono sencillos y las grasas saturadas (Zugasti, et. al. 2006, p.46). Esto en términos generales brinda un parámetro de la manera más ideal por comer saludablemente, donde el sobrepeso y la obesidad vayan en decadencia y con ello lograr una mejor salud física, que evitará muchas enfermedades a causa del exceso de grasa corporal.

Las problemáticas de sobrepeso y obesidad a nivel de salud física son muy diversas. En relación concias negativas que se generan, se ven reflejadas en la calidad de vida de la persona con sobre peso u obesidad, y es en este sentido que puede a llegar a ser tan alarmante.

Téllez en 2019, menciona las enfermedades que pueden llegar a consecuencia de la obesidad, estas son: hipertensión arterial, dislipidemia, resistencia a insulina, diabetes mellitus tipo 2, retinopatía diabética, insuficiencia renal, pie diabético y amputaciones, procesos infecciosos variados, accidente cerebro vascular, aterosclerosis, cardiopatía coronaria, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia arterial periférica, enfermedad venosa crónica, várices, úlceras varicosas, linfedema y celulitis, hidradenitis, supurativa, intertrigo e infecciones cutáneas, estrías, acrocordones, acantosis nigricans, acné, hirsutismo, alopecia androgenética, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), muerte súbita, asma bronquial, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), síndrome de hipoventilación pulmonar, trastorno del sueño, hígado graso, esteatohepatitis, cálculos de la vesícula biliar, cirrosis hepática, reflujo gastroesofático, diversos tipos de cáncer tales como: mama, colorrectal, uterino, riñón, cabeza, y cuello, esófago, páncreas, endometrio, próstata, vesícula biliar, piel y tiroides. Anormalidades menstruales, infertilidad, síndrome de ovario poliquístico, hiperandrogenicos (incremento de hormonas sexuales masculinas o andrógenos en mujeres), anovulación crónica, prolapso uterino, enfermedades del embarazo como diabetes gestacional, preeclampsia y eclampsia, hernias de partes blandas, hernia lumbar, esguinces, fracturas, artrosis, artritis, múltiples dolores, cansancio, reducción en la estatura, enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis) y caries (p.191).

Las causas principales de mortalidad en el mundo son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular con 15 millones de defunciones en 2015. (...). Y las muertes por diabetes alcanzan los 1,6 millones de muertes también en 2015. La obesidad para las enfermedades mencionadas juega un rol central pues constituye el principal factor modificable (Téllez, 2019, p.192). Estos resultados brindan un parámetro de las consecuencias de salud pública que llegan a manifestarse a partir del sobrepeso y la obesidad.

Con lo ya mencionado se puede observar como el sobrepeso y la obesidad afectan la calidad de vida de quien lo o la padece, y esto incluye la parte cognitiva de las personas. Palma y Lasagni (2019), hacen mención sobre diferentes estudios que testifican que “la obesidad agudiza un deterioro cognitivo. Se observa que el IMC se asociaba de forma independiente tanto en la función cognitiva como en los cambios de aprendizaje en hombres y mujeres sanos y de mediana edad.

(...). En niños con sobrepeso reflejan un déficit de control ejecutivo” (p.100). Quizá todo esto tenga que ver con la manera de aprovechar los nutrientes alimenticios. Por generaciones se ha creído un dicho “si esta gordito está sanito” y no necesariamente sucede esto, es importante poder conocer el nivel de nutrientes aprovechados en nuestro cuerpo, la clase y calidad de alimentos ingeridos, así como los hábitos.

Al igual se puede observar que la lista de consecuencia del sobrepeso y la obesidad es muy larga, y aunque se puede pensar que algunas son más desafortunadas que otras, por ejemplo, un tipo de cáncer a una fractura de huesos. La realidad es que en ambas duele y se sufre. Por tanto, las consecuencias que se generan a partir del exceso de masa corporal son desafortunadas, y en todas, la calidad de vida se ve afectada. Es por ello de la importancia de una mejor concientización respecto al tema y de una atención adecuada, donde la interdisciplinariedad tome un papel importante en la salud de la persona.

4.3 Emociones implicadas en el sobrepeso y obesidad

Hablar de las emociones y la parte psicológica que implica el sobre peso y la obesidad se vuelve complejo, ya que dentro de todos los factores que intervienen o influyen en dicha enfermedad, por tanto, no hay un patrón o receta que determine lo que se va a encontrar en términos emocionales y psicológicos en una persona con sobre peso u obesidad.

Palma y Lasagni (2019), hablan sobre la importancia de conocer la personalidad de quien presente como enfermedad el sobre peso y la obesidad, esto debido al interés de abordar un tratamiento psicológico de manera correcta, con la finalidad de lograr una adherencia y control de la enfermedad, y por tanto se obtiene una mejor calidad de vida en la persona. Por otra parte, no hay que perder de vista que esta enfermedad genera sufrimiento en las personas que la padecen. La parte emocional-psicológica se ve afectada a través de las burlas, críticas, juicios y rechazos del entorno social donde pertenece o interactúa.

El sobrepeso y la obesidad tiene causas psicológicas, pero también consecuencias psicológicas, quienes experimentan esta enfermedad se ven envueltos en una serie de dificultades emocionales para afrontar el día a día. Téllez (2019) “menciona que, al evaluar a numerosas personas con obesidad, observo como característica frecuente baja autoestima y autovaloración incrementada

por la alta discriminación social” (p.38). Todo esto lleva en su mayoría a las personas con estas enfermedades a que sean poco sociables y retraídas, teniendo como consecuencia la disminución de sus recursos sociales, y por tanto también disminuye en quién pudieran apoyarse para sobrellevar sus estados emocionales que van viviendo día con día.

Sánchez y Pontes (2012), indican que en las personas obesas la conducta alimentaria tiene mayor influencia las emociones y en personas que hacen dieta de las que no la hace. Desde esta trinchera podemos observar que el vínculo de las emociones-comida es fuerte y que las personas que lo padecen se ven enfrentadas a una dura compulsión por comer y buscar saciar sus necesidades en la mayoría de los casos son emocionales y no físicas.

Salazar, Castillo, Pastor, Tejeda y Palos (2016), realizan una investigación donde se dan cuenta que el sobrepeso y la obesidad están asociados con la depresión esto es provocado por que dejan de socializar con el exterior y por tanto se vuelven retraídos afectado sus actividades de trabajo, escuela y familia. Así mismo la ansiedad juega un papel predisponente en dichas enfermedades, ya que manifiesta con alteraciones del estado de ánimo, pensamientos y comportamientos. Siguiendo esta línea se puede llegar a la conclusión que la depresión y ansiedad están ligadas al sobrepeso y la obesidad y que se ven afectadas principalmente en el entorno que rodea a estas personas, y de lo cual se puede inferir que esto puede llegar a acusar baja autoestima, retraimiento y poca interacción con lo externo.

González (2019), realiza una propuesta muy interesante respecto a poner la comida como una adicción más que puede llegar a tener el ser humano. Aunque al mismo tiempo reconoce que esto no es categorizado por el DSM-V, él ha observado una serie de generalidades que dan abren un espacio para ser cuestionadas, observadas, pero sobre todo para buscar ser atendidas de la mejor manera.

- La adicción a la comida se caracteriza generalmente por:

La pérdida de control sobre el consumo de los alimentos salados, azucarados y procesados y el consumo continuo a pesar de las consecuencias físicas y psicológicas adversas.

Se asocia principalmente con patrones de alimentación anormales y trastornos de la alimentación.

La prevalencia de adicción a la comida en la población con obesidad es más alta que en quienes no padecen obesidad.

- Esta conducta alimentaria se manifiesta en:

Ansiedad por comer (sobre todo alimentos específicos).

Pensamientos constantes, recurrentes, persistentes e intrusivos acerca de la comida o el comer.

Mayor prevalencia en niveles de depresión y atracones.

Las personas con sobrepeso u obesidad se caracterizan por la sobre ingesta de alimentos, esto sucede de manera inconsciente, y a nivel físico se inhabilita la percepción de señales internas que pueda mandar el cerebro para percibir hambre, apetito, saciedad o llenura (González, 2019). En este sentido la alimentación se debe más a una situación o estado emocional, ya que no existe necesidad física que lleve a la conducta de comer. Por tanto, existe un comer emocional que puede estar involucrado con el estrés, la ansiedad y la depresión.

Téllez (2019) menciona que la obesidad favorece el desarrollo de la inseguridad, baja autoestima, descuido y desvalorización, personal, burlas, bromas, bullying, retraimiento social, trastornos del sueño, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, fobia social, insuficiente desarrollo de la personalidad, adicción a alimentos procesados, abuso y adicción al alcohol y drogas, adicciones a videojuegos, suicidio, disfunciones sexuales, disfunción familiar y de pareja, descenso marcado en la calidad de vida por mencionar las más importantes (p.193).

Las consecuencias emocionales que conllevan el sobrepeso y la obesidad son diversas y desfavorables. Por lo regular es más visto y pensado en lo físico, sin embargo, lo emocional juega un papel de vital importancia para una salud óptima. Algunos dicen que como te sientes por dentro lo reflejas por fuera, y en una gran mayoría de los casos el reflejo de la obesidad es una fachada de una situación emocional interna que la persona está viviendo y no necesariamente puede ser consciente de ello. Me parece en este sentido que el cuerpo habla lo que la boca caya. Por tanto, es un punto importante para trabajar en las personas con estas características.

Por otra parte, se realizó un estudio en México con 819 universitarios, hombres y mujeres con un promedio de edad de 22 años. Dicho estudio buscaba descubrir la ingesta de alimento en relación con las emociones. Como resultado se obtuvo que las emociones que los universitarios que experimentan con mayor frecuencia durante la alimentación son: alegría, alivio, amor, arrepentimiento, asco, culpa, disfrute, felicidad, placer, remordimiento, repulsión y ternura. A su vez se identificó que los hombres tienden a experimentar placer durante el consumo de los alimentos a diferencia de las mujeres que experimentan disfrute con mayor frecuencia (Peña y Reidl, 2015, p.2191). En este sentido me parece importante destacar que las emociones agradables también forman parte del cómo se ingieren los alimentos, esto lleva que a partir de la sensación o emoción vivida se elige el alimento, y a su vez el mismo te provoca una emoción, formando por tanto un círculo que se retroalimenta.

Por otra parte, Peña y Reidl (2015), destaca que la conducta alimentaria es un constructo multifactorial, ya que se basa en pautas socioculturales que definirán los patrones de consumo alimenticio, yendo más allá de las necesidades relacionadas con el hambre y la saciedad. En otras palabras, esto quiere decir que la conducta alimentaria no solo depende de la necesidad fisiológica de tener hambre, o al valor nutricional que te pueda llegar aportar cada alimento, sino que también influye el círculo social donde te desenvuelvas, las tradiciones y costumbres en las que se viva la persona.

Señalando lo que mencionan Anger y Katz (2015), las emociones tienen un poderoso efecto sobre la ingesta, sobre todo en las personas obesas. Las personas con sobrepeso consumen más alimentos que las personas de peso bajo o normal cuando experimentan emociones negativas, generándose hiperfagia (ingestión de una cantidad excesiva de alimentos), (p.32). Como se puede observar en lo señalado la ingesta de alimento junto con las emociones tienen una relación importante con el sobrepeso y la obesidad. El consumo de los alimentos está definido en gran parte por lo que se experimenta a nivel sensorial y emocional, esto en la mayoría de los casos no es consiente para la persona que come sin preguntarse si ya está zaceado. Por tanto, la comida tiene el papel de llenar lo que se siente vacío o de quitar la emoción o sensación que desagrade.

4.4 Modelos de intervención en el sobrepeso y la obesidad

Hablar del abordaje psicológico como parte de la intervención interdisciplinaria de un proceso de bajar de peso, es muy importante, ya que además de atender la parte física en dietas u operaciones, se necesita tener claridad emocional donde te encuentres en total convencimiento del cambio que deseas realizar para tu vida.

Existe una diversidad de técnicas que favorecen la conciencia corporal, mental y emocional para lograr un cambio. Una de las que predomina en este sentido son las conocidas en el enfoque cognitivo conductual. Beck construye un método que brinda una guía de cómo lograr bajar de peso buscando lograr un autocontrol, permitiendo así una mayor consciencia de sí mismo y por tanto lograr los objetivos preestablecidos.

Beck (2009) menciona que investigadores de la Universidad de Pensilvania realizaron una serie de estudios en los que se empleaban técnicas conductuales en lugar de prescribir una dieta y descubrieron que los participantes eran capaces de perder peso si se dedicaban a marcarse objetivos, resolver problemas y llevar a cabo un registro de todo lo que comían (p.63). Tomando en cuenta este punto, se puede inferir que la toma de consciencia y el trabajo constante en el autocontrol, dan resultados favorables más allá de solo una dieta rigurosa y estricta. En este sentido es apostarle que de nada sirve tener la mejor dieta para bajar de peso sino se tiene la consciencia real de lo que en el “aquí y ahora” está viviendo la persona, y mucho menos un autocontrol emocional.

Desde la teoría de Beck (2009), es muy importante considerar los pensamientos, ya que ellos aparecen antes de la conducta. Menciona que los pensamientos influyen sobre los actos de la persona, por lo que los clasifica en dos; pensamientos sabotadores, que llevan a actuar de manera desfavorable y pensamientos positivos que llevan a actuar de manera más positiva. Desde esta percepción se puede concluir que antes de ingerir un alimento, existe un pensamiento que permite que actuamos de determinada manera. Sin embargo, en muchas ocasiones este no es tan consciente y es aquí la importancia de un proceso psicoterapéutico, ya que aquí se buscará generar esa autoconciencia que facilite el autoconocimiento y con ello el cambio de conducta alimenticia.

Desde el método Beck, una vez que ya se haya logrado la meta de alcázar el peso ideal, se recomienda lo siguiente:

- Continuar pesándose diaria o semanalmente
- Elabore una tarjeta con los beneficios del mantenimiento
- Anticipe la cantidad de esfuerzo necesario para el mantenimiento
- Felicítase muchas veces al día
- Reaccione ante todos sus pensamientos sabotadores y sepa que le asaltarán periódicamente durante mucho tiempo
- Como la misma cantidad de comida y el mismo número de calorías que ha estado comiendo mientras su peso se estabiliza
- Continúe planificando y haciendo un seguimiento de lo que come
- Elabore menús
- Coma más o menos lo mismo todos los días
- Mantenga los buenos hábitos a la hora de comer; procurando comer lentamente, sentado y saboreando cada bocado
- Siga haciendo ejercicio
- Siga buscando apoyo
- Plantéese ser el compañero de dieta de alguien que desee perder peso
- Siéntase complacido por su pérdida de peso y su nueva forma física (Beck, 2009, p.p.349-342).

Siguiendo estas recomendaciones se puede observar la importancia de la consciencia emocional y cognitiva que se debe de tener para alcanzar los objetivos deseados y con ello una búsqueda de mantenimiento que demuestre el cambio logrado.

Otra de las técnicas que se implementan en el trabajo emocional para la reducir la masa corporal, por medio de la autoconsciencia es el Mindfulness. Téllez (2019) menciona que el mindfulness es un tipo de meditación originada en la tradición budista hace unos 2.500 años y se denomina también atención plena o consciencia plena (p.223). Esta práctica tiene como principal lograr conectar con el presente, el aquí y el ahora y sentir, así como el darte cuenta de lo que va sucediendo en ti y tu entorno.

Buscar una atención plena Téllez (2019) hace mención del *mindful eating* que es la aplicación del mindfulness en la alimentación. Y que tiene como significado comer con consciencia plena. En este sentido dar una manera opuesta a realizar la alimentación por atracón donde la persona consume sus alimentos sin una claridad del por qué lo hace, y que en muchas ocasiones es sin apetito, sin disfrutarla, sin consciencia de las cantidades consumidas y sobre todo de manera rápida.

Continuando con el párrafo anterior, Téllez (2019), logra enlistar una serie de recomendaciones que se buscan lograr en el *mindful eating*, mismas que se presentarán a continuación:

- Antes de comer reconoce si realmente tienes hambre.
- Si no tienes hambre, centra tu atención en otro elemento, realiza otra actividad (medita, sal a caminar, escucha música o bebe un vaso de agua tomando atención plena en lo que haces).
- Siéntate y respira un par de veces antes de empezar.
- Pon atención y pausa, antes, durante y después de comer.
- Presta atención a lo que comes, los colores, olores, sabores y texturas.
- Hazlo lento, se consciente de las sensaciones que se experimentan y disfruta.
- Come sin hacer otras actividades.
- Levántate de la mesa al terminar de comer.
- Evita pasar largas horas sin comer (p.228).

En este enlistado se puede observar la importancia de la autoconsciencia, de conocer de manera más detallada lo que se ingiere y por tanto tomar consciencia más plena de las decisiones a tomar, eligiendo con más autocuidado la alimentación que se llevará al cuerpo.

4.5 Actos del habla en la conversación psicoterapéutica

En este apartado se buscará profundizar en la conversación que se da dentro de contexto psicoterapéutico entre terapeuta y consultante y con ello determinar desde dónde se encuentran los significados de lo que se menciona dentro de consulta. Esto brindará los diferentes aspectos de entendimiento y análisis que permitirá observar los cambios dados a través del proceso.

Profundizando en los actos del habla, se puede decir que el lenguaje es una herramienta principal que se utiliza en un proceso psicoterapéutico. Es por ello por lo que Austin (1990) menciona que “el lenguaje atesora la experiencia secular de la humanidad. Por lo tanto, todas las distinciones conceptuales justificadas están incorporadas a él, y no hay distinción incorporadas a él que no esté justificada. La cuestión está en saber mirar” (p.10). Siguiendo con esta línea, todo lo que se habla en una sesión terapéutica es material para ser analizado, ya que todo lo que menciona el consultante tiene un significado. Por tanto, es importante que el terapeuta esté atento y sepa mirar cuidadosamente todo lo que va apareciendo.

La manera en la que hablamos o buscamos comunicar lo que nos pasa, está llena de significados lingüísticos. Mismo que al ser analizados, nos permite profundizar en aquello que se quiera decir, y por tanto tener un mejor entendimiento y comprensión de lo que es expresado.

Por otra parte, siguiendo con la filosofía de Austin, comparte diferentes formas de clasificar todo aquello que se va diciendo, entre ellas existen las oraciones realizativas las cuales se derivan del “realizar”, que es el verbo usual que se antepone al sustantivo “acción”. Indica que emitir la expresión es realizar una acción y que ésta no se concibe normalmente como el mero decir algo (Austin, 1990, p.47). Desde el área psicoterapéutica es muy importante observar que el consultante no solo hable lo que le pasa, sino que se llegue a una profundización, de tal manera que lo lleve a emitir una acción y por tanto un cambio en sí mismo y por tanto en su entorno.

Austin (1990) menciona que los actos del habla son la unidad básica, mínima y fundamental del acto de la comunicación lingüística. Esto refiere a que el lenguaje no solo designa acciones, también las realiza en el momento en que se está realizando el diálogo.

A continuación, se enlistan tres actos en los que divide Austin (1990) el análisis lingüístico, en cuanto al decir y la intención que se tiene al mencionarlo y por tanto esto que efecto tiene:

- Acto locucionario; acto que en forma aproximada equivale a expresar cierta oración con un cierto sentido y referencia, lo que a su vez es aproximadamente equivalente al “significado” en el sentido tradicional.
- Acto ilocucionario; tales como informar, ordenar, advertir, comprometernos etc., actos que tienen una cierta fuerza (convencional).

- Acto perlocucionario; los que producimos o logramos porque decimos algo, tales como convencer, persuadir, disuadir, e incluso, digamos, sorprender o confundir. (p.153).

Austin (1990) refiere la existencia de dos grupos de actos del habla:

- Acto directo; Acto dirigido específicamente a algo. “prende el ventilador” apropiación desde mi discurso, de mi propio yo.
- Acto indirecto; no hablo específicamente, “pueden apagar la cámara” (no específico a quién), cuando en consulta hablan en tercera persona

Tipos de actos de habla:

- Asertivos: el hablante afirma o niega algo sobre el mundo (se incluyen actos como: afirmar, describir, definir, informar y creer.)
- Directivos: busca que el oyente actúe según los deseos del hablante. (se incluye actos como invitar, ordenar y preguntar) “apaga la luz
- Compromisorios: el hablante se compromete a una acción futura. (prometer, jurar, garantizar y apostar).
- Expresivo: el hablante manifiesta sus sentimientos y actitudes (saludar, facilitar, quejarse, dar condolencias y agradecer). “me siento orgulloso de ti. Me duele el brazo”
- Declarativos: el hablante por medio de la palabra de autoridad crea un nuevo estado de cosas (bautizar, fallar, nombrar y abrirá). Te bautizo en el nombre de Dios. Es la segunda vez que te llamo la atención. Sal de la clase.

Austin (1990) hace mención de cinco clases generales de verbos:

- El primero son los judicativos; tienen como caso típico el acto de emitir un veredicto, ya sea por jurado o por un árbitro, etc. Pero no es menester que sean definitivos, pueden consistir, por ejemplo, en una estimación, en un cálculo o en una apreciación. Es esencial que se emita juicio acerca de algo, un hecho o un valor respecto de lo cual, por razones diferentes, resulte difícil alcanzar certeza.
- El segundo son los ejercitativos; consisten en el ejercicio de potestades, derechos o influencia. Por ejemplo, designar, votar, ordenar, instar, aconsejar, prevenir etcétera.

- El tercero son los compromisorios; tienen como caso típico el prometer o el comprometer de otra manera, ellos lo comprometen a uno a hacer algo, pero incluye también las declaraciones o anuncios de intención, que no son promesas, y también cosas vagas, que podemos llamar “adhesiones”, tales como tomar partido.
- El cuarto son los comportativos, constituyen un grupo muy heterogéneo, y tienen que ver con las actitudes y con el comportamiento social. Por ejemplo, pedir disculpas, felicitar, elogiar, dar el pésame, maldecir y desafiar.
- El quinto son los expositivos, ponen de manifiesto el modo cómo nuestras expresiones encajan en un argumento o conversación, cómo estamos usando palabras. En general son recursos que utiliza un expositor. Por ejemplo, contesto, arguyo, concedo, supongo, postulo. (p.p. 198-199).

La conversación en una sesión psicoterapéutica es la herramienta básica para que se logre el proceso, y en muchas ocasiones la transformación en el mismo. La conversación a su vez se diferencia por diferentes tipos de actos del habla, mismos que son analizados de distintas maneras.

Aplicando a nuestra área de estudio, es posible considerar que a través de la conversación terapéutica se realizan acciones en el lenguaje que explicitan una secuencia convencional compuesta por diferentes tipos de actos de habla, la interacción convencional analizada mediante la Teoría de Actos de Habla nos remite a una dimensión performativa de la conversación, ya que esta conecta acción y lenguaje (Aristegui, Reyes, Tomicic, Vilche, Krause, de la Parra, Ben-Dov, Dagnino, Echávarri & Valdés, 2004, p. 131).

La teoría de los Actos de Habla parte del supuesto que decir algo, es hacer algo. Al hablar, quien lo hace está ejecutando una acción y eso es un acto de habla, entendido como la unidad básica mínima de la comunicación lingüística (Aristegui, et. al., 2004). Siguiendo con esta línea, se puede inferir que el decir algo está cargado de una intención, la cual lo lleva a la acción para ejecutar eso que se dijo. Partiendo que la comunicación lingüística es una parte importante que compone un proceso psicoterapéutico, ya que existe una secuencia en el lenguaje entre las dos personas donde se interactúa, buscando realizar una acción determinada.

La teoría de los actos del habla se divide en tres tipos de expresiones que a su vez refieren tres tipos de acciones. Para Aristegui, et. al. (2004), mencionan como primer acto el locutivo, en el

cual se hacen enunciados con palabras para referirse a objetos. El segundo en el acto ilocutivo, en el que se realiza una acción mediante una emisión, por ejemplo, prometer o pedir, y finalmente el acto perlocutivo, en el cual el oyente puede convencerse de hacer una acción, por ejemplo, como resultado de un pedido. (p. 134). Dichas divisiones servirán para facilitar la clasificación de lo que se esté analizando y con ello realizar un trabajo más claro y con mejores resultados.

Searle (1992, 2002), ha extendido sus resultados desde la esfera de la filosofía del lenguaje al ámbito de la intencionalidad, considerando que las condiciones de satisfacción para la intencionalidad son equivalentes a las condiciones de satisfacción ilocutiva para los actos del habla (Aristegui, Gaete, Muñoz, Salazar, Krause, Vilches, Tomicic, & Ramírez, 2009, p. 280).

Searle, al desarrollar a estructura ilocutiva, decidió clasificar los distintos actos del habla, proponiendo por tanto cinco tipos; declarativos, compromisos, aserciones, directivos y expresivos (Aristegui, et. al., 2004). Las clasificaciones sirven para poder ordenar los actos del habla que se hacen presente durante el análisis de las sesiones y obtener una mejor estructura.

La intención de poder profundizar en los actos del habla en este trabajo es porque por medio de ellos se buscará obtener un análisis de todo aquello que se menciona y se acciona en las diferentes sesiones psicoterapéuticas. Llevando por tanto a estudiar por medio de la observación y la escucha del material audiograbado el lenguaje del terapeuta como de la consultante.

Teniendo todo esto la finalidad de enriquecer el análisis del caso, ubicando cuáles han sido los movimientos que han llevado a la acción y a posibles cambios. Por otra parte, es importante profundizar en la elaboración del análisis del proceso psicoterapéutico. Esto a partir de la comunicación que se origina en terapia, así como sus significados en el habla y todo lo que se origina a través de esta.

En la siguiente lista Krause, et. al, (2002) citado por Aristegui et. al, (2004) se mencionan 19 indicadores cualitativos del cambio subjetivo:

1. Se acepte la existencia de un problema
2. Se acepte los límites y se reconozca la necesidad de ayuda
3. Se acepte al terapeuta como profesional capacitado
4. Querer ser ayudado o de superar problemas
5. Cuestionarse la manera habitual de comportamiento

6. Expresar la necesidad de cambiar
7. Reconocer hasta qué punto se participa los problemas
8. Descubrir nuevos aspectos de sí mismo
9. Manifestar nuevos comportamientos o emociones
10. La aparición de sentimientos de competencia
11. Establecer nuevas asociaciones entre aspectos propios, del entorno y elementos biográficos
12. Reconceptualizar los problemas y/o síntomas
13. Una transformación de valores y emociones relacionados a si mismo u otros
14. Formación de constructos subjetivos acerca de sí mismo, esto a través de interconectarse aspectos personales y del entorno, en los que se incluyan los problemas y síntomas presentes.
15. Enraizar dichos constructos subjetivos en la propia persona
16. Respecto al manejo del contexto exista autonomía
17. Reconocer la ayuda recibida
18. Disminuya la asimetría
19. Construir una teoría subjetiva biográficamente fundada respecto a sí mismo y el entorno.

Si bien es cierto, realizar una clasificación no es fácil, y menos analizar el proceso a partir de lo que se dice y cómo se dice, sin embargo, se ha tenido avances en dicha dificultad, ya que se ha buscado mediante un método establecido lograr analizar los cambios dentro del proceso de psicoterapia.

Krause, et. al. (2006) señalan que hay cuatro indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico, los cuales sirven para analizar el contenido que sucede dentro de terapia, entre el terapeuta y la consultante:

- La correspondencia teórica: Indica que los contenidos del momento de cambio deben estar incluidos en alguno de los 19 indicadores de cambio, mencionados anteriormente.
- La verificabilidad: señala que el cambio debe observarse en la sesión o, en caso de los cambios que se dan fuera de la sesión, estos deberán ser mencionados en la sesión y hacer referencia que dicho cambio surgió a raíz de la terapia.

- La novedad: El cambio que se manifiesta por primera vez, mencionado en la sesión y del cual se hace énfasis y se pone atención.
- La consistencia: es la coherencia y congruencia entre los cambios expresados verbalmente como de manera conductual.

El SCAT-1.0 Fue construido como sistema de codificación dentro de la actividad terapéutica, esto sin seguir un modelo particular psicoterapéutico o una intervención específica (Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010). Este modelo permite codificar lo expresado en el habla

El SCAT-1.0 hace posible el análisis simultáneo de la actividad terapéutica en términos de su especificidad (por ejemplo, el análisis de acciones comunicacionales que pudieran ser más frecuentes en cierto tipo de psicoterapias), y en términos de su carácter común (por ejemplo, el análisis de acciones comunicacionales presentes en distintos tipos de psicoterapias). (Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010, p. 127).

La idea de técnica comunicacional que apoya un propósito comunicacional no se plantea como tradicionalmente se lo ha hecho, como una acción exclusiva del terapeuta, sino por el contrario, como una acción que puede ser realizada por ambos actores de la psicoterapia, terapeutas y pacientes (Valdés, Tomicic, Pérez, & Krause, 2010, p. 127). En este sentido se ofrece la posibilidad de observar la interacción terapéutica y la evolución de la relación a lo largo del proceso.

Siguiendo con esta línea, podemos observar que el lenguaje verbal y no verbal es la herramienta principal dentro un proceso psicoterapéutico, entendiendo a esto como lo primordial a analizar. Según Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches, y Tomicic, (2012) se busca el cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación al desarrollo de nuevas maneras o formas de comprender el proceso, todo esto a través de la interacción y comprensión verbal.

El análisis de la comunicación verbal, desde esta perspectiva del estudio de episodios relevantes, ha podido caracterizar las verbalizaciones asociadas al cambio. El estudio de momentos significativos permite una mirada microanalítica a las secuencias de interacciones, lo que además de contribuir a comprender la construcción del cambio, entrega aportes a la práctica clínica

(Fernández, Herrera, Krause, Pérez, Valdés, Vilches, & Tomicic, 2012, p.6). Tomando en cuenta todos estos puntos, se llevará a cabo el análisis del proceso psicoterapéutico, donde nos brindará la pauta, hacia donde se mueve la consultante, y cuáles han sido sus cambios dentro del espacio psicoterapéutico.

V. Marco metodológico

En este apartado se buscará dar respuesta a la manera de intervenir y realizar la investigación. Se explicará el método fenomenológico como modo de intervención, así como la importancia que tiene al incluirse en un estudio de caso único. A su vez se profundizará en el contexto del caso, en el diagnóstico, en los objetivos terapéuticos y el tratamiento a seguir ante la problemática que se presenta.

Por otra parte, se hablará también de las implicaciones éticas que tiene el realizar una investigación, así como los instrumentos que se han utilizado para recabar información y sustento teórico. Todo esto con la finalidad de brindar un trabajo enriquecedor para el lector. Y demostrar que desde un caso único existe la investigación como forma de seguir enriqueciendo la psicoterapia.

5.1 Enfoque de la intervención-investigación

Desde esta investigación la intervención será desde el método fenomenológico el cual se centra en “la aceptación plena de todos los datos fenoménicos y en la consecuente descripción de estos tal como son experimentados en el presente, con la menor cantidad posible de supuestos y transformaciones contaminantes de la percepción” (Sassenfeld y Moncada, 2006, p.99). En este sentido el método fenomenológico, es una manera de estudiar y enriquecer la vivencia a partir de la ciencia, que brinda la confiabilidad del sustento.

La fenomenología está dedicada a comprender la experiencia que el observador tiene del fenómeno en sus propios términos y asume que esto sólo se puede lograr mediante la descripción comprehensiva y detallada de ésta, rechazando el análisis causal explicativo o los juicios de valor como herramientas útiles para arribar a un entendimiento genuino del objeto de investigación involucrado (Sassenfeld y Moncada, 2006, p. 96). Esto se logra a partir de la narración de la experiencia propia, por tanto, no existe una verdad absoluta, sin embargo cabe destacar que esto no hace menos importante la investigación, sino que por el contrario, se centra en enriquecer la vivencia atendiéndola como única.

La fenomenología por tanto partirá de la cohesión persona-mundo mundo-persona, lo que ambos se impactan y son a partir del otro. Esto será influido por un medio sociocultural, al que se contemplará para estudiar el fenómeno vivido.

Hablar del método fenomenológico es hablar y centrarse en conocer la experiencia vivida del sujeto que vivencia el fenómeno. De acuerdo con Dantas y Moreira (2009), mencionan que dicha experiencia es constituida por el hombre y por el mundo que lo rodea. Por tanto, existe una correlación donde ambos se impactan y uno no es sin el otro. En este sentido, se puede hablar de que la construcción de la vivencia aunque es a partir de la experiencia propia, no se puede dejar atrás el mundo que lo impacta, y como este también impacta al mundo. De tal forma que el fenómeno se forma desde toda una percepción vivida.

De esta forma, la vivencia es entendida como una construcción que el sujeto hace consigo mismo y con los otros, a partir de la inter-relación de las experiencias pre-reflejadas y reflexivas, en un continuo del flujo de la existencia unida a la facticidad del mundo, tal como se presentaba (Dantas y Moreira, 2009, p.249).

Siguiendo en la profundización de las características de lo fenomenológico, es importante destacar que este se centra en lo que la persona relata que vivió, ya que es la única que sabe exactamente qué es lo que sintió y cómo lo sintió (Martínez, 2006). En este sentido cabe resaltar que desde la percepción fenomenológica no se cuestiona la vivencia narrada por la persona, ya que le apuesta a que solo él o ella saben exactamente qué fue lo que experimentaron como fenómeno, y es a partir de esto que se realiza el abordaje.

Martínez en 2006 clasifica el método fenomenológico en etapas y pasos, mismo que a continuación se presentarán, esto con la finalidad de lograr comprender en una estructura más amplia cómo se logra un análisis desde esta perspectiva.

a) Etapa previa

Clasificación de los presupuestos

b) Etapa descriptiva

Primer paso: elección de la técnica o procedimientos apropiados.

Segundo paso: realización de la observación, entrevista, cuestionario o autorreportaje.

Tercer paso: elaboración de la descripción protocolar.

c) Etapa estructural

Primer paso: lectura general de la descripción de cada protocolo.

Segundo paso: delimitación de las unidades temáticas naturales.

Tercer paso: determinación del tema central que domina cada unidad temática.

Cuarto paso: expresión del tema central en lenguaje científico.

Quinto paso: integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva.

Sexto paso: integración de todas las estructuras particulares en una estructura general.

Séptimo paso: entrevista final con los sujetos estudiados.

Por otra parte, es importante resaltar el papel que juega el cuerpo en la relación e interacción con el mundo. Siendo la herramienta principal donde se proyecta lo establecido en la cultura que a su vez impacta en el campo intersubjetivo y el lenguaje (Dantas y Moreira, 2009). Esto hace alusión a la libertad que el mismo ser humano tiene en su vida, lo que él o ella decidan y los caracterice como seres individuales, todo esto a través del compromiso propio que tengan hacia su propia existencia en el mundo.

El método fenomenológico, como ya se mencionó en párrafos anteriores, está validado a través de un proceso. Sin embargo, también es importante destacar algunas técnicas que se pueden utilizar para lograr que este modo de investigación se lleve a cabo. Dantas y Moreira en 2009, mencionan que la técnica de escucha es un medio que facilita el proceso del que busca conocer de la experiencia como del que la vive. Por tanto, se vuelve una herramienta de vital importancia que brinda un mejor conocimiento del fenómeno.

Continuando con el párrafo anterior y como otra variable a mencionar es considerar la narrativa testimonial, invitando a profundizar el fundamento del testimonio. Martínez en 2006 menciona; conviene advertir que nunca tratamos con realidad misma sino con lo que los semióticos llaman el “efecto de la realidad” que, en este caso, ha sido producido por narrador testimonial y su interlocutor, el cual, de acuerdo con las normas de la forma narrativa de expresión, transcribe y edita el discurso del narrador (p.168). No hay que olvidar que el método fenomenológico se basa en la experiencia que vive la persona, por tanto, su vivencia puede llegar a ser conocida a través de lo que sea narrado, por tanto todo lo que es mencionado no es cuestionado, ya que se confía que así lo experimentó el sujeto. Tomando como verdad su testimonio y la realidad que él o ella viven en el fenómeno.

Por último, la fenomenología nos brinda la oportunidad de conocer los fenómenos como experiencias vividas, dándoles un lugar importante en el mundo de la ciencia y en el propio aprendizaje, validando por lo tanto lo experimentado por el otro ante cualquier circunstancia. Y es por ello que desde esta visión se llevará a cabo la investigación, profundizando por tanto en los elementos y significados únicos y particulares de la consultante, buscando obtener como resultado la profundización del fenómeno vivido desde su propia experiencia y que desde ahí se parta para llegar a un cambio positivo y por tanto la transformación de los significados, viviendo momentos actualizantes del Yo por vías más saludables.

5.2 Método de estudio de caso

El estudio de caso (EC), ha sido una de las formas en las que se ha desarrollado la investigación dentro de las áreas de salud. Al mismo tiempo ha formado parte de sustentar el trabajo realizado a través de los enfoques, técnicas, historias y vivencias que van de lo particular a temas comunes.

Para definir qué es un caso, Wainer (2012) hace mención, es hablar de un sujeto, familia o grupo. Aquí se habla de su situación personal, que conlleva vivencias, su historia, sus creencias, su desarrollo como ser humano o como parte de una interacción familiar o grupal.

Cuando se habla de un estudio de caso único, se habla de no tener un método de investigación. Wainer (2012), mencionan que los estudios de caso representan un método de investigación. El cual se caracteriza de la siguiente manera:

Las características muestrales: En estos estudios la muestra está compuesta por un único caso ($n=1$). El modo de selección de la muestra es, en general, intencionado (no probabilístico). El mismo se realiza en función de los intereses y objetivos del proyecto de investigación que determinan la adecuación o no del caso elegido. La potencialidad y las limitaciones de este tipo de estudios. (Wainer, 2012, p.219).

Hablando de manera más puntual en los EC en psicoterapia. Scandar (2014) menciona ser una manera de investigación que se utiliza con regularidad. Sin embargo, también ha sido criticada por no ser tan rigurosa y por sus dificultades para obtener a partir de ella conocimientos generalizables. En este sentido es importante resaltar que, al buscar investigar a partir de un estudio de caso, se busca desde sus particularidades que lo hacen único e irrepetible. Por tanto, esto brinda una riqueza importante al mundo de la investigación.

Roussos (2007), aborda los estudios de casos únicos (ECU) y da una explicación desde sus inicios hasta la manera de emplearse. En este sentido se puede mencionar que (ECU), no pueden generalizarse. Por tanto, busca establecer un vínculo en la investigación y la práctica clínica, en este sentido se busca en muchas ocasiones probar una técnica que en la práctica clínica ya dio resultado.

Dando un recorrido por las múltiples maneras en las que se pueda realizar un estudio de caso, me enfocaré en la que considero más apegada a mi investigación, conocida como “presentación de caso”.

En las presentaciones de caso, corresponde a la narración de un caso o parte del mismo, sobre el cual no se ha ejercido ningún tipo de evaluación con fines de investigación. Suele contener datos cualitativos, con un bajo o nulo nivel de cuantificación o formalización. No existe ningún tipo de manipulación de variables. No se suele usar herramientas de evaluación y no hay una discriminación de las variables involucradas en el caso, sino que se los suele observar en términos holísticos (Roussos, 2007, p.264).

Por otra parte, es importante tomar en cuenta la variabilidad de los datos que se obtienen mediante las observaciones hacia el consultante y el tiempo que dura su proceso. Roussos (2007) menciona que “si existe una gran variabilidad en los datos que se consiguen durante la fase de línea de base, la predicción y obtención de conclusiones acerca del tratamiento puede verse seriamente dificultada” (p.266). Esto quiere decir que entre mayor sea la variabilidad de los datos, mayor será la dificultad de evaluarlos.

Los estudios de caso se clasifican en tres tipos; el primero se le llama retrospectivo, el cual plantea el estudio desde un acontecimiento sucedido en el pasado y cómo esto ha tenido consecuencias en el presente. El segundo se llama transversal, este se caracteriza por estudiar un período específico y busca dejar un resultado de manera global sobre el fenómeno estudiado. Y por último se encuentra el diacrónico, el cual busca manifestar los cambios a lo largo del tiempo. Este es el más utilizado en proceso de psicoterapia, ya que se observan los cambios buscados a partir de todo el proceso que dure las sesiones psicoterapéuticas (Scandar, 2014). Este último es en el que se centrará esta investigación, partiendo como principio la evaluación de los datos a lo largo de las sesiones del proceso psicoterapéutico.

Profundizando más sobre la manera en la que se llevara a cabo el EC, existen los estudios pragmáticos los cuales surgen dentro del campo de la psicoterapia como forma de documentar un proceso terapéutico en profundidad. Según Scandar (2014), intenta en este sentido dar cuenta de cómo cada terapeuta pone en juego sus creencias teóricas y las utiliza en el marco de su trabajo con cada paciente en particular. El producto de este tipo de EC busca que el lector comprenda lo que sucedió en un proceso terapéutico puntual sin resignar rigurosidad científica. Para esto, estandariza el proceso de análisis y recolección de datos; utiliza técnicas mixtas y, exige que todo el material sea analizado por un equipo de investigación y no de forma individual.

Según McLeod y Cooper (2011), citado en Scandar (2014, p.76) los estudios pragmáticos consisten en cuatro elementos principales:

1. El manejo cuidadoso de los aspectos éticos vinculados al consentimiento informado y a la confidencialidad.
2. La construcción de un registro de datos rico, que incluya información sobre el proceso y de los resultados.
3. Un análisis de datos realizado en equipo en el cual se consideren tanto las interpretaciones convergentes como las divergentes.
4. La presentación de los datos de forma tal que permitan al lector monitorear el proceso de recolección de datos, el análisis y evaluar de forma independiente la credibilidad de las conclusiones.

Concluyo en mencionar la importancia que tiene obtener una investigación a partir de un estudio de caso, donde la atención hacia lo que se va presentando es muy importante, ya que esto mismo es lo que lo hace único e irrepetible. Si bien, en ocasiones esto lo hace más complejo y quizá en momentos criticado, pero también nos enriquece en no categorizar solo de una manera el modo de ver a las personas y sus experiencias de vida. Por tanto, nos abre un panorama más amplio que nos invita a no solo cuantificar y poner en estadísticas los resultados obtenidos.

En esta investigación de estudio de caso los ejes que brindarán una guía y de los cuales se partirá como base, son el diacrónico-pragmático. Ya que se centrará en estudiar el caso a partir todo el proceso que se lleve a cabo, viendo con ello los cambios generados a través del tiempo. Así

mismo esto se estará documentando a partir de un diario de campo llamado “documento eje”. Sin olvidar que se utilizará la audiograbación, el consentimiento informado y la supervisión del caso, como elementos éticos que llevan a darle una validez y confiabilidad al EC.

5.3 Instrumentos de recolección de datos

5.3.1 Audiograbación

La audiograbación ha sido una herramienta que se ha utilizado para recabar datos y tener supervisión sobre el caso. Cada sesión que se tiene con la consultante es audiograbada, cabe destacar que esto es con consentimiento de la persona. Vargas (2011) menciona que la audiograbación es una técnica muy útil cuando se hacen entrevistas, aunque se tomen algunas notas porque siempre es posible reproducir fragmentos y escuchar de nueva cuenta lo grabado. También es de gran riqueza poder escuchar el audio de una entrevista varias veces porque cada vez que se escucha se logran significados que en la primera vez no se había captado. (p.50). Considerando, por tanto, que la riqueza que se obtiene con esta herramienta, es un recurso de gran importancia para sustentar la investigación que se está realizando, y con ello tener una mejor veracidad del caso.

Continuando con el párrafo anterior, cabe destacar que el investigador llega a obtener ventajas en interpretaciones más finas (Vargas, 2011). Esto quiere decir que brinda la oportunidad de escuchar más de alguna ocasión la o las sesiones terapéuticas, y con ello una claridad más aguda de lo que va sucediendo en el proceso psicoterapéutico; los movimientos cognitivos y físicos del consultante, que dan un parámetro de lo trabajado en terapia.

5.3.2 Diario de campo y documento eje

Diario de Campo puede definirse como un instrumento de registro de información, que sirve para organizar metódicamente la información que se va obteniendo, esto a partir de diferentes técnicas de recolección de información para conocer la realidad, profundizar sobre nuevos hechos en la situación que se atiende, dar secuencia a un proceso de investigación e intervención y disponer de datos para la labor evaluativa posterior (Valverde, 1993). En este sentido un diario de campo nos brinda como herramienta la

posibilidad de llevar un registro de cada sesión y con ello una valoración más detenida del caso.

Continuando con el párrafo anterior, esto nos lleva a darle confiabilidad y veracidad a la investigación. Brindando por tanto sustento a la investigación que se está llevando a cabo. Reconociéndose como única e irrepetible a partir de las experiencias y significados vividos de manera individual en la historia de vida de la consultante.

En el contexto de la psicoterapia se utiliza el documento eje como diario de campo, el cual consta de una serie de pasos a llenar que sirven para validar cada sesión que se va obteniendo con la consultante. En dicho documento se explica el contexto sociocultural, económico, familiar, relaciones de ayuda que vive la consultante, a su vez se pone el motivo de consulta y el plan de tratamiento a seguir. Todo esto con la finalidad de obtener un respaldo del caso a tratar.

5.4 Técnica de análisis de datos

En este trabajo de investigación, el análisis de datos se realizó a partir de veintiocho sesiones psicoterapéuticas en donde participan consultante-terapeuta, mismas que serán audiograbadas. Dichas sesiones se llevarán a cabo en “proyecto presencia” de ITESO. El cual forma parte de la maestría en psicoterapia como parte de la preparación de los maestrantes.

Posteriormente se transcribirá cada sesión y serán analizadas de manera detenida, con la intención de conocer a profundidad cada resultado y con ello tener la posibilidad de observar lo que se trabajó en el proceso psicoterapéutico.

5.4.1 Criterios de selección

Se realizaron veintiocho sesiones psicoterapéuticas, de las cuales se tomaron once de estas. Esto debido a que se considera que en estas once sesiones se abordó más el tema de la alimentación; comenzando por hacer consciente desde cuándo comenzó a comer cierta cantidad de comida, así como la preferencia excesiva por algunas de ellas, y terminando con la realización de cambio de hábitos alimenticios, mejorando su salud física y emocional.

5.4.2 Muestra

La selección para la muestra y de las cuales se basa este trabajo de investigación, fue de once sesiones psicoterapéuticas, mismas que a continuación se describirán en bloques como fueron trabajadas:

- Se tomó de la sesión 1 a la 7 de manera continua; aquí se abordó toda la historia que llevo a la consultante a ingerir alimentos de manera desorganizada y con poca conciencia de sí misma.
Al mismo tiempo se profundizó en los momentos, las personas y situaciones que marcaron su vida de manera significativa y que tienen relación con la alimentación.
- De la sesión 9 y 10 se profundizó en los cambios que la consultante estaba realizando de manera conductual, y cómo con ello se veía reflejada una mayor consciencia y seguridad emocional, mejorado su salud física y emocional.
- Y por último se seleccionó la sesión 12 y 13, aquí se realizó el cierre de lo trabajado en relación a la obesidad, se mostró también un cambio más continuo y por tanto una modificación en sus hábitos alimenticios. Llevándola a tener resultados físicos en la baja de peso corporal, y emocionales en una mayor seguridad en sí misma y una búsqueda de motivación para continuar adelante y seguir con más resultados de mejora.

5.4.3 Tipo de análisis: SCAT

Las categorías de análisis que conforman el SCAT -1.0 son cinco, los tres primeros pertenecen a la acción y los últimos dos al contenido (Valdés, et al., 2010). Las cuales son las siguientes:

- 1) Forma básica
- 2) Intención comunicacional
- 3) Técnica
- 4) Categoría Ámbito
- 5) Categoría Referencia

Esto hace referencia a la evidencia tomada de las transcripciones realizadas a través de las grabaciones de las sesiones psicoterapéuticas entre el consultante y la terapeuta.

A continuación, se mostrará la clasificación que se utilizará para categorizar las sesiones que se tomaron como referencia para sustentar este trabajo teórico.

Dimensión	Categoría	Código	Descripción
Forma Básica	Asentir	FB1	se admite como cierto lo dicho por el otro (Ej: “Claro”, “Sí”; “Por supuesto”, “Puede ser”, “mhm”).
	Aseverar	FB2	se afirma algo que pretende ser verdad (Ej: “Pero igual la echa de menos, esa podría ser otra manera”, “para no comprometerse”, “imposible”).
	Negar	FB3	no se admite como cierto lo dicho por el otro (Ej: “No”; “De ninguna manera”).
	Preguntar	FB4	se interroga al otro sobre cierta información (Ej: “¿Y de qué cosa se quejaba entonces?”, “¿Cómo se sintió en ese momento?”).
	Dirigir	FB5	se intenta que el otro ejecute una acción cognitiva, emocional o comportamental (Ej: “Piense en lo que le acaba de decir”; “Sostenga la emoción”; “Mire a su marido mientras le habla”).
Intención	Explorar	I1	(a) averiguar o entregar contenidos que se desconocen (“¿a qué le teme?”, “mi madre tenía entonces 36 años”, “¿cuándo fue la última vez que recaíste?”); (b) clarificar contenidos (“¿o sea que esas cosas no las cuentas?”, “quiero decir que no terminaré la universidad”); (c) dirigir la atención y los esfuerzos hacia un determinado foco de la conversación (“voy a contarle

			algo que me pasó el fin de semana”, “yo quiero volver sobre algo que usted dijo al inicio de la sesión”, “has nombrado varias cosas, pero quedémonos con la primera”).
	Sintonizar	I2	(a) entender o ser entendido por el otro (“necesito que me entienda lo que intento explicarle”, “ahh lo que me quieres decir es que te cuesta reconocerlo”, “o sea que usted piensa que ese suceso tuvo que ver con que no lo llamara”); (b) armonizar con el otro (“me pongo en tu lugar y para ti debe ser muy complicado todo esto”, “la situación de su hija debió ser motivo de gran alegría para usted”); (c) darle una retroalimentación al otro (“lo que acabas de decir me molestó”, “eso habla bien de tu proceso porque has sabido enfrentar situaciones difíciles”)
	Resignificar	I3	(a) construir nuevos significados (“usted no se ha puesto a pensar que hay una parte suya que anda por la vida como aplanadora, y otra parte suya que nadie ve. Esa es la parte que sufre”, “yo creo que eso de ser tan seria y aburrida tiene que ver con la manera como mi papá me educó”); (b) consolidarlos (“usted reconoció que se guarda las emociones, pero además eso la hace alejarse de los demás”, “en el fondo, fondo, nunca quise dejar de ser niña”).
Técnica	Argumentación	T1	se da un fundamento, un ejemplo, una generalización o una justificación para un contenido (“he andado con ganas de consumir porque ando muy cansado y

			desmotivado”, “por ejemplo cuando usted tomó la decisión de no llamarlo más”, “no voy a llorar porque los hombres nunca lloran”);
	Autorevelación	T2	En la Autorrevelación el terapeuta o, el paciente en el rol de co-terapeuta (el rol de paciente implica una constante autorrevelación), evidencia información personal de sí mismo (“lo entiendo porque yo como padre también me preocuparía”, “en mi caso cuando tengo sueños de consumo, los cuento al otro día”);
	Confrontación	T3	se enfrenta al otro o a sí mismo con sus propias aseveraciones (“te va a ser muy difícil mantener el mismo estilo de vida que tenías, y hacer las mismas cosas que hacías antes”, “usted quiere que se hagan las cosas como usted quiere”);
	Consejo	T4	se persuade al otro de manera que ejecute determinados actos, se da una instrucción o una tarea (“no debería permitírsele, porque si usted se lo permite, él la va a seguir tratando así”, “mire atentamente la cara de su esposa mientras le dice cómo se siente”, “la próxima vez que camine por el centro quiero que lo haga lo más lento que pueda”);
	Imaginería	T5	se representa mentalmente una situación presente, pasada o futura, real o fantaseada (“imagine cómo va a actuar usted en ese momento”, “imagino que debe haber quedado triste después de mi llamada”);
	Información	T6	se entregan conocimientos dados por verdaderos (“es importante que los niños tengan límites”);

	Interpretación	T7	un contenido es comprendido, expresado y traducido a una nueva forma de expresión del mismo (“pareciera que usted, pensando en esto que me contaba acerca de ser precavida, de cuidar su imagen, tuviera como susto parecerse a su papá en algún momento, y por eso cuida su imagen”);
	Metáfora	T8	se usa en su sentido literal, y el otro en su sentido figurado (Ej: “al hablar el tema como que lo miras desde otra óptica, si no te queda la máquina dando vueltas y empiezas a planear; “yo sentí como ella me dio alas””). Esta técnica sólo se codifica en aquellos casos en su uso tenga un propósito terapéutico, y no se en aquellos casos en los que se emplea como expresión cotidiana (“venía volando a la sesión”, “usted buscó una salida”).
	Narración	T9	citar contenidos que den cuenta de una sucesión de hechos que se producen a lo largo de un tiempo determinado (Ej: “Esa vez, lo que pasó fue que él me dijo que no quería que siguiéramos juntos, y a mi me dio terror, y le pedí que por favor nos diéramos otra oportunidad. Desde entonces, él empezó a llegar muy tarde a casa, casi todas las noches”; “cuando salgo con mi hermano a la calle, el siempre corre, no se deja tomar de la mano y es ahí cuando yo me enojo y nos ponemos a pelear”).
	Nominación	T10	recurso metodológico utilizado para asignar un nombre a una idea, hecho o acción relatada (Ej: “no es vergüenza, es miedo”).

	Paradoja	T11	se declara algo en apariencia verdadero, pero que guarda una contradicción lógica que se presenta como absurda para el sentido común (“si no tienes ganas de levantarte no te levantes ni te duches. Y al tercer día te van a dar ganas de levantarte”);
	Reflejo	T12	En el Reflejo ese hace de espejo de los estados afectivos, cognitivos y/o comportamentales del otro (“además, te ves como desganado y cansado”, “parece que se quedó pensando lo que le acabo de decir”);
	Refuerzo	T13	Alentar es transmitir al otro la convicción de que tiene las condiciones para realizar una acción (Ej: “pero a ver, usted es capaz de reflexionar sobre cuál podría ser el camino correcto”); Validar al otro es fortalecer la imagen personal del otro (Ej: “o sea, definitivamente usted ha demostrado su capacidad de ejercer su rol de madre”).
	Resumen	T14	sintetizar los contenidos expresados por el otro o por uno mismo (Ej: “P: en síntesis, de acuerdo a lo que hemos conversado, se puede decir que usted considera que su trabajo es poco variado”).
	Role Playing	T15	se actúa una situación poniendo en escena distintos personajes (Ej: “T: hable como si usted fuera su nariz, P: mi principal labor como nariz es respirar”).

Ámbito	Acciones	A1	en este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo del comportamiento, siendo de carácter conductual. Ejemplos: - “T: ahora que yo le estaba hablando y la estaba llevando por otro camino del que usted me había llevado, usted empezó a mirar la hora”. - “P: yo no quería ir al médico, yo me negaba; que no, que esto se va a solucionar, y empecé a leer sobre el tema; empecé a investigar”. - “T: si tu el más grande, estás encargado por la mamá o por el papá para ir a alguna parte con él, tu tienes que tener el ‘ojo doble’ verdad?, y ahí, si el quisiera correr una cuadra más allá, tu tienes que decir no, porque yo tengo la responsabilidad”. - “P: cuando ellos empiezan a discutir yo prefiero no meterme”.
	Ideas	A2	en este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo de los pensamientos, siendo de carácter cognitivo. Ejemplos: - “T: Tengo la impresión que le hizo sentido lo que le acabo de decir”. - “P: pero sabes que eso pasa por un asunto de no molestar más allá, yo soy súper así, a mi no me gusta abusar del tiempo de los otros”. - “T: me va a decir usted que no tenía ninguna posibilidad de buscar una pareja distinta. Fíjese que habría que pensar lo siguiente, piénselo un poco. A lo

			mejor no le gusta mucho la idea pero usted eligió un hombre que ya sabía que tenía estas características”.
	Afectos	A3	en este ámbito el objeto de trabajo terapéutico pertenece principalmente al mundo de las emociones, sentimientos y/o estados anímicos. Ejemplos: - “P: pero si me quedo siempre con esta duda, que en realidad soy yo, o me pasó algo a mi cuando chica y que producto de eso no puedo llegar a lograr y conseguir sentir algo de placer; yo creo que ahí no sé, sentiría mucha pena”. - “T: y qué te pasa a ti cuando a él no le gusta?”. - “T: quédate con eso, conéctate con lo que estás sintiendo en este momento”.
Referencia	Ref. al sí mismo	R1	la verbalización está referida a sí mismo y está formulada en primera persona singular o primera persona plural en tanto categoría social. Ejemplo: - “P: yo trato de ser lo más honesta posible y no alcanzo, a lo mejor, a darme cuenta que sea realmente así. Claro, mi personalidad es así. Igual soy así, pero no es que yo sea contradictoria ni mucho menos, no”. - “P: es que nosotros los carabineros de chile nunca dejamos de ser carabineros, ni cuando estamos en el trabajo, ni cuando estamos en la casa.
	Ref. al otro presente	R2	la verbalización está referida a otro presente, y está formulada en segunda persona singular o plural. Se excluyen aquellas verbalizaciones referidas a la relación terapéutica.

			Ejemplo: - “T: tu deberías tomar en cuenta lo que ella te dice” - “T: ¿ustedes acaso se han puesto a pensar en eso?”.
	Ref. a un tercero	R3	la verbalización está referida a un tercero dentro o fuera de la sesión, y está formulada en tercera persona singular o plural. Se excluyen aquellas verbalizaciones referidas a la relación terapéutica. Ejemplo: - “P: ella nunca ha admitido que le molestó” - “P: ellos no me entienden ni me tienen paciencia”.
	Relación terapéutica	R4	la verbalización está referida a la relación actual del o los pacientes con el terapeuta, y está formulada en primera persona plural o en primera y segunda persona singular en tiempo presente. Ejemplos: - “T: Nosotros estuvimos conversando de eso en la sesión pasada”. - “Yo contigo logro darme cuenta de cosas que no había visto antes” - “Tu conmigo eres directo, no como los demás”, “Centrémonos en lo que estamos conversando aquí y ahora”. - “T: cuando yo le señalo eso que usted hace, entonces me descalifica”
	Rel. Con un tercero	R5	a verbalización está referida a la relación con un tercero dentro o fuera de la sesión, y está formulada en primera persona plural. Ejemplo:

			- “P: Nosotros con mi marido no logramos ponernos de acuerdo con respecto a ese tema”.
	Ref. Neutral	R6	la verbalización tiene una referencia indefinida, en la que se omite el sujeto de la comunicación, independizando la acción de un agente. Ejemplo: - “P: Sigue ocurriendo, porque las cosas no cambian de un día para otro”.

5.5 Consideraciones éticas

Al realizar un trabajo psicoterapéutico es importante destacar la ética profesional en la relación de ayuda que se da entre terapeuta-consultante. Por tanto, la honestidad, confidencialidad, el respeto son elementos básicos que deben estar siempre presentes en dicha terapéutica. Citado al código ético del psicólogo, menciona: el psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas, bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica psicológica. Por tanto, se adhiere a los siguientes principios:

- a) Respeto a los derechos y dignidad de las personas.
- b) Cuidado responsable.
- c) Integridad en las relaciones.
- d) Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad. (La Sociedad Mexicana de Psicología, 2012, p.p. 45-46).

Por otra parte, no hay que dejar de un lado que el psicólogo es un ser humano construido con sus propios esquemas, el cual tiene una historia que impacta dentro de la relación terapéutica. Por tanto, el artículo 10 del apartado competencia y honestidad del psicólogo, menciona; “el psicólogo se mantiene alerta ante signos de problemas personales en sus primeras etapas, y busca ayuda para prevenir un deterioro significativo en su desempeño. Se somete a un proceso de autoexploración, según los cánones de su propia corriente” (La Sociedad Mexicana de Psicología, 2012, p.57). Esto

brinda la oportunidad y exigencia que el psicoterapeuta también este en un proceso de autoexploración y por tanto atienda las circunstancias que se van presentando en su vida.

Asimismo, hablar de confidencialidad, es de vital importancia, es por ello que en el artículo 61 del código ético del psicólogo hace mención sobre “mantener la confidencialidad debida al crear, almacenar, recuperar, transferir y eliminar registros y expedientes bajo un control, y toda información obtenida a partir de la relación profesional, sean estos escritos, automatizados o en cualquier otra manera” (La Sociedad Mexicana de Psicología, 2012, p.66).

Dentro del proceso psicoterapéutico él o la consultante firman un papel llamado “consentimiento informado”, en el cual se narra el compromiso, respeto y honestidad que se tendrá en el proceso psicoterapéutico, así como el aviso de que las sesiones serán audiograbadas y que formarán parte de un estudio de caso en un trabajo de investigación, siendo esto de manera anónima.

Todo esto se lleva a cabo con la finalidad de obtener un trabajo ético, donde el respeto por la vida del otro sea la prioridad para cuidar, y con ello a acompañar de manera responsable y honesta, teniendo como finalidad más confianza y empatía hacia la persona.

5.6 Diseño y presentación del caso

La importancia de realizar un diseño de caso único permite conocer al consultante de manera excepcional y por tanto realizar un plan de intervención exclusivo. Esto brinda la posibilidad de investigar y sustentar la problemática que se va presentando.

5.6.1 Conceptualización del caso

María una mujer de 36 años de edad, con una estatura de 1.56, y un peso de más de 122.8 kg. Es de clase socioeconómica baja. Trabaja como niñera (cuida a dos niños).

Su familia de origen está conformada por siete integrantes; papá el cual tiene una discapacidad, no camina debido a un accidente, la mamá que es diabética, y cinco hijos (tres hombres y dos mujeres) siendo la consultante la más chica de su familia. Sigue viviendo en casa de sus padres y no mantiene ninguna relación de pareja.

La demanda con la que llega a consulta es por querer trabajar sus emociones en relación con su obesidad. Al ir profundizando en su historia, fue mencionando ser “gordita desde pequeña” y es llamada como “la gorda buena onda”. También se considera como una persona sociable, por lo que tiene varios grupos de amigos.

Mencionó también tener hernias discales, por tanto, tiene problemas en la espalda que en ocasiones le impiden moverse o caminar, esto junto con la obesidad ha agudizado el problema.

Comenta tener adicción por tomar coca cola.

Respecto a su obesidad, la quiso atender por medio del seguro social, haciéndole una cirugía bariátrica, se realizó los estudios y los trámites correspondientes. Se le pide que tenga sesiones de terapia, a lo que la consultante comenta “nunca llegó la psicóloga”. Por tanto, al final decide no operarse y reconoce haber tenido miedo por las consecuencias posteriores que se podrían venir, como lo es el ser inyectado con un medicamento especial toda la vida, cambiar sus hábitos alimenticios (lo cual reconoció no estar preparada para dar ese paso).

5.6.2 Diseño de la intervención

introducción

5.6.2.1 Diagnóstico

La consultante presenta incongruencias entre su hacer y su actuar, así como una desconexión hacia ella misma que da como resultado poca atención a su persona (en lo emocional y la físico) que la llevan a tener obesidad mórbida. Rogers (1998) menciona sobre la tendencia a la actualización del yo, en el que si existe una incongruencia, la tendencia del organismo a actualizarse se verá comprometida y buscará otras maneras o caminos (como es la obesidad) para actualizar el yo.

La representación, la simbolización y la conciencia. Se considera que estos tres términos son sinónimos. La conciencia, es la simbolización de una parte de nuestra experiencia. O sea que se concibe la conciencia como la representación simbólica (no necesariamente en símbolos verbales) de una parte de nuestra experiencia. Esta representación puede tener diversos grados de agudeza e intensidad, que van desde una vaga conciencia de algo que existe como fondo, hasta una clara conciencia de algo que ocupa el foco de la conciencia como figura. (Rogers, 1998, p. 27).

En este sentido siguiendo los párrafos anteriores la consultante lleva la conciencia en una representación simbólica en el cuerpo, siendo así el medio donde proyecta lo no expresado o acomodado en la historia de su vida, situación que la ha llevado a acumular grasa corporal en grandes cantidades.

5.6.2.2 Objetivos terapéuticos

Lograr una tendencia actualizante en el Yo de la consultante de manera congruente, donde su cuerpo, pensamiento y emociones estén respondiendo de la misma manera en el actuar en su día a día. Para Rogers (1998), cuando hay acuerdo entre el yo y el organismo, es decir entre la experiencia del yo y la experiencia del organismo en su totalidad, la tendencia actualizante opera de modo relativamente unificado (p.25).

5.6.2.3 Plan de tratamiento

El plan de tratamiento constará de cuatro fases las cuales estarán divididas por sesiones, buscando cumplir el objetivo en cada una de ellas, de tal manera que al cumplir con dicho tratamiento se logren los objetivos buscados. Dichas fases son las siguientes:

- Fase Relación terapéutica; en la cual se buscó cumplir en las primeras tres sesiones, logrando en ellas confianza, empatía y escucha activa.
- Fase de intervención; se profundizó en la historia que fue presentando la consultante y con ello sus significados que la han llevado a tener obesidad mórbida. Esto se realizó de la sesión cuatro a la once.
- Fase de seguimiento; aquí se dio seguimiento de lo profundizado de la fase anterior. Lo cual se llevó de la sesión doce a la veinticinco
- Fase de cierre; aquí de la sesión veintiséis a la veintiocho se buscó cerrar el proceso psicoterapéutico, revisando y evaluando los resultados obtenidos.

VI. Resultados

En este apartado se dará a conocer los resultados obtenidos de esta investigación. Para ello se dividirá en apartados con la intención de facilitar una mejor comprensión.

En el apartado 6.1, llamado dominancia de las acciones comunicacionales, se dará a conocer a través de gráficas marcadas por porcentajes o cantidades, los resultados obtenidos de la categorización de las once sesiones analizadas por la técnica SCAT. Aquí se podrá observar que predominaba dentro del ejercicio psicoterapéutico entre terapeuta y consultante.

En el apartado 6.2, llamado indicadores de cambio, se mostrará durante el análisis de las once sesiones psicoterapéuticas, la narrativa de la consultante que brindaba como evidencia un cambio dentro de su proceso personal, lo anterior se infiere y toman viñetas clínicas, mismas que son turnos de palabras o subunidades dentro de la conversación terapéutica. Para ello se tomará en cuenta los 19 indicadores cualitativos de cambio, descritos en el apartado del marco metodológico. Así como los autores mencionados en este trabajo.

En el apartado 6.3, llamado se mostrará a través de la técnica SCAT, el análisis de las intervenciones de la psicoterapeuta durante las once sesiones que fueron tomadas para la investigación de este trabajo. Teniendo como finalidad conocer cómo fue el impacto de dicho abordaje y si desde aquí se puede inferir que esto le ayudo a la consultante a reconocer con mayor facilidad sus emociones y con ello lograr favorecer episodios de cambio que lleven a una mayor consciencia de sí misma.

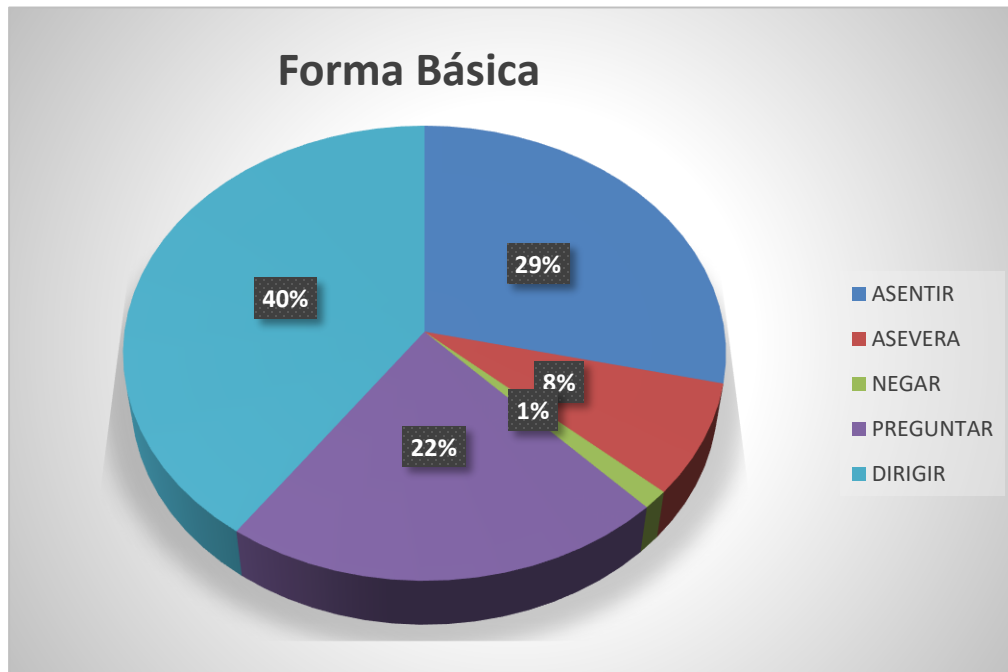
6.1 Dominancia de las acciones comunicacionales.

Dentro de este apartado se dará a conocer a través de gráficas los resultados obtenidos de las once sesiones en cuanto a la comunicación que se originó entre la terapeuta y la consultante, esto dividido por cinco categorías de análisis que conforman el SCAT -1.0, las tres primeras pertenecen a la acción y las últimas dos al contenido (Valdés, et al., 2010). Las cuales son las siguientes:

- 1) Forma básica: aquí se busca conocer cuál es la intención de lo que se está hablado, si es asentir, aseverar, negar, preguntar o dirigir.
- 2) Intención comunicacional: en esta categoría se busca localizar el fondo de la intención con la que se mencionó algo en la sesión y con ello si está más dirigida hacia la exploración, la sintonización o la resignificación.
- 3) Técnica: en esta categoría se busca conocer teóricamente desde dónde se realiza la intervención principalmente del terapeuta. Y con ello conocer más la intención hacia donde se dirige en la sesión.
- 4) Ámbito: desde aquí se busca conocer si el terapeuta o consultante están centrados en las acciones, ideas o afectos. Y por tanto saber desde dónde viven lo que se va narrando en la sesión.
- 5) Referencia: con esta categoría se busca saber a qué sujeto se dirige la narrativa; si es a sí mismo, a otro presente, a un tercero o a la relación terapéutica.

Todo esto nos lleva a conocer cuáles son las dominancias comunicacionales de cada categoría, o sea que es aquello que domina en la narrativa de las sesiones. Y con ello tener una idea más clara de cómo se fue dando el proceso psicoterapéutico. Es importante destacar que en cada grafica se dará una explicación de los resultados y de lo que aporta para el tema de investigación de este trabajo.

En la gráfica 1 se presenta la dominancia forma básica, misma que nos da a conocer a través de cinco categorías (asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir) la manera en la que se lleva el discurso entre terapeuta y consultante dentro del proceso psicoterapéutico. Con los resultados obtenidos de las once sesiones analizadas se observa lo siguiente:



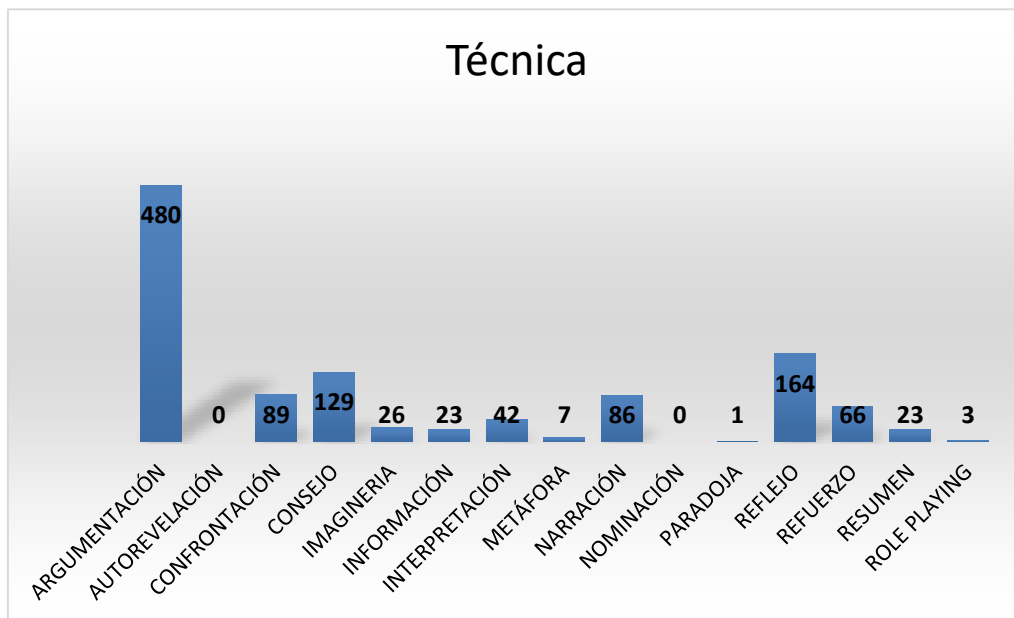
Se presentó mayor dominancia en la categoría de dirigir con el 40%, seguido de asentir con el 29%, continuando con preguntar con el 22%, después se posiciona aseverar con el 8% y finalmente se encuentra negar con el 1%. Esto nos brinda una idea de cuáles son los elementos que predominan dentro de este proceso psicoterapéutico y con ello poder generar hipótesis de lo que fue surgiendo. Por lo que se puede inferir que dentro de las sesiones se hizo mayormente presente la directividad, la cual brindó un proceso más dirigido el cual ayudó a cumplir metas específicas en cuanto al peso de la consultante.

Ahora en la gráfica 2 se describe la dimensión de la intención comunicacional misma que consiste en darle un propósito a aquello que se dijo, dividida en tres categorías; explorar, sintonizar y resignificar. A continuación, se muestran los porcentajes obtenidos de las once sesiones analizadas del proceso psicoterapéutico:



Con el porcentaje más alto esta explorar con el 53%, continuando sintonizar con el 34% y por último resignificar con el 13%. Dominando por tanto la intención de explorar dentro del proceso. Esto hace referencia que durante el proceso se buscaba mayormente obtener información que permitiera una mayor comprensión con lo que estaba siendo tratado dentro del proceso y con ello seguir hondando sobre lo que se iba conociendo.

En la gráfica 3 se muestra la técnica, misma que explica desde dónde la terapeuta interviene con la consultante buscando un propósito en específico, el cual puede ser lo mencionado en la gráfica 2 (explorar, sintonizar y resignificar). Esta sección se divide en quince técnicas, las cuales son; argumentación, autorrevelación, confrontación, consejo, imaginiería, información, interpretación, metáfora, narración, nominación, paradoja, reflejo, refuerzo, resumen y *role playing*. A continuación, se mostrarán la cantidad de veces que aparecen a lo largo de las once sesiones analizadas:

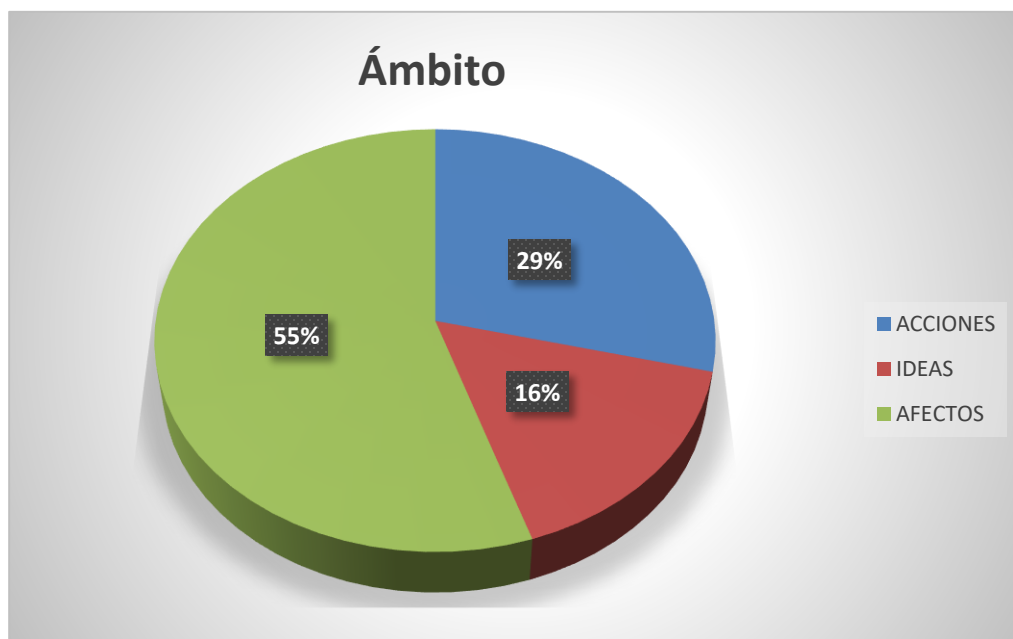


La argumentación se coloca en primer lugar con 480 apariciones durante las once sesiones, de ahí le sigue el reflejo con 164, para después continuar con consejo en 129. Casi a la par de repeticiones esta confrontación con 89 y narración con 86, continuando con refuerzo en 66, después interpretación con 42, con una puntuación muy cerca esta imaginiería con 26 e información con 23. Siendo las más bajas metáfora con 7, *role playing* con 3 y paradoja con 1. Finalizando con una puntuación de 0 cada una se encuentra autorrevelación y nominación.

Con lo descrito anteriormente podemos conocer que técnicas son más comunes en utilizar por parte de la terapeuta y con ello conocer su estilo de trabajo. Además de observar los objetivos con los que se dirigía dentro de las sesiones. Sin embargo, no podemos dejar a un lado la

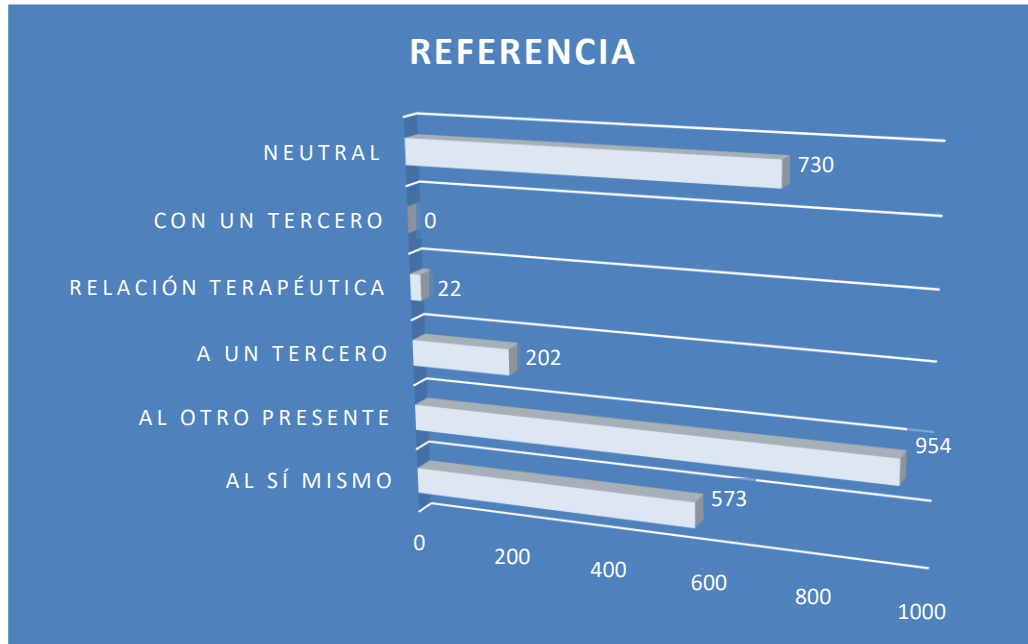
participación de la consultante dentro de esta dinámica comunicacional, ya que ella también aportó de manera significativa a obtener estos resultados.

Gráfica 4, se da a conocer el ámbito, aquí se busca conocer desde que posición la terapeuta o la consultante narran su dialogo dentro de las once sesiones analizadas. Este se divide en tres categorías las cuales son: acciones, ideas y afectos. A continuación, se muestran los porcentajes obtenidos:



Con mayor prevalencia se hicieron presente los afectos con el 55%, siguiendo de ahí las acciones con el 29% y finalizando con las ideas con el 16%. Situaciones que nos muestra que dentro de las sesiones terapéuticas se hablaba más desde los afectos, mencionando por tanto más el sentir. La interacción comunicacional estuvo más dirigida en mencionar aquello que se siente, y cómo es que esto genera una carga emocional que es importante trabajar en un proceso psicoterapéutico para lograr una mayor conciencia y resignificación de lo vivido.

Gráfica 5, aquí se muestra la referencia, esta nos indica hacia quien o quienes está dirigida la narrativa dentro de los diferentes momentos de la sesión, misma que se divide en seis categorías; neutral, con un tercero, relación terapéutica, a un tercero, al otro presente y al sí mismo. A continuación, se mencionaran las cantidades en las que aparece cada uno dentro de las once sesiones analizadas para este trabajo:



El otro presente llega a ser el más alto con 954 apariciones en las once sesiones, de ahí continua la referencia neutral con 730, después al sí mismo con 573, siguiéndole a un tercero con 202, continuando con la relación terapéutica con 22 y finalizando con 0 la referencia con un tercero. Aquí se puede observar hacia donde se dirigía más el discurso dentro del proceso psicoterapéutico, siendo el otro presente el que más apareció dentro de la narrativa de las sesiones psicoterapéuticas. Mostrando con ello que se hablaba más de situaciones que implicaban a más personas que impactaban de diferentes maneras en su vida.

Observando todas las gráficas anteriores, obtenidas desde el análisis de las once sesiones, nos podemos dar cuenta la importancia que tiene este apartado, ya que coteja y muestra todos los resultados desde la clasificación de SCAT. Brindándonos con ello un panorama amplio de todo lo

vivido durante el proceso psicoterapéutico, permitiéndonos conocer lo que se fue generando durante la psicoterapia.

6.2 Turnos de palabras indicadores de cambio

En este apartado se mostrarán a través de viñetas clínicas de las once sesiones, los momentos en los que se infiere un cambio de pensar, actuar o sentir a lo largo del trabajo de su proceso psicoterapéutico. Las viñetas clínicas son turnos de palabras dentro de la conversación terapéutica mismas que fueron categorizadas con el apoyo del SCAT e interpretadas con los 19 indicadores de cambio subjetivo propuesto por Krause, et al. (2002) y Arístegui et al. (2004).

Para que esto sea categorizado como un cambio en la siguiente lista Krause, et. al, (2002) citado por Arístegui et. al, (2004) se mencionan 19 indicadores cualitativos del cambio subjetivo:

1. Se acepte la existencia de un problema
2. Se acepte los límites y se reconozca la necesidad de ayuda
3. Se acepte al terapeuta como profesional capacitado
4. Querer ser ayudado o de superar problemas
5. Cuestionarse la manera habitual de comportamiento
6. Expresar la necesidad de cambiar
7. Reconocer hasta qué punto se participa los problemas
8. Descubrir nuevos aspectos de sí mismo
9. Manifestar nuevos comportamientos o emociones
10. La aparición de sentimientos de competencia
11. Establecer nuevas asociaciones entre aspectos propios, del entorno y elementos biográficos
12. Reconceptualizar los problemas y/o síntomas
13. Una transformación de valores y emociones relacionados a si mismo u otros
14. Formación de constructos subjetivos acerca de sí mismo, esto a través de interconectarse aspectos personales y del entorno, en los que se incluyan los problemas y síntomas presentes.
15. Enraizar dichos constructos subjetivos en la propia persona
16. Respecto al manejo del contexto exista autonomía
17. Reconocer la ayuda recibida

18. Disminuya la asimetría
19. Construir una teoría subjetiva biográficamente fundada respecto a sí mismo y el entorno.

Además de lo mencionado anteriormente, Krause, et. al. (2006) señalan que hay cuatro indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico, los cuales sirven para analizar el contenido que sucede dentro de terapia, entre el terapeuta y la consultante:

- La correspondencia teórica: Indica que los contenidos del momento de cambio deben estar incluidos en alguno de los 19 indicadores de cambio, mencionados anteriormente.
- La verificabilidad: señala que el cambio debe observarse en la sesión o, en caso de los cambios que se dan fuera de la sesión, estos deberán ser mencionados en la sesión y hacer referencia que dicho cambio surgió a raíz de la terapia.
- La novedad: El cambio que se manifiesta por primera vez, mencionado en la sesión y del cual se hace énfasis y se pone atención.
- La consistencia: es la coherencia y congruencia entre los cambios expresados verbalmente como de manera conductual.

Además de lo ya señalado anteriormente, es importante destacar autores que fueron mencionados desde el inicio de este trabajo y del marco teórico. Mismo que nos enriquecen para argumentar los resultados obtenidos en esta investigación, por lo que en este apartado aparecerán algunos de ellos con sus aportes, enriqueciendo así los episodios de cambio.

Dentro del proceso psicoterapéutico la consultante fue observando y relacionando con una mayor consciencia la conexión que tenía ella al sentir una emoción y que su respuesta era con comer algún alimento. En el siguiente párrafo se puede observar cómo habla de lo dicho anteriormente, ligando el estrés con la comida:

Mmjm, sí y fíjate que me he fijado mucho eso que mis emociones si me mmm vuelven loca con esto de la comida ósea como el que te digo cuando estoy estresada cuando menos pienso ya estoy comiendo algo ¿no? Porque siento la necesidad y este si me he fijado yo eso que esta como muy asociado mis emociones con la comida (María, S6, 26/10/20, 87).

Cómo se puede apreciar en la viñeta clínica referida anteriormente, la consultante tiene establecida una relación entre emoción y comida, al respecto, Salazar, Castillo, Pastor, Tejeda y Palos (2016), hablan sobre la correlación que tiene el sobrepeso u obesidad el estrés y la ansiedad. Desde esta mirada, se puede observar que la necesidad sin control por comer la llevaba a tener poca consciencia de sí misma y de su cuerpo, llevándola a subir cada vez más de peso.

La consultante en un momento del proceso psicoterapéutico se sentía en una disputa y cuestionamiento fuerte, ya que una parte de ella le decía “sé cómo antes” y la otra parte le decía “cuidate”. Situación que la llevó a trabajarlo en terapia y a darse cuenta de que lo primordial en ella era estar bien consigo misma a pesar de las dificultades. En cuanto a esto, la consultante refirió lo siguiente:

Mmjm sí, porque antes la verdad es que ni siquiera me preocupaba, ósea yo vivía mi vida y así y ahorita estoy como en una pelea, es lo que te digo ¿no? Este que yo de que quiero cuidarme y quiero estar bien para mí. (María, S6, 26/10/20, 389).

En la viñeta anterior, se aprecia el cómo la consultante reconoce la existencia de un problema y la necesidad de resolverlo, en este sentido, Arístegui, et. al. (2009), enlistas 19 indicadores cualitativos que ayudan a tener una referencia para evaluar el proceso psicoterapéutico que se está viviendo. Dentro de estos diecinueve (explicados con mayor profundidad en el marco teórico) se puede observar como el quinto hace referencia a *cuestionarse la manera habitual de comportamiento*. Por tanto, tomando en cuenta el párrafo anterior, la consultante llega a cuestionarse cómo es que vivía antes y cómo es que en su presente desea cuidarse. Situación que la pone en una pelea interna que al final gana el valorar su estar bien. De tal manera que esto puede considerarse un episodio de cambio de acuerdo con Arístegui, et al., (2009).

En los siguientes párrafos de diferentes sesiones se muestra la relación terapeuta-consultante, y cómo es que María desde dicha relación ha logrado tener cambios en su pensar y actuar en la vida. Situación que sigue mostrando los episodios de cambio que estuvo experimentando y que la llevan a tener una introspección en ella y con ello una mayor aceptación en sí misma. “Sí, es que cada vez que vengo contigo siento que algo se libera, es como que sí, cómo siguió fue un globito y como que fuera flotando, así como menos peso” (María, S7, 02/11/20, 15).

Si, bueno ahorita que ya estoy yendo contigo siento que, pues ya han cambiado muchas cosas y si me si me cómo se dice, si me hecho caso tanto el estar sacando todo lo que tenía dentro hasta estar haciendo algo, aunque sea poquito, pero ahí vamos. (María, S7, 02/11/20, 180).

En los párrafos anteriores se puede observar por parte de la consultante cómo hace mención sobre el bienestar que ha surgido en ella a partir de las sesiones en psicoterapia. Ha notado también la importancia de reflexionar y atender todo lo que le va pasando a lo largo de su vida. Y sobre todo haciendo énfasis en sus logros personales que no sabía si era capaz de hacerlo. En los siguientes párrafos se sigue enfatizando en el mismo episodio de cambio, observando con ello su evolución y consistencia durante el proceso psicoterapéutico.

Pues no lo había visto de esa forma y creo que, si es cierto lo que dices, me has abierto mucho los ojos, si la verdad es que tengo que empezar a quererme más por lo que soy y no por lo que piensen los demás. (María, S7, 02/11/20, 190).

“Pues ahorita no me siento tan mal como otras veces que venía así, el estar viniendo aquí contigo sí me ha funcionado a canalizar mis emociones y eso, si siento que si me afecta pera ya no tanto” (María, S9, 16/01/21, 84).

Observando las cuatro citas anteriores con el tema centrado en la relación terapéutica Arístegui, et. al. (2009), comentan en el indicador cualitativo tres es *aceptar al terapeuta como profesional capacitado*. Por tanto, se puede observar en los párrafos anteriores que durante el proceso psicoterapéutico existió una buena alianza entre terapeuta y consultante, por lo que esto abono a una mejor toma de consciencia por parte de María en su proceso personal. Misma que sirvió para que comenzará a realizar cambios positivos para su bienestar físico y emocional.

Desde esta perspectiva es importante enfatizar la relevancia de trabajar en una buena relación terapéutica para favorecer el proceso que se está acompañando. Promoviendo con ello la empatía, la escucha, el estar sin juicios y disponible en el sentir del otro.

A continuación, se muestra cómo la consultante comienza a tener una mayor consciencia de las enfermedades de su cuerpo, como lo es la colitis, ligándola con su poco cuidado hacia sí

misma. Por tanto, enfatiza estar dispuesta a tomar más tiempo para ella, brindándose un mejor autocuidado. Donde no solo está el descanso de por medio sino también la alimentación.

“Que estoy dispuesta hacer, pues tomar más tiempo para mí, y hacerme un espacio para ya no abandonarme tanto, pues si es cierto eso repercute en mí y aparte ando ahí batallando. También con la colitis” (María, S9, 16/01/21, 121).

Téllez (2019), hace mención sobre las enfermedades que están ligadas a consecuencia de tener sobrepeso u obesidad, y como estas deterioran más la salud física y emocional. En el caso específico de este proceso, la consultante mencionaba constantemente sus problemas con la colitis, al grado de incapacitarla por el dolor que experimentaba. Dicho esto, en el párrafo anterior logra mirarse y decidir ya no abandonarse tanto, dándose cuenta de que sí hacía este cambio su situación con la colitis mejoraría, por lo que disminuiría su dolor, obteniendo mayores beneficios.

Como parte de los episodios de cambios de la consultante, fue el también darse cuenta de las cantidades de comida no sana que consumía. Esta consciencia la llevo a cada vez tener más control en sus decisiones y por tanto elegir cuánto sería la cantidad que compraría y consumiría. Con ello comienza a tener más autocontrol y logra darse cuenta de que es capaz de decir “hasta aquí”.

Si como, este si he identificado cuando es ganas de gusgear sí lo he identificado y este lo sentí por que como por un decir ayer invite a mi ahijada, le dije vamos a gusgear algo ósea porque también como quiero convivir con ella y crear como un vínculo fuerte y eso y si se me antojaba como algo de gusgear pero ya era como de gusgear no como cuando me pasó que me enojaba y me frustraba y ya era como de comía hasta como desesperada, entonces ahora como que lo disfruté, tranquilo, a gusto, así, pero ya fue como yo de gusgear (María, S10, 23/01/21, 51).

Para la sesión doce del proceso psicoterapéutico, la consultante reafirma y sigue avanzado en lo que ya estaba trabajando desde la sesión diez, en cuanto al ir manejando mejor sus emociones y la alimentación. Ya es más consciente y con ello se detiene más al contactar con una emoción desagradable como lo puede ser la frustración y no dirigir de manera inmediata a la comida.

Sí, mucho De hecho me he controlado, porque antes era de me enojaba o así, me frustraba compraba un montón de cosas y me las comía, así como desesperada y ahora no ya se lo relacionó y trato de controlarme me distraigo en otra cosa o si no compro algo pero chiquito no es como que ya me compraba 50 pesos de gusguerias, me gustan los dulcecito pero ahora me compro algo chiquito y ya, es lo que estoy haciendo. (María, S12, 06/02/21, 37).

Para lo referido anteriormente, González (2019), habla sobre la adicción por los alimentos, mismos que en ocasiones no nos damos cuenta, ya que la comida conocida como chatarra o los azúcares se vuelven una necesidad para el cuerpo. Esto hace que cada vez más se pierda el control de la cantidad que se ingiere, llevando a la persona a comer cada vez más. La consultante a esta acción le llamaba *gusguear*, misma que al permitirse darse cuenta se iba trabajando durante el proceso y es en la sesión diez donde ella comienza a verbalizar los cambios realizados en cuanto a las cantidades de alimentos que comía. Para la sesión 12 se observa que sigue manteniendo el cambio, logrando una mayor consciencia y autocuidado.

La consultante comienza a hacer cada vez más consciente sus emociones y la relación que tienen con su alimentación. Y es aquí donde a través de esa consciencia empieza a actuar de manera diferente, tomando como alternativa la respiración, darse una pausa y elegir un camino distinto al de la comida.

Pues me hace sentir más tranquila porque sé que tal vez así ya pueda yo manejarlo, ósea si estoy como enojada ósea no tranquila, mejor ósea no sé, tomar respiración, no irme luego luego a la comida, o si me voy a la comida mejor agarro una manzana o algo, ser más consciente de eso. (María, S10, 23/01/21, 59).

En el párrafo anterior se puede observar cómo de nuevo la consultante vuelve a *cuestionarse su manera habitual de comportarse*, esto referido desde los 19 indicadores cualitativos de cambio por Arístegui, et. al. (2009). Si seguimos el proceso que se ha llevado, para la sesión diez ya había no solo un pensamiento que la cuestionara, sino que también ya había una conducta diferente, congruente, que la llevaba ahora a elegir una manzana ante una situación donde antes elegía grandes cantidades de comida no saludable.

En los siguientes párrafos se muestra como la consultante dentro de las diferentes sesiones de su proceso menciona mayor control en sí misma, a su vez se permite ubicar lo que antes hacía

y lo que ahora ha cambiado. Reconoce para ella una mayor escucha y con ello estar pendiente de lo que va surgiendo para ir atendiéndolo, y como ella lo dice “echarse porras”.

“No lo sé cómo decir, como que tengo más control en mí y antes como que me enojaba, lloraba y ahora si ya, todo eso me ha ayudado a sentir control en mí en muchas cosas” (María, S10, 23/01/21, 147).

Pues lo primero es escucharme, algo que no hacía, ni siquiera lo tomaba en cuenta, elirme escuchando poco a poco este eso me hace sentir bien porque totalmente me ignoraba ¿no?

En estos párrafos anteriores se observa la confianza que la consultante va generando en ella misma al irse observando con más atención, y a su vez ir cuidado más de ella. Comienza a darse cuenta de lo que le sucede y eso la lleva a ser más consciente y segura de lo que va logrando. En los siguientes párrafos se sigue retomando este, brindando con ello un cambio más preciso y constante.

Entonces descubro como cosas diferentes en mí. No sabría decirte como, pero es un cambio que he notado en mí. Como que interiormente yo este me cuido o hablo conmiigo. (María, S10, 23/01/21, 301).

Pues que tengo que mejorar y trato de echarme yo porras sola y que pues ahí estoy, digo de alguna u otra forma ahí voy a estar escuchando todo lo que sienta y voy a tratar de estar mejor y de ir mejorando. (María, S10, 23/01/21, 308).

Arístegui, et. al. (2009), comentan sobre la *manifestación de nuevos comportamientos o emociones*, como el noveno comportamiento de episodios cualitativos de cambio. En los párrafos anteriores la consultante cada vez más verbaliza los cambios que ha realizado y con ello la implicación emocional que se ha obtenido a través de estos movimientos. Manifiesta nuevas conductas que reconoce que antes no hacía y que ahora, aunque no las puedes explicar con especificidad, sabe que la hacen sentir con mayor bienestar. Poniendo hincapié en su autocuidado y con el compromiso de seguir avanzando y mejorando.

A la sesión diez del proceso psicoterapéutico, la consultante se permite sentir y observar su felicidad por lograr avanzar de manera positiva en sus cambios, valorándose más como persona y a la vez poniéndose metas que la lleven a seguir avanzando física y emocionalmente. Esto se

muestra con las palabras de María en los siguientes tres párrafos. “O sea orgullosa y feliz, no pensé que fuera a llegar como a este punto. Sé que puedo lograr más, estoy en proceso lo sé pero me siento bien, me siento bien” (María, S10, 23/01/21, 318).

No sí, pues, le diría si, que luche por el cambio, para estar mejor ella, tanto físicamente no tanto por verse bonita, si no por salud y todo lo que trae ahí ¿no? Este, que poco a poco se vaya dando cuenta que vale mucho como personas (María, S10, 23/01/21, 328).

(Suspira), pues mi meta es seguir trabajando mi mente para tener más control hacia la comida o como en el sentido de cuando me frustró, me enojó, poder controlar todo eso es mi meta, este mi meta también ya ir con la nutrióloga, empezar y también, así como un plan de ejercicio o algo para este estar bien, porque yo sé que eso me hace sentir bien. (María, S10, 23/01/21, 388).

Beck (2009), menciona sobre la importancia de los pensamientos, mismo que están antes del cambio de una conducta. Por lo que, siguiendo esta línea, podemos darnos cuenta como el pensar en luchar por seguir avanzando, el pensar que se siente feliz por lo logrado, y pensar en tomar en cuenta otros profesionales de la salud como lo es el nutriólogo. Son pensamientos que logran una motivación en ella que le permite seguir avanzando, creyendo en ella y con ello buscando tener mejores resultados.

Para la sesión doce la consultante se da cuenta que el proceso quirúrgico que quería realizarse años atrás (una cirugía bariátrica), no estaba emocionalmente convencida para hacerlo. Por lo que ahora permitiéndose este proceso emocional hace consciente su responsabilidad en ella misma, más allá de una cirugía. Reafirmado con ello en la sesión trece no saber controlar en el pasado sus impulsos por comer, por lo que dicha cirugía no le serviría de nada. Sin embargo, ahora se reconoce con grandes cambios y mayor consciencia en sí misma.

Fíjate no sé si te platique que una vez me iban a hacer una cirugía para adelgazar, desde ahí cuando yo empecé a ir, no nos dan unos cursos o algo así y yo empecé a darme cuenta qué es lo que yo hacía también, o sea yo no sabía y ahorita contigo lo estado cómo se dice lo he estado practicando porque en aquel entonces supuestamente tenía que ir con un psicólogo, pero los psicólogos nunca me vieron entonces por eso fue que yo no me animé a hacerme

una cirugía, por qué porque yo sabía que no podía hacérmela porque no era, no me sentía responsable de mí y ahora ya me siento responsable de mí. (María, S12, 06/02/21, 47).

Siii y que padre, fíjate es lo que te digo, cuando me iban hacer la cirugía bariátrica yo no me sentía preparada, porque a mí nunca me vio una psicóloga, nada más me dieron una cosita para llenarla pero jamás me atendieron nada, entonces yo decía es que yo necesito controlar como esto que yo sentía porque en aquel entonces si era como muy grande el problema por eso decidí yo no operarme porque dije qué caso tiene que me opere si no voy a poder controlar esto, o sea tengo que ser disciplinada en esto, y por eso no me operé, y para mí a lo que estoy viendo ahorita es muy muy importante la ayuda psicológica, en este sentido de la comida es muy muy importante porque así te enseñan a manejar tus emociones y todo y como dices tú te ayudan no crear conciencia, haber no espérate es muy importante y que bueno que no lo hice porque tal vez hubiera fracasado en la cirugía. (María, S13, 27/02/21, 36).

Palma y Lasagni (2019), comentan sobre la importancia de conocerse a sí mismos y con ello su personalidad, ya que de aquí surgirán las posibilidades de afrontamiento ante la enfermedad de obesidad. En el transcurso del proceso la consultante comenzó a darse cuenta de los motivos emocionales que le iban estancando para bajar de peso, y con ello surgió la respuesta del porque no estaba preparada anteriormente para realizarse una cirugía bariátrica. Comenzó a conocerse más y con ello a identificar su personalidad y sus modos de afrontamiento, lo que la llevo a hacerse más responsable de sí misma y de sus decisiones a tomar más allá de una cirugía.

Para la sesión doce la consultante menciona los cambios saludables que ella ha hecho de su alimentación a pesar de no tener un nutriólogo y solo la psicoterapia, ella se ha motivado por investigar y busca una vida más saludable.

Y está en mi trabajo mis jefes muy buena onda comprar verduras y todo y hemos estado comiendo ensalada oh así no tipo todo así muy bien, porque también hay niños y pues a los niños no les gusta como mucho todo ese tipo de cosas pero como que si encontramos ensalada y dos tortitas de Papa y aguacate y lo comimos no sé el jueves y eso me siento bien y yo le dije a mi mamá también en la casa también voy a empezar a hacer, también en preparar ya le dije que iba a ir con el nutriólogo y necesito que me apoyes en que no se no

se vaya cómo hacen tienen que no le agarre comida y eso y pues ya le dije que ya que ya voy a iniciar eso y en la noche ya sería algo como ligerita y eso entonces ya me estoy preparando. (María, S12, 06/02/21, 55).

Beck (2009), a través de estudios realizados, comenta que si una persona con obesidad o sobrepeso se pone metas y objetivos definidos obtiene mejores resultados para bajar de peso que una persona que no se los pone. Desde este sentido la consultante se puso como meta cambiar de hábitos, con el fin de buscar comer de manera más saludable. Así que decide integrar a su jefe de trabajo y a su mamá en casa para que mejor le funcione sus comidas diarias. Por lo que estos cambios constantes la han llevado a conseguir resultados favorables, logrando ponerse más objetivos y trabajando en mantener lo ya avanzado.

En los siguientes párrafos de la sesión doce y la sesión trece, se puede observar una mayor consciencia, entendimiento y cambios conductuales de la consultante respecto a los modos de comer, las cantidades, los tiempos y lo poco saludable que era antes. Y lo que ahora demuestra a través de su proceso personal. Se reconoce más en lo físico y emocional, se da tiempos y espacios de escucha y se permite hacer elecciones. Mantiene la consciencia de su respiración como un método de calmar su ansiedad, logrando ver en ella avances importantes. “Y así comía y ahora trato como (respira profundo) de darme mi espacio, pero ya no trato tanto de irme hacia la comida, es como que me ayudaba a controlar mis emociones” (María, S13, 27/02/21, 12).

Y ya no es como antes qué ayyyy comía como desesperada, como raro no sabría decirte cómo, pero era una sensación, así como de hay que comer hay que comer hay que comer y así, y ahora siento que se me ha controlado mucho eso, me ha ayudado mucho venir aquí. (María, S13, 27/02/21, 20).

Ahorita bien creo que sí, pues sí estado cambiando cosas en mí en mi interior en mi forma de pensar las cosas, y ahí estoy pues tratando de hacer el cambio a lo mejor lento no sé cómo dices firme, y eso es lo importante. (María, S13, 27/02/21, 38).

“Sí, sí porque antes no se comía mucho, de hecho, no te dicho, pero ya no tomo coca más que sólo una vez al día, antes tomaba a diario” (María, S13, 27/02/21, 40).

Me ha ayudado mucho, muchísimo en muchas cosas, he cambiado cosas en mis hábitos he tratado de cambiar en la comida, no he ido con un nutriólogo, pero he comido menos ya me controlo más en eso y es como algo natural sabes no es que diga no no ya están en mi mente que ya sale natural, de no atrabancar me tanto. (María, S13, 27/02/21, 69).

Arístegui, et. al. (2009), señalan que la consistencia es la coherencia y congruencia entre los cambios expresados verbalmente como de manera conductual. Misma que es muy importante para evaluar un proceso de cambio, ya que si se mantiene la constancia en lo modificado, se puede hablar de cambio profundo y verdadero. En el transcurso del análisis del proceso se ha podido manifestar dicha constancia, señalada con más precisión en los párrafos anteriores. La consultante habla de los pensamientos y conductas que ha modificado y la firmeza e importancia con la que lo está llevando a cabo.

En el siguiente párrafo la consultante se da cuenta que su cuerpo ha cambiado, y que al mismo tiempo esto hace que se sienta mejor y logre hacer cosas que antes no podía hacer, sintiéndose con ello más ligera, y con menos dolor. Ver las mejorías y avances que ha obtenido la hace sentirse motivada para seguir adelante con su proceso personal.

Y fíjate que sí he sentido un cambio físicamente, antes sentía mis piernas así bien pesadas bajaba los escalones así de uno por uno y más aparte me da miedo porque me he caído dos veces de las escaleras, pero ahora es como que ya bajó así uno uno, uno uno, y antes era uno luego bajaba el otro pie porque me dolían mis piernas y ahorita ya anotado que ya no me duelen, o sea si me duele un poquito pero ya no tanto y ya puedo bajar y subir rápido, y he sentido esa diferencia físicamente de ahí porque no me duelen las piernas pero ahí está también ya pues 4 kg menos. (María, S13, 27/02/21, 79).

Arístegui, et. al. (2009), también hacen mención que el *descubrir nuevos aspectos de sí mismo* es un indicador de un episodio de cambio. Por lo referido por la consultante en el párrafo anterior, nos podemos dar cuenta como ella hace consciente que no solo ha tenido cambios positivos emocionales, sino que también se ve reflejado en su salud corporal y condición física, al poder ya bajar y subir escalones sin tanta dificultad. Manifestando a su vez que el dolor ha desaparecido y que el bajar cuatro kilos hace una diferencia importante en su bienestar.

Este apartado tiene una finalidad muy importante dentro de este trabajo de investigación, ya que aquí se observa la evolución de los episodios de cambio que se obtuvieron por parte de la consultante. Brindando con ello un sentido positivo al proceso por los resultados obtenidos. A la vez deseo resaltar la importancia de un proceso psicoterapéutico, ya que este te lleva a lograr cambios que favorecen a tu estar en la vida.

Conocer la evolución de los episodios de cambio, genera confianza y satisfacción en haberte dado la oportunidad de observarte a ti misma y saber que por difícil que sea, vale la pena conocerte.

6.3 Comunicación verbal dominante del terapeuta

En este apartado se profundizará en la comunicación verbal que tuvo la terapeuta durante las once sesiones analizadas para este trabajo. Esto con la finalidad de dar a conocer la manera en la que se estuvo trabajando y observar de qué manera las intervenciones dan un aporte al proceso de la consultante, ayudando por tanto a que reconozca con mayor facilidad sus emociones y lo que significan en su historia de vida. Y con ello contribuir en favorecer los episodios de cambio, que lleven a una mayor consciencia de sí misma y su relación con la comida.

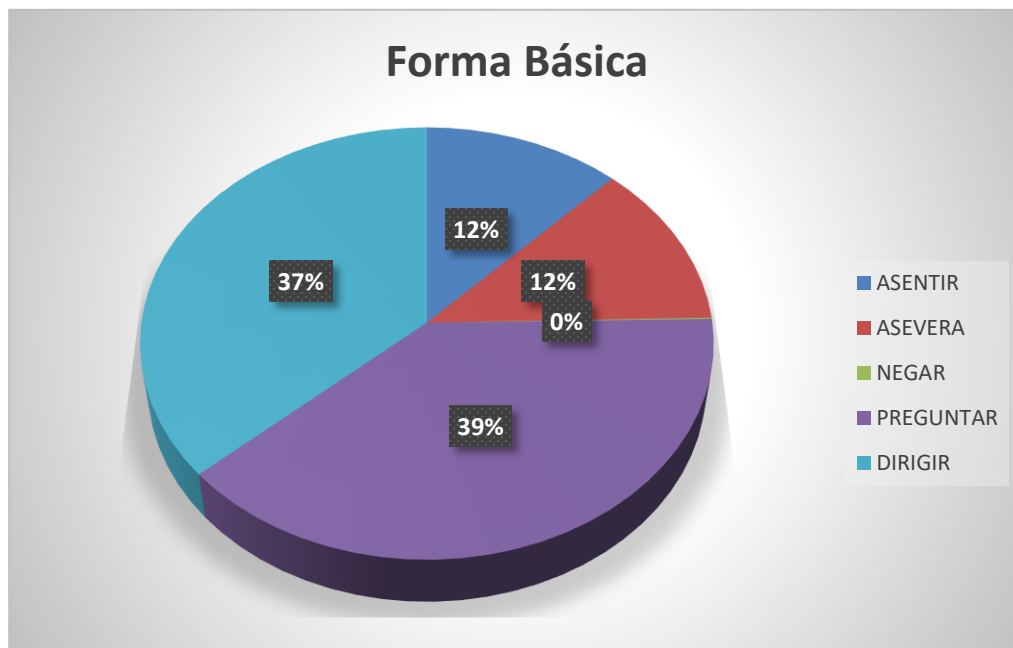
Lo dicho anteriormente se dará a conocer a través de diferentes gráficas, tomando en cuenta la clasificación SCAT, pero solo de las intervenciones de la terapeuta. Siendo clasificada cinco categorías de análisis, las tres primeras pertenecen a la acción y las últimas dos al contenido (Valdés, et al., 2010). Las cuales son las siguientes:

- 1) Forma básica: aquí se busca conocer cuál es la intención de lo que se está hablado, si es asentir, aseverar, negar, preguntar o dirigir.
- 2) Intención comunicacional: en esta categoría se busca localizar el fondo de la intención con la que se mencionó algo en la sesión y con ello si está más dirigida hacia la exploración, la sintonización o la resignificación.
- 3) Técnica: en esta categoría se busca conocer teóricamente desde donde se realiza la intervención principalmente del terapeuta. Y con ello conocer más la intención hacia donde se dirige en la sesión.
- 4) Ámbito: desde aquí se busca conocer si el terapeuta o consultante están centrados en las acciones, ideas o afectos. Y por tanto saber desde dónde viven lo que se va narrando en la sesión.

- 5) Referencia: con esta categoría se busca saber a qué sujeto se dirige la narrativa; si es a sí mismo, a otro presente, a un tercero o a la relación terapéutica.

Desde esta mirada podremos observar el impacto que se obtuvo en la relación terapéutica y por ende en el proceso. Y si las intervenciones de la terapeuta favorecieron que la consultante tuviera una mayor consciencia de su cuerpo y de sus emociones.

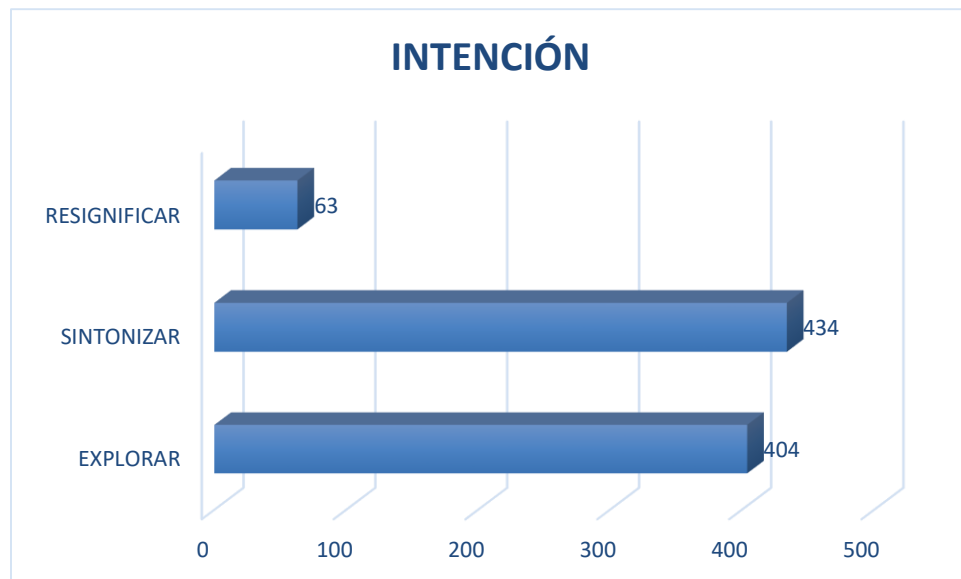
En la gráfica 6 se presenta la dominancia forma básica, misma que nos da a conocer a través de cinco categorías (asentir, aseverar, negar, preguntar y dirigir) la manera en la que intervino la terapeuta dentro del proceso psicoterapéutico.



Se presentó mayor dominancia en la categoría de preguntar con el 39%, seguido de dirigir con el 37%, continuando con un empate en asentir y aseverar con el 12% y finalmente se encuentra negar con el 0%. Estos resultados nos brindan qué fue predominando como intervenciones de la psicoterapeuta, por lo que se puede inferir que dentro de las sesiones se hizo mayormente presente el preguntar. Por tanto, con esto se puede inferir que la psicoterapeuta buscaba cuestionar lo que iba comunicando la consultante, así como hondar con mayor profundidad y lograr tener una mayor

claridad de lo expresado. Esto acompañado también de dirigir el proceso, con la intención de propiciar el movimiento y con ello una búsqueda de un mejor resultado.

En la gráfica 7 se presenta la dominancia llamada intención, aquí se muestra a través de tres categorías (resignificar, sintonizar y explorar) la intención que tenía la terapeuta con las intervenciones que realizaba hacia la consultante dentro del proceso psicoterapéutico.

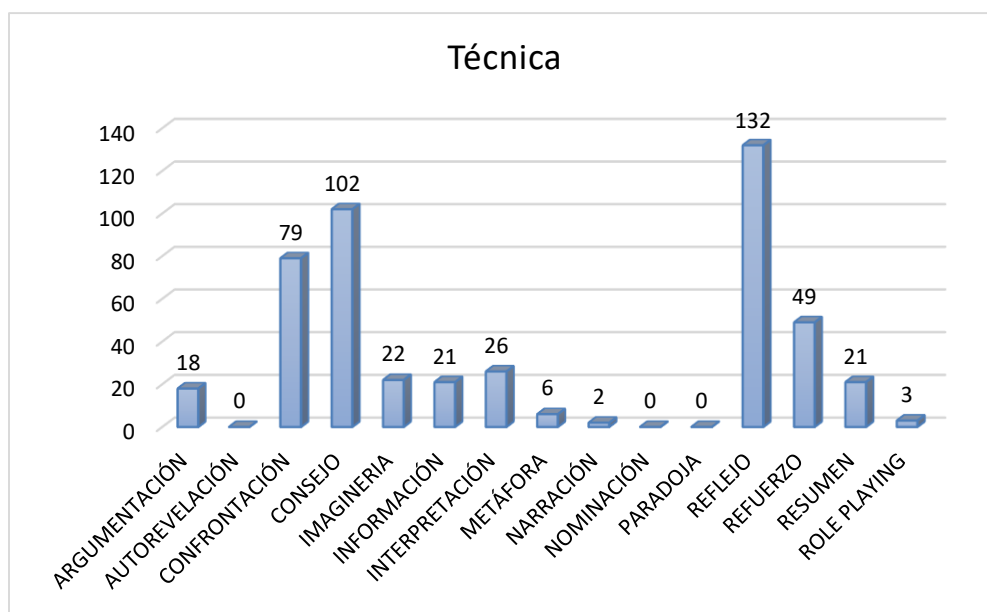


Se presentó mayor dominancia en la categoría de sintonizar con la cantidad de 434, la cual marca el número de veces que se manifestó durante las once sesiones. En seguida se encuentra explorar con 404 y por último resignificar con 63 apariciones en este análisis. Estos resultados demuestran que la búsqueda principal para la terapeuta era lograr que la consultante se sintiera en un espacio de confianza, escuchada y respetada ante todo lo que estaba compartiendo y trabajando dentro de su proceso. Es por ello por lo que el sintonizar se volvió parte fundamental del proceso, teniendo con ella la mayor puntuación de apariciones durante las sesiones.

Sin embargo, la exploración también fue muy importante, ya que de ahí se derivaba la posibilidad de profundizar más en lo mencionado, logrando una mayor comprensión de su historia y de lo que iba aconteciendo en el momento. Y finalmente la resignificación fue la búsqueda del cambio,

lográndose en varios momentos del proceso, y con ello la manifestación de cambios positivos, como lo fue la toma de conciencia de sus emociones y el bajar de peso.

En la gráfica 8 se presenta la dominancia llamada técnica, aquí se muestra a través de quince categorías las diferentes maneras en las que se puede realizar un abordaje psicoterapéutico. Permitiendo con esto dos cosas; la primera es conocer que recursos teóricos utiliza la psicoterapeuta y en el segundo es saber el estilo de la terapeuta y hacia donde dirige más sus intervenciones dentro del proceso psicoterapéutico.



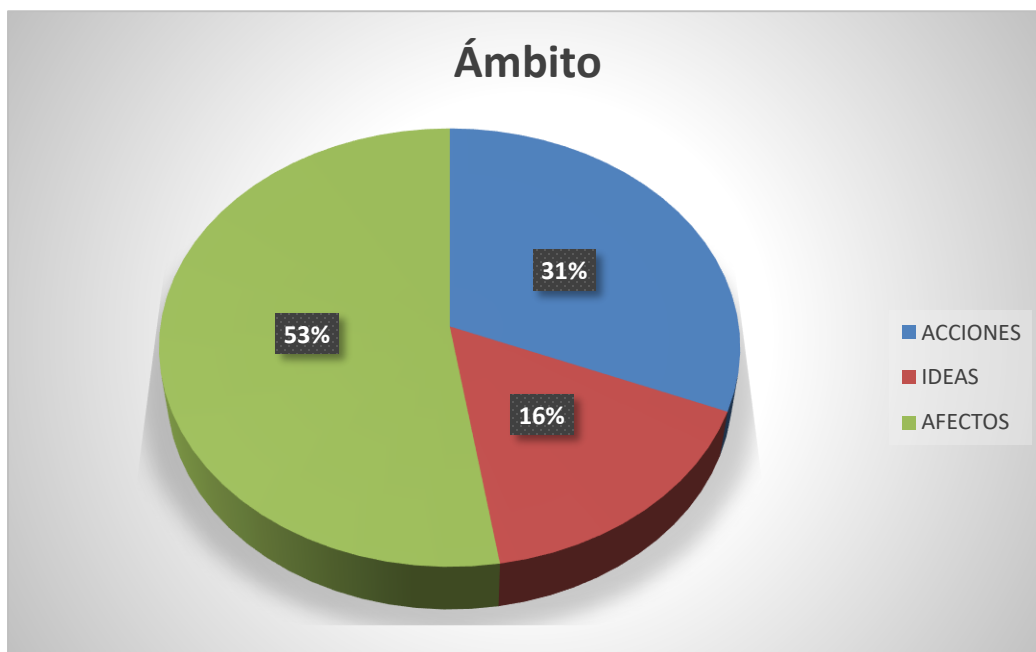
Se presentó mayor dominancia en la técnica de reflejo con la cantidad de 132, la cual marca el número de veces que se manifestó durante las once sesiones. En este sentido se puede observar como el reflejo siendo la mayor puntuación en esta gráfica va de la mano con el sintonizar que fue la puntuación mayor de la gráfica 7. Por tanto, se puede inferir como fue muy importante para este proceso y también como parte del estilo de la psicoterapeuta buscar una buena relación de ayuda, teniendo como resultado cambios positivos en la toma de consciencia y en el estilo de vida de la consultante.

En seguida se encuentra con 102 la técnica de consejo, esta se hace presente de manera importante durante el proceso ya que por parte de la psicoterapeuta se le hacían recomendaciones

constantes en el cambio de hábitos alimenticios y de manera general en su salud. Situación que dio un buen resultado ya que la consultante manifestaba sentirse guiada ya que no conocía otros modos de hacer las cosas y trabajar en su bienestar.

En tercer lugar, se encuentra la técnica de confrontación con 79 puntos. Le sigue la técnica de refuerzo con 49 apariciones. Y de manera muy pegada en resultados esta interpretación con 26 puntos, imaginación con 22 puntos, información y resumen en un empate con 21 puntos y argumentación con 18 puntos. Y para continuar en un margen también muy cercano la técnica de metáfora con 6 puntos, *role playing* con 3 puntos y narración con 2 puntos. Finalizando con un triple empate de 0 puntos; autorrevelación, nominación y paradoja. Como ya se mencionó anteriormente, esto nos abre un margen de entendimiento para conocer cómo se dirigió el proceso psicoterapéutico y con ello reflexionar en los resultados obtenidos.

En la gráfica 9 se presenta la dominancia llamada ámbito, aquí se muestra a través de tres categorías; acciones, ideas y afectos (explicadas al principio de este apartado). En estos tres indicadores tiene como finalidad desde el abordaje de la psicoterapeuta conocer desde dónde ocurre el movimiento de lo que se está expresando la consultante y a su vez desde dónde la profesionalista de la salud busca que contacte con lo que se va narrando dentro del proceso psicoterapéutico.

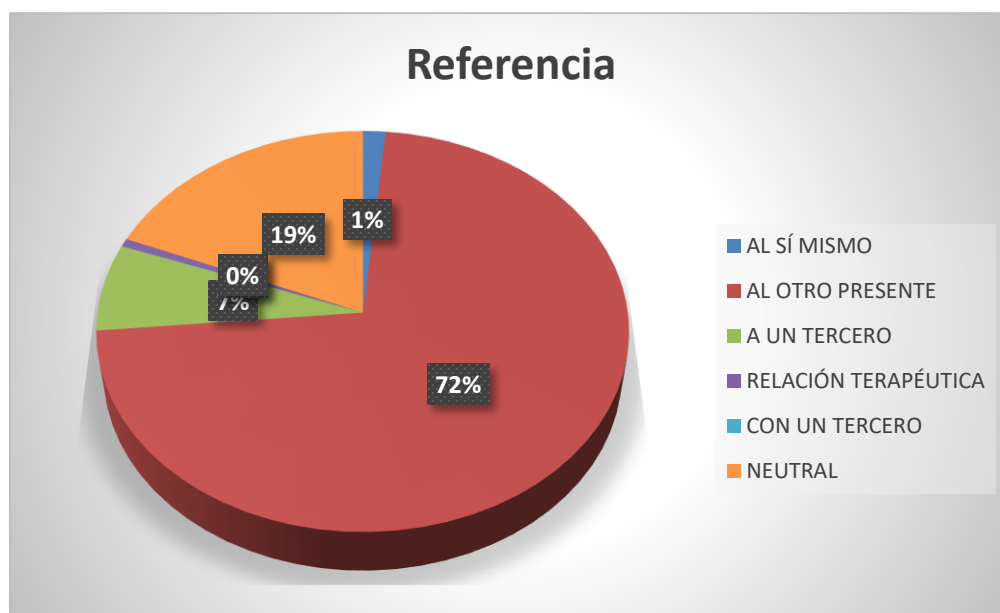


Se presentó mayor dominancia en el ámbito de afectos con el 53%, seguido de acciones con el 31%, y finalizando con 16% en ideas. Estos resultados nos muestran cómo la parte afectiva se hizo mayormente presente, por tanto, se hablaba más del sentir y desde este punto podemos observar como uno de los objetivos de esta investigación ha sido conocer los significados emocionales a través de la alimentación. Por tanto, esto iba favoreciendo para la toma de consciencia de sus emociones y lo que se deriva de ellas. Teniendo como resultado una mejora en el reconocimiento de sí misma y de su cuerpo.

Por otra parte, las acciones e ideas jugaron un papel importante en este proceso, ya que gracias a ellas se logró llevar a cabo todo el reconocimiento emocional del que se iba dando cuenta la consultante.

En la gráfica 10 se presenta la dominancia llamada referencia, aquí se muestra a través de seis categorías; al sí mismo, al otro presente, a un tercero, relación terapéutica, con un tercero y neutral (explicadas al principio de este apartado), a quién es dirigido el acontecimiento narrado dentro de la sesión psicoterapéutica.

En este sentido se podrá observar a través de los resultados hacia quién se dirigió más el terapeuta. Y por tanto considerar desde dónde utilizo sus recursos lingüísticos para llevar a cabo el proceso psicoterapéutico.



Se presentó mayor dominancia en referencia, con la categoría al otro presente con el 72%, seguido de neutral con el 19%, posteriormente se encuentra a un tercero con el 7%, continuando con al sí mismo con el 1% y finalizando con la relación terapéutica con el 0%. Estos resultados muestran hacía donde se dirigía la psicoterapeuta, teniendo por tanto un puntaje mayormente predominante el dirigirse hacia el otro presente, esto quiere decir que el proceso se centró en la consultante, donde la prioridad se vuelve ella y sus necesidades.

Todo este apartado brinda la oportunidad de ampliar el conocimiento de lo que fue sucediendo por parte de la psicoterapeuta durante el acompañamiento que brindo a la consultante. Y con ello promover la autoevaluación para una búsqueda enriquecedora de mejora en todos los aspectos psicoterapéuticos. A su vez reconocer lo valioso del acompañamiento como agentes de ayuda y brindar hipótesis de lo que se ha ido generando a lo largo de este proceso de investigación.

VII. Conclusiones y propuestas

En este apartado se dará a conocer las conclusiones a las que se llegaron con los resultados obtenidos de esta investigación, así como las propuestas que se pueden generar a futuro para lograr mayores avances en el tema trabajado.

También se encontrará un apartado con las limitantes que fueron aparecieron y que de alguna manera impedían que el estudio se realizará con mejores resultados.

Todo esto con la finalidad de brindarle al lector al de lo general a lo particular, destacando con ello la importancia de esta investigación.

7.1 Conclusiones

Desde este abordaje terapéutico se pudo mostrar cómo la consultante llegó a obtener una mayor consciencia de sí misma; de sus emociones y sentires corporales. Situación que se vuelve relevante al mirar que su cambio no solo fue emocional, sino que también físico al bajar más de cuatro kilos. A esto último cabe enfatizar que no tuvo acompañamiento nutricional ni de ejercicio físico. Todo se fue construyendo a través de las sesiones de psicoterapia.

A lo largo de las once sesiones analizadas se puede observar en el apartado de resultados, la manera en la que la consultante iba teniendo cambios en su sentir, pensar y actuar. A lo que se puede concluir que esto fue gracias al trabajo psicoterapéutico en el que se llevó a cabo un espacio de escucha, comprensión y acompañamiento, brindando con ello la posibilidad de la búsqueda de cambios. Logrando la consultante más confianza en sí misma, y sobre todo la posibilidad de conocerse en nuevos modos de enfrentar su vida, generando más recursos y herramientas que favorecen a una transformación positiva.

La consultante a lo largo de las sesiones fue enfatizando la manera en el cómo comenzó a actuar diferente en cuantos a sus hábitos alimenticios. Reconociendo que, aunque ya conocía en muchos sentidos lo que tenía que hacer para bajar de peso, sentía que no estaba preparada para enfrentar su realidad, por lo que enfatizaba que el acompañamiento terapéutico le brindo esa fuerza para poner en acción los cambios.

Para la consultante fue importante irse preparando para sentirse lista de lograr un cambio. Esto le brindaba confianza a pesar del miedo que experimentaba en algunos momentos por hacer cosas diferentes. Ya que esto incluía hacer cambios también a nivel familiar en su relación e interacción con ellos. Lo cual reconocía que eso era difícil para ella. Por lo que se trabajó terapéuticamente también ello, y que al final esto impactó y favoreció a buscar mejores hábitos de salud.

Por otra parte, me parece importante destacar la importancia de llevar un proceso psicoterapéutico en la vida, ya que como se vio en esta investigación, las sesiones terapéuticas fueron de vital importancia para generar un cambio más sólido y profundo. Con ello se generó mayor consciencia emocional y corporal, donde la mente y el cuerpo ya no estaban como dos elementos concebidos por separado, sino que ya era la consultante una sola junto con ellos. Y es aquí donde los cambios se hicieron más notorios, generando nuevas respuestas ante las situaciones que vivía día con día.

7.2 Propuestas y recomendaciones de investigaciones futuras

Me parece que en toda investigación existen áreas de oportunidad para seguir creciendo en el tema investigado. Y es por ello por lo que este estudio no es la excepción. Me parece que una propuesta o recomendación es la posibilidad de generar un proceso integral, donde se integre al acompañamiento un nutriólogo y un entrenador físico. Juntando la especialidad de cada área la persona que esté en el proceso le será más fácil bajar de peso, cuidarse y escuchar lo que necesita.

Como otra área de oportunidad de crecimiento sería lograr impulsar la importancia de la psicoterapia en centros de nutrición o desarrollo físico, ya que en la mayoría de los casos se carece de la invitación a comenzar un proceso psicoterapéutico y considero que es desde aquí mucho de lo que viene en la toma de decisiones para la vida.

Y por último propongo que se estudie la intervención terapéutica en diferentes modelos de abordaje, ya que en su mayoría se encuentran desde el cognitivo conductual y me parece que en otros enfoques hay mucha riqueza que pueda sumar a un mejor entendimiento y acompañamiento por parte del profesional de salud.

7.3 Limitantes

Dentro de una investigación existen limitantes que generan momentos o situaciones que dificultan u obstaculizan la intención del trabajo. En el caso particular de este estudio que una de la limitación fue que la consultante se enfermara fuertemente de los bronquios y de la colitis, ya que esto le impidió asistir a las sesiones, por lo que el tema del cuidado de la alimentación y su trabajo emocional se vieron pausados. Considero que si esto no hubiese pasado los resultados fueran mayores.

Por otra parte, una limitante importante es que la psicoterapeuta no es nutrióloga, por lo que las sugerencias que podría hacerle en la alimentación quedaban cortas a las necesidades específicas que le hacían falta a la consultante.

Otra limitante importante reflejada en el proceso psicoterapéutico fue la parte económica, ya que la consultante es de bajos recursos, siendo esto constantemente durante el proceso. Reflejando con ello su frustración para no tener dinero para comprarse su propia comida (más sana), ya que viven muchos en su casa. Al igual mencionaba no tener el recurso para pagarse un gimnasio, entrenado o nutriólogo.

VIII. Referencias

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. (2010). Estrategia contra el peso y la obesidad. Recuperado en: <http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf>
- Anger, V. y Katz, M. (2015). Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. *Actualización en Nutrición* 16(1) 31-36. Recuperado en: http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_1/RSAN_16_1_31.pdf
- Aranceta, J. y Pérez, C. (2015). Epidemiología de la obesidad mórbida. Manual de obesidad mórbida. Editorial Médica Panamericana. Recuperado en: <http://www.herrerobooks.com/pdf/pan/9788498358476.pdf>
- Arístegui, R., Gaete, J., Muñoz, G., Salazar, J.I., Krause, M., Vilches, O., Tomicic, A. y Ramírez, I. (2009). Diálogos y autorreferencia: procesos de cambio en psicoterapia desde la perspectiva de los actos de habla. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (2), 277-289. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80511496007.pdf>
- Aristegui, R., Reyes, L., Tomicic, A., Vilches, O., Krause, M., De la Parra, G., Ben Dov, P., Dagnino, P., Echávarri, O., y Valdés, N. (2004). Actos de habla en la conversación terapéutica. *Terapia Psicológica*, 22(2), 131-143. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78522204.pdf>
- Austin, J. (1990). Como hacer cosas con palabras. Palabras y acciones. Ed. Paidós. México
- Baile, J. González, M. Palomo, R. y Rabito, M. (2020). La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Práctica clínica*. 1 (11) 1-14. <https://doi.org/10.5093/cc2020a1>
- Barrera, A. Rodríguez, A. y Molina, M. (2013) Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51(3) 292-299. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41704>
- Beck, J. (2009). El método Beck para adelgazar. Entrene su mente para pensar como una persona delgada. España. Ed. Gedisa
- Campos, I. Cuevas, L. Mendoza, K. y Barquera, S. (2020). Epidemiología de la obesidad en México. En Méndez, N. Obesidad Conceptos clínicos y terapéuticos. México. Ed. McGrawHill.

- Cano, R. Del Castillo, S. y Torres, M. (2017). Causas y tratamiento de la obesidad. *Nutrición clínica dietética hospitalaria*, 37 (4), 87-92. Recuperado en: <https://revista.nutricion.org/PDF/RCANO.pdf>
- Carmona, W. Sánchez, A. y González, J. (2017). Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista chilena de nutrición* 44 (3), 226-233. Recuperado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v44n3/0716-1549-rchnut-44-03-0226.pdf>
- Claros, D. y Mendoza, L. (2016). Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. *Rev chil obstet ginecol* 81 (6): 480 – 488. Recuperado en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n6/art05.pdf>
- Da Silva, G. (2015). Aspectos Psicológicos de la Obesidad. En Quintero (compiladora) *Obesidad consideraciones actuales sobre el problema*. (2015). República Bolivariana de Venezuela Publicaciones. Vicerrectorado Académico. Recuperado en: https://www.academia.edu/23278319/Libro_Consideraciones_Actuales_sobre_Obesidad
- Dantas Guedes, D. y Moreira, V. (2009). El método fenomenológico crítico de investigación con base en el pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia Psicológica*, 27 (2), 247-257. Recuperado en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200010
- Dávila, J. González, J. Barrera, A. (2015) Obesity in Mexico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 53 (2), 240-249. Recuperado en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=56578>
- De la Vega, R. y Cruz, L. (2018). Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores asociados a la obesidad: un estudio de caso. *Psicología y Salud*, 28 (1), 85-94. Recuperado el 22 de abril de 2020, website: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2541/4423>
- Delgado, F. Cofré, A. Alarcón, M. Osorio, A. Caamaño, F y Jerez, D. (2015). Evaluación de un programa integral de cuatro meses de duración sobre las condiciones preoperatorias de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 32 (03), 1022-1027. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/08originalobesidad05.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2018). Presentación de resultados. Recuperado el 22 de marzo de 2020, de ENSANUT website:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

- Félix, M. (2019). Beneficios de la terapia psicológica grupal frente al tratamiento estándar en el abordaje de la obesidad en el área de Vallecas. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de medicina. Recuperado en: <https://eprints.ucm.es/58528/1/T41595.pdf>
- García, W. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del hospital belén de trujillo. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad privada Antenor Orrego facultad de medicina humana. Perú. Recuperado en: http://200.62.226.186/bitstream/upaorep/2711/1/RE_MED.HUMA_WINNIFER.GARCIA_TRASTORNO.DE.ANSIEDAD_DATOS.PDF
- Gómez, J. M., & Martínez, M. (2018). Sobrepeso y obesidad: eficacia de las intervenciones en adultos. *Enfermería Clínica*, 28(1), 65–74. doi:10.1016/j.enfcli.2017.06.005
- González, O. (2019). Cirugía Bariátrica. Una guía integral para pacientes de cirugía de la obesidad y sus familiares. México. Ed. Grijalbovital
- Mariscal, V. (2017). Revisión sistemática y síntesis narrativa de intervenciones sobre obesidad sin complicaciones: pérdida de peso, bienestar e impacto en trastornos alimentarios. *Enfermería Clínica*, 28(3), 212–213. doi:10.1016/j.enfcli.2017.08.004
- Martínez, M. (2006). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Cap. 6 Métodos fenomenológicos. México. Edit. Trillas
- Matus, N. Álvarez, G. Nazar, D. y Mondragón, R. (2016). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Estudios Sociales*, 24-25(47), 381-409. Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v24-25n47/0188-4557-estsoc-24-47-00380.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Obesidad y Sobrepeso. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Palacios, P. (2018). Intervención psicoterapéutica cognitivo conductual en pacientes con obesidad tipo I y II. Universidad Autónoma del estado de Morelos. Recuperado en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/767/PAAPYL02T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Palma, R y Lasagni, V. (2019) Psicología Bariátrica. Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Argentina. Ed. Umaza.

- Palma, R y Lasagni, V. (2019) Psicología Bariátrica. Funciones cognitivas y obesidad. Argentina. Ed. Umaza.
- Peña, E. y Reidl, L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. Acta de investigación psicológica 5(3), 2182-2193. Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n3/2007-4719-aip-5-03-2182.pdf>
- Rios, M. Assadi, V. Barros, M. y Francesetti, A. (2017). Desafíos del psicólogo en el equipo multidisciplinario para el tratamiento de la obesidad: realidad chilena. Revista Chilena de Cirugía 69 (3), 274-275. Recuperado en: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.iteso.mx/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=5cefb147-a918-449b-a123-6798c3e3e882%40sessionmgr4007>
- Rogers, C. (1998). Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Buenos Aires. Ed: Nueva Visión.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica, un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Revista Argentina de clínica psicológica, 16(3), 261-270. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Salazar, D. Castillo, T. Pastor, M. y Palos, A. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. Hacia la promoción de la salud 21(2), 99-113. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n2/v21n2a08.pdf>
- Sánchez, J. y Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. Nutrición hospitalaria 27(6), 2148-2150. España. Recuperado en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/50cartacientifica02.pdf>
- Sassenfeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. Revista de psicología. Universidad de Chile 15 (1), 91-106. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/pdf/264/26415105.pdf>
- Scandar, M. (2014). El estudio de caso en la investigación en psicoterapia. Psicodebate, 14(1), 69-84. Recuperado en: https://www.palermo.edu/cienciassociales/investigacion-y-publicaciones/pdf/psicodebate/14/Psicodebate_N14_T1_04.pdf
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2012). Código ético del psicólogo. México. Ed: Trillas.
- Suárez, A. (2019). Cerebro, alimento y emociones. Mecanismos neurales implicados en la alimentación emocional: revisión sistemática. Trabajo de fin de máster. Universidad de

- Salamanca. Recuperado en:
https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140294/TFM_SuaPalA_cerebro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Téllez, C. (2019). *Obesidad Una Enfermedad De Salud Mental*. Chile. Ed. Autoediciones.
- Tronieri, J., Wadden, T., Leonard, S. & Berkowitz, R. (2019). A pilot study of acceptance-based behavioural weight loss for adolescents with obesity. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47 (6). Recuperado el 23 de abril de 2020 en: doi:10.1017/s1352465819000262
- Valverde, I. (1993). Diario de campo. *Revista trabajo social* 18 (39), 308-319. Recuperado en:
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v18n391993/art1.pdf?fbclid=IwAR3gAxF3AhKeEKTcmvgX7Ffjk8cV4a531zmHakwMfmBL1LrK3bRoaCDArv0>
- Vargas, X. (2011). *¿Cómo hacer investigación cualitativa? Una guía práctica para saber qué es la investigación en general y cómo hacerla, con énfasis en las etapas de la investigación cualitativa*. México. Ed: Etxeta. Recuperado en:
<http://paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/94805617-Xavier-Vargas-B-COMO-HACER-INVESTIGA.pdf>
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 16(2), 214-222. Recuperado en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630260010>
- Zugasti, A. Jiménez, A. Álvarez, J. y Moreno, B. (2006). *Obesidad y Nutrición*. En Moreno, B. Moreneo, S. y Álvarez, J. *La Obesidad en el Tercer Milenio*. España. Ed. Médica Panamericana.

Apéndices

Apéndice 1.

AVISO DE PRIVACIDAD-PSICOTERAPIA PROYECTO PRESENCIA

Tlaquepaque; Jal.

Presente

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización para que se video/audio grabe lo que platicamos en las sesiones de psicoterapia y que esta información sea vista, escuchada y comentada con los maestros y sus compañeros de clases de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO. Entiendo que el propósito de compartir esta información es la mejora continua de la atención brindada y además que usted pueda recibir sugerencias que le ayuden a aprender y a avanzar en su formación como psicoterapeuta.

Entiendo también, que la información sobre mis sesiones será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación; y que tanto sus maestros como los compañeros de clase asumen también este compromiso.

Estoy informado(a) de que en cualquier momento puedo modificar esta decisión y notificársela. Y, en ese caso, usted dejaría de audio/video grabar y comentar con sus maestros y compañeros lo platicado en mis sesiones de psicoterapia.

AVISO DE PRIVACIDAD

ITESO, a través del Proyecto Presencia de la Maestría en Psicoterapia recabó tus datos personales y personales sensibles como consultante del servicio de psicoterapia proporcionado por los alumnos de este programa educativo, con el fin de abrir un expediente de tu caso para llevar un adecuado seguimiento del proceso de psicoterapia; grabar mediante audio y video las conversaciones de las sesiones de psicoterapia en las que se participa, ver, escuchar y comentar la información audio-video grabada con los alumnos compañeros y los profesores de la Maestría en Psicoterapia, en el ITESO.

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) que se encuentran en el Departamento de Psicología, Educación y Salud o en el Centro Polanco del ITESO. La información que se utilice para la supervisión de los casos, será tratada en forma confidencial y anónima.

Derechos ARCO:

El ITESO, por conducto de la Coordinación de la Maestría en Psicoterapia, te informa que, acepta iniciar, desarrollar y concluir las sesiones de psicoterapia que hemos convenido. El ITESO te informa y notifica que el total o partes de dichas sesiones serán video/audio-grabadas con fines profesionales y educativos. El ITESO asume que tales video/audio-grabaciones, contienen datos personales y personales sensibles, cuyo titular es quién como consultante, suscribe este convenio. Asimismo, el ITESO te informa y notifica que conforme a la ley de la materia en vigor, tienes el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), respecto de tus datos personales y personales sensibles contenidos en dicho video/audio-grabación, y en caso que desees ejercerlos, serás atendido en la oficina de la Directora del Departamento de Psicología, Educación y Salud, por la señorita AURORA RODRIGUEZ, en horas hábiles y conforme a las prevenciones y requisitos establecidos en el Capítulo IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares en vigor. (Teléfono 3669 3451).

Por otra parte, quien suscribe, consultante y receptor de los servicios de psicoterapia que prestará el ITESO por medio de la Maestría en Psicoterapia, declaro conocer, en todos sus términos, en particular sobre los derechos ARCO, el Aviso de Privacidad del párrafo anterior informado y notificado por el ITESO. Asimismo, otorgo libre y expresamente y mediante este comunicado, mi consentimiento y autorización para someterme como consultante a las sesiones de psicoterapia, conforme a los métodos y formas profesionales y educativas que determine el ITESO y para que este pueda video/audio-grabar el desarrollo total o parcial de dichas sesiones de psicoterapia, sin más límites que los profesionales y educativos indicados por el ITESO.

En consecuencia, el ITESO podrá video/audio-grabar las acciones, omisiones, reacciones, expresiones verbales y no verbales y todo cuanto suceda y dialogue en las sesiones de psicoterapia mencionadas. Acepto y doy mi consentimiento informado, para que el ITESO, bajo su supervisión, pueda ver, escuchar, comentar y opinar académica y profesionalmente, sobre la información y datos personales y personales sensibles contenidos en las video-grabaciones autorizadas; y podrá compartirlos con los profesores, académicos y alumnos en las sesiones de clases de la Maestría de Psicoterapia en el ITESO y en las deliberaciones, debates y publicaciones académicas, en la inteligencia que, el ITESO conminará a estas personas a mantener, conforme a la ley de la sociedad y los lineamientos en vigor del ITESO en la materia, respeto, confidencialidad y privacidad sobre dicha información.

Manifiesto que estoy informado y satisfecho que, en cualquier momento, puedo modificar mi consentimiento, y revocar total o parcialmente el consentimiento y la autorización mencionada en el párrafo anterior, y notificársela al ITESO, respecto a las video/audio grabaciones de las sesiones y al tratamiento de la información de las video/audio grabaciones.

Atentamente

Nombre y firma de la consultante