

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

La psicoterapia con apoyo de la terapia auricular

**Autores: Miguel Ángel Castro Barrera /
René Anthoan Soubérbielle Miranda**

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
Juan Carlos Tovar Sosa**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





**UNIVERSIDAD
VASCO DE QUIROGA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ LA PSICOTERAPIA CON APOYO DE LA TERAPIA
AURICULAR “**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**MIGUEL ANGEL CASTRO BARRERA
RENE ANTHOAN SOUBERBIELLE MIRANDA**

ASESOR DE TESIS:

LIC. JUAN CARLOS TOVAR SOSA



**CAVE: 16PSU000AJ
ACUERDO: RVOE 120 SEP**

**MORELIA, MICHOACÁN
JULIO DEL 2001**



UVAQ

M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“ LA PSICOTERAPIA CON APOYO DE LA TERAPIA
AURICULAR “**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA



PRESENTAN:

**MIGUEL ANGEL CASTRO BARRERA
RENE ANTHOAN SOUBERBIELLE MIRANDA**

ASESOR DE TESIS:

LIC. JUAN CARLOS TOVAR SOSA

**CAVE: 16PSU000AJ
ACUERDO: RVOE 120 SEP**

**MORELIA, MICHOACÁN
JULIO DEL 2001**

INDICE GENERAL

Introducción	1
Marco Teórico	6
I. Acupuntura	6
1. Definición e historia	6
II. Principios de Acupuntura	11
1. Ying-Yang y los cinco elementos	12
III. Técnicas de Auriculoterapia	14
1. Patologías a tratar	15
IV. Auriculoterapia	16
1. Origen e historia	17
2. La Auriculoterapia en China	18
3. La Auriculoterapia en Europa	19
V. Las Somatotopías	20
1. Bases tradicionales orientales	21
2. Diagnostico y terapia	21
3. Anatomía y fisiología de la Oreja	22
4. El Orificio auditivo	22
5. Las Hemiconchas	23
6. El Antehelix	23

7. El Helix	23
8. La Foseta triangular	23
9. El trago	24
10. El Antitrago	24
11. El Lóbulo	24
12. La Fosa scapha	24
VI. Métodos para diagnóstico	25
VII. Acción local	26
VIII. Acción general	26
IX. La identificación de los puntos auriculares	27
X. Psicología: Comprensión de la conducta	28
1. Raíces e historia	29
2. La Psicología de hoy	29
3. Comprensión de la conducta	30
XI. El Hombre algo tan viejo y tan nuevo	31
1. Cuando comer se convierte en un problema	32
2. Trastornos de la alimentación	32
3. La Obesidad	33
4. ¿Por qué estoy obeso?	34
5. Bajar y luego mantener el peso	37
XII. Males de nuestro tiempo	39

1. Anorexia y bulimia	40
2. ¿Cuáles son las causas de este trastorno?	42
3. El tratamiento	44
4. Prevenir a los adolescentes	46
XIII. Conseguir un logro	47
1. La motivación	48
2. Las causas de la conducta	49
XV 3. Conceptos de motivación	50
4. Fuentes de motivación para el logro	53
5. Afiliación y poder	54
6. ¿Cómo motivar a la gente?	56
7. El estilo de liderazgo	57
8. La expresión de las emociones	58
9. El origen de las emociones	60
XVI 10. La emoción como proceso central	61
XVII 11. Miedo y ansiedad	63
12. Un miedo superlativo: las fobias	64
13. Un miedo inesperado: La angustia	66
XIV. La acupuntura y la psicología	67
1. Consideraciones de carácter psicológico	69
2. Los estados mentales que responden a la acupuntura	70

3. La acupuntura y el psicoanálisis	71
XV. Las cinco emociones	73
1. La ira	74
2. El miedo	75
3. La alegría	76
4. La simpatía	76
5. El pesar	77
XVI. Casos clínicos	78
Caso 1	79
Caso 2	93
Caso 3	105
Caso 4	117
Caso 5	126
Caso 6	138
XVII. Conclusiones generales	149
XVIII. Bibliografía	152

INTRODUCCION

Es una le

Consiste

Apoyado de esta manera

combinando y alternando a lo largo del organismo

Del sistema nervioso es relajante

INTRODUCCION

En la primera semana se

2 a 3. Desde la primera

La ventaja de

consecuencias de

medicamento

La importancia del tratamiento de este tipo de peses, si no que, lo que se vaya a

reabrir no se va a recuperar. A nivel del aparato digestivo ayuda a la digestión,

por lo que se hace énfasis en las tres comidas al día, ya que al saltar una comida

Retraso de entre 15 y 18 horas entre una comida y otra, considerando que el

retardo avanza, son cada 2 horas, al omitir una comida provoca una digestión

INTRODUCCIÓN.

AURICULOTERAPIA.

Es una técnica de diagnóstico y tratamiento complementario de la Acupuntura.

Consiste en estimular al sistema nervioso y al aparato digestivo, mediante balines electromagnetizados, que van pegados a nivel del pabellón auricular. Acompañado de esto manejamos tres guías de alimentos, las cuales vamos combinando y alternando a como el organismo vaya respondiendo.

Del lado izquierdo los manejamos para bajar de peso y a nivel del sistema nervioso es tranquilizante. Del lado derecho los manejamos para bajar de tallas y a nivel del sistema nervioso es relajante.

En la primera semana se puede bajar de 2 a 4 kilos y a partir de la segunda de 2 a 3. Desde la primera semana al ser colocados comienzan a funcionar y a tranquilizar. La ventaja del tratamiento es que no hay dolor, perforación, no trae consecuencias ni efectos secundarios y se puede tomar cualquier tipo de medicamento.

Lo importante del tratamiento no es bajar de peso, si no que, lo que se vaya a rebajar no se vuelva a recuperar. A nivel del aparato digestivo ayuda a la digestión, por lo que se hace énfasis en las tres comidas al día, ya que al saltar una comida hablando de entre 15 y 18 horas entre una comida y otra, considerando que el estómago avanza, 5cm, cada 2 horas, al omitir una comida provoca una digestión

más lenta y como consecuencia una mala absorción de los alimentos es por eso que mucha gente no se explica que al hacer una o dos comidas suben de peso en vez de bajar.

A nivel del sistema nervioso, manejamos el Estrés el cual abarca ansiedad, angustia, intranquilidad, nervios, depresión, coraje, tristeza, melancolía, fatiga, cansancio, insomnio, rutina monótona, fastidio, preocupaciones, temor y lo hiperacelerado. Recordando que en muchas de las ocasiones las consecuencias del estrés, son migraña, insomnio, gastritis, colitis, distensión, estreñimiento, diarreas, manchas en la cara, dolor de huesos, dolor de espalda y cuello.

EL TRATAMIENTO CÓMO AYUDA.

Relaja, tranquiliza y elimina la ansiedad, el estrés, que tiene consecuencias como son:

- Problemas familiares
- Problemas de pareja
- Problemas laborales
- Problemas personales
- Problemas económicos

El material consta de balines electromagnetizados de acero inoxidable, nuevos, estériles, desechables, no penetran la piel, solo van pegados a nivel del pabellón auricular.

El efecto de los balines es de 5 a 6 días, después va disminuyendo, por lo que se tienen que cambiar cada 8 días. Después de llegar a su peso deseado es importante el proceso de mantenimiento el cual consiste que se coma de todo pero con balance, equilibrio, tip's y consejos que le vamos a dar de cómo combinar alimentos.

Una de las causas más importantes de la obesidad son los malos hábitos alimenticios. El rebote es consecuencia de los malos hábitos. Es importante dar o saber identificar que es lo que el paciente busca, puede ser el bajar de peso, eliminar el estrés, o "Recibir Afecto" siendo tocado o escuchado.

MARCO TEÓRICO.

ACUPUNTURA

Definición a nivel

La acupuntura

farmacología

Unidad de pulso

resistencia y

eterna, etc.

funciones de

transmisión y

experiencias

una terapia

resultados

requiere para

el éxito de la

esta disciplina

ganó un prestigio

mundo. En el ámbito de

decisión de reconocer el tratamiento

angustia aguda, la jaqueca, la neuralgia torácica, la cefalea, la gastritis aguda y

crónica, la constipación, la odontalgia, y otras afecciones, hasta un total de 43

ACUPUNTURA

MARCO TEÓRICO.

ACUPUNTURA.

Definición e historia.

La acupuntura es una parte importante del gran tesoro de la medicina y la farmacología China, su historia se remonta a más de 2000 años. Durante largo tiempo de práctica los médicos de las diversas dinastías de China han enriquecido, desarrollado y perfeccionado esta especialidad de la medicina tradicional China, que abarca diversas teorías básicas, tales como **Ying-Yang**, los 5 elementos (movimientos), **Zang-fu** (órganos y vísceras), **Qi-xue** (energía y sangre), **Jing-luo** (meridianos y colaterales), así como distintos métodos de manipulación de agujas y experiencias clínicas del tratamiento según los síntomas y signos, haciendo que sea una terapia muy eficaz y característica de China. Esta terapia obtiene buenos resultados ante muchas enfermedades y posee ventajas sobresalientes; por ejemplo, requiere instrumentos sencillos, es segura, económica, de fácil aprendizaje y no ofrece resultados negativos, razón por la cual la Acupuntura desempeña un papel cada día más importante; su difusión es amplia en el pueblo chino y también ha ido ganando progresivamente la confianza y la consideración de diversos países del mundo. En diciembre de 1979 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) tomó la decisión de recomendar el tratamiento acupuntural en la curación del resfriado, la amigdalitis aguda, la jaqueca, la neuralgia terminal, la ciática, la gastritis aguda y crónica. La constipación, la odontalgia, y otras afecciones, hasta un total de 43

enfermedades. Esta resolución demuestra que la terapia acupuntural China, es escogida en todo el mundo. (1)

La acupuntura trata por medio de agujas. Consiste en insertar una aguja metálica de cuerpo largo y punta fina en determinadas zonas (puntos) del cuerpo, aplicando ciertos métodos de manipulación para producir en el paciente sensaciones de dolor, entumecimiento, distensión y pesadez, con el fin de curar la enfermedad.

Antiguamente, la gente antes de crear y dominar la técnica de la acupuntura, había vivido un largo período de tiempo en el que, cuando alguien se sentía indispuerto, se masajeaba o se golpeaba instintivamente en las zonas corporales afectadas, hasta que se aliviaban o desaparecían los síntomas de la indisposición.

Luego de innumerables prácticas, se llegó al convencimiento de que cuando se sentía dolor o indisposición en alguna parte del cuerpo, se debían dar masajes o golpes en dichas zonas e incluso pincharlas o presionarlas con objetos agudos, para aliviar los síntomas y hacerlos placer. Esto constituye el germen de la acupuntura y esas zonas, en las que se aplicaban, los masajes, se constituyeron más tarde en bases de partida para hallar los puntos acupunturales.

En el período del tratamiento acupuntural incipiente, nuestros antepasados curaban las enfermedades con agujas de piedra denominadas bian, chan, y zhen.

(1) Dr. Tian Conghuo, Tratado de Acupuntura, Editorial Alhambra, S.A., Tomo 1, Pag. 81

Y en la edad neolítica además de agujas de piedra artificialmente pulidas, se usaban agujas de hueso o de bambú como instrumentos para la acupuntura.

Y cuando nuestros antepasados crearon la técnica de cocer utensilios de barro comenzaron a utilizarse agujas de barro.

En consonancia con el desarrollo social, de la creación de la metalurgia aparecieron sucesivamente agujas de diferentes metales, por ejemplo: las agujas de hierro, de plata y de aleaciones metálicas hoy se fabrican agujas metálicas que llevó el tratamiento acupuntural a una nueva etapa de desarrollo.

La metalurgia no solo determinó la base material para la fabricación de agujas metálicas también proporcionó posibilidades para fabricar instrumentos acupunturales de diferentes usos y formas. A medida que se iban ampliando y acumulando experiencias en el tratamiento acupuntural, fueron surgiendo nuevas exigencias en cuanto a forma de las agujas. Las nueve agujas de la antigüedad eran fabricadas en nueve formas distintas, según los diferentes usos.

Las nueve agujas son:

- Chan, para punzar superficie de la piel.
- Yuan, con cabeza redonda para aplicar masajes.
- Chi, para presionar.
- Feng, para sangrar; pi, para extraer pus.
- Yuanli, con cuerpo redondo y punta aguda para casos de urgencia.
- Filiforme para amplio uso.

- Larga, para insertar en regiones de gruesa musculatura o grasa, útil para enfermedades de las articulaciones. (2)

Los puntos acupunturales son aquellos sitios específicos del cuerpo humano donde se aplica acupuntura y puede producir mediante la aplicación, cierta reacción en otras zonas o en algún otro órgano de manera que se logren resultados curativos.

Al principio, los puntos no tenían sitios determinados ni nombres propios, ni tampoco fueron hallados todos a la vez. El hallazgo de los puntos tiene que ver con el nacimiento del tratamiento acupuntural y con su desarrollo. Tras un largo tiempo de práctica, la gente llegó a saber que masajear, punzar, presionar ciertos sitios podía causar reacción en estos lugares y en otras zonas correspondientes, de modo que podía hacer que desapareciesen o se aliviasen ciertas enfermedades.

Por otra parte, a través de constantes prácticas clínicas se ha descubierto que cuando uno padece cierta enfermedad, aparecen en determinado punto o en algunos puntos que se encuentran en diferentes zonas, fenómenos anormales, tales como dolor, distensión o calor. Esto a conducido al conocimiento de la ley de relación entre puntos y las enfermedades, por consiguiente se ha llegado al diagnóstico por observación de los puntos.

(2) Dr. Tian Conghuo, Fundamentos de Acupuntura y Moxibustion. Editorial En Lenguas Extranjeras, Beijin China, Pag. 103.

Antiguamente la gente denominaba los troncos verticales como meridianos que tienen el sentido de pasaje, y las ramas que se derivan de estos colaterales con el sentido de red. En Neijing se refiere que los meridianos, ligándose entre sí según cierto orden, forman una red que se extienden por todas las partes del cuerpo con circulación permanente. Según la teoría de los meridianos y colaterales de la medicina tradicional china, en el cuerpo humano existen doce meridianos regulares y quince colaterales, junto con otros ocho meridianos regulares y quince colaterales, con otros ocho meridianos extraordinarios y secundarios. Estos meridianos y colaterales se cruzan entre sí, comunican lo interior con lo superficial y viceversa, llegan a todas las partes del cuerpo formándose así todo un sistema de meridianos y colaterales, que vinculan de esta manera todos los órganos internos. (3)

Los tejidos, las diversas partes de la cabeza, la cara, el tronco y las extremidades, hacen que el cuerpo humano sea un todo integro unificado.

La formación y el desarrollo de dicha teoría simbolizan el enriquecimiento y la elevación de la teoría de la acupuntura a través de la práctica.

(3) Dr. Padilla Corral, Acupuntura sin Aguja, Editorial Alhambra, S.A. Pag. 178.

PRINCIPIOS

YIN-YANG

YIN-YA

Yin

fenóme

tantos

una

trab

esto

perfecto

con d

existencia

cultura

que la existencia

exteriores. Cada cosa

poco se transforman en

parte yang está incluida su parte

yang también esta ying y yang. Por ejemplo el cuerpo humano; el interior es yin,

superior es yang; pero los órganos internos pueden dividirse en ying y yang.

interiores, ying y yang, ambos

dentro de la parte yang, yin

está dentro de una cosa de naturaleza

PRINCIPIOS DE ACUPUNTURA.

YING-YANG Y LOS CINCO ELEMENTOS (movimientos).

YING-YANG.

Ying-yang sintetiza las dos partes contradictorias de ciertas cosas y fenómenos de la naturaleza que se relacionan mutuamente. Pueden representar tanto dos cosas naturales como dos partes contradictorias existentes en el interior de una cosa.

Las propiedades básicas de ying y yang son: todas aquellas cosas con tendencias a fluir hacia arriba, con dirección hacia fuera, con claridad, movilidad, excitación, vitalidad de calor, funcionalidad, ligereza, insustancialidad y claridad, pertenecen al yang; y al contrario, todas las cosas con tendencias a fluir hacia abajo, con dirección hacia dentro, obscuridad, tranquilidad, inhibición, astenia, frialdad, sustancialidad y pesadez, pertenecen al ying.

La naturaleza de ying o de yang de una cosa no es absoluta sino relativa, ya que la existencia de la cosa es determinada por las condiciones interiores y exteriores. Cada cosa comprende dos partes contradictorias, ying y yang; ambas no solo se transforman en ciertas circunstancias, sino dentro de la parte ying y de la parte yang esta incluida su parte contraria, es decir dentro de una cosa de naturaleza yang también esta ying y yang. Por ejemplo el cuerpo humano; el interior es ying y la superficie es yang; pero los órganos internos pueden dividirse en ying y yang o sea,

los cinco órganos (corazón, hígado, bazo, pulmón, riñón), son ying y las seis vísceras (intestino delgado, vesícula biliar, estómago, intestino grueso, vejiga y sanjiano), son yang y cada uno de los órganos se dividen en ying y yang; del riñón hay ying renal. (1)

(1) Dr. Tian Conghuo. Compilado de Acupuntura y Moxibustion. Editorial en Lenguas Extranjeras, Beijing, China. Pag. 85.

TECNICAS DE AURICULOTERAPIA

PATOLOGIAS A TRATAR

Es importante saber

manera podemos

como auxiliar a

• C.E.

• F.

• M.

• W.

• TRAS.

• CIRCULACIÓN

• CIRCULACIÓN

• MIA (ARTE)

TECNICAS

DE

AURICULOTERAPIA

Dr. José María López, Instituto Mexicano de Medicina Tradicional y Acupuntura A.C. Primera

Edición México D.F. 2000

TECNICAS DE AURICULOTERAPIA.

PATOLOGIAS A TRATAR.

Es importante señalar que la Auriculoterapia tiene sus limitaciones, de ninguna manera podemos ponerla como una panacea que cure todo. Sin embargo es muy útil como auxiliar en varias patologías como son:

- OBESIDAD (control de peso).
- ESTRÉS, S. N., NERVIOS, ANSIEDAD, ETC.
- DOLOR DE CABEZA (MIGRAÑA, cefalea).
- INSOMNIO.
- TRASTORNOS DIGESTIVOS (GASTRITIS, colitis).
- DOLOR DE ESPALDA Y RODILLAS.
- CIRCULACIÓN.
- HTA (ARTERIAL, presión). (1)

(1) Dr. José Ubaldo Lavares. Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales y Acupuntura A.C. Primera Edición, México D.F. Pag. 22.

AURICULOTERAPIA

AURICULOTERAPIA.

ORIGEN E HISTORIA.

En los últimos tiempos hemos asistido a un proceso cada vez más difundido de redimensionamientos de la medicina contemporánea.

La auriculoterapia en China.

Esta ha alcanzado un grado de eficacia y de precisión muy elevado, pero ha dejado de lado al aspecto humano de la relación médico-paciente.

Por tanto, se advierte hoy la necesidad de reconsiderar algunas actitudes de absolutismo positivista y la tendencia excesiva a la ultra-especialización. De hecho el paciente, si bien es aparentemente curado con métodos cada vez más sofisticados, no ha visto disminuir su angustia ante la enfermedad y el dolor. (1)

La exposición del "fenómeno social" y la prepotente intrusión de los poderes públicos en el mundo de la medicina ha acelerado la separación entre la medicina humana y la medicina "científico – estatal". De aquí proviene la necesidad de recurrir a formas de curación más simples, dulces, menos coercitivas y dolorosas y sobre todo más humanas. Por ello se renueva el interés por la homeopatía, los masajes curativos, la herboristería, las técnicas de tomas de consciencia corporal, la acupuntura y, además por la auriculoterapia.

(1) Dr. Tian Conghuo. Tratado de Acupuntura. Editorial Alhambra S.A. Tomo 1 Pag. 123.

La Auriculoterapia es la curación del fenómeno a través de la estimulación del pabellón auricular. Es una ciencia oriental muy antigua, de la misma nos ha quedado muy pocos documentos históricos, porque como pasa con todas las ciencias antiguas aparecidas antes de la invención de la escritura, esta disciplina se ha transmitido oralmente.

La auriculoterapia en China.

El estudio de la oreja aparece en el texto más antiguo de la medicina china, el Huang Di Nei Jing (libro de la medicina corporal del emperador amarillo), que se remonta a más de dos mil años atrás. (2)

La primera mención de una Somatotopía (proyección del esquema corporal), de la oreja se encuentra en Ling Shu, llamado también Tchen Jing (un texto clásico que trata también de la acupuntura), de datación incierta, aproximadamente entre 475 y 221 a. C. Después bajo la dinastía Tang, la estimulación del pabellón auricular utilizada para influir sobre la evolución de las enfermedades internas, tuvo una difusión muy amplia. (3)

(3), (2) Dr. Tian Conghuo. Compilado de Acupuntura y Moxibustion. Editorial en Lenguas Extranjeras. Beijing China. Pag. 95-96.

La Auriculoterapia en Europa.

Los egipcios conocían el uso de la estimulación del pabellón auricular, con fines terapéuticos.

Seguramente algunas nociones de terapia auricular fueron conocidas por los pueblos nómadas, como los gitanos, quienes exportaron al Oriente y difundieron por Europa algunas intervenciones simples de auriculoterapia.

Valsava escribió en 1717 una obra titulada *De aura humanatractus*, donde se mencionaba la cauterización de la oreja. Más tarde en 1810, Ignacio Colla, médico de Parma, en colaboración con el cirujano Cecconi, realizó observaciones importantes sobre Auriculoterapia. (4)

(4) Tia Conghuo. Fundamento de Acupuntura y Moxibustion. Editorial En Lenguas Extranjeras. Beijing China. Pag. 102-103.

LAS

SOMATOTOPÍAS

propiedades que

las manifestan

en la vida diaria

de desarrollo de

la zona donde como

trabajo cuando se trata

Diagnóstico y la

Sobre la base de esta base se ha desarrollado, a través de los siglos, técnicas
específicas de diagnóstico de los (endoscopia), de la cara (rinoterapia) de

LAS SOMATOTOPIÍAS.

Bases tradicionales orientales.

Según la fisiología China, el corazón, los pulmones, los riñones, el hígado, el bazo y el páncreas son órganos relacionados - cada uno de ellos - con una víscera (intestino delgado, intestino grueso, vejiga, estómago) y con uno de los órganos de los sentidos. Es en estos órganos de los sentidos donde se concentra la Especificidad fisiológica tanto del órgano como de las vísceras correspondientes.

La oreja, en particular, reproduce en sí una cartografía humana "ancestral" embrionaria.

Las somatotopías se encuentran en todas las zonas elevadas de sensibilidad; en la oreja, en el ojo, en la nariz, en las manos y en los pies, sobre estas zonas se proyectan mapas que reproducen de manera clara los Homúnculos, que hallamos en las numerosas proyecciones de la corteza cerebral, tanto en la zona motora como en la zona sensorial parietal ascendente. Todo ello facilita el trabajo cuando se trata de determinar el diagnóstico y la terapia estimulante.

Diagnóstico y terapia.

Sobre la base de esta teoría se ha desarrollado, a través de los siglos, técnicas especializadas de diagnóstico del ojo (iridoscopía), de la cara (rinoterapia), de

masaje de la mano (masaje pediátrico chino), del pie (masaje reflejo zonal) y además de la oreja (Auriculoterapia). (1)

Las somatotopías funcionan como terminales que reciben una basta gama de señales externas (luz, calor, presión, electromagnetismo) y de señales internas (estado funcional y de malestar de órganos, vísceras, sistemas). (2)

La oreja en particular es una de las zonas de más fácil acceso, que puede palpase sin dolor y puede estimularse fácilmente en las pequeñas zonas de terapia.

Anatomía y fisiología de la oreja.

Según la medicina tradicional china la oreja es el orificio de los riñones. Por lo tanto, está se halla sujeta a la energía de la alimentación y de la energía ancestral situada en los riñones. La oreja oye los cinco sonidos y recibe los ecos subyacentes de los cinco órganos. Ello significa, expresado en un modo más prosaico, que el pabellón auricular relaciona la compleja fisiología de todos los órganos vitales.

El orificio auditivo.

La oreja esta rodeada de una cavidad llamada orificio auditivo, que penetra con profundidad hacia el interior del cráneo.

(1), (2) Dr., Padilla Corral. Acupuntura sin Agujas, Editorial Alhambra, S.A.. Pag. 178.

Las Hemiconchas.

Este orificio esta rodeado de una concha dividida transversalmente en dos, desde la raíz del helix, estas dos partes se denominan; cymba conchae (superior) y concha cavum (la inferior). Las conchas están, en parte, unidas al hueso y son inervadas por el nervio vago, que a su vez enerva las vísceras.

El Antehélix.

El antehélix cartilaginoso nace de dos raíces, superior e inferior, que delimitan la foseta triangular o navicular. Es invertido por el trigémino, nervio de grandes dimensiones de la cara.

El Hélix.

Circunscribe todo el pabellón y termina en una cola bajo la cual está el lóbulo. El hélix está dividido por el tubérculo de Darwin en dos regiones de diferente enervación. La parte superior al tubérculo está enervada por el trigémino, mientras que la parte inferior, por las ramas del plexo cervical superior.

La Foseta triangular.

Es una depresión entre las dos raíces del antehélix, (en forma de triángulo).

El Trago.

El trago cubre el orificio auricular. Tiene una inervación muy compleja tanto en una parte interior y esta separado del antitrago por medio de la fisura intertrágica.

El Antitrago.

Es una eminencia triangular situada delante de la cola del hélix, en la prolongación del antehélix.

El Lóbulo.

El lóbulo consiste en un pliegue de la piel con un borde libre semicircular.

La Fosa Scapha.

Es una depresión en forma de surco longitudinal descendente, situada entre el hélix y el antehélix.

MÉTODOS PARA EL

Cada

carro

anillo

actividad

variar

MÉTODOS PARA EL

DIAGNOSTICO

ACCIÓN LOCAL

La acción tiene efe

esta correspondencia

invertir

ACCION LOCAL

A

Esta su

ACCION GENERAL

no tiene un efecto

MÉTODOS PARA DIAGNÓSTICO.

Cada zona del pabellón auricular corresponde a una región específica del cuerpo con precisas características histológicas, embriológicas, filogenéticas y ontogenéticas en particular, cada región está representada en la oreja en su actividad fisiológica "viva". De ello se deriva que los puntos correspondientes pueden variar su sensibilidad según las estaciones, la hora, el clima y el estado fisiológico. (3)

ACCIÓN LOCAL.

La acción tiene efecto sobre una víscera, un órgano, una zona del organismo y está en correspondencia con la localización anatomotopográfica de la imagen fetal invertida.

ACCIÓN GENERAL.

Esta incide menos claramente sobre las zonas anatómicas, pero tiene un efecto generalizado sobre diversas partes o funciones del organismo.

(3) Dr. Padilla Corral. Acupuntura sin Agujas. Editorial Alhambra S.A. Pag 145

LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS AURICULARES.

Los puntos auriculares han sido identificados por medio del examen de infinidad de pacientes en los ambulatorios y en hospitales chinos y orientales. El amplio número de sujetos examinados han llevado a la elaboración de mapas estadísticos confiables. (4)

(4) Dr. Tian Conghuo. Editorial Alhambra, S.A. Tomo 1 Pag. 215-216

PSICOLOGIA: COMPRESION DE LA CONDUCTA

PSICOLOGÍA: COMPRENSIÓN DE LA CONDUCTA.

RAÍCES E HISTORIA.

En 1879 Wilhelm Wundt creó en Leipzig Alemania, el primer laboratorio de psicología experimental y selló con ello el nacimiento de la psicología científica. Es esta una de las ciencias más jóvenes, ya que su historia no se remonta más allá del siglo XX. (1)

No obstante, la mera preocupación por los problemas psicológicos que constituyen el objeto de estudio de la psicología, no le confieren a este el carácter de ciencia. Es la utilización de métodos científicos, basados en el experimento controlado y en los datos empíricos bien verificados, lo que determina el nacimiento de la psicología científica y le fue independizando paulatinamente de la filosofía y otras ciencias positivas, especialmente en la fisiología en las que encontró sus raíces.

LA PSICOLOGÍA DE HOY.

En la actualidad, la mayoría de los psicólogos se identifican en mayor o menor grado con uno de los cuatro puntos de vista principales: el psicoanalítico, el neoconductista, el cognoscitivo o el humanista, estos dos últimos desarrollados actualmente.

(1) Robert Plutch. Psicología Experimental, Fundamentos de Investigación, Editorial Harla, México D.F. Pag. 35-37.

Otros muchos tienen un enfoque con una combinación de los diversos puntos de vista. Por otra parte, en los últimos años ha aparecido una nueva tendencia que se define contra las teorías generales de la conducta humana y se decanta hacia microteorías centradas en áreas específicas de la conducta tales como la percepción, la memoria, el aprendizaje, el estrés o la toma de decisiones. Como es natural, estas teorías no solucionan el problema de la persona en su totalidad, pero al aparecer en su fase actual los psicólogos prefieren trabajar en común acuerdo con los conocimientos disponibles en áreas limitadas o especializadas de la conducta, antes que volver otra vez a la labor de desarrollar teorías amplias o generalizadas de la conducta humana.

COMPRENSIÓN DE LA CONDUCTA.

En sus comienzos se definió como la ciencia de la vida mental. Su estudio se dirigía principalmente a las experiencias internas de la conciencia, las sensaciones, los sentimientos y los pensamientos, más tarde los psicólogos estadounidenses redefinieron la psicología como la ciencia que ha permanecido hasta hoy. Actualmente muchos psicólogos estudian como la mente retiene y procesa información y ha retomado interés por los procesos mentales internos. (2) Con ánimo de abarcar tanto los factores internos como los factores externos de la conducta, se define a la psicología como al estudio de la conducta, entendidas estas tanto como conductas observables como no directamente observables.

(2) Robert Plutch. Psicología Experimental, Fundamentos de Investigación, Editorial Harla, México D.F. Pag. 96-99.

EL HAMBRE

QUAN

EL HAMBRE ALGO TAN VIEJO Y TAN NUEVO

características en cuanto a su nivel de hambre y se que mantienen sin cambios a lo largo del tiempo. Sin embargo, cuando las condiciones cotidianas de la vida resultan alteradas los hábitos de ingesta. Estas alteraciones suelen ser importantes, pero al cabo de poco tiempo el organismo vuelve a recuperar su equilibrio, si es necesario, adaptándose a las nuevas circunstancias. (1)

EL HAMBRE ALGO TAN VIEJO Y TAN NUEVO.

CUANDO COMER SE CONVIERTE EN UN PROBLEMA.

La conducta de comer es el prototipo de un proceso motivacional. Se entiende proceso motivacional aquello que pone en marcha nuestra conducta, que nos motiva a fin de que busquemos y consigamos lo que nuestro organismo necesita. En el hombre existen motivaciones básicas necesarias para la supervivencia, como el hambre, la sed y la conducta sexual. Estas incluyen multitud de factores, tanto biológicos como psíquicos y su función es mantener el equilibrio, la "homeostasis" del organismo.

En el caso del hambre, los cambios que producen en nuestro cuerpo activan un cierto tipo de señales que ponen en marcha los mecanismos reguladores para la producción de hambre.

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.

Normalmente cada individuo presenta unas características en cuanto a su nivel de hambre y saciedad, que son las propias y que mantienen sin cambios a lo largo del tiempo. Sin embargo, cuando se alteran las condiciones cotidianas de la vida resultan alterados los hábitos de ingesta. Estas alteraciones suelen ser importantes, pero al cabo de poco tiempo el organismo vuelve a recuperar su equilibrio, su homeostasis, adaptándose a las nuevas circunstancias. (1)

LA OBESIDAD.

La obesidad o el exceso de peso es un problema de salud que atañe a una gran parte de la población mundial. Así por ejemplo, a mediados de 1970 afectaba a setenta millones de estadounidenses. Por lo que respecta a Occidente, el problema alcanza cifras considerables y en los últimos años, en lugar de disminuir, es cada vez más acusado. (2)

Definir la obesidad parece una cuestión fácil a primera vista. Se podría considerar que tiene exceso de peso toda persona que así lo parezca. Sin embargo, este criterio es muy subjetivo, ya que cada uno de nosotros puede tener una opinión diferente con respecto a cuándo una persona nos parece obesa. Tampoco existe unanimidad entre los diferentes autores cuando se trata de elegir el sistema más adecuado para definir y cuantificar la obesidad. Los métodos más usados, por lo general hacen referencia al exceso de peso corporal. Sin embargo, sería preciso definir la obesidad más como exceso de grasa corporal que como exceso de peso, ya que, por ejemplo, en el caso de personas con constitución atlética el peso corporal puede ser elevado, pero no presenta un exceso de grasa.

(1), (2) Dr. Harold Kaplan. Compendio de Psiquiatría, Editorial, Salvat México D.F. pag. 505-511.

Los métodos para calcular el exceso de peso corporal se pueden dividir en dos grandes categorías: reglas simples (también llamadas métodos caseros) y tablas estandarizadas de peso. Las reglas simples en realidad son muy aproximativas y no permiten valorar realmente el peso. Algunas de las más utilizadas, entre otras, son las sustracciones de altura, de peso, el test de la regla y el test del cinturón.

Bastantes más fiables que los métodos anteriores son las llamadas tablas estandarizadas, las cuales cuantifican el peso según la estructura, el sexo, la edad.

¿ POR QUÉ ESTOY OBESO?.

Ya no se considera que la obesidad esté causada únicamente por lo malos hábitos alimentarios, sino que se tiene en cuenta la influencia de los factores genéticos y biológicos en su origen y mantenimiento. En cuanto a los primeros, se ha demostrado que la obesidad es un fenómeno hereditario en los animales. En los seres humanos no existe una evidencia definitiva, ya que se trabaja mediante la observación y no con la manipulación genética.

Las últimas investigaciones han establecido que un niño tiene un 40 por ciento de probabilidades de ser obeso si alguno de sus padres lo es. Esta cifra asciende hasta un 80 por ciento si lo son los dos progenitores. En este aspecto se plantean algunas dudas sobre si este hecho se debe a razones hereditarias o al aprendizaje de hábitos alimentarios inadecuados.

En relación con los factores biológicos, los conceptos más importantes provienen de la teoría del punto fijo y la teoría de la celularidad adiposa. Según la teoría del punto fijo, el organismo dispone de un punto o nivel biológico ideal que actúa como regulador para mantener siempre el peso dentro de unos límites. Este punto ideal está determinado por factores genéticos, prenatales, y experiencias alimentarias tempranas. El organismo siempre se intenta ajustar a este punto fijo, que en muchas ocasiones puede corresponder a un peso por encima del que la persona quiere aceptar. En estos casos se establece una lucha continua entre los intentos de la persona por bajar de su punto fijo y la tendencia de su organismo a situarse en dicho punto

La teoría de la celularidad adiposa distingue entre obesos con células adiposas de tamaño normal, aunque en mayor número que un no obeso, y aquellos que tienen el mismo número de células adiposas que una persona de peso normal, pero de mayor tamaño. El primer caso suele corresponder a la obesidad que se da antes de la edad adulta y el segundo caso a la obesidad propia del adulto. Las terapias destinadas a perder peso funcionan mejor cuando el número de células adiposas es normal, es decir, en el caso de la obesidad que se inicia en la vida adulta. (3)

Para establecer un tratamiento, los terapeutas deben tener en cuenta tanto los factores biológicos como los hereditarios ya que, en ciertos casos, la disminución de peso podrá realizarse sólo hasta cierto nivel.

(3) Dr. Harold Kaplan. Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat. México D.F. Pag. 511.

Este nivel puede no ser el deseado por la persona y es el especialista quien debe establecerlo. Hasta hace algún tiempo se pensaba que no toda persona obesa tenía hábitos alimentarios diferentes a los de los no obesos y, además, nocivos. Sin embargo, esto no siempre es cierto. Por ejemplo, en algunos casos, la persona obesa no come más que la no obesa. Así mismo, no todos los obesos comen más rápido, ni a bocados mayores, ni a intervalos de tiempo menores que los demás. Por otra parte, no todas las que tienen un exceso de peso son más sensibles a los estímulos relacionados con la comida, como por ejemplo, la presentación de los alimentos, el ver comer a los demás, el lugar donde se come, etcétera. Todo ello indica que, a priori, no se puede dar por sentado ninguno de los tópicos relacionados con la obesidad.

De manera simplista puede decirse que el peso corporal es el resultado del balance entre la energía consumida y la energía gastada. Hasta hace poco tiempo las investigaciones se centraban en la energía que consumía el individuo, pero actualmente se le otorga mucha importancia a la energía que gasta, a través de la actividad física y del propio metabolismo (velocidad con la que se consume la energía) del sujeto. Existen indicios de que el ejercicio físico puede incrementar el ritmo metabólico. Por eso en las terapias actuales, es cada vez más frecuente la inclusión del ejercicio físico como elemento esencial para la reducción de peso ya que, al parecer, incrementa la actividad metabólica y, además promueve un menor consumo de comida.

Mientras no se conozca mejor los factores hereditarios como los del entorno, la revención y el tratamiento de la obesidad serán poco eficaces.

BAJAR Y LUEGO MANTENER EL PESO.

Los principales tratamientos aplicados al problema de la obesidad son la cirugía, las dietas, los fármacos, el ejercicio físico y los programas conductuales. La cirugía se utiliza tan sólo en casos realmente severos como último recurso, ya que a pesar de que es efectivo para eliminar la grasa, también es el método más costoso y el de mayor riesgo para la salud. Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la obesidad son los destinados a reducir el apetito. Sus efectos secundarios son muy nocivos y al dejar de tomarlos se vuelve a recuperar el peso perdido, e incluso más, por lo tanto su utilización es totalmente desaconsejable. (4)

Los tratamientos cognitivos conductuales utilizan un conjunto de acciones terapéuticas que incluyen los siguientes elementos: establecimiento de una dieta adecuada, fijación de hábitos alimentarios adecuados, ejercicio físico, reestructuración cognitiva, (esto se refiere al análisis y modificación de los pensamientos negativos que suelen aparecer durante el tratamiento, impidiendo que éste progrese). Por ejemplo, <<Me he comido un dulce, ya lo he estropeado todo>>, <<Antes estoy sacrificando y estoy perdiendo menos peso del que esperaba>>, <<Antes lo intenté y no dió resultado>>.

(4) Dr. Harold Kaplan. Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat México D.F. Pag 113-114.

Es muy importante modificar estos pensamientos ya que de ellos depende, en gran medida, que la persona obesa no pierda la esperanza y abandone el tratamiento.

Las dietas han de realizarse siempre bajo control médico y después de hacer un estudio individualizado de cada caso. La terapia grupal, es decir el apoyo de otras personas con el mismo problema, en el caso de la obesidad ha demostrado ser muy efectiva. Una vez conseguida la reducción del peso, es importante continuar el tratamiento durante largo tiempo, ya que el problema de la obesidad no es perder peso sino mantener dicha pérdida.

ANORE

MALES DE NUESTROS TIEMPOS

En la anorexia nerviosa, el peso, hasta alcanzar el 75% del peso normal, depende del sexo y la altura de la persona. En la bulimia nerviosa, el peso se pierde recurrentemente a pesar de comer una gran cantidad de comida. En la anorexia nerviosa, el peso se pierde recurrentemente a pesar de comer una gran cantidad de comida.

En la bulimia nerviosa, el peso se pierde recurrentemente a pesar de comer una gran cantidad de comida. En la anorexia nerviosa, el peso se pierde recurrentemente a pesar de comer una gran cantidad de comida. En la bulimia nerviosa, el peso se pierde recurrentemente a pesar de comer una gran cantidad de comida.

MALES DE NUESTROS TIEMPOS.

ANOREXIA Y BULIMIA:

La anorexia y la bulimia nerviosa son los trastornos de alimentación más graves y conocidos, ya que en los últimos tiempos han aumentado de manera alarmante. *Ambas dolencias, a pesar de que se diagnostican separadamente, presentan muchas características comunes y en realidad son dos extremos de un mismo proceso.*

En general afectan a las mujeres mucho más que a los hombres y preferentemente, se presentan en las mujeres jóvenes o muy jóvenes. Son mucho más frecuentes en las sociedades desarrolladas, donde hay superabundancia de comida y donde la cultura predominante otorga un gran valor a la delgadez. Estos trastornos inciden negativamente en las personas afectadas, tanto en su vida social y laboral, como en sus estudios y en su afectividad.

En la anorexia nerviosa el síntoma más evidente es una notable reducción de peso, hasta alcanzar un peso muy inferior al que sería esperable según la edad, el sexo y la altura de la persona que la sufre. Dicho peso se pierde recurriendo a ayunos o una reducción extrema de la comida. Sin embargo, un alto porcentaje de anoréxicas - en su mayoría son mujeres, con una proporción respecto de los hombres de 9 a 1 - alternan dicho ayuno con comidas normales o con episodios de sobrealimentación y utilizan el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. No existe ninguna razón orgánica que

pueda explicar esta enfermedad que padecen entre 1 de cada 100 personas. La edad más frecuente en que suele presentarse es la adolescencia o la preadolescencia, aunque también puede darse en la edad adulta, entre los 25 y 35 años. Casi un 9 por ciento de las personas afectadas fallecen a consecuencia de ella. (5)

Las personas que padecen de anorexia nerviosa sienten un miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, pero por lo común efectúan una negación del problema minimizando la importancia de la pérdida de peso. Todo ello va unido a una gran alteración en la autoimagen corporal, por lo que la persona puede verse gorda o desproporcionada, a pesar de tener un peso muy por debajo del que sería normal. También ocurre que en muchos casos desaparece la menstruación.

En el otro extremo de este mismo proceso se sitúa la bulimia nerviosa, un trastorno caracterizado por episodios de gran voracidad alimenticia. Quienes lo padecen se sienten incapaces de controlar tales episodios y los viven con un nivel de ansiedad y culpa elevadísimo. A fin de compensar el aumento de peso que estos atracones suponen, la persona afectada recurre al vómito autoinducido, a los laxantes y diuréticos, al ayuno entre atracones o al ejercicio excesivo. La comida que se suele ingerir en estos momentos de voracidad es altamente calórica y es consumida en grandes cantidades en un período de tiempo muy limitado.

(5) Harold Kaplan. Compendio de Psiquiatría. Editorial Salvat México D.F. Pag. 515.

Entre un 2 y un 4 por ciento de la población padece este trastorno que, al igual que la anorexia, afecta en su mayoría a las mujeres. La bulimia se suele iniciar a una edad superior a la de la anorexia, aunque casi siempre son personas jóvenes.

La mayoría de las personas que la padecen tienen un peso normal, aunque también las hay con exceso de peso y obesas.

Los dos puntos cardinales tanto de la anorexia como de la bulimia nerviosa son el intenso miedo al aumento de peso, por pequeño que éste sea, incluso en aquellos casos en que la desnutrición es evidente; y la búsqueda de la delgadez a través de métodos patológicos, como el vómito autoinducido, los laxantes y diuréticos, el ejercicio excesivo y el ayuno. En ambos casos, la autoestima del individuo depende, en gran parte, de la silueta y el peso.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DE ESTE TRASTORNO?.

La mayor parte de lo que se ha publicado sobre las causas de la anorexia y la bulimia son meras hipótesis que no han podido ser demostradas realmente. Algunas de ellas, como el que la madre de la paciente anoréxica era la responsable de la enfermedad, han hecho mucho daño al provocar culpas que no tienen ningún fundamento. Hasta el momento, no se ha identificado una causa concreta, pero existen trastornos que se identifican con esto y no se puede decir que sea debido a un solo factor. La opinión más generalizada es que son de origen

multicausal, es decir, que se deben a la suma de diferentes causas y, por lo tanto, incluyen elementos somáticos, psicológicos, familiares y socioculturales. (6)

La influencia sociocultural es una de las principales causas del aumento de estos trastornos. Es en las sociedades desarrolladas, en las cuales se da gran valor a la delgadez, donde aparecen en una proporción alarmante. Son muy raros en países como la India, Sudán, Egipto o Malasia y tampoco suelen aparecer entre la población negra de África y la población china que viven en el Lejano Oriente. En cambio, entre las personas procedentes de estos países que han inmigrado a zonas occidentales acaba dándose el mismo porcentaje de trastornos que entre los nativos occidentales. Esta comprobación avala la suposición de que la presión cultural occidental hacia la delgadez como ideal de belleza es uno de los principales causantes de los trastornos alimentarios.

Los factores que impulsan a una adolescente a tomar la decisión de iniciar una dieta son muy diversos. Van desde los comentarios de compañeros o de familiares hasta los cambios físicos pronunciados, el inicio de contactos con el sexo opuesto o las estadías en otros países. En la primera etapa de la dieta no se suele observar problemas. Por el contrario, la muchacha se siente satisfecha y normalmente se ve recompensada por su entorno. Pero, al cabo de un tiempo aparecen los síntomas de que algo no funciona.

EL TRATAMIENTO

(6) Harold Kaplan. Compendio de Psiquiatría Editorial Salvat. México D.F. Pag. 508-509.

Sin embargo existen muchas mujeres que realizan dietas y no terminan sufriendo trastornos de alimentación. ¿Por qué unas sí y otras no? Se supone que las personas con bulimia o anorexia tienen todas ellas determinadas características. Por lo general existe una historia de sobrepeso en la infancia y / o de obesidad en la familia. En la casa han sido frecuentes las dietas u otros intentos de adelgazar. Emocionalmente son más inestables, es decir, tienen mayor tendencia a presentar problemas depresivos y de ansiedad. Son personalidades demasiado autoexigentes, autocríticas, con un alto sentido de la responsabilidad y sumamente perfeccionistas. Antes de iniciarse el trastorno son consideradas, tanto en la familia como en la escuela, como <<niñas modelo>>. Todas dan una gran importancia a su imagen social y son extremadamente susceptibles a la crítica, <<al que dirán>>.

estado o

En el caso de la bulimia, a las características anteriores se añaden un alto grado de impulsividad y cierta dificultad en el cumplimiento de normas. También puede darse un consumo excesivo de alcohol y otras drogas. Son personas con una forma de pensar muy rígida, que viven todas las situaciones en términos extremistas de <<blanco o negro>>, y en muchas ocasiones se asemejan a los obsesivos. En cuanto a las características de la familia parece existir un exceso de control por partes de los padres. Control del que el sujeto parece no darse cuenta y vive de forma ambivalente, oscilando entre la sumisión y la agresividad.

un comportamiento

EL TRATAMIENTO.

En cambio, la pr

PROCESO DE ACTUACIÓN

La persona con problemas de alimentación por lo común ha iniciado tiempo atrás una dieta y al cabo de un tiempo han aparecido una serie de problemas. A

pesar de haber conseguido reducir el peso, su insatisfacción corporal continúa con la misma o con mayor intensidad que al inicio de la dieta. Por otro lado, la disminución de peso nunca le parece suficiente y el miedo a ganar kilos hace que sólo se sienta segura cuando la ingesta ha sido mínima. Los pensamientos sobre la alimentación se vuelven obsesivos y ocupan todo su tiempo. El ejercicio, el consumo de laxantes o diuréticos también pueden volverse obsesivo. En los casos en que no puede controlar la dieta y se atraca de tanto en tanto con comida, recurre a la provocación. Éste es el principal sostenedor del trastorno bulímico: la persona se ve atrapada así en un círculo vicioso continuo de comida y vómito.

Toda la tensión que significa el intento de controlar la comida repercute en su estado de ánimo. Es muy frecuente que la persona sufra trastornos depresivos y / o ansiosos. Así mismo, las relaciones familiares se deterioran al presentarse importantes problemas; las relaciones sociales y el rendimiento laboral o escolar también quedan muy empobrecidos.

La actitud hacia el tratamiento es diferente según se trate de un cuadro de anorexia o de bulimia nerviosas. En el caso de la anorexia, la paciente normalmente no acude por su propio deseo, si no que lo hace impulsada por sus familiares o por su pareja. En la mayoría de los casos niega la importancia de su trastorno y asume un comportamiento muy poco colaborador.

En cambio, la persona con síntomas bulímicos sí acude al tratamiento por decisión propia y solicita ayuda. En ambos casos existe una resistencia férrea al aumento de peso, pero, así como en el caso de la anorexia la persona cree que

controla la situación, en el caso de la bulimia se siente desbordada por los episodios de sobrealimentación. El tratamiento de estos trastornos es bastante largo, difícil y con numerosas recaídas. Puede ser desesperante, tanto para el paciente como para el terapeuta, pero no hay que olvidar que la recuperación es posible.

PREVENIR A LOS ADOLESCENTES.

La mejor prevención para estos trastornos sería el control de la presión sociocultural hacia la delgadez que se ejerce en nuestra sociedad. La publicidad, las revistas y los comentarios sociales sobre cómo estar más delgado constituyen un auténtico y continuo bombardeo. El mensaje que transmiten es que la delgadez conduce al éxito, mientras que la no delgadez es el pasaporte seguro hacia el fracaso. Dado que el control de esta presión social se nos escapa de las manos, lo más atinado es fomentar en los adolescentes una actitud crítica hacia ellos. Esta actitud les ha de permitir defenderse del mensaje que reciben de los medios de comunicación, de sus amigos e incluso de su familia.

Es importante informar de estos trastornos sobre todo a los adolescentes, que son quienes tienen más riesgo de contraerlos. Un lugar adecuado para hacerlo son los centros escolares, especialmente entre los alumnos desde la última etapa de la enseñanza primaria hasta los primeros cursos universitarios. También es conveniente informar ampliamente a las asociaciones de padres de alumnos sobre los riesgos que pueden derivarse de los estereotipos estéticos vigentes actualmente en la sociedad.

CONSEGUIR
UN
LOGRO

CONSEGUIR UN LOGRO.

LA MOTIVACIÓN.

Por lo general, cada vez que procuramos entender o explicar un aspecto del mundo circundante, buscamos encontrar sus causas. Si observamos alguna actividad, tendemos a querer saber a qué se debe y con el tiempo aprendemos a aceptar explicaciones como las siguientes: <<el viento mueve las nubes>>, <<la gasolina suministra la energía necesaria para que un automóvil funcione>> o <<la pelota se mueve porque ha sido impulsada por un pie o una mano>>. La imparable curiosidad humana se hace más patente cuando tratamos de explicarnos las acciones personales. Surge a menudo en la conversación cotidiana la pregunta <<¿qué le motivó hacer eso?>> que es lo mismo que decir <<¿cuál fue la causa de que usted hiciera tal cosa o tal otra>>

Las explicaciones de la conducta se han ajustado a esta pauta y el término motivación derivada del verbo latino moveré, que significa <<mover>>, sea el modo de acción para conseguir algo. La motivación es una necesidad o un deseo que dinamiza la conducta, dirigiéndola hacia una meta. (1)

(1) A.A. Smirnov. Emoción y Sentimientos. Editorial Grijalbo S.A. México D.F. Pag. 17

LAS CAUSAS DE LA CONDUCTA.

Una joven hermosa sentada sola en una fiesta. Un chico recorre toda la multitud de gente con dos copas y se acerca a ella para hablarle. ¿Por qué lo hace? Un grupo de niños espera en una larga fila para entrar en un cine donde se exhibe la última película de moda de la factoría Disney o del incombustible Superman. Los niños brincan, hablan a gritos y no pasan un momento quietos. ¿Por qué se portan así? Una mañana luminosa de primavera, un estudiante de bachillerato se dirige al colegio, de pronto decide dar la vuelta y se encamina a una tienda, donde pasa parte de la mañana oyendo discos y analizando juegos en la computadora. ¿Por qué decidió faltar a clase? En el periódico leemos la terrible noticia del asesinato de una mujer; su marido se ha confesado culpable por considerar que le era infiel. ¿Por qué sé <<vengó>> de una forma tan atroz?. (2)

Contestar a estas y otras preguntas supone mezclar muchos conceptos. Es probable que asociemos motivación con emoción. Así, un fuerte impulso sexual o afectivo motivó al joven; los niños estaban ansiosos por ver la película y sentían una fuerte emoción; el estudiante faltó a la escuela porque le gusta ir de compras que estudiar; el motivo que tuvo el marido para matar a su esposa fue una reacción emocional marcada por los celos y la ira. Si bien semejantes explicaciones gozan del favor popular, sólo reflejan una parte de la realidad. Desde el <<instinto básico>> a la conducta abierta se recorren muchos caminos, marcados por los impulsos primarios (lo que se ha dado en llamar instinto) y jalonados por muy diversos matices.

(2) Dr. Daniel Goleman. La Inteligencia Emocional, Editorial J, Bergara U.S.A. Pag. 134-140.

El aprendizaje, los imperativos fisiológicos, la necesidad de explorar y dominar el ambiente, la búsqueda de éxito en los diversos comportamientos que marcan nuestra vida, la propia ansiedad como activadora pero también bloqueadora de la motivación y las diversas dimensiones de la personalidad de cada individuo que pueden marcar indefectiblemente la forma de motivarse de cada uno.

CONCEPTOS DE MOTIVACIÓN.

Cuando observamos las tendencias históricas que han intentado explicar la motivación, nos encontramos de entrada con el racionalismo tradicional y el mecanicismo. El primero considera que el ser humano obra porque tiene un motivo para hacerlo y por tanto es responsable de lo que hace.

Así es como pensaba Platón, así es como actúa la ley (con las excepciones de irresponsabilidad para casos concretos, por ejemplo, cierto enfermos mentales) y así es como opina sobre la motivación mucha gente. Pero el <<racionalismo>> es difícilmente científico ya que no exhibe causas comprobables: El hombre parece sometido al fatalismo de un destino que no puede comprender ni modificar. Por ello el adjetivo <<tradicional>>, para no confundirlo con una actitud racional y objetiva ante los acontecimientos vitales.

El mecanicismo es una teoría diametralmente opuesta. El mecanismo típico cree que la última y única realidad es el universo físico. Así pues, la conducta estará regida exclusivamente por fuerzas mecánicas y factores químicos. Cuando se conozca bien el funcionamiento de la bioquímica cerebral, la conducta no tendrá

misterio para nosotros. Es evidente que el mecanicismo se acerca más a la realidad que el racionalismo tradicional. El organismo humano es sustancialmente físico y el sistema nervioso central se mueve gracias a los neurotransmisores que controlan no sólo la motivación, sino también la razón y la emoción. Los avances en el conocimiento del comportamiento humano pasan inexorablemente por este tipo de conocimientos; y cuanto más sepamos sobre los entresijos bioquímicos del cerebro – y cada día sabemos más – mejor comprendemos el por qué de la normalidad y de la patología y podremos ayudar a mejorar los rendimientos de los seres humanos y diseñar nuevos fármacos que ayuden a aliviar las enfermedades mentales. Sin embargo, la física y la química no bastan para explicar todos los eventos que conforman la motivación. Hay otros factores (aprendizaje, personalidad, incentivos, castigos, etc.), que ponen en marcha el motor que activa el sujeto hacia un objetivo.

resaca

Por ejemplo: en el caso de los comedores compulsivos (los llamados bulímicos), si se consigue mediante un fármaco incrementar la actividad de un neurotransmisor cerebral denominado serotonina, gran parte los accesos de bulimia quedarán corregidos, debido a que la serotonina tiene por función incrementar las señales de saciedad (con lo cual disminuye el apetito) y frenar la impulsividad. Sin embargo, es necesario controlar otros aspectos: estímulos y situaciones desencadenantes, control de las dietas a las que estos enfermos se someten, etc. La bioquímica esta omnipresente en nuestro sistema nervioso, pero no siempre es la única causa que explica por qué nos motivamos.

Una teoría se propone para buscar el origen de nuestras conductas activas, el determinismo empírico, el cual supone que el comportamiento es un fenómeno

predecible. Así como el mecanicismo es marcadamente <<biologista>>, el determinismo empírico procede de las teorías del aprendizaje: lo que se plantea no es él <<por qué>> sino él <<cómo>> y él <<cuándo>>. La conducta se producirá cuando se cumplan las condiciones específicas que la pongan en marcha, sin pretender encontrar una explicación definitiva.

Volvamos al ejemplo del joven de la fiesta que se acerca a una chica. El racionalista empírico dirá que lo hace para satisfacer un impulso afectivo o quizás sexual. El mecanicista afirmará que para explicar de manera completa la secuencia desde el momento en que el joven se dedica a recorrer el camino hacia la chica, habría que conocer a fondo los mecanismos bioquímicos (los neurotransmisores cerebrales activadores), que ponen en marcha la motivación de aproximación del muchacho. El determinismo empírico sostendrá que la conducta ha acontecido cuando se cumplen las condiciones específicas: el tiempo que hace que el joven no se vincule con una mujer, la presencia de la chica, el contexto de la fiesta, el efecto posible del alcohol para <<animar>> al muchacho, las experiencias previas que haya tenido en circunstancias semejantes, etc.

FUENTE DE LA MOTIVACIÓN PARA EL LOGRO.

¿Hasta que punto influyen los modelos? La motivación para realización surge en los hogares en que se concede importancia a la excelencia y a la capacidad como medios para alcanzar niveles satisfactorios. Los niños muy motivados a menudo tienen padres que alientan esa dependencia desde edad temprana y los elogian y recompensan por sus éxitos. Animam a sus hijos a vestirse y alimentarse solos, a rendir bien en la escuela y expresan el afecto y la complacencia cuando sus niños se lucen. Podríamos conjeturar que la elevada motivación para obtener logros manifestada por estos niños tiene raíces emocionales, puesto que aprenden a asociar los logros con emociones positivas. También pueden tener anclajes cognitivos, puesto que los niños aprenden a atribuir sus resultados a su propia competencia y a su esfuerzo y así conciben expectativas más elevadas. Diecinueve años antes de Cristo el poeta latino Virgilio ya lo intuyó: <<Se puede porque se cree poder>>. (3)

Una cuestión que no deja de ser fascinante en este repaso a la familia como elemento original (que no es lo único ni determinante, dejémoslo claro), es el orden de nacimiento y el estilo motivacional. Los primogénitos (y los hijos únicos) parecen obtener, en líneas generales, mejores logros escolares que sus hermanos. Ellos podrían corresponder a la mayor atención dispensada por los padres al primogénito durante los años en que éste fue el único.

(3) A.A. Smirnou. Emoción y Sentimientos. Editorial Grijalbo S.A. México D.F. Pag. 168-169.

En contraste, los que nacen mas tarde tienden a ser individuos socialmente mas relajados, inclinándose a defender nuevas ideas. Éste es el caso de Darwin, el quinto de seis hijos. O de Copérnico, el segundo de cuatro hijos. Valga la anécdota curiosa que Tycho Brah, que defendió la idea tradicional geocéntrica contra el sistema Copérnico, era hijo único. El historiador de ciencia Frank Sulloway informó que 23 en un total de 29 revoluciones científicas fueron encabezadas por individuos nacidos después del primogénito. Al parecer los primogénitos se identifican más con las aficiones de sus padres y con la tradición, lo cual no es óbice para recordar que en ocasiones la tradición está en lo cierto. Cuando aparecen sectas y falsas ideas (y hoy día son legión las primeras), los primogénitos se dejan engañar mas por estas nuevas creencias. Quizá la ansiedad de obtener logros de los primogénitos se expresa mediante las formas convencionales. Si bien con mucha cautela, podría decirse que los primogénitos tienden a ser más constantes y concienzudos y los que nacen después, más desenvueltos.

AFILIACIÓN Y PODER.

Asociadas y confundidas con la necesidad de logro, otras motivaciones típicas son las de afiliación y poder. La necesidad de afiliación se refiere a la preocupación por establecer, mantener y restaurar relaciones amistosas; y la de poder, a la preocupación por la reputación, la influencia y el <<deslumbramiento>> de los demás.

Con frecuencia las personas, ya sea en el lugar de trabajo, en el aula o en la pista deportiva, valoran mas el hecho de sentirse realizados a través del trabajo, que

de las gratificaciones estrictamente económicas. Estamos ante la motivación intrínseca expresada por el deseo de ser eficaz, de tener un tipo de conducta por la conducta misma y apoyada en la propia fuerza que emana de la tarea para el sujeto implicado. Se le contrapone la motivación extrínseca que implica la búsqueda de recompensas externas e incentivada no solamente por esfuerzos económicos, si no por aspectos como el afán competitivo o de poder. La motivación intrínseca determina un rendimiento más elevado que la extrínseca. (4)

En la realidad psicosocial no suelen plantearse posturas tan radicalmente extremas, dado que con frecuencia se complementan ambos factores motivacionales, formando un continuo que va desde la actitud más <<vocacionalmente pura>> y menos interesada por el triunfo económico o social.

En el otro extremo se sitúa la preocupación por los premios o gratificaciones derivadas de la actividad. En una situación intermedia, entre lo puramente vocacional y el hambre de éxito, se encuentra el resto de individuos. Existe de hecho una intervención o interferencia entre los motivos intrínsecos y extrínsecos, en el sentido de que una excesiva atención hacia los <<premios>> puede disminuir la dedicación hacia la <<maestría>>. Son importantes las recompensas externas para motivar a la gente, pero pueden producir un embotamiento de la autodeterminación y la autoeficacia si se utilizan con demasiada generosidad.

(4) Johnmarshall Reeve. Motivación y Emoción. Editorial Mc Graw Hill Pag. 97.

¿CÓMO MOTIVAR A LA GENTE?

Cultivar la motivación intrínseca. Deberíamos suministrar tareas que promuevan la curiosidad y no emplear excesivamente las recompensas externas. Estas pueden usarse de dos modos: para controlar (<<si ordenas tu habitación, te dejaré ver televisión>>) o para informar (<<lo has hecho muy bien, te felicito>>). El excesivo control exterior tiene la desventaja de que cuando se retira, puede decrecer el interés por la actividad; con tanto control exterior se colapsan la independencia y la capacidad de tomar decisiones. Es todo lo contrario de las recompensas de información que impulsan el sentido de competencia y por tanto, la motivación intrínseca, que estimula la obtención de logros. Ni padres, ni profesores, ni jefes deben poner controles en exceso y sí, en cambio, saber esperar, apoyar, delegar, desafiar y sobre todo informar. (5)

Conocer los motivos de la gente. Las acciones para motivar deben estar en concordancia con los estilos de cada persona, si son sujetos que aprecian el reconocimiento de los demás, debe concedérseles la atención que desean. Los que se sientan impulsados por el afecto y la pertenencia a un grupo deben de ser colocados en un entorno <<familiar>> donde las decisiones se discuten en grupo. A los que se sienten impulsados por el poder y la competitividad deben abrirseles puertas de acceso a las oportunidades que permitan alcanzar el éxito. Y a no olvidar la cultura en la que se mueven las personas, no es el mismo el individualismo exacerbado anglosajón, que el comunitario asiático o el sentimiento de relación

(5) John Marshall Reeve. Motivación y Emoción. Editorial Mc Graw Hill Pag. 129.

Hedonista y personalizada que tienen los latinos; aunque lo ideal sería recoger lo mejor de cada uno de estos valores y mezclarlos en un cóctel altamente motivante.

Determinar metas específicas. Y que impliquen un cierto desafío, siempre combinando con informar puntualmente sobre los progresos. Los objetivos deben ser claros y explícitos ya que ellos orientan la atención, promueven el esfuerzo y estimulan la creatividad.

EL ESTILO DE LIDERZGO.

El liderazgo en la tarea, distinguido por la fijación de normas, la organización de trabajo y la concentración en las metas, es muy eficaz para mantener a un grupo centrado en una misión. Es el estilo directivo que funciona bien si el líder tiene capacidad suficiente para impartir ordenes apropiadas. El liderazgo social es el cooperador por excelencia: trabajo en equipo, mediación en los conflictos, delegación de tareas y, fundamentalmente, coordinación de las diversas fuerzas de trabajo. Es el más motivante y el que concita mayor satisfacción laboral.

Hoy en día se tiende más al segundo tipo de liderazgo, ya que promueve un mayor sentido de control y corresponsabilidad de los trabajadores, una relación más satisfactoria entre los miembros de una empresa común, una mejor participación en las decisiones comunes y una mayor libertad para la creatividad; los trabajadores tienen un mayor control sobre su propio destino y se sienten más apreciados si se aplica este liderazgo social, que implica una atomización en pequeñas unidades funcionales marcadas por diversas especialidades cada una de las cuales tiene un

líder, a su vez <<social>>; los jefes son coordinadores de otros jefes y todos en conjunto se sienten partícipes de tareas comunes. Ni que decir tiene que también es altamente motivante la rotación en el liderazgo, aunque todos los líderes deberían ser capaces de visionar una meta, de comunicar claramente esta <<visión>>, de dar confianza a individuos, grupos y de inspirar entusiasmo, lo cual evidentemente no es fácil.

Siendo líder o no, lo que importa de verdad es sentirse motivado. Si no, la vida es gris y carece de propósito. Sólo es cuestión de ponerse a la labor para evitarlo. Y es que, parafraseando otra vez a Virgilio, <<rara vez sabemos de lo que somos capaces hasta que nos proponemos a ello>>. Y nuestra mente puede concebirlo y nuestro corazón puede creerlo, lo más probable es que estemos motivados para realizar una tarea.

LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES.

Existe una vía muy clara y directa de la expresión de las emociones: el habla. Lógicamente ésta es la manera más inequívoca y franca de comunicarlas, decir lo que uno siente y piensa. (6) De todas formas, no es la única. La comunicación no verbal juega un papel muy importante en este tipo de manifestaciones. Tanto de manera de comportarse como a la expresión facial serán un reflejo de las emociones, difícilmente controlables incluso en los momentos que se pretende disimular.

(6) Dr. Daniel Goleman. La Inteligencia Emocional. Editorial J. Bergara. U.S.A. Pag125-128.

A quién no le ha ocurrido alguna vez que, sintiéndose humillado o contrariado, o triste y pese a realizar esfuerzos titánicos por aparentar interés, alegría, satisfacción, etc, ha sido víctima, casi siempre en el momento más inoportuno, de la interpretación <<¿Pero qué te pasa ahora?>>. Y todos sabemos que cuando nos sentimos afligidos, caminamos más despacio arrastrando los pies, miramos poco a la gente, nos resulta difícil concentrarnos en cualquier tarea, comemos menos y con menores muestras de apetito, procuramos eludir las citas o reuniones de amigos, no somos tan habladores como en otras ocasiones, etc. No es necesario que alguien analice nuestra expresión facial, ni que expresemos abiertamente nuestro sentir para que sepan qué nos pasa, pues nuestro comportamiento nos delata.

De la misma manera, sólo con mirar una fotografía podríamos determinar el estado emocional de una persona, sin necesidad de saber qué hace o dice, únicamente por el rictus de su cara conocemos si está enojada, sorprendida, alegre, asustada, etc. Respecto a este último punto, son abundantes los estudios dedicados a conocer exactamente qué músculos faciales intervienen en la expresión de unas u otras emociones. El conocimiento de los científicos les permite diferenciar entre emociones reales y fingidas con el único análisis de la microcomputadora de la cara. El grado de arqueado de las cejas, la tensión de la comisura labial o la profundidad de las arrugas orbiculares permiten discernir con relativa exactitud qué emoción se está expresando, su intensidad y hasta su autenticidad. (7)

(7) Dr. Daniel Goleman. La Inteligencia Emocional. Editorial J. Bergara. U.S.A. Pag 202.

Investigaciones más avanzadas han impuesto de relieve que la musculatura facial no solamente posibilita el reconocimiento de las emociones de los demás, sino que también puede determinar las propias. En otras palabras, mediante la experimentación se vio que aquellos que fingían estar enojados, tristes, o alegres, simplemente mediante expresión facial, llegaban a sentirse realmente de esa manera, eso sí, siempre y cuando no existiera una emoción intensa en competencia.

Lógicamente, en el entierro de una persona querida no llegaríamos a sentirnos felices por mucho que intentáramos poner cara de fiesta.

Los músculos faciales pueden llegar a ser tan importantes que incluso se han podido observar ciertas variaciones fisiológicas debidas únicamente a un cambio en la expresión facial. Ello hace suponer la existencia de algún tipo de conexión neural entre éstos músculos y el sistema nervioso autónomo, encargado de activar y desactivar el organismo. Poner cara de enojado, sin realmente estarlo puede llegar a incrementar nuestro ritmo cardíaco, los niveles de adrenalina en la sangre, el grado de sudoración, etc. Y todo ello ocasionarnos un enojo real.

EL ORIGEN DE LAS EMOCIONES.

La respuesta fisiológica del organismo tiene un papel primordial en las emociones. Durante muchos años, los psicólogos han intentado descubrir la manera cómo se relacionaban esta respuesta y nuestro pensamiento. Así, han llegado a plantear cuestiones del tipo: ¿Qué fué antes la gallina o el huevo?, pero en este caso

formuladas de la manera: ¿Lloro porque estoy triste o estoy triste porque lloro?. Lógicamente, si la respuesta a la primera pregunta no es fácil para nadie, menos iba a serlo la segunda, y durante mucho tiempo han sido fuente de controversia y múltiples teorías. (8)

Por un lado se puede situar a los defensores del componente periférico (fisiología) de las emociones; ellos fueron los principales instigadores del tipo de cuestiones planteadas al principio. En el otro extremo están los defensores de la emoción como proceso central; es decir, puramente cerebral. Entre unos y otros se encuentran los teóricos que intentan equilibrar la balanza y repartir responsabilidad entre ambos tipos de proceso.

LA EMOCIÓN COMO PROCESO CENTRAL.

A medida de que ha avanzado en el conocimiento de la estructura y funcionamiento del cerebro, éste se ha convertido en el órgano central que dirige toda la vida consciente y refleja. (9) Las emociones no podían mantenerse ajenas a estos descubrimientos. Numerosos estudios han puesto en evidencia que muchos de los cambios que se producen a nivel emocional son provocados por lesiones o alteraciones de zonas cerebrales concretas.

(8) Johnmarshall Reeve. Motivación y Emoción. Editorial Mc Graw Hill. Pag. 320.322.

(9) Johnmarshall Reeve. Motivación y Emoción. Editorial Mc Graw Hill. Pag. 323.

Por ejemplo, la pérdida de la actividad en la zona temporal del cerebro observada en unos monos salvajes los convertía en mansos animales de compañía, incapaces de agredir o de asustarse por la presencia humana.

Son varias las teorías resultantes del avance en el estudio de la relación entre cerebro y emoción.

En la actualidad se conocen determinadas áreas cerebrales (hipocampo, hipófisis, amígdala, hipotálamo...), implicadas en la manifestación de distintas emociones. Pero todavía no existe evidencia o consenso sobre cómo interaccionan las diferentes partes del sistema nervioso central para dar lugar a la experiencia emocional en toda su complejidad.

Una de las primeras hipótesis formuladas a este respecto fue la de Papez. Este autor, estudiando a través de autopsias (lógicamente se trata de análisis irrealizable con personas vivas), los cerebros de diferentes pacientes psiquiátricos que habían mostrado problemas a nivel afectivo, llegó a confeccionar el recorrido que sigue la estimulación nerviosa para dar lugar a las emociones. Este acercamiento, pese a ser considerado hoy en día insuficiente, proporcionó la descripción de ciertas zonas cerebrales para posteriores formulaciones. (10)

(10) Johnmarshall Reeve. Motivación y Emoción, Editorial Mc Graw Hill, Pag. 356.

MIEDO Y ANSIEDAD.

Últimamente el miedo y más concretamente la ansiedad, se han convertido prácticamente en los temas más difundidos por los medios de comunicación. El estrés, las enfermedades psicosomáticas y las fobias han puesto a esta emoción y a su componente fisiológico bajo los focos del interés popular.

Todos sabemos qué es el miedo, ya que lo hemos sentido alguna vez. En sí, esta emoción no deja de ser adaptativa, es decir nos ayuda a sobrevivir. El miedo que sienten la mayoría de los animales por la presencia, el olor, o el ruido que producen sus depredadores les permite huir al primer indicio de su proximidad. Es más, este tipo de miedo se transmite genéticamente: una cebra no tiene necesidad de haberse enfrentado jamás a un león, ni tan solo de haber visto como uno de ellos devoraba a alguna de sus compañeras de manada, el animal sabrá <<por instinto>> que ante la presencia del felino debe correr lo más rápido posible. Lógicamente, para poder hacerlo necesitará administrar de una manera especial sus recursos corporales, necesitará estar ansiosa. Se denomina ansiedad a la respuesta fisiológica que acompaña al miedo. Es el tipo de activación que el organismo necesita para huir o enfrentarse al estímulo que provoca la emoción. En el ejemplo anterior, corresponde a la tensión muscular, el aporte energético, el riego sanguíneo, etc., que la cebra necesita para alejarse corriendo o para patear al león.

El caso de los seres humanos es más complejo. Si en un zoológico se pusiera el habitáculo de las cebras con vista a las jaulas de los leones, probablemente éstas se pasarían el día aterrorizadas. En cambio, ¿cuántas veces hemos ido al zoológico

y hemos paseado tan tranquilos frente a la morada de los felinos?. Pero si camináramos por la selva y nos topáramos con uno de ellos, ¿sería nuestra reacción igual de tranquila?. En las personas, el miedo se da, de acuerdo con la interpretación que se realce de la situación; el estímulo no es en sí mismo generador de miedo, si no que es la percepción de seguridad o de control de la situación la que lo convierte en algo temido o soportable.

UN MIEDO SUPERLATIVO: LAS FOBIAS.

Hemos dicho que el miedo es una emoción adaptativa o que permite la supervivencia, pero ¿cuándo se convierte en un problema?. Cuando es excesivo o inadecuado; es decir, cuando es tan intenso que no permite reaccionar de manera operativa o cuando se produce ante situaciones o estímulos que, en principio, no nos amenazan. Imaginemos, por ejemplo, que siempre nos han producido miedo los perros; en principio no resulta un problema al contrario, puede que nos haya ahorrado alguno que otro mordisco. Pero el problema surge cuando nuestro miedo es tal que nos impide visitar unos amigos que tienen uno de estos animales, aun cuando sabemos de antemano que el animal estará encerrado en el garaje, o que no podemos caminar por la calle si minutos antes hemos visto pasar un perro.

En estos casos, cuando el miedo resulta excesivo o irracional, se manifiesta ante un objeto o situación concretos e identificados, e implica que se evite sistemáticamente enfrentarse a dicho objeto o situación, lo que provoca malestar en la persona que lo padece pudiendo llegar a limitarla a nivel social. En esta ocasión estamos ante una fobia específica.

En cambio, cuando el miedo que produce un evento es pasajero (por ejemplo, el miedo a conducir días después de haber sufrido un accidente de tráfico), o cuando es lógico y razonable (el miedo a las tormentas en alta mar), debe considerarse que el sujeto padece una fobia, sino que manifiesta un temor normal y para nada patológico. (11)

Las fobias llegan a generar un miedo tan integrado en la vida de la persona que a menudo no es necesario que éste se enfrente a la situación o al objeto generador de ansiedad para sentir la activación fisiológica y los pensamientos característicos propios de su miedo. Solamente con pensar que puede darse la situación o que puede toparse con el objeto temido, ya tendrá lugar todo el proceso cognitivo, fisiológico y conductual asociado a su reacción fóbica.

Cabe decir que no todas las fobias son tan concretas como la que hemos descrito. Las agorafobias hace referencia al miedo irracional e invalidante ante todas las situaciones en las que la persona interpreta que huir o conseguir ayuda es difícil o imposible así, como trayectos largos por autopista o carreteras poco transitadas y que transcurren por zonas poco pobladas, etc. (12)

(11), (12) A.A. Smirnou. Emoción y Sentimientos, Editorial Grijalbo S.A. México D.F. Págs. 239-241, 253-254.

UN MIEDO INESPERADO: LA ANGUSTIA.

La angustia y el miedo no se distinguen a nivel fisiológico, ya que el organismo se comporta de la misma forma. La diferencia entre ambas se centra en que, al contrario de lo que sucede en las fobias, la angustia no se produce ante la presencia de un estímulo o situación concretos, sino que aparece de forma inesperada e inmotivada. La angustia es más sobrecogedora, inmovilizante y comporta más percepciones físicas que la ansiedad; puede considerarse cuantitativamente más extrema que ésta.

En psicología clínica se ha definido un trastorno caracterizado por la aparición de episodios de angustia, con una duración aproximada de minutos, pero vividos con una extrema amargura por quienes lo padecen, como crisis de angustia. Este tipo de acción repentina va casi siempre acompañada de sensaciones de muerte inminente, de pérdida de control e incluso de desencadenante de locura. Dada su elevada intensidad y su impredecibilidad, estas crisis son vivenciadas como insoportables por los que las sufren y en muchas ocasiones generan limitaciones a nivel funcional. No es difícil imaginar que una persona sometida a la amenaza constante de sufrir una crisis de angustia, lleve una vida llena de precauciones con el fin de no existirse desamparada a falta de auxilio en el momento de padecerla. Este tipo de <<precauciones>> y también la elevada ansiedad (no angustia), que les produce cuando no pueden tomarlas, hace que muy a menudo las crisis de angustia se acompañen de agorafobia y hasta tal punto es frecuente que los manuales diagnósticos de psicología incluyan la categoría de crisis de angustia con agorafobia.

LA ACUPUN

E:

polari

de p.

centi

Yan

negu

tele

LA ACUPUNTURA

Y LA

PSICOLOGIA

El practicante de la
sea el estado de

LA ACUPUNTURA Y LA PSICOLOGÍA.

El circuito del sistema de los meridianos presentan algunos cambios de polaridad, como por ejemplo, la Energía que viaja desde el tórax a la punta del dedo es predominantemente Yin. Cuando se aproxima al extremo del dedo empieza a cambiar y al llegar a la punta, el Yin se ha extinguido y la Energía es manifiestamente Yang. La Energía que va desde las puntas de los dedos a la cara y desde ésta a los dedos de los pies es predominantemente Yang. Mas al alcanzar las extremidades de tales dedos y al iniciarse el trayecto desde los dedos al tórax, ya es Yin. (1)

Hay que observar que este cambio de polaridad se produce en las extremidades de los miembros superiores e inferiores. En la zona central (cabeza y tórax), aunque la Energía pase de un meridiano a otro, no hay cambios de polaridad.

Tampoco la polaridad cambia súbitamente, sino que siempre tiene lugar entre los codos y las puntas de los dedos de las manos y entre las rodillas y los dedos de los pies. Este cambio de polaridad siempre puede ser, por tanto, acelerada o retardada en los puntos situados un poco más debajo de los codos o las rodillas.

Por consiguiente, los Puntos de Control de Mando se encuentran dentro de tales límites. Y aquí se presenta una pregunta: ¿Cómo conoce el practicante de la acupuntura el estado de equilibrio de los Cinco Elementos, o sea el estado de función orgánica asociada con cada Elemento?.

(1) Dr. Benjamin Hansel. Practicas de acupuntura. Editorial Mexicanos unidos, S.A. Pag.27.

Bien, la verdad es que existen diversos medios, especialmente cuando el exceso o la deficiencia dura largo tiempo y los síntomas se ven externamente. En estos casos, el color de la piel, de las excreciones, de los exudados, de las secreciones, es un indicio suficiente del exceso o la deficiencia del Elemento asociado.

También es sumamente importante detectar el estado psicológico, especialmente para conocer el desequilibrio en sus primeras fases, antes de que aparezcan los síntomas. Generalmente, para este diagnóstico, lo mejor es examinar los pulsos.

CONSIDERACIONES DE CARÁCTER PSICOLÓGICO.

No es posible disociar la acupuntura, como otras enseñanzas chinas o japonesas (por ejemplo, las artes marciales), del elemento psicológico del individuo. Es algo axiomático y plenamente aceptado científicamente que es imposible separar la mente del cuerpo. (1)

Al paciente siempre hay que considerarlo como un organismo estrechamente unido al ambiente. Y en consecuencia, no es posible separar a tal paciente de los factores ambientales.

(1) Chong Kuan Li. Auriculoterapia y la Gimnasia Tradicional de China, Editorial La Prensa Mexicana. S.A. de C.V. Págs. 159-163.

O sea que un enfermo sin su ambiente es una cosa absurda. De este modo y teniendo esto en cuenta, la medicina psicológica enseña que el tratamiento siempre hay que ejercerlo mediante una orientación "total".

Por lo general, en Occidente no existe una medicina filosófica en el mismo sentido que se le da en Oriente y Asia; hay separaciones y divisiones, intentando tratar al cuerpo o partes del mismo como unidades aisladas, como si un órgano no ejerciera efecto alguno sobre el resto del organismo.

No obstante, se haya suficientemente demostrado de forma experimental y es un hecho ya comúnmente aceptado que todos los procesos cerebrales y los estados mentales coexisten con la actividad y la tensión muscular. Y que si un terapeuta es capaz de modificar hasta cierto punto las tensiones y las actividades musculares, también modificará al mismo tiempo los procesos cerebrales (del pensamiento) y los estados mentales.

LOS ESTADOS MENTALES QUE RESPONDEN A LA ACUPUNTURA.

Respecto al tratamiento de los trastornos psicológicos por medio de la acupuntura y a qué condiciones mentales responden a la misma, puede afirmarse que los casos mentales debidos a lesiones cerebrales o a la degeneración de los tejidos no pueden en su mayor parte, curarse por la acupuntura; sin embargo, los retrasados mentales, los desajustados, los neuróticos (de manera especial en los casos de ansiedad neurótica), los deprimidos, etc., responden bien a las agujas.

Asimismo, está comprobado que algunos pacientes "psicológicos" responden bien a la acupuntura a causa de la sugestión.

En Oriente, quienes practican la acupuntura no confían solamente en las agujas para lograr una curación, sino que acompañan este método con otros tratamientos, de acuerdo con las necesidades del paciente, bien se trate de una dieta, ejercicio, baños, masajes, hierbas curativas, lociones, linimentos, emplastados y otras ayudas por el estilo. (2)

Por supuesto, no puede recomendarse en el caso de enfermedades psicológicas, el uso de drogas y tranquilizantes, tan en boga en los países occidentales, puesto que en realidad sólo sirven a la larga para aumentar el trastorno o para que éste reaparezca poco después.

LA ACUPUNTURA Y EL PSICOANALISIS.

En consecuencia es de desear que haya alguna alternativa o un método rápido que resuelva los problemas analíticos. Aunque esto significa que deba considerarse a la acupuntura como la única alternativa a todos los casos de psicoanálisis, sino que el uso adecuado y bien estudiado de los puntos de la acupuntura puede servir como técnica extremadamente útil para producir unos resultados más rápidos, sin atormentar al paciente de forma innecesaria.

(2) Dr. Benjamin Hansel. Practicas de acupuntura, Editorial Mexicanos Unidos, S.A. Pag. 34-36.

A este respecto, bueno será conocer el significado de los sueños, tan unido al psicoanálisis, que los chinos ya preconizaron varios miles de años antes que Sigmund Freud, el padre del moderno psicoanálisis.

De este modo, no debe de haber ninguna dificultad en comprender que cualquier trastorno en el equilibrio de la Fuerza Vital, con sus dos polos Ying y Yang, se manifiesta como el trastorno en mayor o menor grado, de la psiquis personal.

Por eso no es posible albergar la menor duda de que cualquier estado mental sano o desequilibrado, tiene consecuencias y efectos visibles antes o después en el estado físico del cuerpo.

LAS CINCO EMOCIONES

LAS CINCO EMOCIONES.

Resumiendo lo anteriormente dicho, añadiremos que para el tratamiento de los trastornos psicológicos, tenemos en la acupuntura uno de los métodos terapéuticos más poderosos entre los descubiertos por el hombre. Para quien practique especialmente la acupuntura en su relación con los desequilibrios mentales, es aconsejable que posea ciertos conocimientos de los Cinco Elementos en relación con las Emociones, junto con los ciclos de generación y control. Las cinco emociones primarias son: Miedo, Ira, Alegría, Simpatía y Pesar.

Según la doctrina oriental, a cada uno de los meridianos, con sus energías y los elementos apropiados, se le ha asociado con ciertas emociones, capacidades o actividades. Examinemos brevemente estas cinco emociones. (3)

LA IRA.

De forma tradicional, la Ira es la emoción de las facultades espirituales que surge o nace del Ego y representa el ansia o necesidad de llegar a ser algo, de vivir, de ampliarse, de combatir el ambiente restrictivo, de la misma manera que una planta rompe el suelo, crece hacia la luz del sol, o que el polluelo sale del huevo quebrando la cáscara. Esta emoción bien orientada es saludable. De lo contrario, produce inevitablemente estados enfermizos.

(3) Dr. Benjamin Hansel. Practicas de Acupuntura. Editorial Mexicanos Unidos, S.A. pags 49-54.

En esto queda claro que la Ira puede ser la madre de la Alegría, de acuerdo con el ciclo generador.

EL MIEDO.

El miedo en este contexto, debe incluirse con las nociones de temor, reverencia, asombro y timidez. Un miedo saludable es el conocimiento de las limitaciones de las capacidades, la fuerza o el poder de uno mismo y de la Relatividad General.

Esta emoción pertenece al elemento asociado con la Voluntad y Resolución.

En su calidad de emoción saludable permite reconocer el peligro y frente al mismo, reaccionar de manera apropiada. Esto va asociado con las energías correspondientes a los órganos del elemento Agua, la Vejiga y los Riñones.

El Valor no es lo contrario del miedo en el sentido de indicar la ausencia de temor, sino que indica un miedo saludable, el conocimiento del peligro, de los riesgos, de los azares, junto con una Voluntad bien equilibrada. La deficiencia del elemento Agua, llevaría a una acción temeraria o alocada, no al Valor.

En el Ciclo del control, el miedo contrarresta a la Alegría y a su vez se ve contrarrestado por la Simpatía. En el Ciclo Generador, el miedo es el padre de la Ira.

LA ALEGRÍA.

Como emoción básica y primaria, la alegría nace de la actividad de la parte divinamente inspirada del hombre. Con esta emoción hay cuatro órganos relacionados: el corazón, la circulación, el intestino delgado y el termorregulador.

La alegría representa el sentimiento de inspiración y versatilidad de las facultades espirituales que posibilitan que los seres vivan sólo cuando se ha alcanzado la fase humana.

Una de las expresiones más elevadas de la alegría bien equilibrada es la risa. Naturalmente, nos referimos a la risa como expresión saludable del bienestar y la felicidad del organismo entero.

La falta de alegría se indica mediante la tristeza, no por el pesar, que es distinto. Esta es una emoción positiva, en tanto que la tristeza es emoción negativa.

LA SIMPATÍA.

Como emoción básica, la simpatía representa el sentimiento de incluir el ambiente como parte de uno mismo. La simpatía también representa la amplia apreciación y la comprensión que resulta de las ideas equilibradas y saludables de los pensamientos bien enfocados. La simpatía es asimismo el aspecto caritativo del amor. Esta emoción se haya unida a los órganos de la Tierra, o sea el estómago y el

brazo. También lo está con el Gusto y la discriminación; es decir, la selección de lo que puede o no incluirse con el Ego. (4)

En el ciclo de control, la simpatía contrarresta al miedo y queda contrarrestada por la ira. En el ciclo generador, la simpatía es madre del pesar.

EL PESAR.

Como se ha dicho, la tristeza es la ausencia de alegría, en tanto que el pesar es una emoción positiva en sí. Según la tradición pertenece a los órganos asociados con la eliminación, puesto que el pesar es la emoción de la separación, es decir con los pulmones y el intestino grueso.

Con el debido equilibrio, es una emoción saludable, con el conocimiento necesario de la separación. En momentos de tensión esto da lugar a la capacidad de llorar y sollozar.

La emoción del pesar se haya unida con la función pulmonar. En el ciclo del control, el pesar se ve contrarrestado por la energía y contrarrestado por la ira. En el ciclo generador, engendra el miedo.

(4) Dr. Benjamin Hansel. Practicas de acupuntura. Editorial Mexicanos Unidos S.A. pag. 60

CASOS CLINICOS

CASO UNO



Paciente
un serio problema de

previamente, refiriendo tener
una serie de ganas de vivir y con una serie de

CASO UNO.

Institución: Salud y Vida.

Nombre del paciente identificado: Antonia H. M.

Nombre de la familia: García Hernández.

Nombre del entrevistador: Miguel Angel Castro Barrera.

Datos generales de la familia:

Cultura: Urbana.

Nivel Socioeconómico: Medio.

Nivel Educativo: Medio Alto.

Nivel Intelectual: Medio Alto.

Lugar de Nacimiento: México D.F.

Residencia: Zitácuaro, Mich.

Ocupación del paciente: Ama de casa.

Datos Significativos Especiales.

Un hijo mayor y una hija mayor de la paciente mueren, el hijo por un accidente automovilístico y la hija con quien más apego tenía. Muere por un golpe en la cabeza.

Motivo de Consulta:

Paciente enviado por otra persona ya atendida anteriormente, refiriendo tener un serio problema de tristeza, así como falta de ganas de vivir y con una serie de

pensamientos suicidas por malestar al recordar la muerte tan triste de su hija, con la que más relación existía ya que los demás hijos salen a estudiar fuera y tiempo después salen a trabajar a otra ciudad, el esposo al igual sale de viaje a trabajar y prácticamente esta sola la paciente. La paciente se presenta vestida informalmente, solo cuenta con un pants sucio y una camisa gris con aspecto viejo y sucio, calza unos tenis blancos en mal estado y su peinado es desaliñado con un rostro desarreglado y cara caída, con los ojos irritados.

Material Referido.

Se presenta a consulta únicamente la paciente, identificada de unos 43 años de edad, de estudios hasta nivel superior, actualmente dedicada a los labores del hogar. Se presenta con un aspecto desaliñado, despeinada, sucia, sin arreglo personal, con los ojos inflamados e irritados con vestuario sucio así como su calzado, notándose sumamente triste.

Refiere la Paciente, que el motivo de consulta es porque últimamente se ha sentido muy mal que se la pasa llorando por cualquier cosa, que se siente muy aislada del mundo, como desconectada de las personas.

Refiere el ya no aguantar la situación por la que esta pasando pues, con las cosas que le han pasado, ha pensado en el suicidio, dice el no tener sentido su vida, que todo es monótono y aburrido. Ella sugiere, que los recuerdos que tiene la hacen sentir muy mal y más el aspecto referente al accidente de su hija.

La Paciente menciona sentir dolores musculares, de cabeza, una pesadez en el cuello y espalda.

Al escuchar el relato de la Paciente me doy cuenta que al evocar recuerdos ella se siente mal y muy sola; pero sin embargo su hijo menor está siempre con ella y eso le consuela un poco. La persona no deja de llorar pero sigue relatando el síntoma que le persigue, es que en ocasiones se pone a trabajar en sus labores del hogar y de pronto tiene pensamientos suicidas y no puede dejar de llorar durante todo el día, refiere que esto viene pasando por el tiempo de un año.

El tratamiento para la primera consulta es hablar de separar un poco esos recuerdos, casi no hay terapia psicológica, se aplica el tratamiento auricular, colocando los puntos de *SHEN-MEN, TRANQUILIDAD, ESTÓMAGO, ANSIOLÍTICO, RELAJANTE MUSCULAR Y DOLOR DE CABEZA.*

MATERIAL OBSERVADO.

Durante toda la sesión la paciente se mostró tranquila (con episodios de respiraciones altamente profundas). Uno de los aspectos más trascendentes fue cuando la paciente menciona que ha tenido pensamientos suicidas. Su discurso es claro y congruente únicamente se encuentra angustiada por saber si ella se va a mejorar o no. La paciente refiere el no poder dormir.

TRABAJO TERAPÉUTICO Y AURICULAR.

En esta sesión se explica el trabajo a realizar, se hacen ejercicios de respiración profunda y a partir de estos, ella por momentos deja de llorar refiriendo el sentirse mejor. Se explica el valor de cada punto de auriculoterapia y el manejo de cada balín.

SEGUNDA SESIÓN.

Se presenta la paciente, el material referido hace énfasis en la primera sesión, pero ahora es narrada con mayor tranquilidad.

La paciente ha adquirido un poco de confianza y comienza a mencionar él haber tenido una mejoría en cuanto a su problema de insomnio, así como con su llanto incontrolable y sentirse más tranquila al realizar sus labores del hogar.

Su aspecto ha cambiado se nota un poco más aliñada que la primera sesión, ya está peinada y un poco maquillada, así como se le indicó.

El trabajo consistió en explorar más, con respecto a lo que le hace sentir mal; que es la muerte de su hija y saber que es lo que la inquieta más al respecto.

La paciente comienza a hablar de, él no saber por que de la inquietud de la muerte de su hija, ya que esto tiene tiempo que pasó; refiere dolerle más el recordar a su hija ya que con ella convivía todo el tiempo y eso le hace sentirse sola siempre,

el hecho de que ella no está, es lo que le hace llorar y tener los pensamientos de suicidio.

El trabajo realizado fué reforzar su autoestima, ya que su aspecto refleja una gran tristeza y con ello una mala apariencia. Se refuerza su felicidad interna haciéndole ver lo bueno que existe todavía en su caso, que es su familia con la que está actualmente; se le sugiere mejorar su aspecto pidiéndole que cuide su arreglo personal.

La depresión es muy latente, el trabajo de reforzar su autoestima la estimula a mejorar un poco su aspecto, uno de los puntos a trabajar es la separación de duelo con la hija.

El mejorar su aspecto hablamos de bajar un poco de peso corporal, ya que sí existe un aumento de su peso corporal, se pide que trate de seguir un poco una guía de alimentación basada en frutas, cereales y verduras, alejando lo que es estimulante para su sistema nervioso que ella consume que es el café y aumentar sus dosis de agua.

Al explorar un poco más sobre la relación que existe en su hogar actualmente, ella habla de tener como gran apoyo a su hijo menor y de su esposo ya que ellos viven actualmente con ella. Se le pide a la paciente que realice alguna actividad que le lleve a la distracción de pensamientos así como alguna manualidad que pueda realizar en su casa. Se aplica el tratamiento auricular.

TERCERA SESIÓN.

Se presenta la paciente a consulta acompañada de su hijo. El hijo la espera, ella entra a consulta. Su aspecto se ve mejor, existe ya un arreglo personal se nota un cambio en su peinado y vestido.

La paciente refiere haber sentido un gran cambio emocional, así como haber podido dormir y descansar. La Paciente dice salir a distraerse un poco y realizar un poco de caminata en compañía de su hijo, logrando mostrar la mejoría que dice haber sentido, a lo cual comenta que en estos días ya no ha llorado como antes, no se ha sentido tan sola y haber perdido las ideas que le preocupaban.

El trabajo a seguir fue el ejercicio con la silla vacía después de trabajar con sensibilización (recordamos algunos aspectos que le hacían sentirse mal y pedirle que hablara de algún momento que pasó con su hija), el trabajo consistió en respiraciones profundas, cuestionarle que si había algo que preguntarle a su hija que no pudo hacer y que si había algo que le quería decir.

En el ejercicio se mostró resistente, pero ya que se concentró pudo dejar la resistencia, dijo que estaba enojada puesto que la había dejado sola, llorando le pedía una explicación, le pedí que mencionara lo que ella le respondería y ella dijo que fué porque Dios así lo había pedido, que ella no era culpable de lo sucedido, le fuí pidiendo después de un momento de silencio que se fuera incorporando, ya que ella mostró más tranquilidad y menos llanto, le pregunté que como se sentía, refiriendo que sentía una gran tranquilidad pero un poco triste, le pedí que hablara de

cosas que le gustaría decir y que le contara de cómo se sentía. Después le pedí que me dijera que cómo le gustaría a su hija que ella se encontrara y como se sintiera.

Las respuestas que dio la paciente fueron todas de mejoría, de buenos sentimientos, de ánimos para estar mejor, se dio cuenta que esto se lo pedía a ella misma y eso la hizo sentir mejor. Después de hacerle una retroalimentación se dio cuenta de sus exigencias y de lo que se quería realmente.

El trabajo se dio fácil ya que la paciente mostró una gran colaboración, interés por salir adelante en el ejercicio, dejándose llevar hasta sentir un gran alivio y consuelo, así como una mejoría. Se aplica tratamiento auricular para sistema nervioso e insomnio y control de peso.

CUARTA SESIÓN.

La paciente se presenta muy mejorada con un aspecto más arreglado y con una imagen limpia.

La paciente refiere haber realizado todas las cosas que se le han pedido, el caminar fue para ella una gran distracción, ya que menciona haberlo hecho durante toda la semana y refiere el sentir un cambio ya que no ha tenido episodios de depresión y sí de distracción, ya que por las mañanas sale con su hijo y por las tardes ha dedicado el tiempo en manualidades lo cual la hizo experimentar un gran cambio en ella.

La paciente ha bajado tres kilos en este tiempo y se le nota en su figura, ya que ella se ha preocupado más por su aspecto físico, su lenguaje es descriptivo de las actividades que ha realizado en este tiempo.

Ella habla de un acontecimiento, que le hizo sentir mejor, que fué salir de viaje en compañía de su esposo y su hijo a la ciudad de Toluca, narrando los aspectos que fueron trascendentes. De esta manera, fuí haciéndole ver lo importante que es el bienestar con sus familiares que viven actualmente con ella, haciendo sentir que eso también es importante para ellos, el que ella se sintiera bien y que ella comenzaba a sentir que estaba mejor y olvidando los días que se sentía mal.

Se aplica el tratamiento auricular.

MATERIAL OBSERVADO.

Cabe señalar que se ha notado la gran diferencia tanto de aspecto, así como de lenguaje, ya que su aspecto físico ha cambiado y refiere no haber sentido tristeza en este tiempo.

QUINTA SESIÓN.

Se presenta la paciente a consulta y refleja en su rostro un cambio ya que sonríe y su rostro es arreglado y su peinado también.

Hay un acontecimiento que pasó y que la hizo otra vez sentirse mal, fué haberse encontrado con el novio de su hija; refiere que eso no le afectó para sentir lo mismo que le hacía pensar en el suicidio.

Ella dice tener todavía las cosas personales de su hija en su recamara y que al pasar por el cuarto le hacían sentir otra vez mal, se le pidió que fuera eliminando los objetos de su hija, ya que eso le haría vivir con ella y con su recuerdo. Le pedí que fuera remodelando el cuarto de ella quitando cosas que la harían vivir como si ella todavía estuviera y eso le haría sentirse mejor ya que al eliminar los objetos ella ya no estaría ahí.

El trabajo de esta sesión fué hacerle ver la importancia que dan estos objetos al estar todavía en su lugar, como si estuvieran esperando que ella regresara, ya que estos objetos le harían recordar frecuentemente a su hija y es uno de los aspectos por lo que hemos estado trabajando, el no recordarla y olvidar los acontecimientos.

Se aplica tratamiento auricular.

MATERIAL OBSERVADO.

Algo que fué trascendente es haber reafirmado la autoestima de la paciente a lo largo de este tiempo, ya que se nota una mejoría en los diferentes aspectos como son: su imagen, ya que refiere ella misma sentir el cambio tanto de imagen y de síntomas, así como haber encontrado más alegría, ganas de vivir y de seguir adelante.

SEXTA SESIÓN.

La paciente manifiesta el cambio que ha tenido, dice sentirse muy bien, que su cambio ha sido bueno, ya que ha tenido un descanso en su interior y a podido dormir muy bien y realizar sus actividades del hogar sin caer en pensamientos malos.

La paciente ha hecho lo que se le ha pedido, que fue retirar los objetos que tenía en la recámara, le pregunté de los nuevos síntomas, agregando que ya no le afectaba como antes, refiere seguir su rutina de distracción como el caminar y salir de su casa y dejar atrás lo que venía sintiendo, comenta que sale más de viaje en compañía de su esposo e hijo

Se aplica tratamiento auricular.

La paciente ya ha identificado el síntoma. Ya ha separado los sentimientos que le hacen sentirse mal. La paciente admite reconocer, que cualquier cosa que le era triste la ponía mal y le hacía sentirse mal y actualmente ya no le afectan tales cosas.

MATERIAL OBSERVADO.

La paciente se ha dado cuenta de lo que le afectaba en el aspecto emocional, ya que nos damos cuenta que ha superado el duelo de su hija, logrando sacar a relucir muchas cosas durante este tiempo de tratamiento, que le fueron ayudando a sacar poco a poco lo que le afectaba, así como a desahogarse y empezar a sentirse bien aceptando la realidad.

de terapia auricular.

Ella se nota alegre confiada en sí misma y segura; ha bajado cinco kilos y su aspecto es bueno. Su autoestima es alta ya que el cambio que hay en ella es notable se siente bien y segura de sí misma.

SÉPTIMA SESIÓN.

Esta sesión es muy diferente a las anteriores, ya que el aspecto de la paciente es totalmente diferente y con una gran mejoría.

En esta sesión se hace énfasis en reafirmar su autoestima de tal manera que ella sola nos va diciendo todo el cambio que ha tenido, tanto de personalidad como de aspecto físico y cambios alimenticios.

La paciente bajó seis kilos y su figura cambió, su autoestima es alta y eso le hace sentirse muy bien, su aspecto es diferente de cuando llegó.

En esta sesión de reconocimiento de avances en el aspecto terapéutico y de control de peso, se reafirmó la importancia del bienestar familiar y del ejercicio diario, tanto de trabajos de relajación y de entretenimiento, se refuerza el trabajo de no regresar a los mismos recuerdos de antes.

Al finalizar la sesión (no dada por el terapeuta), la paciente lleva un pequeño presente al terapeuta, una canasta con fruta de la región, tomado esto como agradecimiento, después del trabajo tanto terapéutico como de terapia auricular.

DIAGNÓSTICO.

Solución de problemas.

Comunicación. Clara y directa, coherente al finalizar la tercera sesión.

Expresión afectiva. Expresión de emociones profundas (llantos continuos).

Involucramiento afectivo. Simbiótico.

Control de comportamiento. Control caótico.

Evaluación de resultados. Alcanzados al objetivo y mejoría de autoestima.

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL.

No se mostraba un control emocional, había poca tolerancia a los aspectos relacionados con el duelo, con un involucramiento total, la disponibilidad de ayuda de las personas que viven con ella, hizo mejorar el trabajo de ejercicios fuera de sesión.

Problemáticas Encontradas.

Manifiestas. Depresión, Insomnio, Alteración de sistema nervioso.

Implícitas. Rasgos suicidas, Personalidad Border.

Inconscientes. Problemas Simbióticos,

Conscientes. Vínculos emocionales con personas sin relación familiar.

Jerarquización de problemas.

Emergencia. Depresión, Autoestima, Simbiosis.

Trascendencia. Pensamientos suicidas, Personalidad Border.

Integración Diagnóstica. Dinámico Sistemica.

Familia nuclear urbana de nivel socioeconómico medio bajo, en fase de familia, cuando los hijos se van. Inadecuada solución a los problemas, con buena comunicación, los roles de cada familia son adecuados, cuya manifestación expresiva es afectiva, principalmente de bienestar, con involucramiento afectivo simbiótico.

No se presenta problemas de estructura de límites, con los miembros actuales de la familia, se presentan problemas de simbiosis y separación de emociones no involucrativos a la familia.

Recursos de la familia.

La paciente y la familia cuentan con buena comunicación y disposición al cambio, una buena cohesión y buena disponibilidad de ayuda.

Plan de acción.

Objetivos inmediatos. Identificar los recursos que ayuden a salir de la crisis depresiva. Determinar el grado de voluntad y disponibilidad para llegar a una mejoría familiar.

Ayuda con tratamiento auricular.

CASO DOS

existen

hecho

... determina que
de sobriedad. (Autoestima

CASO CLINICO NO. 2.

Institución. Salud y Vida.

Nombre del paciente. I. A. R.

Nombre del entrevistador. Miguel Angel Castro Barrera.

DATOS GENERALES DE LA FAMILIA.

Cultura. Urbana.

Nivel socioeconómico. Medio bajo.

Nivel educativo. Medio.

Lugar de nacimiento: México, D. F.

Edad. 17 años.

Lugar de nacimiento del padre. México.

Lugar de nacimiento de la madre. Lázaro Cárdenas, Mich.

Lugar de nacimiento de los hijos. Zitácuaro, Mich.

Datos significativos especiales. Existe suma protección por parte del padre.

Etapas del desarrollo del paciente. Adolescencia.

MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente referido por una tía ya atendida por el terapeuta. Se determina que existen conflictos de comunicación, de agresividad y de sobrepeso. (Autoestima baja).

DESCRIPCIÓN DE LA SESIÓN.

Se presenta a consulta el paciente en compañía de sus padres. El paciente identificado se presenta con una aspecto sucio, desfajado, sin peinar, con unos zapatos viejos, nota un sobrepeso excesivo.

El motivo de consulta es la agresividad que viene presentando el paciente de tiempo atrás con sus hermanos y hasta con la mascota de su casa, ya que en ocasiones refleja la agresividad pateando a la mascota y golpeando a sus hermanos, reflejando agresividad con todos los integrantes de la familia.

Refieren los padres el no tener relaciones interpersonales con sus compañeros de grupo, por ser agresivo.

Mencionan no tener un respeto ni control por reglas establecidas en su casa. El paciente menciona ser igual tanto en casa como en la escuela, él dice no sentirse agresivo, ya que sus compañeros son iguales a él. El paciente tiene la edad de 17 años, cursando la preparatoria, que no tiene enemigos, ni amigos cercanos, o que suele tener uno o dos pero no sale con ellos; comenta ser callado, pero cuando habla no le gusta hacerlo enfrente de sus compañeros ni de alguien que lo conozca.

Le molesta que le apoden el "Gordo", en el salón de clases y que es por eso que no sale con nadie y no le habla a nadie.

Los padres mencionan que en ocasiones se despierta muy agresivo y es cuando se dan cuenta que patea al perro y agrede a sus hermanos y a sus padres con palabras y no les hace caso cuando lo mandan a algún lado.

MATERIAL OBSERVADO.

Durante la sesión se muestra tranquilo, no muy animado, sin depresión ni tristeza; pero en cambio si se refleja inseguridad en su persona, se mostró angustiado cuando sus padres señalan que cada día es más agresivo. En el paciente se observa, no tener preocupación alguna por ningún aspecto, ni por su futuro, refiere el saber que quiere hacer de su vida, él considera que está bien.

Durante toda la sesión el paciente presentó malestar por estar en consulta, la rebeldía se observaba cuando se le cuestionaba algo y no respondía.

TRABAJO TERAPÉUTICO Y AURICULAR.

Se explica lo que es el tratamiento auricular, después se prosigue a explicar la importancia de bajar de peso, ya que este es un problema de imagen que es latente y que se trabajara para reafirmar su seguridad, mejorar sus relaciones interpersonales, los problemas de identificación y de aceptación.

Se optó primero para trabajar con su autoestima, usando la terapia auricular bajando su peso y manejando la reducción de tallas y medidas, usando una guía de

alimentación que en la primer semana le redujera varios kilos; inicia con 87 kilogramos de peso, su estatura es de 1.68 mts.

SEGUNDA SESION.

Se presenta a consulta el paciente acompañado con su padre, el paciente tiene un aspecto diferente ya que viste más limpio, se nota que ha cambiado su aspecto, se encuentra peinado, el paciente indica haber realizado su alimentación a un 80%, ya que tuvo en una ocasión una fiesta, habla de haber sentido más tranquilidad, no haber pasado episodios de apetito, no tuvo ansiedad, el padre refiere que estuvo menos agresivo. Proseguimos a pesarlo y su peso actual es de 84 kilogramos, el paciente menciona no sentir cambio en sus tallas, ya que fueron tres kilos los que bajó.

Se intentó explorar un poco con la comunicación y la agresividad que había hacia el perro, le pregunté que porque lo pateaba, respondiendo que ya la tenia desesperado ya que se la pasaba ladrando todo el tiempo. (El padre refiere que él es el dueño de la mascota).

Se le preguntó acerca de la relación que existe con su hermano, respondiendo que en ocasiones es buena pero hay veces que se enojan, él considera que es normal.

Comenta que su hermano sale más a la calle que él, ya que tiene más amigos en la escuela y que cuando el paciente sale lo hace con su papá; él no tiene amigos con quien salir, prefiriendo estar en casa.

MATERIAL OBSERVADO.

Se muestra una simbiosis con el padre, así como una sobreprotección, ya que tanto el padre como el paciente presentan un gran apego entre ellos. El padre menciona que todavía él llega a dormirlo en las noches.

Se observó que el paciente cambió su conducta al bajar de peso, ya que también cooperó con la entrevista y hacía preguntas respecto a lo que podía comer y lo que no.

TERCERA SESIÓN.

Llega a consulta el paciente acompañado de su padre, se presenta con un aspecto diferente, se nota más limpio, con nuevo corte de cabello y zapatos limpios, se le hace ver el cambio diciéndole que se nota más delgado y se procede a pesarlo, baja 2 kilogramos, pero refiere haber tenido avances en su talla ya que ha recorrido un "hoyo" a su cinturón.

El paciente refiere haber comenzado lo que se le había pedido de realizar algún deporte o ejercicio, fue a jugar fútbol con su hermano y amigos, comenzando él a sentirse más ligero y no cansarse o agitarse muy pronto como antes.

El padre indica que ha existido un cambio en su conducta, ya que tiene tiempo que no patea al perro y que ya lo saca a pasear; el paciente dice haber salido a una fiesta con unos amigos de su salón y por eso no siguió su alimentación, habla de sentirse más seguro, ya que sus tallas han bajado y se siente más a gusto.

Se muestra el paciente cooperativo a las preguntas que se le hacen, habla más de lo que ha hecho con detalles, el ya haber sentido un cambio en su imagen corporal y en su comportamiento, refiere sentir una gran tranquilidad con el tratamiento.

MATERIAL OBSERVADO.

El paciente a presentado un cambio en su imagen y en su comportamiento de su casa, comienza a salir más con amigos y a realizar actividades deportivas. Se ha reafirmado su autoestima y es como ha cambiado su imagen, se comenzó a preocupar más por su arreglo personal.

El trabajo terapéutico ha mejorado ya que habla más de lo que realiza y de lo que se le cuestiona con respecto a los acontecimientos de su casa, refiere sentir menos agresividad.

El paciente dice tener más seguridad con la gente ya que tuvo que realizar una exposición en su salón de clases y se sintió muy seguro, al hablar y al pararse enfrente de sus compañeros, refiere el sentirse bien con su imagen.

El paciente muestra que su autoestima esta alta, el cambio es latente y muestra una diferencia de cuando llegó. Menciona estar reduciendo abdomen y estómago.

CUARTA SESIÓN.

Se presenta a consulta el paciente en compañía de su padre, el paciente muestra un gran cambio, ya que viste ropa limpia y su peinado es bueno, así como su calzado. Se nota una nueva imagen, ya que su ropa le queda bien, se nota más delgado, comienza a reducirle las mejillas y la barba, se nota más seguro con su imagen. Se prosigue a pesarlo y baja 3 kilogramos.

Refiere el papá, tener un cambio con la conducta, ya que se le ha quitado por completo lo agresivo, ya que no ha notado que le grite a alguien ni que les responda de mala manera. El cambio también se ha notado en la imagen, ya que ha bajado de peso y de tallas.

El paciente refiere haber salido a un viaje con sus compañeros a la ciudad de México a un parque de diversiones y salir más al cine con sus amigos, menciona seguir haciendo deporte, ya que esto lo hace sentirse muy bien, consigo mismo y con su cuerpo.

El haber bajado de peso le ha hecho sentir al paciente mayor seguridad, ya que comienza a relacionarse más y haber salido al cine pero en esta ocasión fue con una compañera de su salón, él se siente bien y comprometido a seguir cambiando su carácter.

La agresividad refiere el padre que no ha aparecido, que distraerse le hace sentir bien, por lo cual se ha optado por hacer sacar a su perro cuando va a correr al cerro. Habla que ha mejorado la relación con su hermano y padres. El paciente ha aprendido a tener mayor tolerancia y manejar mejor sus impulsos, se nota el cambio en la expresión de su cara. Su comunicación cambia a clara y directa.

MATERIAL OBSERVADO.

El cambio que denota el paciente va desde su autoestima hasta las relaciones interpersonales y manejo de situaciones, las relaciones familiares han cambiado de tal forma que se da la oportunidad de compartir con ellos experiencias y acontecimientos que suceden.

Se muestra más tolerante a los aspectos de enojo, coraje e ira, ya sea con sus familiares hasta con aspectos que antes le hacían irritar fácilmente, se ha mostrado una separación con el padre de manera que ya no es con el único que sale y se muestra más interesado en salir con compañeros o con su hermano.

Muestra que su autoestima ha cambiado de manera que está interesado por seguir haciendo ejercicio y acompañarlo con un buen hábito de alimentación, se nota preocupado por su imagen, ya que ha cambiado por completo su aspecto es más formal que anteriormente, muestra mejoría para hablar en público, tanto en su escuela como en reuniones familiares.

La terapia psicológica fue con relación a su autoestima y personalidad, el trabajo auricular fue de control de peso y se dio un cambio de imagen en un buen tiempo, llegó a bajar 10 kilogramos, lo que en consecuencia, cambió su imagen corporal y todo esto en conjunto mejoró sus relaciones interpersonales y su seguridad.

DIAGNÓSTICO.

COMUNICACIÓN. La comunicación paso de ser cerrada a clara y de ser indirecta a directa.

EXPRESIÓN AFECTIVA. Su expresión de emociones eran de inconformidad a todos los aspectos que se le presentaban, su expresión es mas abierta y con una mejoría en relaciones interpersonales y familiares.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO. Se muestra mas interesado en tener amigas y amigos. Ha pasado de no tener relaciones interpersonales a salir a divertirse con sus amigos.

CONTROL DE COMPORTAMIENTO. Pasó de ser agresivo a pasivo.

FUNCIONAMIENTO GENERAL. En el aspecto afectivo demuestra más los sentimientos y cosas que no le agradan, mejorando las relaciones con su familia.

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL.

Anteriormente existían problemas de jerarquías, ya que centrada en el padre pudo haber un control, disminuyendo la agresividad del paciente y mejorando las relaciones familiares.

PROBLEMÁTICAS ENCONTRADAS.

Manifiestas. agresividad, rebeldía del paciente

Implícitas. Autoestima baja, problemas de imagen, obesidad.

Inconscientes. Relación simbiótica con el padre.

Emergencia. Agresividad, simbiosis, baja autoestima.

PLAN DE ACCIÓN.

Objetivos inmediatos. Identificar los recursos del paciente y del padre que es el que lo está apoyando en la terapia.

Determinar el grado de voluntad que muestra el paciente, al cambio de imagen corporal y aspectos de alimentación.

Determinar el funcionamiento del paciente a respuesta al cambio de sobrepeso, a peso adecuado.

Objetivos terminales. Disminución de la simbiosis con el padre, seguir manteniendo la imagen que ha conseguido, reforzar su autoestima y las relaciones interpersonales, volverse más seguro de sí mismo.

CASO TRES

CASO TRES

La paciente ha tenido dos parejas
y fracasos (ella habla de infidelidades

de la primera sesión.

Se presenta a consulta la
y lentes oscuras des

La paciente me expresa mucha
muy mala
experiencia, pues en el pasado como muy mal su actual pareja se con otra
persona, ella se dio cuenta, pues los sé.

CASO CLINICO NO. 3.

Institución. Salud Y Vida.

Nombre del paciente identificado. Gloria P.

Datos generales **sobre** el paciente.

Cultura: Urbana.

Nivel Socioeconómico: Medio bajo.

Nivel educativo. Alto.

Nivel Intelectual: Alto.

Lugar de nacimiento: Zitácuaro Michoacán.

Ocupación. Enfermera.

Entrevistador: Miguel Angel Castro Barrera.

Datos significativos especiales. La paciente ha tenido dos parejas con las cuales ha pasado malas experiencias y fracasos (ella habla de infidelidades). Con su primer pareja tuvo dos hijas.

Descripción de la primera sesión.

Se presenta a consulta la paciente, con un buen aspecto, muestra intranquilidad y porta lentes oscuros, después de quitarse los lentes se notan los ojos irritados.

La paciente me explica sentirse muy mal, ya que ha pasado por una muy mala experiencia, pues le han pasado cosas muy malas; su actual pareja sale con otra persona, ella se dio cuenta, pues los vió.

La paciente refiere que esto ya le ha pasado con su pareja anterior o primer matrimonio, con el que tuvo dos hijas y que al pasar los años, su esposo fue cambiando y también la engañó.

La paciente dice entregar todo cuanto está de su parte con una pareja y que es muy amable, cariñosa y le gusta tener buena atención con las personas y al igual que en su trabajo. Trabaja en el Seguro Social de enfermera. Que es algo que tiene haciendo desde hace mucho tiempo, la paciente dice tener mucho coraje dentro de ella, ya que en su primer matrimonio tuvo la desgracia de encontrar a su esposo con otra pareja.

Después se arregló con él y decidió perdonarlo después de un tiempo de vivir separados, dice haberlo hecho todo por sus hijas una de 15 y otra de 13 años, ella dice tener su casa y una buena posición económica ya que le ha costado muchos años de trabajo y de esfuerzo.

Cuando ella decide perdonar a su esposo es por sus hijas, le permite regresar a su casa y dejar todo atrás, pero pasando el tiempo se vuelve a dar cuenta que la sigue engañando, por lo cual decide dejarlo y separarse definitivamente de él.

Dice haberle causado mucha tristeza, le pierde la confianza a la gente ya que ella hace todo lo posible para satisfacer las necesidades de su pareja y darle toda la confianza.

Menciona que el coraje que tiene es contra las personas que la han engañado y que siente deseos de vengarse pero ella nunca ha actuado de esa manera y pide que se le ayude para no actuar así.

MATERIAL OBSERVADO Y TRABAJO.

Durante toda la sesión la paciente se mostró intranquila, ya que se agarraba las manos, las estrechaba entre ellas y las apretaba como reflejando coraje. Algo muy interesante es que refiere no tener intención de lastimar pero sí de venganza. Menciona sentir intranquilidad por estos sentimientos.

Las consultas van de 40 minutos, ya que no había el tiempo necesario para cubrir 50 minutos.

El trabajo en la primera sesión fue más para explorar, ya que hablaba mucho de sentir. La paciente se expresa clara y coherentemente en lo que siente y piensa.

El trabajo fue más de reconocimiento de síntomas y de reforzar más su autoestima.

SEGUNDA SESIÓN.

Se presenta puntual la paciente con un mejor aspecto, refiere la paciente tener un mejor sentimiento, habla de su segundo intento de pareja, comentando la relación con un doctor del Seguro Social que anduvo con ella por 8 meses y al final salió mal

con él, puesto que él decía que no tenía pareja, negándola a ella; refiere haber terminado la relación que decía no tener sentimientos por las personas ni relaciones con nadie.

AL OBSERVADI

La paciente dice que tenía un carácter muy malo, ya que de todo se enojaba, hablando de sentimientos menciona que ésta pareja no le dolió mucho dejarla. Comenta haber sentido en menor grado la venganza y hacerle daño a esta persona.

Al cuestionarle a la paciente que esperaba de estas sesiones, indica el que se le desaparecieran los síntomas de venganza y coraje que siente por ellos y poder volver a tener una buena relación de pareja.

Refiere la paciente no haber tenido conflicto por esto con sus hijas, ya que en su casa sólo le dicen que está rara y no como todos los días de normal. La paciente comenta que en unas semanas más se sometería a una cirugía plástica la cual a estado esperando desde hace mucho tiempo y que eso le daba ánimos. Se operará de ojos y nariz.

Así que el trabajo terapéutico fue más de reforzar su autoestima, haciéndole ver el cambio que ha tenido y el que está por venir, ya que se abren surcos nuevos para ella.

La paciente habla de su última relación, que es la que le dejó más dolor y angustia así como odio y coraje de venganza.

Comenta que se le entregó mucho a un profesor, el cual la engañó y se dio cuenta que era casado, con hijos y esta persona le había hablado de no estarlo. Se muestra angustiada al estar relatando los hechos, pero se acababa el tiempo y

comenzamos a realizar unos ejercicios de relajación y respiración, para que ella se sintiera mejor.

MATERIAL OBSERVADO Y TRABAJO.

Lo más trascendente en esta sesión fue el cambio de imagen, ya que asistió más elegante que en la primera sesión.

Algo trascendente fue mencionar el aspecto de su última pareja sentimental y comenta haber sentido menos saberse engañada.

Lo notable es hablar de enojo con odio y coraje con las personas que le hicieron daño por engañarla sentimentalmente. Es notable que al hablar de estos síntomas, ella refleja en sus manos lo que dice; el cambio que piensa hacer de imagen es muy importante ya que esto puede elevar su autoestima pues es algo que quiere desde hace tiempo.

Así que el trabajo terapéutico fue más de reforzar su autoestima, haciéndole ver el cambio que ha tenido y el que está por venir, ya que es algo sumamente importante para ella.

Se observó que es tolerante en algunos aspectos y fácil de sensibilizar y gracias a los ejercicios de respiración se pudo trabajar con silla vacía. En el trabajo se observó que no existe tal agresión como ella refiere sentir, ya que se observa que hay sensibilidad al hablar y al tocar lo que se le pidió.

TERCERA SESIÓN.

Se presenta la paciente a consulta, se observa un gran cambio en su arreglo personal y nuevo corte de cabello. Comienza la sesión con lo que se quedó la sesión pasada, refiriendo el acontecimiento que le vino a cambiar la vida, tanto en su casa como en el trabajo.

La paciente refiere haber entablado la relación con el maestro, a quien ya conocía hace tiempo, el profesor era maestro en la escuela de su hija y cuando ella iba por su hija, él era muy atento con ella y es como comenzaron a salir y a hablar. La paciente refiere que fue creciendo la relación, hasta llevarlo a comer y cenar a su casa y después prácticamente no salía y se la pasaba en su casa. Ella siempre lo atendía con una gran atención y que hasta en una ocasión le pidió dinero prestado para comprar un carro y que nunca le pagó y solo la usó. Pero después él cambió de gran manera, ya que dejó de ir a verla y siempre le decía que iba a tener una junta o una salida de la ciudad, pero no fue así ya que se lo encontró con otra mujer mucho más joven que él, pero ella no le dijo nada pues él no la vio; ella desde ahí comenzó a sentirse muy mal, puesto que otra vez había sido engañada, refiriendo el sentir mucho coraje y odio por la persona que le había entregado todo, que desde esa ocasión su carácter cambió.

Al pasar poco tiempo, ella se dio cuenta que en realidad sí la estaba engañando y decidió dejarlo, ya que él le negó todo a pesar de que ella lo confirma por varias ocasiones, hasta por hablar con la mujer con la que él andaba, contándole todo lo que pasó entre ellos.

MATERIAL OBSERVADO Y TRABAJO.

Un aspecto importante es el reiterar que la paciente dice sentir ganas de hacerle daño, la venganza que disfrutaría y nunca volver a confiar en los hombres.

Después de reforzar autoestima, se trabajó con la silla vacía de tal manera que se pidió un cojín con el que se trabajaría, al sensibilizarla se le pidió a la paciente que entrara a su inconsciente con ejercicios de respiración, después se le pidió que pensara que en ese lugar solo y con en el cojín se situaba esa persona que la había engañado, que le hablara de lo que ella tenía dentro y que se lo expresara; después ella comenzó a tocar el cojín y le pedí que le hablara de sus sentimientos, ella expresando que se sentía mal por haber sido engañada, le dije que le cuestionara que porque lo había hecho, ella sola respondiendo dijo que había sido por que no le respondía y le dije que qué le diría a esta persona, refiriendo que no quería hacerle daño y le pedí que mencionara sus sentimientos de ella, expresando que sentía dolor y odio, le pedí que apretara el cojín y que lo golpeará, ella se mantuvo quieta solo tocando el cojín, después de insistir en esto ella no respondía ningún tipo de agresión hacia el cojín, al seguir insistiendo en varias ocasiones yo le hablaba de lo que él le respondería, ella llorando no respondía al ejercicio con agravios ni reclamos fuertes, solo tocaba y acariciaba; me di cuenta de lo que ella realmente estaba expresando.

Después de varios intentos y al no ver respuesta, decidí terminar el ejercicio, enseguida retroalimenté lo que se vio en el ejercicio, haciéndole ver que realmente no existía odio ni ganas de dañar a la persona, que no existía el coraje contra ella ya

que siempre la expresión fué de caricias, mencionándole que no tenía agresividad contra la persona como ella sentía.

Ella se mostraba tranquila y convencida de lo que yo le había dicho, preguntaba que si en realidad no mostraba esos sentimientos ¿por qué? lo sentía, contestándole que era porque era poco el tiempo que había transcurrido y que me había dado cuenta con el ejercicio que no era malo que lo sintiera, pues es lógico que le habían hecho daño, dejó de llorar y volví con su autoestima. La paciente refiere tener un alivio a la situación provocada.

CUARTA SESIÓN.

La paciente se presenta con un buen aspecto se nota un gran cambio en su fisonomía. Le dije que hablara de los cambios que ella ha tenido, refiriendo que se ha sentido muy a gusto, que ahora no ha sentido crisis depresivas y ha mejorado la relación con sus hijas puesto que ya no se enoja por cualquier cosa con ellas y en su trabajo mejoró su rendimiento.

Después de hablar sobre sus sentimientos opté por reafirmar más su autoestima, haciéndole ver los cambios que se han dado del tiempo que llevamos trabajando y de la operación que se realizaría más adelante, retomé el cambio de imagen que iba a representar y que sería favorable para ella en todos los aspectos, ya que se sentiría más segura de sí misma y con los que le rodean.

Los ejercicios fueron pocos pero suficientes para darnos cuenta de los acontecimientos, al igual para que ella mejorara su autoestima, algo rescatable fue los aspectos que ella mencionó, que fue el cambio que tuvo y que fué de manera rápida gracias a su colaboración.

DIAGNÓSTICO.

Comunicación. Clara, directa y coherente.

Roles. Su papel no fue claro ya que ha tenido los dos roles.

EXPRESIÓN AFECTIVA.

Su expresión era de daño, de venganza, dado el cambio, expresó mejorar la comunicación tanto en su familia, como en su trabajo y relaciones interpersonales.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO.

Refiere el no sentirse segura de volver a involucrarse con otra persona, pero si mejorar sus demás relaciones.

CONTROL DE COMPORTAMIENTO.

Después de un comportamiento de angustia y de ansiedad, se dio el cambio a pasividad y perseverancia.

FUNCIONAMIENTO GENERAL.

Existió un cambio en el manejo de emociones y afecto familiar.

DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL.

Se tienen problemas en la identificación del aspecto de roles, pero el cambio la hace tener solo que ver con su rol de madre.

Al tener un apoyo de sus hijas y tener la visión de lo que estaba pasando fue apoyada por ellas en todos los aspectos.

PROBLEMÁTICAS ENCONTRADAS.

Separación de síntomas agresivos, pensamientos de venganza que

Manifiestas. Infidelidad por sus parejas.

Implícitas. Autoestima baja

Inconscientes. No aceptación de la realidad, un poco de simbiosis con las parejas.

JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS.

EMERGENCIA.

Autoestima.

Agresión, venganza.

Síntomas de odio.

TRASCENDENCIA.

Personalidad Border.

PLAN DE ACCIÓN.

Objetivos terminales.

Separación de síntomas agresivos, pensamientos de venganza que le hacen sentir mal.

Separación de sentimientos simbióticos con las parejas.

CASO CUATRO.

Institución: Control de Peso 2000.

Nombre del paciente: Rosario.

Nombre de la familia: Villanueva González.

Nombre del entrevistador: Lic. Rene Anthoan Souberbielle Miranda.

DATOS GENERALES:

Cultura: suburbana.

Nivel socioeconómico: medio.

Nivel educativo: medio.

Nivel intelectual: medio.

Lugar de nacimiento:

Padre: México D.F.

Madre: Atlacomulco edo. de México

Hija: Toluca edo. De México.

Residencia actual de la familia: Atlacomulco edo. de México.

Ocupación de la paciente: Estudiante.

Datos significativo especiales:

La madre de Rosario falleció cuando esta tenía seis años, su papá después de este suceso no se hizo cargo de Rosario, a quien no ve desde entonces.

Motivo de consulta:

Bajar de peso, control de estrés, baja autoestima y autoconcepto negativo.

SESION 1.

En esta sesión Rosario relata que se siente fea, que siempre se han burlado por que está gorda. Comenta que casi no sale a fiestas porque siente que nadie la va a "pelar" y prefiere quedarse en su casa realizando otras actividades como leer, escribir, o simplemente ver televisión.

Rosario comenta que ha tenido dos malas experiencias con sus únicos novios, por tal motivo expresa que no quiere volver a tener novio, para que no le suceda lo mismo. Comentan que a los 16 años tuvo su primer novio con el cual duró un año, comenta que lo conoció en la secundaria, se veían dos veces a la semana, lo cual no le importaba mucho a Rosario; refiere que él era un poco payaso, casi siempre comentaba las experiencias que había tenido con otras muchachas y eso la hacía sentir mal, él era mayor que ella por 10 años, por lo que sus amistades le decían a Rosario que lo dejara, que estaba muy grande para ella y Rosario no hacía caso de los comentarios, dice que un día se quedaron de ver en una plaza, cuando ella salió de su casa y se dirigió al lugar de la cita, unas calles antes sorprendió a su novio besando a otra muchacha. Esto le dió mucho coraje, se dió la vuelta por otra calle y llegó al lugar donde habían quedado de verse, después de un rato llega su novio, él la quiso abrazar y Rosario no se dejó, le dijo que quien era esa muchacha a quien estaba besando en aquella calle, el sorprendido le dijo que no tenía importancia, que

solo la beso para que ya no lo estuviera molestando. Desde ese momento terminó Rosario la relación.

El segundo novio que tuvo era cuando tenía 19 años, esta relación duró tres meses, debido a que se dio cuenta que tenía otra novia en un pueblo cerca, comenta que a él sí lo llegó a querer mucho, por que tenía bonitos detalles que hizo que se fuera encariñando mucho con él. Comenta que en una ocasión, ella fué con su tía a una fiesta en un pueblo cerca, estando en la fiesta, su novio llega con una muchacha a quien llevaba de la mano, este no se había dado cuenta que ahí estaba Rosario, ésta se paro y lo fué a saludar y le dijo que no volviera a buscarla, después ella se fué de la fiesta. Dijo que duró un tiempo sintiéndose triste, sola y por eso le da miedo volver a tener un novio.

MATERIAL OBSERVADO Y TRABAJO.

Rosario se presenta a consulta limpia, pero sin arreglo personal, se nota tensa, pero accesible a iniciar el tratamiento, se muestra sonriente en casi toda la sesión, principalmente al relatar lo que sucedió con sus novios, su postura corporal es rígida y no muestra algún sentimiento de dolor. Le pedí que me dijera lo que sentía al momento de relatarme lo que sucedió, me respondió con una sonrisa diciéndome que no sentía nada, eso era del pasado. Su discurso es claro, incongruente con sus sentimientos.

En esta primera sesión se le explico el trabajo auricular, es decir, la función de los balines en la oreja, como también la guía alimenticia con la que se va a controlar su peso.

SESION 2.

En esta sesión Rosario habla acerca de cómo fue que vive con su tía (hermana de su mamá), comenta que cuando tenía 6 años de edad, su mamá sufrió un accidente en donde perdió la vida, ella estaba en la escuela cuando su tía fue por ella y le dijo lo que había sucedido, refiere que cuando llegó al lugar donde la estaban velando, sintió un nudo en la garganta y no podía creer lo que había sucedido, desde entonces su tía se hizo cargo de ella porque su papá nunca más vio por ella.

Comenta que en la escuela los niños se burlaban de ella por que no tenía papás y principalmente cuando se festejaba el 10 de mayo en la escuela, se sentía muy triste de que su mamá no estuviera con ella. Refiere que no ha podido llorar por la pérdida de su mamá y ahora solo tiene borrosos recuerdos de ella.

Comentan que su tía le brindó un gran apoyo al cuidar de ella, es quien la apoya con sus estudios, refiere que la quiere mucho, aunque siempre le ha dicho que baje de peso para que esté mejor, que no le gusta que esté gorda y eso le molesta, que esta harta que todos le digan que está gorda y lo peor es que se queda callada y no les pone límites.

MATERIAL OBSERVADO Y TRABAJO.

En esta sesión Rosario llega mas arreglada, se muestra menos tensa y su discurso es fluido, al relatar se conecta mas a sus sentimientos que en la sesión pasada, su postura corporal es mas relajada y su rostro expresa tristeza. Le pedí que permitiera dejar salir ese sentimiento que ha tenido guardado durante mucho tiempo, comenzó a sonreír impidiendo todo contacto con el sentimiento de tristeza, le hice la observación de que esa sonrisa no le permitía dejar salir el dolor que siente, comenzó a llorar durante diez minutos aproximadamente, después que se fue tranquilizando le pregunte, como se sentía después de haber llorado, me dijo que sentía mejor, aunque le ha costado trabajo poder hacerlo. Finalice la sesión colocando el tratamiento auricular reforzando los puntos de tranquilidad, relajante muscular e intestino grueso y manifestándole una felicitación por el logro que tuvo al expresar sus sentimientos.

SESION 3.

En esta sesión Rosario comenta como ha sido su vida sin sus padres y refiere que desde que su mama murió, nunca ha llorado, solo siente un nudo en la garganta y luego hace otras cosas para tratar de olvidar que ya no está con ella. Refiere que desde riña siempre los niños se burlaban de ella por no tener mamá, cosa que le sigue dando mucho coraje. Señala que en una ocasión en la escuela primaria realizaron un bailable donde participaban las mamás de cada uno de los niños, ella se sentía muy mal por no tener mamá. La maestra no la dejó participar en dicho bailable, Rosario tenía siete años cuando sucedió eso y además fue motivo de burla

de sus compañeros del salón, comenta que de niña sus compañeros le decían “la gorda no tiene mama”. Comenta que casi todo el tiempo se la pasaba sola en el recreo, casi no jugaba con sus compañeros, por que les tenía mucho coraje y no podía defenderse, solo una niña era con quien a veces solía estar en los recreos. Comenta que en la adolescencia a partir de la secundaria se sentía mejor, su experiencia fue más agradable que en la primaria, sus nuevos compañeros no se burlaban de ella, en el grupo de amigas con quien se juntaba, solían decirle que bajara de peso para que los muchachos se fijaran en ella, que le dió tanto coraje que al llegar a su casa lloró mucho y comió hasta sentirse mal.

Refiere que parte de su inseguridad se debe a que no tuvo a sus papás, que le tiene mucho rencor a su papá por no haberse preocupado por ella, que si algún día llega a buscarla, Rosario lo rechazaría porque no es justo que la haya abandonado, que eso no lo hace una persona con sentimientos.

Rosario menciona que está harta de vivir siempre con esa inseguridad, quiere cambiar, ser otra persona y demostrarle a los demás que puede hacer muchas cosas, pero que casi siempre que quiere intentar hacer algo, se intimida y no lo logra, por eso es que necesita de ayuda para poder salir adelante.

MATERIAL OBSERVADO Y TRABAJO.

En esta sesión, Rosario expresa fácilmente lo que siente por la ausencia de su mama y el rencor que siente ante el abandono de su papa. Lo más importante hasta ahora es que rosario ha logrado expresar abiertamente sus sentimientos, lo que ha

ayudado a sentirse más segura de sí misma. A nivel del tratamiento auricular, comenta que se ha sentido más tranquila y contenta, porque su ropa le queda mejor. Terminando la sesión, expresó su agradecimiento, comprometiéndose a seguir adelante con el tratamiento.

COMUNICACIÓN: Clara y directa.

EXPRESIÓN AFECTIVA: Presenta sentimientos de coraje, tristeza y desesperación.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO: Simbiótico.

CONTROL DE COMPORTAMIENTO: Controla sus emociones.

FUNCIONAMIENTO GENERAL.

Aspecto instrumental: Funcional.

Aspecto afectivo: Funcional.

DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL:

Rosario presenta un duelo no resuelto de su mamá y un resentimiento hacia su padre abandonador, lo cual le provoca una inseguridad, afectando a su autoconcepto.

PROBLEMÁTICAS ENCONTRADAS.

Manifiestas: Baja autoestima, depresión.

Implícitas: Autodevaluación.

Inconscientes: Relaciones simbióticas.

JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS.

Emergencia: Duelos.

Trascendencia: Autoestima, autoconcepto y Relaciones de pareja.

PLAN DE ACCIÓN.

Objetivos inmediatos: Identificar recursos de Rosario y duelos no resueltos.

Objetivos mediatos: Trabajar con Auriculoterapia para cambiar su imagen corporal, para mejorar su autoestima y autoconcepto.

Objetivos terminales: Trabajar su desarrollo personal, su autonomía e independencia.

CASO CINCO

Municipio: Navero, edo. De México

Residencia actual de la familia

Edad

El caso de un posible abuso sexual infantil con una niña de 10 años de edad. El sujeto tuvo una relación sexual con una niña de 10 años de edad, lo que provocó un aborto vital de la madre.

Motivo de consulta

La madre del sujeto le enseñó a su hijo a pesar y controlar su peso, debido a que le diagnosticaron un tumor en el cerebro.

CASO CINCO.

Nombre del paciente identificado: Sonia.

Nombre de la familia: Cruz Suarez.

Nombre del entrevistador: Lic. Rene Anthoan Souberbielle Miranda.

Datos generales de la familia:

Cultura: suburbana.

Nivel socioeconómico: medio bajo.

Nivel educativo: medio.

Nivel intelectual: medio.

Lugar de nacimiento:

Padre: México D.F.

Madre: México D.F.

Hijos: Mavoro, edo. De México.

Residencia actual de la familia: Mavoro edo. De México.

Datos significativos especiales:

Existe un posible abuso sexual hacia Sonia cuando tenía siete años de edad.

Su esposo tuvo una relación extramarital con la esposa de su hermano.

Etapas del ciclo vital de la familia: familia con tres hijas.

Motivo de la consulta:

La paciente acudió a consulta para bajar de peso y controlar su estrés, debido a que le diagnosticaron un tumor en el cerebro.

SESION 1.

Sonia llega a la sesión sola, la apariencia que muestra es tranquila, sonriente y amable. Después de colocarle el tratamiento de Auriculoterapia, comienza a comentar que tiene muchos problemas y principalmente con su pareja, de la cual se separó desde hace cuatro meses. El motivo de la separación fue porque la engañó con otra mujer la cual es esposa del hermano de Sonia. Sonia remite que desde que se casaron la relación no fue como ella esperaba. En los últimos meses, ya no tenían relaciones sexuales y su comunicación era muy limitada.

Comentó que sus relaciones nunca fueron satisfactorias, debido a que de niña sufrió un "abuso sexual", del cual no está segura y eso siempre la ha tenido angustiada y siempre con temor a los hombres.

Al pedirle que me relatara lo que había ocurrido, me dijo que por favor no se lo dijera a nadie, porque nunca lo había hablado hasta ahora, comenzó a relatarme que cuando tenía seis años, un día estaba de visita en la casa de una de sus tías, y llega el novio de su prima, un hombre de 27 años aproximadamente y estando juntos la tía le dijo al muchacho que llevara a Sonia a dar una vuelta mientras Raquel (prima) llegaba, comenta que se fueron en su coche, después de un rato se paró en una tienda y compro dos refrescos en bolsa, este le dio uno a Sonia y después de unos minutos Sonia comenzó a sentir mucho sueño, comenta que de pronto no supo más de sí, sino hasta que estaban en la casa de su tía, desde entonces se sintió diferente, comenta que no era la misma, le tenía mucho miedo a los hombres, comenta que no jugaba con los niños y desde entonces siente una angustia porque

no sabe que fue lo que sucedió cuando durmió en aquella ocasión. Después comenzó a relatarme como fue que conoció a su esposo y los motivos por los cuales se casó con él. Comenta que lo conoció en una fiesta, se lo presentó una amiga de Sonia, en esta fiesta él le pidió que fueran novios; Sonia no acepto, sino hasta unos días después que él insistió, comenta Sonia que tenía referencias de que Adrián (esposo) era muy mujeriego y no importándole ella acepta la relación se fue dando bien, aunque dice que casi no fue cariñosa con él, cosa que entonces no era muy importante, comento que al principio él era un hombre alegre, le gustaba ir a las fiestas con sus amigos y esto a Blanca no le importaba, porque no tomaba muy en serio la relación, a los cuatro meses él le pidió a Sonia que se casaran, ella acepto para salirse de su casa, porque la relación con sus padres no era nada buena, con sus padres siempre discutían y la tenían siempre encerrada fue el motivo principal por el cual Ella aceptó casarse con Adrián.

Comenta que un día antes de la boda, él la maltrato físicamente, la tomó de los brazos y la sacudió, esto después de un malentendido entre los dos, Sonia le dijo que si ahora la trataba de esa forma, como seria entonces después de casados, Sonia fue con su madre y le platicó lo sucedido y le dijo que ya no quería casarse y además por que no estaba convencida de quererlo, su mamá le respondió que debía casarse, que no era un juego y tenía que aguantarse.

Comenta que la noche de bodas, sintió mucho miedo, por que nunca había visto el cuerpo de un hombre y no sabía que hacer, esa noche no tuvieron relaciones porque Sonia le pidió a su esposo que hicieran el amor al día siguiente porque no se sentía bien. Comenta que no quería que llegara ese momento, remite que cuando

tuvieron relaciones ella se sentía mal, era doloroso y desde entonces nunca supo lo que era un orgasmo. Debido a que su esposo no era cariñoso con ella, sintiéndose siempre como un objeto, después que terminó, él le comentó que no “mancho las sabanas”, luego se paró y se fue de la recámara, Sonia comenta que si “manchó”, solo que muy poco y nunca se lo dijo a su esposo por pena.

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

Sonia llega a consulta físicamente aseada y bien vestida. Su discurso es elocuente y congruente con sus sentimientos, su postura corporal es rígida. Esta primera sesión se puede dividir en dos partes: 1) Sonia relata una situación cuando era niña, la cual la mantiene angustiada por no saber lo que sucedió en aquella ocasión donde se queda dormida. 2) Sonia tiene un rencor hacia su esposo, por la vida que ha llevado desde que se casaron. En la primera parte de la sesión, presenta tener mas angustia con episodios de llanto manifestando un posible “abuso sexual”.

En esta sesión le explique el tratamiento auricular, reforzando, SHEN-MEN, ANSIOLITICO E INTESTINO GRUESO y la importancia de asistir a las sesiones para el trabajo terapéutico y así llegar a la conclusión de la situación que la atormenta.

SESION 2

En esta sesión refiere como fue la relación con su familia, la cual estaba formada de cinco hermanos, papá y mamá (tres hermanos, una hermana y Sonia), Sonia es la penúltima de todos, refiriendo que con quien mejor se llevaba era con el más chico, a quien le tiene mas confianza. Comenta que su mamá siempre tuvo preferencia por su otra hermana que por ella, era a su hermana a quien procuraba más, le dio estudio y nunca se ocupó de los quehaceres de la casa, le daban permiso de ir a las fiestas y tener novio. Comenta que casi siempre sus hermanos se burlaban de ella cuando sus papás le reprendían, comenta que su papá nunca la apoyó y era con quien menos contacto tenía dentro de la familia, la relación con sus papás se basaba solo de regaños. Comenta que a los quince años empezó a ser más rebelde, no hablaba con nadie, tenía pocos amigos en la escuela, era muy tímida y rendía poco por lo que no la dejaron seguir estudiando la preparatoria, refiere que se sentía sola y fue motivo por el que se decidió casarse con Adrián a quien le tiene un gran rencor por todo lo que le hacía y principalmente por haberla engañado con su propia cuñada. Comenta que hace cinco años fué cuando sucedió y un año después fue cuando se dio cuenta, por que una amiga de Sonia le dijo que vió a Adrián y Rosa (cuñada de Sonia) dándose un beso en una esquina del lugar donde viven, comenta Sonia que fue lo último que le aguantó, diciéndole a su esposo que se fuera de la casa, que no tenía caso que estuvieran juntos si él no la iba a respetar y a valorar lo que ella había hecho por él. Refiere que su esposo siempre la trato de tonta y gorda, que de todo lloraba, comenta que lo peor que le pudo decir fue que no era lo suficientemente mujer para él y ella le contestó que si ella era así era por algo, dándole a entender que era por lo poco cariñoso que él era con ella.

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

Durante la sesión, Sonia expresa un rencor hacia sus padres y esposo, razón por la cual es insegura de sí misma con una autoestima baja. Comenzamos a trabajar el rencor que siente hacia su esposo, utilizando la técnica de silla vacía, expresando todo el odio que siente, se avanzo mucho, porque pudo expresar sus sentimientos reprimidos, logrando Sonia estar más tranquila y relajada al final de la sesión, posteriormente se colocó el tratamiento auricular, enfatizando la disciplina hacia las guías de alimentación a seguir.

SESION 3. MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

En esta sesión trabajamos acerca del posible "abuso sexual" que sufrió de niña. Le pedí que me relatara desde el día en que estaba en la casa de su tía. Comenta que estaba en la sala con su tía, estaban viendo la televisión, luego llegó el novio de su prima y su tía le pidió al muchacho que la llevara a dar una vuelta a Sonia, se subieron al carro del muchacho y se fueron, comenta Sonia que se pararon en una tienda, él compro dos refrescos y le dio uno a Sonia, después de un rato ella empezó a sentir mucho sueño y miedo por la forma en como la miraba este, Sonia le preguntó que por que tenía mucho sueño, que no quería dormirse, comenta que de pronto no supo más de ella hasta que despertó y estaba en la casa de su tía y desde ahí comenta que ya no fué la misma emocionalmente, físicamente se sentía igual, solo que le daba miedo estar con hombres a solas y en la escuela casi no se juntaban con niños y era muy tímida y callada.

Sonia remite que siente miedo y angustia el no saber si el novio de su prima haya abusado de ella, pero no se explica, porque la primera vez que tuvo relaciones sexuales con su esposo sangró, es algo que la tiene confundida. Sonia comenta que se arrepiente de no haberle dicho a su esposo que si había sangrado la primera vez que tuvieron relaciones sexuales en la noche de bodas, comenta que si le hubiera dicho, él no se habría comportado con ella como lo hizo.

Comenta que tenía la esperanza, que por haberse casado por salirse de su casa y sin amor, él fuera a cambiar, esperaba que le diera amor y cariño, de lo cual no recibió en su casa, sin embargo fué todo lo contrario,

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

El comportamiento de Sonia es serena sin embargo su cuerpo esta rígido con dificultad para respirar, pasa la mayor parte de la sesión llorando, su tono de voz es bajo y su mirada la tiene hacia abajo la mayor parte de tiempo. Al final de la sesión, expresa que cada vez que habla de su situación (en sesión), se va más tranquila y con ganas de seguir adelante, principalmente por sus hijas. Comenta que el tratamiento auricular se siente mas relajada, además de perder cinco kilos ganando talla. Se coloco el tratamiento auricular trabajando mas con aparato digestivo.

SESION 4.

En esta sesión Sonia comenta los planes que tiene a futuro por el bienestar de ella y de sus hijos, comenta que lo que quiere es terminar la preparatoria, solo le falta

un año, seguir trabajando por un tiempo más en la educación para adultos, refiere que quiere ahorrar un poco de dinero para poner una pequeña tienda de abarrotes junto con su mamá, con la que actualmente se llevan bien.

Refiere que quisiera entrar en un tratamiento psicoterapéutico con sus hijas, debido a que en un tiempo, las trataba mal y no quiere que pase lo mismo que ella cuando niña, refiere que la relación con sus hijas últimamente se ha vuelto más estrecha, con más confianza.

Comenta que por lo pronto no piensa tener una pareja, para no cometer los mismos errores, comenta que primero quiere separarse legalmente de su esposo y arreglar sus problemas antes de tomar cualquier decisión para volver a tener una nueva pareja, menciona que quiere hacer cosas que antes no podía, como salir de vacaciones con sus hijas, remodelar su casa, comenta que quiere ser más segura de sí misma, lo cual es muy importante para poder tener otro trabajo mejor y para que sus hijas no sean como ella.

Sonia hace el comentario de, por que tuvo que pasar lo que pasó, refiere que como es posible que quienes realmente son personas malas, no pasan una vida como la que vivió ella, "la vida no es justa".

Comenta que en una ocasión intento quitarse la vida después de una discusión con sus papás, los cuales le prohibieron tener un novio a quien quería mucho, lo que hizo fue tomar unos medicamentos que su mamá tenía en la repisa de su cuarto, comenta que no sabe la cantidad exacta de las pastillas que ingirió.

Después de un rato comenzó a sentirse mal y a vomitar y se desmayó, quien se dió cuenta que estaba desmayada fué su hermana, quien le habló a sus papás y posteriormente le llamaron al doctor quien le dió un purgante para que se mejorara y nunca más lo volvió a hacer.

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

Sonia se a tornado más segura de sí misma, con una autoestima mas alta, manifestando los deseos de vivir mejor emocionalmente, pretende dar solución legal a su problema marital, para sentirse libre y dedicarse mas a ella y a sus hijas, con las que quiere iniciar un tratamiento psicoterapeutico para mejorar la relación con ellas.

La comunicación es mas clara y objetiva que en las primeras sesiones, su volumen corporal es menor, ganado talla, ahora utiliza ropa mas justa, sintiéndose atractiva y segura.

COMUNICACIÓN: Clara y directa.

EXPRESIÓN AFECTIVA: Expresión de sentimientos de ira, tristeza, presentando angustia.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO: Simbiótico.

CONTROL DE COMPORTAMIENTO: Controla sus emociones.

FUNCIONAMIENTO GENERAL.

Aspecto instrumental: Funcional.

Aspecto afectivo: Disfuncional.

DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL.

Sonia esta a cargo de la educación de sus hijas, a quienes les proporciona todo cuanto les puede dar. Existe una buena alianza con ellas, a tal grado que a veces las sobreprotege.

Ocupando Sonia los dos roles parentales en la ausencia de su esposo, lo cual es cansado para ella.

PROBLEMÁTICAS ENCONTRADAS.

Manifiestas: Depresión y angustia.

Implícitas: Devaluación.

Inconscientes: Relación simbiótica con sus hijas.

JERARQUIZACION DE LOS PROBLEMAS.

Emergencia: "Posible abuso sexual".

Trascendencia: Autoestima, autoconcepto y relación familiar (nuclear), autonomía e independencia de Sonia.

PLAN DE ACCIÓN:

Objetivos inmediatos: Identificar todos los recursos de Sonia. Determinar el grado de voluntad de ayuda para mejorar las condiciones y funcionamiento de la vida de la familia.

Objetivos mediatos: Trabajar el posible "abuso sexual", así como su autonomía e independencia.

Objetivos terminales: Trabajar en su imagen corporal mediante dietas, estimulación de sistema nervioso mediante Auriculoterapia, desarrollo individual y de pareja.

CASO SEIS

Nombre de

Edad 42

Sexo

Estado de

Ciudad

Profesión

Religión

Estado civil

Fecha de

Admisión

Examen de

Examen de

Hijos: Toluca Edo. De México

Residencia actual de la familia: Texango Edo. Tex.

OTROS ESPECIALES:

CASO SEIS

Motivo

Sexo

Edad

Baja de la ansiedad por medio de la psicoterapia.

CASO SEIS.

Nombre del paciente: Trini

Edad: 43 años

Nombre de la familia: Rodríguez Tapia

Nombre del entrevistador: Lic. Rene Anthoan Souberbielle Miranda.

DATOS GENERALES:

Cultura: suburbana.

Nivel socioeconómico: bajo.

Nivel intelectual: bajo.

Lugar de nacimiento:

Padre: Toluca Edo. De México.

Madre: Toluca Edo. De México.

Hijos: Toluca Edo. De México.

Residencia actual de la familia: Tenango edo. De México.

Datos significativos especiales:

Trini, presenta problemas de diabetes. Siente temor de que algo le vaya a pasar (paranoica) y deje solos a sus hijos.

Motivo de la consulta:

Bajar de peso, controlar su estrés, y psicoterapia.

SESION 1.

La señora Trini es una persona de estatura media, pelo pintado de café claro, corto, de complejión obesa; se presenta alineada, limpia, y su edad cronológica es congruente con la apariencia que presenta.

Trini comenzó la sesión hablando de la angustia que siente, por que su esposo se fue a Estados Unidos a trabajar, debido a que deben dinero; de pronto comenzó a llorar manifestándome que se siente sola y que además tiene que ver por sus hijos, dice que ha tenido una vida muy difícil.

Después me empieza a relatar un poco de su pasado diciendo que aproximadamente hace 8 años empezó a sentirse mal de la presión debido a la muerte de un muchacho que vivía en el pueblo, esto le dolió mucho a pesar de que no era nada de ella, luego empezó a ir al cardiólogo para que la revisara del corazón. Actualmente la están atendiendo en el Hospital General.

La paciente remite que ya esta cansada de trabajar, de no tener un apoyo, que siente miedo y angustia. Explorando le pregunté que cual era su miedo, ella respondió que su miedo era que se pudiera morir en cualquier momento. Ella fantasea que al subirse a un camión, éste choque y ella pueda quedar. Explorando en la misma fantasía de qué pasaría si ella muriera, respondió diciéndome que ya no sentiría más y que le dolería mucho sería dejar a sus hijos solos.

Comenta que su vida con su esposo no ha sido buena, pues él tomaba mucho y lo que él ganaba en su trabajo, todo se lo gastaba y no tenían para comer después, "se supone que cuando uno se casa es para que el marido la mantenga a uno". Cabe mencionar que la paciente está acudiendo a gastroenterología, por que sufre de gastroenteritis, por lo cual está bajo dieta.

Le pregunté acerca de su esposo y me dice que ya encontró trabajo en la construcción (E.U.), que ya le mandó dinero, y este lo ocupó para pagarle a una de las personas que le prestó dinero. El tono de voz al relatarme todo esto era tenue y sus manos las tenía cruzadas, con la cabeza y mirada hacia abajo. Le pregunté cómo estaba viviendo esta situación y me respondió diciendo que era muy difícil, porque, tenía que estar viendo por sus hijos, mantenerlos, ya que el dinero que le manda su esposo solo lo ocupa para pagar lo que deben y además comenta que no tiene apoyo de sus hermanas (económicamente). Hay veces que se desespera por que no tiene dinero para poder venir a Toluca. Y comenta que se mantienen de lo que gana, de lo que vende. Ella compra calcetines, calzones, playeras o lo que le encargue la gente del pueblo donde vive; la mayoría de las ventas son en abonos y a veces no le abonan, lo que es un problema, ya que es cuando no tiene con que surtir ni con que poder transportarse. Lo que gana apenas le alcanza para poder comer y cubrir los gastos de la escuela de sus hijos.

Comenta que tiene mucho miedo de que a su esposo le pase algo donde está, que siempre está pensando en algo que le pueda suceder y que eso la tiene intranquila. Le pregunte que qué cree que le pudiera pasar a su esposo en Estados

Unidos, y dice que le da miedo que lo vayan a matar, golpear o que lo regrese la migra y ya no poder terminar de pagar lo que deben.

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

La paciente expreso los temores y sentimientos que le provoca el estar sin su pareja, el tener que ver por todos sus hijos (motivo por el cual se siente angustiada y deprimida), es una persona que se contacta muy fácilmente con sus sentimientos, aspecto importante para liberar su tensión. En esta primera sesión explore parte de sus fantasías de muerte, provocadas por el fallecimiento de un muchacho del pueblo donde vive, por tal motivo, se siente temerosa de perder la vida, dejando a sus hijos desamparados. Trabaje con técnica de respiración para tranquilizarla al final de la sesión, explicándole después el tratamiento auricular y guías de alimento a seguir, reforzando shen-men e intestino grueso para su problema gastrointestinal.

manifestando que duerme mejor y con mayor

SESION 2.

La paciente llegó diez minutos tarde, no muy aliñada, pero se notaba contenta; le dije que se veía contenta y me comentó que sí, que se ha sentido mejor aunque todavía siente un poco de temor de salir de Tenango (fantasías antes mencionadas, donde le surge la idea de que le puede pasar algo). Comencé pidiendo que me explicara su sentir al tener estas fantasías. Ella respondió que no sabe, que es difícil de explicar, pero que le daba miedo que algo le pasara y que no entendía el por que de sus temores, solo sabía que le empezaron a dar cuando mataron a un joven de su pueblo. Le pregunté que si estos miedos los tenía en su infancia,

respondió que no, entonces le dije que hablara de su pasado, cuando era niña. Comenzó diciendo que era una muchacha que no le tenía miedo a nada, se consideraba valiente, su papá era una persona muy trabajadora y muy estricta y cuando no se hacía lo que el quería las regañaba muy fuerte, y ella no tenía miedo en contestarle y levantarle la voz, que no se dejaba de nadie y por eso luego tenía problemas con su papá. Y antes de seguir buscando el motivo de sus miedos quería saber cual era su familia de origen.

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

En esta sesión la paciente se encuentra tranquila, aunque el temor de que algo le pudiera suceder la mantiene angustiada. Explorando sus temores en la infancia se afirma que este temor de perder la vida, surge por la muerte del joven del pueblo donde vive y por la lejanía de su esposo. Se aplico el tratamiento auricular, manifestando que duerme mejor y con menos tensión en la espalda, se reforzó relajante muscular (c-7).

SESION 3.

La paciente llegó a tiempo, esta vez llega más aliñada que en las otras sesiones. Le pregunté que cómo había conocido a su esposo y comenzó a relatarme que cuando ella tenía 19 años se salió de su casa porque le pegó su papá; le pegó porque se había salido a una fiesta sin permiso y cuando llega a la casa su papá la empezó a regañar, la paciente le contestó y su papá comenzó a pegarle, ella se molestó mucho y decidió salirse de su casa y se vino a Toluca, durando 3 años

aproximadamente, en este lapso de tiempo sufrió mucho, comenta la paciente, porque al principio no tenía dinero para pagar una renta y se acordó que tenía una tía que vivía sola, la fue a visitar, le contó su problema y le dijo que no había problema en que se quedara con ella. Comenta que al principio trabajó en una casa donde hacían telas, ella sabía coser y de inmediato la contrataron, en ese trabajo el jefe la empezó a acosar, pidiéndole que saliera con él a cenar, ella varias veces lo rechaza y después de tanto insistir salió, el jefe le empezó a decir que le gustaba mucho y que si quería pasar con él una aventura, ella le contestó diciendo que no, que era una muchacha decente y que quería que la dejara en paz que solo quería trabajar honradamente, luego se salió de ese trabajo y entró a otro, ahí fue donde conoció a su esposo, comenta que al principio no le gustaba, que el que le gustaba era otro, pero este ya tenía novia, entonces Carlos (su esposo) la empezó a tratar, la invitaba a salir y se hicieron novios, comenta que un día él le pidió tener relaciones sexuales con ella y le contestó que no y que si la quería que mejor se casaran, entonces fue a los 22 años que se casó. Ella comenta que siendo novios a él le gustaba tomar, pero no en exceso, después de casados empezó a tomar más y empezaron a tener problemas. A los seis meses de casada se embarazó, este no fue planeado pero la paciente dice que quería tener un hijo; cuando nació Carlos (hijo), los problemas por el alcoholismo de su esposo eran más fuertes, pues lo que él ganaba se lo gastaba tomando y la paciente le dijo que si todo el tiempo iba a estar tomando mejor que la dejara y que no se preocupara por su hijo, que ella podía salir adelante con su hijo, que mas valía estar sola con su bebé, que con él (esposo). Luego se fueron a vivir a Tenango, a la casa del papá de ella para entonces no tenía trabajo su esposo, decidiendo que lo mejor era que él se fuera a Estados Unidos a trabajar, se fue durando un año trabajando y ella se dedica a comprar cosas para vender. En ese

periodo de tiempo comenta que se sentía incomoda por el hecho de vivir en la casa de su papá, porque las hermanas decían que por que vivía en esa casa, que por que la preferencia a ella. Después de que llega su esposo con el dinero que había juntado decidieron comprar la casa de su papá y les dio parte del dinero a sus hermanas (herencia).

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

En esta sesión, la paciente relata como fue que conoció a su esposo y lo difícil que fue después de que se salió de su casa a los 19 años, yendo a vivir a Toluca con una tía. Se observa en la paciente el rencor que siente hacia su esposo por la vida que ha llevado junto a él, le pedí que cerrara los ojos y que expresara lo que sentía por su esposo, logrando un episodio de llanto y reclamos, en este estado se observa como la paciente lleva sus manos hacia su pecho, postura que expresa dolor pasando el resto de la sesión llorando hasta que logro tranquilizarse. Se colocó el tratamiento auricular, expresándole el buen trabajo que ha estado haciendo, ya que bajo 3 kilos en esa semana.

SESION 4.

La paciente llega antes de la hora, la noté un poco nerviosa, parecía que no se sentía a gusto y le pregunté que la notaba un poco intranquila, ella contesto que si y me empezó a contar lo que había sucedido, comenta que recibieron una invitación para una fiesta por parte de la familia de su esposo, esta familia vive en Valle de

Bravo, la paciente les había prometido a sus hijos que iban a ir a la fiesta por lo que ya habían pedido permiso en la escuela, resulta que a última hora la paciente decide que no van a ir, por falta de dinero, entonces sus hijos le empezaron a decir que por qué si ya habían hecho planes, que entonces para que los hizo creer; de quien recibió más reclamo fue de su hijo mayor. Y esto la hace sentir mal por que no les cumplió lo que les había prometido y el motivo por cual decidió no ir es por que no quería deber más dinero, pues para ir se necesitaban cuando menos mil pesos para el pasaje únicamente y además se necesitaba otro poco para lo que se necesitara y por eso mejor no iban. Yo le pregunté que si esto que me estaba diciendo se lo había dicho a sus hijos y me dijo que sí y que los dos más chicos fueron los que la comprendieron, pero él más grande fué el que le reprochaba más, le pedí que me dijera que fué lo que le había dicho y dijo que no le iba a creer más, que no era justo que primero le había echo creer que sí y ahora que no, que nunca cumple lo que promete y comenzó a llorar y no intervine en unos minutos hasta ver que sucedía y luego me dijo "pues así es doctor". Yo le pregunté que si se sentía mala por lo que había pasado y me contestó que no y le sugerí que ahora que llegara con sus hijos platicara la situación en que se encuentran y que por eso no pudieron ir y lo que había dicho su hijo era un arranque de enojo y ella me contestó que sí, que lo dijo por que estaba enojado.

MATERIAL OBSERVADO Y TRATAMIENTO.

En esta sesión se observo una impotencia por no poder cumplir con la promesa que les hizo a sus hijos, mas aun, por los reclamos de su hijo mayor, quien

fue el menos comprensivo, aunque cabe señalar que la paciente se ha tornado más tranquila, con menos temor a salir, mas sonriente en la sesión, su rostro expresa menos tensión y cada vez se arregla mas físicamente, lo que da otro aspecto. Ha bajado un total de 8 kilos, sintiéndose más ligera, su digestión es mejor, ya no hay inflamación ni estreñimiento. Se coloco el tratamiento auricular, reforzando aparato digestivo y ansiolítico.

COMUNICACIÓN: Clara y directa.

EXPRESION AFECTIVA: Expresión de sentimientos de tristeza, angustia, soledad.

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO: Simbiótico.

CONTROL DE COMPORTAMIENTO: Control de emociones.

FUNCIONAMIENTO GENERAL:

Aspecto instrumental: Funcional.

Aspecto afectivo: Disfuncional.

DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL.

Trini está a cargo de la educación de sus hijos porque su esposo esta trabajando en Estados Unidos, el padre les manda dinero tanto para el sustento como para pagar la deuda que tienen.

Su hijo el mayor está pasando por una crisis de identidad, lo cual crea conflictos dentro de la familia.

PROBLEMATICAS ENCONTRADAS:

Manifiestas: Depresión, angustia.

Implicitas: Sentimientos de soledad, baja autoestima.

Inconscientes: Relación sobreprotectora hacia sus hijos.

JERARQUIZACION DE LOS PROBLEMAS:

Emergencia: Depresión y miedo al entorno.

Trascendencia: Autoestima, relación familiar y relación de pareja.

PLAN DE ACCION:

Objetivos inmediatos: Identificar los recursos de Trini para mejorar y superar su depresión.

Objetivos mediatos: Trabajar en el desarrollo familiar, así como su autonomía y autoestima mediante el tratamiento auricular y guías de alimento.

Objetivos terminales: Trabajar en su desarrollo a futuro como individuo y como familia.

CONCLUSIONES

GENERALES

CONCLUSIONES GENERALES.

Al hacer uso de la técnica auricular y de la psicoterapia nos pudimos dar cuenta de que el paciente tiene una mejoría en su tratamiento, ya que la estimulación de la oreja con el electromagnetismo lo hace sentirse mejor y en más corto tiempo.

La acción que ejerce la energía en algunos puntos hace que acelere el tratamiento y el proceso de bienestar de los pacientes, siempre motivando a la mejoría de los hábitos alimenticios, que son una fuente de apoyo para el sistema nervioso, problemas de dolor de cabeza y aparato digestivo.

Al usar la psicoterapia y apoyándose con la terapia auricular, nos dimos cuenta de los avances con los problemas de depresión, con insomnio, estrés, agresividad, baja autoestima, migrañas, hipertensión, gastritis, colitis, problemas de riñón, lo que se relaciona a retención de líquidos en mujeres y síndromes de la menstruación.

Cuando los órganos internos y externos o ciertas partes del cuerpo, están enfermas o manifiesta alguna patología, existe un cambio de color en la oreja determinando el punto donde se ubica el órgano.

Esta técnica de terapia auricular a diferenciación de la acupuntura, es en el material de estimulación ya que el material de la acupuntura realiza la estimulación con agujas y usa todas las partes del cuerpo y la auriculoterapia solo como su nombre lo indica la oreja.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Lección
Proceso de
Motivación y Comportamiento
Editorial Interamericana.
México, España, Brasil, Venezuela.
Segunda Edición.

Bibliografía.

1. Tratado de Acupuntura
Editorial Alhambra, S.A.
Ediciones en Lenguas Extranjeras
Dr. Tian Conghuo.
Tomo 1

2. Acupuntura sin Agujas.
Editorial Alhambra, S.A.
Ediciones en Lenguas extranjeras
Dr. Padilla Corral

3. Emoción y Sentimientos.
Editorial Grijalbo S.A.
México D.F.
Cuarta Edición.
A.A. Smirnov

4. Liderazgo
Proceso Conductual y Estructural.
Motivación y Comportamiento
Editorial Interamericana.
México, España, Brasil, Venezuela.
Segunda Edición.
Dr. Benjamin Hansel

5. Psicología Experimental
Fundamentos de Investigación.
Editorial Harla
Segunda Edición.
Robert Plutch,
México, Buenos Aires

6. Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales y Acupuntura, A.C.
Observación y Diagnostico por la Lengua.
Editorial. IMMTA.
Primera Edición.
Dr. José Ubaldo Alvarez Bretón.
México D.F.

7. Compilado de Acupuntura y Moxibustion.
Editorial: Lenguas Extranjeras.

Dr. Tian Conghuo.
Beijin China.

8. Fundamentos de Acupuntura y Moxibustion.
Editorial: Lenguas Extranjeras.
Dr. Tian Conghuo.
Beijin China.

9. La Inteligencia Emocional
Editorial: J. Bergara.
Daniel Goleman.
U.S.A.

10. Compendio de Psiquiatría.
Editorial: Salvat.
Harold Kaplan
México D.F.

11. Motivación y Emoción
Editorial: Mc Graw Hill
Johnmarshall Reeve
México D.F.

12. Practica de Acupuntura y Auriculoterapia
Editorial: Mexicanos Unidos, S.A.
Dr. Benjamin Hansel
México D.F.

13. Auriculoterapia y Gimnasia Tradicional de China.
Editorial: La Prensa Mexicana S.A. de C.V.
Chong Kuan Li.