



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

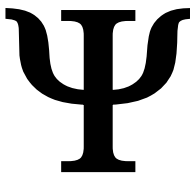
PROPUESTA DE TERAPIA PSICOLÓGICA DE LA
OBESIDAD CON BASE EN LAS DIFICULTADES
PERSONALES. FENOMENOLOGÍA, CULTURA,
OBESIDAD Y DIABETES

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

MA. DE JESÚS MEJÍA TREJO

Jurado de Examen



Tutor: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez
Dra. Raquel Del Socorro Guillén Riebeling
Mtra. María Enriqueta Figueroa Rubio
Mtra. Gloria Marina Moreno Baena
Lic. María Felicitas Domínguez Aboyte

CONACYT-EDOMEX 2005-CO1-29

México, D. F.

Octubre 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) el apoyo concedido para la realización de esta Tesis a través del Proyecto Fondos Mixtos CONACYT-Estado de México *Atención Multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida.* EDOMEX-2005-CO1-29.



Agradecimientos

Al Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez por brindarme la oportunidad de participar en el programa DUPAM, por su valiosa inducción en la investigación, por orientarme, compartir sus conocimientos y emplear su tiempo para dirigir esta Tesis.

A la Mtra. María Enriqueta Figueroa Rubio por confiar en mí al brindarme la oportunidad de conocer el programa DUPAM, por su amistad, sus enseñanzas, por compartir su experiencia y dedicar tiempo para la revisión de este trabajo.

A la Mtra. Gloria Marina Moreno Baena por su amistad, por su valiosa orientación, por sus consejos y apoyarme durante esta investigación y mi estancia en el programa.

A la Lic. María Felicitas Domínguez Aboyte por brindarme su amistad, por sus enseñanzas a lo largo de mi carrera, por compartir sus conocimientos, sus aportaciones y correcciones en esta Tesis.

A la Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling por su valiosa contribución y disposición para la revisión de esta Tesis.

Al Dr. Efraín Orozco Reyes por su orientación, apoyo y consejo, por motivarme para seguir adelante y su contribución para realizar la investigación.

A la Nutrióloga Paula García Moreno por su valiosa colaboración y orientación en la elaboración de programas nutricionales.

A cada una de las personas participantes por su esencial testimonio al ser parte en la investigación, permitiéndome conocer sus experiencias, vivencias y la manera en que han logrado controlar su enfermedad.



Dedicatorias

A *Dios* por permitirme llegar a este día.

A mi *esposo, amigo y compañero Efraín* por alentarme para continuar mi preparación profesional, por su comprensión, apoyo y su amor incondicional, como un testimonio de mi gratitud por haberme inspirado para culminar mis estudios.

A mis *hijos Ana, Efraín, Antonio, Iván y Zuleima* por los momentos de ausencia en mi etapa de formación, por apoyarme y creer en mí, por ser la inspiración que necesitaba para terminar mi carrera.

A mis *padres Anselmo y Josefina* por su amor, por mostrarme su fortaleza, por su firmeza y tenacidad, porque durante toda mi vida me han guiado y orientado, porque me han dado las bases sólidas que permitieron convertirme en una profesionista.

A mi *hermano Víctor Manuel Mejía Trejo** por su visión, por ser la luz que guió mi camino, por motivarme y creer en mí. Por ser la fuerza que me impulsó en los momentos en que sentía flaquear y por darme los deseos de superación para concluir mis estudios profesionales.

A mis *hermanos y hermanas* por brindarme apoyo y cariño cuando lo necesité, en espera de que este triunfo lo consideren como suyo.

A mis *queridos profesores y amigos* que conseguí en la FES Zaragoza, a los cuales les agradezco sus enseñanzas, los conocimientos que me transmitieron y ser parte importante en mi formación profesional.

A todos los que no aparecen y que de diferentes formas me han apoyado.



*Aprende a nacer desde el dolor, a ser más grande
que el más grande de los obstáculos,
mírate en el espejo de ti mismo y serás libre y fuerte
y dejarás de ser un títere de las circunstancias
porque tú mismo eres tu destino...
No olvides que la causa de tu presente es tu pasado,
así como la causa de tu futuro será tu presente.*

Pablo Neruda

Indice

Resumen.....	1
Introducción	3
Capítulo I Obesidad Y Diabetes. Estado Del Arte.....	8
Obesidad.....	8
Marco conceptual	14
Manejo médico.....	15
Manejo nutricio	16
Manejo psicológico	16
Régimen de ejercicio.....	18
¿Por qué no ha sido controlada la obesidad?	19
Diabetes.....	22
Factores que favorecen la aparición de diabetes tipo 2.....	24
Capítulo II Cultura, Obesidad y Estilo de Vida	27
Cultura.....	27
Obesidad.....	33
Tratamiento	37
Cambio en la alimentación.....	38
Estilo de vida.....	40
Capítulo III Investigación Cualitativa Y Fenomenología	43
Investigación cualitativa.....	43
Subjetividad e investigación cualitativa.....	47
Métodos de investigación cualitativa	49
Fenomenología	50
Fenomenología y salud	55
Capítulo IV Programa DUPAM.....	58
DUPAM	59
Multidisciplina	60
Capítulo V Aspectos Metodológicos	68
Justificación.....	68
Planteamiento del problema.....	69
Objetivos	70
Metodología	70
Fase A	70
Fase B.....	74
Capítulo VI La Meta Inalcanzable o Tocando Puertas	76
Antecedentes personales	77

	
Experiencias anteriores	79
1. Control de peso con medicamento	79
2. Realización de ejercicio físico	83
3. Asistencia al nutriólogo.....	85
4. Intentos con productos anunciados por TV.....	88
5. Control de peso con acupuntura.....	91
Algunas razones del fracaso.....	96
Identificación de obstáculos.....	98
Estrategias utilizadas.....	98
Situación actual.....	103
Capítulo VII Una Situación Difícil	105
Antecedentes personales	106
Contexto cultural.....	107
Inicio de los problemas de peso	110
Hacia la modificación del estilo de vida	117
Capítulo VIII Una Historia De Vida	120
Antecedentes personales	121
Motivos para iniciar el cambio.....	124
Estrategia utilizada.....	128
Cambio en el estilo de vida	131
Como implicar el ambiente en el cambio.....	133
Situación actual	135
Capítulo IX Vivir Con Obesidad.....	140
Antecedentes personales	141
Configuración del estilo alimentario.....	143
Alimentación y ambiente	144
Los esfuerzos posteriores	148
El inicio del cambio	150
Estrategia utilizada.....	152
Situación actual	155
Capítulo X Propuesta de terapia psicológica de la obesidad.....	157
Cómo manejar la terapia psicológica de la obesidad	160
Elementos a considerar en la terapia.....	161
Guía de identificación de obstáculos.....	164
Área psicológica.....	167
Etapa inicial.....	167
Etapa de intervención.....	169
Etapa de seguimiento	170
Etapa final	171
Área de ejercicio físico.....	171
Etapa inicial.....	172
<i>Etapa de seguimiento</i>	172
Área cultural (social).....	173
Etapa inicial.....	173
Etapa de seguimiento	174
Conclusión	176



Referencias Bibliográficas	181
Anexos	192
Anexo 1.Registro semanal de alimentos	192
Anexo 2. Relación de hábitos con la comida	193
Anexo 3. Plato del bien comer.....	194



Se sabe que actualmente se cuenta con los conocimientos científicos y tecnológicos suficientes para controlar la obesidad. Los recursos de tratamiento médico son: dieta balanceada y ejercicio físico, sin embargo, surgen dos interrogantes ¿Cuáles son los factores culturales que influyen en los estilos alimentarios de la persona con obesidad? ¿Cómo influyen dichos factores culturales en la forma de manejar el tratamiento prescrito por el médico, para el control de su enfermedad?

Los objetivos de la presente investigación son: identificar factores culturales que se contraponen al tratamiento médico para la obesidad y diseñar e instrumentar un programa de reducción de peso individualizado, basado en los factores culturales identificados. La metodología comprende dos fases: a) Un estudio cualitativo para identificar los factores culturales que se contraponen al tratamiento médico para el control de la obesidad; b) Diseño e instrumentación de un plan terapéutico basado en los factores culturales identificados.

Esta investigación proporciona información acerca de las pautas de pensamiento y conducta instauradoras de los estilos de vida, porque éstos representan la piedra angular sobre la que el obeso puede obtener un importante beneficio para modificar su estilo alimentario, al tiempo que, dichas pautas representan el fundamento y orientación en la toma de

decisiones terapéuticas con el fin de que guíen y faciliten la elaboración del tratamiento individualizado.

Además, como propuesta de terapia psicológica de la obesidad se proporcionan los elementos que para utilizar desde cualquier enfoque psicológico para llevar a cabo una terapia de la obesidad y las recomendaciones para elaborar una terapia individualizada, en espera de que el psicólogo encuentre la información y herramientas necesarias para elaborar y poner en práctica la terapia de la obesidad.

Esta tesis forma parte del proyecto *Atención Multidisciplinaria a personas adultas con diabetes tipo 2. Hacia la modificación de los estilos de vida*, (clave: EDOMEX-2005-C01-29), financiado por el CONACYT mediante el programa Fondos Mixtos CONACYT-Estado de México. Dicho proyecto se lleva a cabo en el programa *Diabetes: un programa de atención multidisciplinaria (DUPAM)*.

El trabajo se encuentra dividido en 10 capítulos. En el primero de ellos los temas que se desarrollan se relacionan con obesidad, su estado del arte, manejo médico, nutricio, psicológico, régimen de ejercicio, ¿porqué no ha sido controlada la obesidad?, diabetes y los factores que favorecen su aparición.

En el capítulo dos se abordan los temas cultura, obesidad y su tratamiento, cambio en la alimentación y estilo de vida.

En el capítulo tres se desarrollan temas que se relacionan con la investigación cualitativa, subjetividad, métodos de investigación cualitativa, fenomenología y salud.

En el cuarto capítulo se presenta diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria (DUPAM), que es un programa en el cual se proporciona formación multidisciplinaria a futuros profesionales de la salud y se ofrece información acerca del DUPAM y la multidisciplinaria.

En el capítulo cinco se muestran los aspectos metodológicos de la investigación (justificación, planteamiento del problema, objetivos y metodología (Fases A y B).

En los capítulos seis a nueve se presentan los casos de Estrella, Gabriela, Dr. Cardoso, y el Mtro. Antonio, así como sus respectivos análisis de resultados.

En el capítulo 10 como propuesta de terapia psicológica de la obesidad, se presentan los elementos a considerar en una terapia y se abordan las recomendaciones que el psicólogo puede tener en cuenta para abordar el tratamiento con base en las dificultades personales.

En el capítulo 11 se especifican las conclusiones de la presente investigación.

El trabajo está dirigido al personal de las áreas de la salud, - principalmente psicólogos,- profesores, estudiantes y personas que deseen

obtener información sobre el tema y contar con los elementos a considerar en una terapia psicológica para la obesidad, ya que se trata de un trabajo que sirve como elemento referencial por poseer elementos teóricos y conceptuales para ser considerados en la comprensión de la enfermedad y elaboración del tratamiento individualizado que permita a la persona generar las estrategias necesarias para enfrentarla.

Finalmente se puede concluir que el propósito primario de cualquier esquema terapéutico es mejorar la salud física, psicológica y asegurarse que el bienestar alcanzado no se deteriore en lo futuro. Los objetivos principales del tratamiento en obesidad son: a) promoción de la pérdida de peso; b) prevención de la ganancia de peso; c) atención o prevención de complicaciones médicas asociadas; y d) promoción del bienestar psicológico. Para lograrlo, dieta, ejercicio y cambios en el comportamiento son los factores principales a considerar.

Una de las funciones de los psicólogos y otros profesionales de la salud en el tratamiento de la obesidad es resignificar el estilo de vida y educar a los pacientes sobre el control del peso y el ejercicio usando como eje de la estrategia la atención individualizada.

en forma voluntaria, reducen sus riesgos de adquirir dichas enfermedades (Méndez, 2002).

Cuadro 1. Clasificación de la OMS de sobrepeso y obesidad.

Clasificación	IMC	Riesgo asociado para la salud
Bajo peso	<18.5	Bajo (pero el riesgo de otros problemas clínicos se incrementa)
Peso normal	18.5 a 24.9	Normal
Sobrepeso	25.0 ó más	
Preobeso	25.0-29.9	Incrementado
Obesidad clase I	30 – 34.9	Moderadamente incrementado
Obesidad clase II	35 – 39.9	Gravemente incrementado
Obesidad clase III	40 o más	Muy gravemente incrementado

Fuente: González (2004:1)

En México, la primera Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (1993) informó que la prevalencia de diabetes tipo 2 aumenta considerablemente con el IMC y que, por arriba de un IMC de 29, el riesgo aumentó (Méndez, 2002).

La obesidad, un problema de salud pública no sólo México sino en todo el mundo, tiene una alta prevalencia tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (Gómez, 2007) y se ha convertido en una epidemia en el ámbito mundial que afecta a niños y adultos, especialmente mujeres.

En un esfuerzo por conocer cómo evolucionan los patrones de enfermedad en México, la Secretaría de Salud ha llevado a cabo una serie de Encuestas Nacionales (ver cuadro 2). Las encuestas de salud ENSA-I Y

ENSA-II estuvieron orientadas al estudio de accesibilidad, calidad, utilización y cobertura de los servicios de salud (Méndez, 2002).

Cuadro 2: Encuestas Nacionales de Salud en México.

Año	Encuesta	Siglas
1986	1ª Encuesta Nacional de Salud	ENSA-I
1988	1ª Encuesta Nacional de Nutrición	ENN-I
1993	Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas	ENEC
1994	2ª Encuesta Nacional de Salud	ENSA-II
1998	2ª Encuesta Nacional de Nutrición	ENN-II
2000	3ª Encuesta Nacional de Salud	ENSA-III
2006	3ª Encuesta Nacional de Nutrición	ENSANUT

Fuentes: Secretaría de Salud (citada en Méndez, 2002:17; Acosta, 2009).

La primera Encuesta Nacional de Nutrición (ENN-I) que se llevó a cabo en 1988, documentó prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional en 19,000 mujeres entre los 12 a 49 años de edad. Se informaron en mujeres prevalencias del 10% de sobrepeso y 14.6% de obesidad. Una década después, la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición (ENN-II) estudió a mujeres de los mismos grupos de edad. Las mujeres mostraron una prevalencia de sobrepeso de 30.8% y obesidad de 21.7% (Méndez, 2002).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad entre la ENN-I Y LA ENN-II no son comparables, ya que, para definir sobrepeso y obesidad en adultos, utilizaron puntos de corte de IMC diferentes. La ENN-I definió sobrepeso como IMC de 24.9 a ≤ 27 y obesidad con un IMC >27 . En la ENN-II se utilizaron en la definición, los puntos de corte de la OMS (sobrepeso IMC

entre 25 y 29.9 y obesidad $IMC \geq 30$). Ambas estudiaron una mezcla de población rural y urbana (Méndez, 2002).

Por lo anterior referido, es posible evidenciar que en la ENN-II, existe un grupo de población comprendido en el rango de IMC 27 y 29.8, los cuales en la ENN-I se consideraban obesos (es decir, el número de obesos era menor si se compara con los parámetros actuales) y en la ENN-II son considerados con sobrepeso, ello implica que si se tomaran en cuenta los parámetros de la NOM, para el grupo de obesidad en adultos el aumento en porcentaje reflejado para 1998 sería mayor al 21.7% reportado.

La obesidad en México, representa un problema de salud pública porque:

- a) Aqueja a una gran cantidad de personas en edad productiva.
- b) Muestra un incremento de los factores de riesgo asociados a enfermedades, como la diabetes, que presentan una mortalidad ascendente.
- c) Causa importantes modificaciones en la cantidad y calidad de vida de las personas que la padecen debido a las complicaciones que provoca cuando no es controlada.

obedece de manera significativa al decremento en el gasto energético de la población. Este decremento por lo general significa llevar una vida prácticamente sedentaria, por la permanencia ante la televisión y la computadora, entre otros factores que contribuyen a la obesidad”.

De acuerdo con la NOM -174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad, se entiende por manejo integral “al conjunto de acciones a realizar que derivan del estudio completo e individualizado del paciente obeso, incluye el manejo médico, nutricio, psicológico y régimen de ejercicio, que conducen principalmente a un cambio conductual en beneficio de su salud”.

Manejo médico

La participación del médico comprende:

1. Realizar historia clínica.
2. Indagar de los tratamientos previos para bajar de peso.
3. Horarios de comidas y forma de preparar los alimentos.
4. Consumo de agua o refresco al día y toma de bebidas alcohólicas.
5. Presencia o no de estreñimiento.
6. Patologías asociadas y consumo de medicamentos.
7. Solicitud de exámenes de laboratorio [cada tres meses] y valoración médica.



puede ser cambiado por prescripción ni por argumentación o concertación porque dichas prácticas son espontáneas, sin conciencia ni voluntad.

- *Ofrecer platillos equilibrados* y compatibles con la cultura del obeso con la menor cantidad posible de grasa e hidratos de carbono, que estén dentro del gusto del enfermo y que sean consecuentes con el tratamiento médico.
- *Resignificar el valor cultural de las ocasiones para la cohesión familiar y social.* Por ejemplo: reaprender a festejar con comida que le permita al obeso regular y mantener su disminución de peso (Cardoso, 2006.)
- *La terapéutica también debe ser dirigida hacia el grupo familiar y social del obeso.* Debido a que el grupo social le ha exigido comportarse conforme a las reglas culturales tradicionales, su comportamiento no puede modificarse de manera autónoma. Pero si se dirige la terapéutica hacia el grupo familiar del obeso, y se logra la modificación de esta fuente de control, el obeso contará con las condiciones necesarias para modificar su comportamiento.

únicamente un problema estético, por esta razón buscan, aceptan y en ocasiones mitifican tratamientos mágicos, como dietas de personajes del espectáculo, bebidas, medicamentos no éticos, hierbas o infusiones, que los hagan perder muchos kilos en poco tiempo.”

En la mayoría de los casos, dichos tratamientos resultan ser solo una ilusión, pues los resultados no son los esperados y las personas que los aplican terminan por considerar que han fracasado al no conseguir su objetivo de reducción de peso. La persona obesa, al consumir este tipo de productos, se encuentra en un callejón sin salida donde se enfrenta a diversos problemas, entre los que destacan los siguientes:

- Los productos no especifican adecuadamente la forma de uso, y al consumirlos no se cuenta con la asesoría de un médico, nutriólogo, dietista o especialista que proporcione la información acerca del uso adecuado del producto, así como las dosis de acuerdo a las características personales.
- El consumo del producto es responsabilidad de quien lo usa y de quien lo recomienda.
- Las dosis recomendadas son las mismas para cualquier persona, sin importar el peso y características individuales del consumidor.
- En el mejor de los casos, estos productos se deben consumir de acuerdo a la talla del obeso, lo que representa un descontrol debido a la

"La forma más precisa de determinar la importancia de una norma para los miembros de una sociedad consiste en observar cuán severamente se castiga a quienes la violan" (Puga y col. 1997: 50).

De este análisis se deriva la siguiente deducción: probablemente el fracaso en el control de la obesidad se deba a que el cambio solicitado a la persona para tal efecto, no es posible lograrlo únicamente por medio de una prescripción médica, ni con la buena voluntad del enfermo, porque, además de la experiencia de padecimiento, existen otros determinantes de su comportamiento: cuando un "individuo nace en una determinada cultura, las orientaciones y creencias básicas de ésta lo forman y permanecen profundamente arraigadas durante toda la vida en su personalidad" (Le Shan y Margenau, 1996: 18).

Dicho de otra forma: En cada uno de nosotros, según proporciones variables, está el hombre de ayer; es el hombre de ayer quien, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es bien poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos resultado (Durkheim 1982).

Las enseñanzas culturales en las que fue formada la persona con obesidad permanecen a lo largo de su vida y configuran y establecen su comportamiento porque:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen hábitos, sistema de disposiciones duraderas y transferibles... es decir, [son]



principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones... (Bourdieu 1991: 92).

Producto de la historia, el habitus produce prácticas, individuales y colectivas, produce, pues, historia conforme a los principios engendrados por la historia: asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de principios de percepción, pensamiento y acción, tienden, con mayor seguridad que todas las reglas formales y normas explícitas, a garantizar la conformidad de todas las prácticas y su constancia a través del tiempo (Bourdieu 1991: 94-95).

El habitus es la presencia activa de todo el pasado del que es producto: es lo que proporciona a las prácticas su independencia relativa con relación a las determinaciones exteriores del presente inmediato (Bourdieu 1991: 98).

Con lo hasta aquí señalado, se puede suponer que la medicina institucional no ha logrado el control de la obesidad, porque, entre otros aspectos, no ha considerado las prácticas de la persona con obesidad como producto de su historia de formación dentro de una cultura específica, las cuales no pueden ser cambiadas por prescripción, argumentación o concertación, porque: "Espontaneidad sin conciencia ni voluntad, el habitus se opone por igual a la necesidad mecánica y a la libertad reflexiva" (Bourdieu 1991: 98).

Es decir, Una persona siempre utilizará lo que ha aprendido, lo que le es útil, dentro del contexto en el que interactúa, y para conseguir que la persona obesa evite conductas que vayan en contra de su salud, es necesario incidir en su cultura alimentaria.

Obesidad

Existen muchas enfermedades en espera de ser investigadas por la riqueza de conocimientos que se pueden derivar de ello, sin embargo, en el caso de la obesidad -como en el de muchas otras enfermedades no transmisibles- resulta evidente que no han sido suficientes los esfuerzos que las autoridades del departamento de salud han llevado a cabo, ya que este problema no solo no ha podido ser resuelto, sino que, cada día va en aumento.

Obesidad: (del latín obesus, que significa devorar) es una enfermedad crónica debida a la pérdida de balance entre la ingestión calórica y el gasto energético, caracterizada por una acumulación excesiva y con distribución anormal de la grasa corporal... dado que la mujer tiene en forma natural más grasa que el hombre, y en términos generales menos gasto energético, también tiene mayor tendencia a la obesidad (Mehaney, et. al. 2006:167).

Ante la gran diversidad y dificultad de tratamientos que hoy en día se presentan en el control de la obesidad, su estudio y en consecuencia su atención, desde la perspectiva médica predominante, está resultando ineficiente. Este problema propio de nuestra vida actual reclama la participación de otras perspectivas de indagación científica.

Las causas de la obesidad son múltiples, se puede precisar que es el resultado de un exceso de almacenamiento de energía en el tejido adiposo, que

depende de una compleja red de variables genéticas, nutricionales, psicológicas, sociales y de gasto energético.

Santiago (2004:17) considera que “en su forma más simple la ganancia de peso puede ocurrir por inactividad física y exceso en la ingesta calórica, si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria, ésta se acumula en forma de grasa, por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, como resultado de alteraciones en el equilibrio de entrada y salida de energía”.

La obesidad representa no solo un problema estético o un factor limitante de la capacidad física, sino que además se asocia como principal factor de riesgo o desencadenante de diversas patologías crónicas como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes e infarto por mencionar algunas.

Alvarado (2007) nos habla de los efectos perjudiciales de la obesidad indicando lo siguiente:

Los efectos perjudiciales de esta enfermedad sobre nuestro cuerpo son bastante reconocidos. Se sabe que la gordura aumenta el riesgo de patología coronaria, hipertensión, hiperlipidemia, osteoartritis y diabetes. Además, esta relacionada de manera directa con apnea del sueño, cáncer de mama, de endometrio y de colon: contribuye también a enfermedades de la vesícula biliar, desórdenes músculo-esqueléticos, pancreatitis, diverticulitis, infertilidad, incontinencia urinaria e hipertensión intracraneana idiopática. Por si lo anterior fuera poco, también se asocia con ansiedad, alteraciones de la socialización y depresión.

En conclusión, podemos decir que afecta de alguna forma a todos los órganos y sistemas del cuerpo (p 12).

A este respecto, “diversos investigadores han demostrado que un alto porcentaje de pacientes obesos e hipertensos logran cifras normales de presión

arterial cuando reducen al menos 10% de su exceso de peso, y que obesos con insuficiencia cardiaca, al disminuir de peso, mejora su función cardiaca” (Santiago, 2004:17).

Por lo anterior referido, se sabe que actualmente se cuenta con los conocimientos científicos y tecnológicos suficientes para controlar la obesidad, sin embargo, no se puede explicar ¿Por qué se ha convertido en un problema de salud pública? La obesidad debiera ser fácilmente controlable pues lo esencial es cambiar el estilo de alimentación. Los recursos de tratamiento médico, para tal efecto, son: dieta balanceada y ejercicio físico.

Al menos teóricamente, la persona obesa podría controlar su enfermedad pues los recursos están a su alcance. Por tanto, desde una perspectiva lógica o racional, no existe justificación para que el enfermo no haga uso del tratamiento médico.

La obesidad debiera ser fácilmente controlable pues solo se requiere cambiar el estilo de alimentación, dicho en otras palabras, dejar de comer lo que se acostumbra, no obstante, incongruentemente, en este aspecto de apariencia fácil reside la dificultad principal para el control de esta enfermedad, ya que los enfermos no cambian el estilo de alimentación.

Esto puede explicarse si consideramos que de acuerdo con Toro (1999): “aprendemos a alimentarnos relacionándonos con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social, y esta sociabilidad del comer se mantiene



a lo largo de toda la vida hasta el punto que para la mayoría de los miembros de nuestra sociedad, comer en solitario suele ser una práctica incómoda, ligeramente desasosegante, revestida de la leve sensación de tristeza que acompaña la privación social”.

Por lo anterior referido, puede decirse con toda certeza que, bajo estas circunstancias, “la comida y el hecho de comer, revisten significados asociados a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional” (Toro, 1999).

Aunado a lo anterior, de acuerdo con Vargas (2001):

Gran parte de nuestras celebraciones sociales de muy distinta índole se concretan en comidas compartidas... [en donde] las bebidas y los platillos pueden ser consumidos de varias maneras, pero la forma efectiva para generar satisfacción es hacerlo en grupo, con tranquilidad y con la posibilidad de degustar lo que va entrando gradualmente a nuestro cuerpo. De esta manera, comer y beber se vuelven actos sociales donde se vuelcan las emociones y los afectos, permitiendo la comunicación trascendente. (p. 266-288)

La obesidad puede afectar a varios miembros de una familia debido a que comparten hábitos en cuanto a la dieta y el estilo de vida que pueden contribuir a la obesidad. Aunado a lo anterior, muchos individuos refieren comer en respuesta a emociones negativas como aburrimiento, tristeza o enojo, mientras otras lo hacen en respuesta al estrés que les genera depresión y ansiedad.

Tratamiento

Para proporcionar un tratamiento para la obesidad, es necesario conocer diversas alternativas terapéuticas que permiten combinar diferentes procedimientos, para lograr buenos resultados mediante el tratamiento individualizado.

Los tratamientos de la obesidad deben estar dirigidos a la reducción de peso y a mantener ese descenso durante mucho tiempo; de manera ideal, para toda la vida. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas es uno de los puntos más importantes, ya que el control o disminución de los factores de riesgo y complicaciones que acompañan a la obesidad es el punto al que se deben encaminar las expectativas de las personas. En esta mejoría está implícita la ausencia de las enfermedades asociadas a la obesidad.

Las metas deben ser realistas a la hora de iniciar una terapia para reducción de peso, ya que no lograr lo esperado genera dudas, inseguridad, frustración y abandono por parte del paciente. Si no se establecen metas reales y plausibles, este fracaso se repetirá una y otra vez en el intento por bajar lo esperado o lo deseado, así mismo, cuando el paciente obeso establece metas alejadas de la realidad, el psicólogo deberá orientar esas metas para evitar el abandono del tratamiento.

Por lo descrito hasta este momento, resulta muy claro que la disminución de peso y grasa visceral debe ser consecuencia tanto de la modificación en los patrones de alimentación, como de llevar a cabo programas de ejercicio adaptados a cada individuo.

Lo anterior, implica que el ejercicio se convierta en uno de los recursos terapéuticos de mayor repercusión y utilidad en la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, y que éste aunado al cambio en la alimentación, permita que ambos sean los principales responsables de que en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad se logre mantener un decremento de peso sostenido.

Cambio en la alimentación

Como ya se mencionó, la combinación de ejercicio y cambios en el modelo alimentario proporcionan los mejores resultados en la pérdida de peso y el mantenimiento de este descenso. De igual manera, es imprescindible indagar la cultura, es decir, las pautas de pensamiento y conducta instauradoras de los estilos de vida de las personas obesas y presentarlas, de tal suerte, que fundamenten y orienten la toma de decisiones y faciliten la elaboración del tratamiento individualizado (Cardoso, 2006).

“Mientras no se incida sobre la cultura, esa fuerza invisible de control, [la persona obesa] seguirá actuando de manera contraria a la esperada, aun cuando ella sepa que debe cambiar y quiera hacerlo” (Cardoso 2005).

Otro aspecto importante, es que la persona debe saber que existe un efecto rebote que puede aparecer tras una pérdida de peso, por el que puede volver fácilmente a un peso superior del que parte (Meaney y Gaxiola, s.f.), esto se puede evitar siguiendo un régimen balanceado.

Los argumentos anteriores proporcionan la base para que los psicólogos lleven a cabo investigaciones que promuevan la adherencia terapéutica con la finalidad de que los obesos implementen un estilo de vida saludable y, de esta manera, mejoren su calidad de vida.

Por esos motivos, será necesario que el psicólogo, al iniciar el manejo de la obesidad, detecte todos los factores que están contribuyendo al incremento de peso, ya que, de esta forma podrá diseñar e instrumentar un plan de intervención que permita modificar el estilo de vida del obeso y proporcione los resultados deseados.

Estilo de vida

Definir el estilo de vida suele ser una tarea difícil debido a la gran cantidad de acepciones que se tienen al respecto. Por ello es necesario profundizar en el tema, para entender la manera en que cada persona vive su propio estilo de

vida y mostrar como dicho estilo se manifiesta en el comportamiento de los individuos enfermos de obesidad.

Por lo anterior expuesto, a continuación se presenta un análisis sobre qué es el estilo de vida y cuál es su función.

Galimberti (2006) refiere lo siguiente:

Estilo: característica de ser y actuar adquirida por el individuo que, en el proceso de su **individuación** madura un sistema propio de valores a los que corresponden actitudes y caracteres distintivos de su individualidad. A. Adler introdujo la noción de estilo de vida (*Lebensstil*) para indicar “el comportamiento de un hombre que nace del fin último que se propuso, identificable con la obtención de la potencia, de la superioridad, del predominio sobre los demás. Este fin influye en la concepción del mundo, en la imagen de la vida, en la dinámica expresiva” (1926:143, citado en Galimberti, 2006). Adler considera que el estilo de vida que cada individuo manifiesta desde la infancia es decisivo para el desarrollo posterior de la personalidad (p. 450).

Ruíz Olabuenga (1988, 1989, 1994, citado en Rodríguez y Agulló 1999)

nos da la siguiente definición de estilo de vida:

Un estilo de vida esta compuesto de opiniones (conocimientos), valoraciones y gustos actitudinales (definiciones) y estados de ánimo (sentimientos y emociones) que se manifiestan en comportamientos rutinarios (querencias) <<sin necesidad de tener que ser formulados y decididos en cada momento de manera aislada y autorreflexiva y que, juntos de forma sistemática configuran un perfil social-individual>>. Además los estilos de vida son específicos de grupos concretos más bien <<minoritarios>>. Se entendería el estilo de vida como <<una muestra de diferenciación cultural de gustos y preferencias>> (p 252).

Para Chávez (2005) El estilo es “un complejo entramado de bienes y acciones que se ponen en uso generando un nosotros y un otros, formando pertenencia, inclusión y exclusión a diferentes circuitos de sociabilidad... Es un conjunto de producciones culturales que tienen una significación de coherencia para quienes los construyen; donde el cuerpo es el asentamiento o

la expresión última de dichas construcciones culturales por ser un elemento maleable que *permite ser igual a, diferente de, parecido a*”.

Las actitudes habituales y permanentes, son verdaderos *estilos de vida* y pueden servir en la práctica, para determinar el carácter y la personalidad de nuestros semejantes (Fingermann, 1979). Las decisiones del estilo de vida que toman las personas afectan su estado emocional, así como la manera como se relacionan con la familia y los amigos (Papalia, Wendkos y Duskin 2004).

Hoy en día se considera que fumar tabaco, beber alcohol en exceso, comer demasiado o no hacer ejercicio y vivir en un estado de estrés permanente son factores que predisponen a padecer diversas enfermedades. Los estilos de vida se enmarcan en el estudio de las regularidades que se observan en las conductas de las personas a lo largo de las diferentes situaciones cambiantes de su vida.

Por tanto, se podrían definir como las conductas que adopta un individuo para cumplir sus planes. El concepto o ejercicio de *estilo de vida* implica el sentido de pertenencia o exclusión, ya que impacta directamente sobre los modelos de formación de identidad, la cual se configura de una manera específica a través del consumo e intercambio de signos y símbolos fundados en las industrias culturales.



Capítulo III

Investigación Cualitativa Y Fenomenología

Investigación cualitativa

Los paradigmas científicos han sido creados para dar respuesta a diversos problemas. Cuando un problema de salud requiere respuestas que sobrepasan el ámbito de estudio de dicho paradigma, lo sensato es recurrir a una alternativa metodológica que posibilite estudiar los aspectos que aún no han sido investigados, con la finalidad de generar el conocimiento que permita crear soluciones.

A este respecto, Martínez (2003) afirma: “Cuando un paradigma científico va agotando su capacidad de explicar la realidad y su poder de generar conocimientos útiles en el área para la cual se creó, lo más sabio y

lógico es pensar en concebir otro, cambiar el modo de pensar a partir de nuevos conceptos básicos, de nuevos axiomas, de nuevos presupuestos.

Scribano (2000) menciona que “en los últimos años una estrategia metodológica denominada genéricamente como investigación cualitativa ha cobrado un especial auge”, y acorde con Castillo (1999), “probablemente, es más apropiada para entender y describir aquellos fenómenos humanos que interesan a los profesionales de la salud y de los cuales se conoce poco.

Bajo el nombre de *investigación cualitativa* se ubica una gran variedad de perspectivas de investigación que emergen como alternativa al enfoque positivista (cuantitativo). De acuerdo con Rodríguez, Gil y García (1999), “la investigación cualitativa engloba toda una serie de tendencias en investigación, cada una de ellas con sus características diferenciales.”

Mayan (2001) define la investigación cualitativa como la exploración de las experiencias de la gente en su vida cotidiana. Para Mercado (2000), y Nátera y Mora (2000), la investigación cualitativa se ocupa de los procesos, los significados, la subjetividad y un conjunto de cuestiones relativas a cómo se crea y significa una experiencia social. "Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas" (Rodríguez *et al.*, 1999).

Álvaro (1995) señala que esta perspectiva de investigación insiste en que el mundo social se diferencia del mundo físico en que el primero es construido en la interacción social y que, por tanto, es una realidad de significados compartidos. Para MacQueen (2002), la investigación cualitativa tiene que ver con la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir. Patton (1990) menciona que la investigación cualitativa, en tanto que se usa para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren, también es conocida como indagación naturalística.

Para Banister, Burman, Parker, Taylor y Tindall, (2004) “La investigación cualitativa es parte de un debate, no una verdad fija. La investigación cualitativa es: a) un intento de captar el sentido que estructura y que yace en el interior de lo que decimos sobre lo que hacemos; b) una exploración, elaboración y sistematización de la relevancia de un fenómeno identificado; c) la representación esclarecedora del significado de un aspecto o problema delimitado”

Lara, Taméz, Eibenschutz, y Morales. (2000) aseveran que esta perspectiva ofrece las siguientes ventajas:

- a) El reconocimiento de la subjetividad del investigador, quien consciente o inconscientemente interactúa con la realidad y se involucra desde el momento de seleccionar el problema.
- b) El considerar al individuo y/o los grupos como parte activa de la investigación y no como objetos, garantizando un espacio para la expresión del contenido simbólico del proceso vivido por la persona, su familia y su grupo.



- c) Los elementos de estudio, que son seres humanos, se definen en función de sus relaciones. No se trata de aislarlos recortando las variables por estudiar del resto de sus características. Sus relaciones con su tiempo, entorno social, cultura, historia, familia, personas cercanas, hábitos, valores y representaciones, son importantes. A partir de estas relaciones es que el significado se hace presente, ya que la persona es resultado de una relación interactiva con sus grupos de referencia (reales o ideales) que fuera de ellos no existe.
- d) Se explora mejor la subjetividad de los individuos y de los grupos, haciendo hincapié en las contingencias más que en las regularidades de las experiencias vividas durante su enfermedad, que pudieran haber sido desconocidas para el investigador.
- e) Se recupera el discurso de salud/enfermedad, de cada individuo o grupo y que siempre es diferente del discurso médico.
- f) Se utilizan procedimientos no estandarizados, sino flexibles (guiones abiertos) que permiten recuperar lo esperado y lo emergente de la experiencia vital de las personas.
- g) Se permite, más que describir comportamientos, comprenderlos. A diferencia de la búsqueda por rechazar una hipótesis nula y verificar la otra, el estudio se orienta a resignificar hechos o situaciones.
- h) En relación con consideraciones éticas, se brinda la oportunidad que tomen la palabra los que siempre son interpretados sin haberse expresado, porque los interrogatorios nunca dicen lo que el interrogado quisiera decir, sino lo que el interrogador está interesado en preguntar. (p. 97-122)

Es decir, la investigación cualitativa permite que el investigador interactúe con la realidad y reconoce a los participantes como sujetos, sin aislarlos, y sobre todo, dando importancia a cada una de las relaciones con sus grupos de referencia para explorar la subjetividad, haciendo hincapié en las contingencias de las experiencias vividas durante su enfermedad y utilizando procedimientos no estandarizados que permitan comprender los comportamientos, orientando el estudio a resignificar situaciones y dando voz a los que siempre son interpretados.

Por estos motivos, la investigación cualitativa ofrece ventajas que el enfoque positivista soslaya al encontrarse inserto en un marco rígido y *a priori*.

Subjetividad e investigación cualitativa

Una característica que marca la diferencia entre la investigación cualitativa y el positivismo, lo representa el hecho de que, para la investigación cualitativa la subjetividad es un elemento fundamental para entender el fenómeno humano.

Bueno (1962) menciona que la subjetividad no se define por el sentimiento que cada uno experimenta de ser uno mismo, sino como la unidad psíquica que trasciende la totalidad de las experiencias vividas que reúne, asegurando la permanencia de la conciencia.

Güel (2001) afirma que por subjetividad se entiende aquella trama de percepciones, aspiraciones, memorias, saberes y sentimientos que nos impulsa y nos da una orientación para actuar en el mundo. Para Gemelli y Zunini (1961), los hechos subjetivos son experimentados solamente por una persona y sólo ésta puede dar cuenta de ellos sin que otros tengan posibilidad de notarlo.

Así, los fenómenos subjetivos, son exclusivamente nuestros (de cada persona), por lo tanto, otros no pueden conocerlos si nosotros no se los damos a conocer.

Bueno (1962) menciona que “La búsqueda de la subjetividad llega a la indagación de las causas, al origen de la creación cultural, o sea nada menos que al espíritu.”

Millán (1967) argumenta que:

Tanto en el lenguaje filosófico como en el uso común, los términos subjetividad y subjetivo pueden ser empleados en una doble acepción. Por una parte, de lo que verdaderamente no es real, sino pertinente o relativo al ser en el que se dan las apariencias, en donde la ambigüedad de las palabras en cuestión es perfectamente sintomática. Por otro lado, la genuina subjetividad, la humana, tiene que ser real para que lo aparente pueda darse en ella; pero ha de ser real bajo la forma según la cual se pueda dar en ella lo aparente.

Algunas doctrinas que fundamentan la subjetividad son:

- a) Subjetivismo, esta doctrina hace énfasis en que la verdad está fundada en los sujetos, “la verdad ya no está fundamentada en un reino de realidades suprasensibles, en un mundo objetivo, sino en una conciencia, en un sujeto” (Hessen, 1996). Esta doctrina proclama la preeminencia del sujeto en el acto de la valoración, y, de acuerdo con su tesis general, puede adoptar la siguiente fórmula: el valor es un producto del sujeto, éste es el determinante del valor y posee definitiva prioridad sobre el objeto valorado (Bueno, 1962).
- b) Empirismo subjetivo, esta corriente filosófica destaca la introspección entendida como una mirada al interior de la mente, con la finalidad de buscar ideas generales que serán identificadas con imágenes y a su vez con la idea, pero niega la existencia de ideas generales abstractas (Copleston, 1992, Vol. 5). Se acentúa el papel que desempeñan las ideas, su razonamiento versa sobre ideas particulares, y la extensión que alcanzan es posible gracias a la capacidad que tenemos de hacer universal una idea particular, no por su contenido positivo, sino por su función representativa. Para esta corriente las ideas son las cosas sensibles, sin embargo, sólo pueden existir en la mente que las contiene, es decir, en el espíritu del sujeto (Copleston, 1992, Vol. 5).
- c) Idealismo subjetivo, para esta doctrina la realidad está en la conciencia del sujeto y los objetos son sólo contenidos de conciencia, y su razón de ser consiste en ser percibidos, formar parte de los contenidos de nuestra conciencia, de manera que si se dejan de percibir, dejan de existir (Hessen, 1996), del mismo modo determina que lo real es asequible únicamente por medio de la conciencia y aunque se pueda decir que algo existe independiente, no tendría sentido si no fuese por la misma conciencia (Ferrater, 1978).
- d) Criticismo, para esta doctrina sólo se pueden hacer representaciones de los objetos externos al sujeto, las cuales están determinadas por su ánimo, en otras palabras, las representaciones de los objetos dependen de las condiciones internas del sujeto que las percibe en condiciones de espacio y tiempo (Copleston, 1992, vol. 6).

manifesten por sí mismas sin constreñir su estructura desde fuera, sino respetándola en su totalidad (Martínez, 2001).

La fenomenología se presenta como un método que “intenta poner los fundamentos de una filosofía estrictamente científica y originar a partir de ahí una reforma de las ciencias” (Sánchez, 1987). Su principal objetivo fue entender lo que significa ser una persona y cómo el mundo es inteligible para los seres humanos (Castillo, 1999), Su propósito es “estudiar y describir la esencia de la experiencia humana vivida” (Morse y Field, 1996).

Hessen, menciona lo siguiente:

"El fenomenalismo es una teoría que afirma que no podemos conocer las cosas como son en sí, sino tan sólo su apariencia... Únicamente podemos conocer que las cosas son, pero no podemos conocer lo que son... las cualidades secundarias, tales como los colores, el sabor, los olores, etc., no residen en las cosas, sino que son originadas solamente por la conciencia... además,... niega que en las cosas residan las cualidades primarias (la forma, la extensión, el movimiento) y las propiedades espacio-temporales, y las ubica a todas en la conciencia" (1996: 92-93).

Van Manen (citado por Mélich, 1994) define a la fenomenología como el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad, la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, el estudio de las esencias, la descripción de los significados vividos, el estudio científico-humano de los fenómenos, la práctica atenta de las meditaciones, la exploración del significado del ser humano y el pensar sobre la experiencia originaria.

Para Mercado (1996:48) el objeto de estudio de la fenomenología “es la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y reconstruyen

el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente como proceden para producir y experimentar la vida diaria".

Martínez (2001) referente a la fenomenología argumenta que: "es el estudio de los fenómenos tal como son vividos, experimentados y percibidos por el hombre." Su énfasis primario está puesto en el fenómeno mismo, es decir, "en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del modo como lo hace, con toda su creación y particularidad. No desea excluir de su objeto de estudio nada de lo que se presenta a la conciencia." Sin embargo, desea aceptar sólo lo que se presenta y precisamente así como se presenta. Se centra en el estudio de realidades vivenciales, que son "poco comunicables, pero que son determinantes para la comprensión de la vida psíquica de cada persona."

La fenomenología brinda un punto de vista diferente del positivista acerca de la objetividad y los métodos apropiados para el estudio de la conducta humana, "básicamente sostiene que los científicos sociales no pueden comprender esta conducta sin entender el marco interno de referencia desde el cual los sujetos interpretan sus pensamientos, sentimientos y acciones" (Martínez, 2001).

Para Álvarez, (2006), la fenomenología se caracteriza por centrarse en la experiencia personal, en lugar de aproximarse al estudio de hechos desde perspectivas grupales o interaccionales y se basa en cuatro conceptos claves:

- 1) La temporalidad (el tiempo vivido),

- 2) La espacialidad (el espacio vivido),
- 3) La corporalidad (el cuerpo vivido) y,
- 4) La relacionalidad o comunalidad (la relación humana vivida).

Apps (1991) presenta el método fenomenológico como el desarrollo de seis fases:

1. Descripción del fenómeno. Esta fase supone partir de la experiencia concreta y describirla de la manera más libre y rica posible sin entrar en clasificaciones o categorizaciones.
2. Búsqueda de múltiples perspectivas. Se pueden obtener distintas visiones, del investigador, de los participantes, de agentes externos. Se trata de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes, incluso cuando son contradictorias.
3. Búsqueda de la esencia y la estructura. El investigador intenta captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, además de las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas.
4. Constitución de la significación. El investigador profundiza más en el examen de la estructura, centrándose en cómo se forma la estructura de un fenómeno determinado en la conciencia.
5. Suspensión de enjuiciamiento. Se caracteriza por la suspensión de los juicios mientras se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio. Se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las construcciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir.
6. Interpretación del fenómeno. Se trata de sacar a la luz los significados ocultos, tratar de extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a lo largo del proceso. (p. 141-162).

La fenomenología, así como muchas otras teorías, se ha desarrollado y modificado después de su creación. Martín Heidegger (citado en Álvarez, 2006). propuso la fenomenología hermenéutica mediante la cual se aspira describir los fenómenos ocultos y, en particular, sus significados. Con orígenes en la fenomenología hermenéutica surgen la fenomenología reflexiva-trascendental, la fenomenología dialógica, la fenomenología

empírica, la fenomenología existencial y la fenomenología social. Si bien, cada una tiene características específicas, todas comparten principios generales, que las caracterizan dentro de la corriente filosófica creada por Husserl (Álvarez, 2006).

Bernstein y Nietzel, 1982) consideran que la mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten las siguientes consideraciones:

- a) A los seres humanos se les considera como personas activas, pensantes que son responsables de manera individual de las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.
- b) A pesar de que el modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo, en lugar de esto, supone que cada persona nace con una "potencia para el desarrollo" y que ésta proporciona el motor de la conducta. También supone que las personas son esencialmente buenas y que luchan de manera natural por lograr la creatividad, el amor, la felicidad, la armonía y otras metas positivas.
- c) Este modelo considera que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos. Se rechaza el uso de etiquetas peyorativas para la conducta problemática y supone que toda la actividad humana es normal, racional y comprensible cuando se le considera desde el punto de vista de la persona que se está observando.
- d) En el trabajo clínico, a las personas no se les puede tratar como objetos, son seres humanos y nuestros semejantes. De acuerdo con el modelo fenomenológico se logra una información muy pobre por medio de la acumulación de datos de evaluación orientados históricamente o de buscar la manera de ayudar a la persona a que resuelva un problema situacional en particular debido a que:
 - El pasado es menos importante que el presente.
 - Ayudar a una persona a resolver un problema puede simplemente crear otro problema al fomentar la dependencia y sofocar el crecimiento.

Cresswell (1998), citado por Álvarez (2006), considera como estudios fenomenológicos a aquellos que cumplen con las siguientes características:

- Buscan la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia.
- Enfatizan la intencionalidad de la conciencia, es decir, que las experiencias contienen la experiencia externa y la interna, las cuales se basan en la memoria, la imagen y el significado.

- Realizan el análisis fenomenológico de los datos mediante una metodología reductiva, con auxilio del análisis de discursos y de temas específicos, y con la búsqueda de significados posibles.
- Apartan su propia experiencia, en la más pura tradición de la investigación naturalista.
- Confían en la intuición, en la imaginación y en las estructuras universales para aprehender la experiencia.
- Suspenden cualquier juicio respecto a lo que es real o no lo es.
- Comprenden las perspectivas filosóficas detrás de la teoría, especialmente el concepto de estudiar de cómo una persona experimenta un fenómeno.
- Elaboran preguntas de investigación tendientes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia, y solicitan que les describan las experiencias vividas cotidianamente.
- Obtienen información de quienes han experimentado el fenómeno que estudian, generalmente por medio de entrevistas.

Fenomenología y salud

Mercado (1996) menciona que “desde mediados de la década de los setenta un número creciente de trabajos en el área de la salud se adhiere a los postulados teórico-metodológicos de la fenomenología, hasta convertirse en el paradigma dominante de la sociología médica en países como Gran Bretaña y, en menor medida, en Alemania y Estados Unidos.”

Además de lo anterior, indica que “ejemplo de ello son la serie de trabajos sobre la experiencia y el manejo del padecimiento que se ha llevado a cabo desde la década de los setenta, bajo el principio básico de que los razonamientos de los pacientes (sujetos) son el reflejo de las explicaciones que elaboran acerca de su padecimiento y que influyen en sus actividades en materia de salud.

Seguin (1982), menciona que “el padecimiento generalmente se origina en el cuerpo de las personas, por la percepción e interpretación personal de los síntomas y signos de la enfermedad y por la manera como se vivencia la incapacidad del cuerpo para cumplir con lo que la persona espera de él. Este es un padecer sin enfermedad propiamente dicha.”

De acuerdo con Martínez (2003):

El padecimiento está formado por varios elementos como son: a) las ideas de la persona sobre la salud, las experiencias, conocimientos, creencias, suposiciones, esperanzas, miedos y actitudes respecto a la enfermedad en general o referentes a la enfermedad que tiene o imagina tener la persona. b) las experiencias, conocimientos y actitudes de y ante la medicina y los médicos, la manera como la persona siente y vive sus redes de apoyo psicosocial y afectivo, la religiosidad, las reflexiones, certezas o suposiciones de la persona sobre el costo en dinero de la enfermedad y su tratamiento.

El padecimiento como pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información y en el cuerpo sólo se muestra (Dethlefsen y Dahlke, 1997) la preocupación, la cual es la expresión de miedos o temores referidos a diversos asuntos (impotencia, sufrimiento, inutilidad, marginación social, desprecio y aún la muerte) es una de las maneras más frecuentes de la persona de sentir su padecer.

A esto, podemos agregar “la desesperación, la vergüenza, el disgusto por molestar a los familiares, el sentimiento de minusvalía o inferioridad, etc.” Martínez (2003). Conrad (citado por Mercado, 1996), menciona aspectos de la experiencia del padecimiento: la incertidumbre, la carrera del enfermo, el estigma, el trabajo biográfico y la reconstrucción del yo, el manejo del

tratamiento, los conocimientos, la concientización, el intercambio y las relaciones familiares.

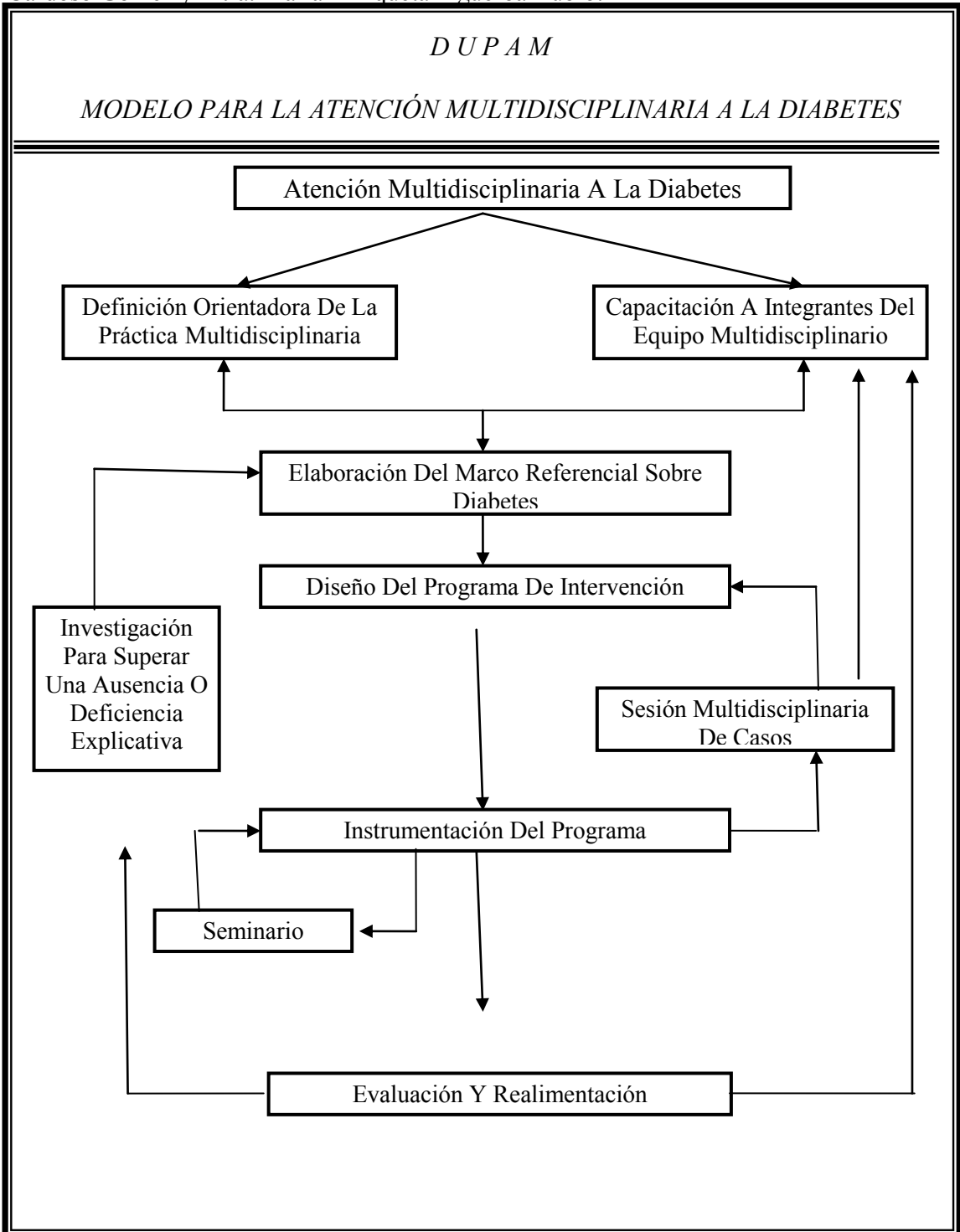
Otro de los temas de interés entre quienes se adscriben a la fenomenología es el estudio de las prácticas interpretativas de los sujetos acerca de la naturaleza de la experiencia vivida y el orden social de la vida diaria, a partir de un conjunto de suposiciones subjetivas, es decir, su objeto de estudio “es la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y reconstruyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, pero especialmente cómo proceden para producir y experimentar la vida diaria” (Mercado, 1996).

Otra característica de esta corriente radica en admitir que los significados subjetivos de los actores sobre el mundo de la vida se sustentan en un “conjunto de conocimientos” que comparten con los demás, compuestos por construcciones y categorías del sentido común cuyo origen es de naturaleza social (Mercado, 1996).

Al respecto Gerhardt (citado en Mercado, 1996) menciona que el conocimiento del sentido común, a la par que el conocimiento científico, comparten el hecho de centrarse en la construcción de la realidad, y por lo tanto, aunque diferentes, son igualmente validos al reflejar la realidad objetiva del mundo externo.



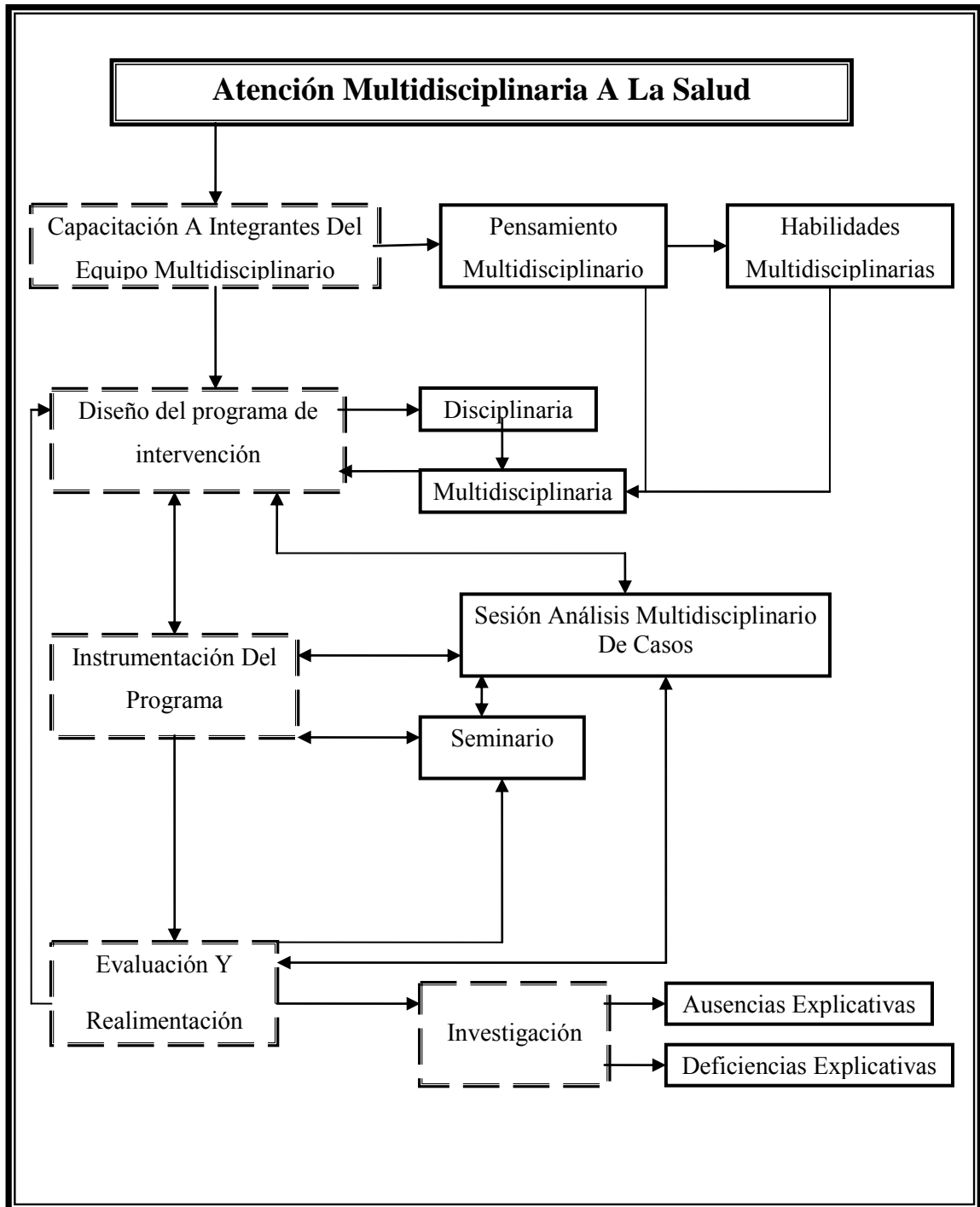
Figura I. Primer modelo de atención multidisciplinaria. Autores: Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez y Mtra. María Enriqueta Figueroa Rubio.



Fuente Plazola (2008: 88).



Figura II. Modelo actual de atención multidisciplinaria.



Fuente Plazola (2008: 89).



En la *primera etapa* se cubren tres condiciones que anteceden y son necesarias en la instrumentación del programa:

- Un consenso sobre el concepto de multidisciplinaria.
- Capacitar a los prestadores de servicio social que conforman el equipo en el manejo de la diabetes ofreciendo su visión del problema desde cada una de las disciplinas participantes.
- Capacitar a los integrantes del equipo en el desarrollo de habilidades multidisciplinarias.

Las tres condiciones anteriores se logran con la implementación del Programa de capacitación para desarrollar habilidades multidisciplinarias para la atención de la salud.

En la *segunda etapa* se elaboran:

- Marco conceptual multidisciplinario: sirve como referencia para el programa de intervención.
- Programa de intervención: se diseña en base a estrategias de atención multidisciplinaria.

En la *tercera etapa* se aplica el programa de intervención brindando atención a las personas con diabetes tipo 2 y se realizan sesiones de análisis de caso de dos formas:

1. Se examinan las dificultades que cada persona presenta y que le impiden bajar los niveles de glucosa en sangre para,

que se crea mayor sensibilidad al elaborar categorías, lo cual a su vez, favoreció el identificar los aspectos culturales, esto es, se consideró que al codificar manualmente se tendría mayor sensibilidad para la interpretación de los datos y con ello se reduciría la probabilidad de soslayar algún acontecimiento o situación importante.

La codificación, análisis e interpretación se realizó conforme al procedimiento propuesto por Miles y Huberman (1994), el cual consta genéricamente de tres actividades:

- 1) Reducción de datos:
 - Separación en unidades.
 - Identificación y clasificación de unidades.
 - Síntesis y agrupamiento
- 2) Disposición y transformación de datos.
- 3) Obtención y verificación de conclusiones:
 - Obtención de resultados y conclusiones.

Verificación de conclusiones, mostrándolas a los participantes y solicitando su aprobación.

Fase B

El diseño del tratamiento individualizado comprendió las siguientes etapas:

peso normal, me hacía estudios, me desparasitaba y luego me recetaba ampollitas de complejo B.

Con el paso del tiempo -a pesar de las innumerables ocasiones que el médico prescribió diferentes tratamientos- no se logró aumentar el peso de la informante. Esto provocó que su madre decidiera probar, simultáneamente con el tratamiento prescrito, remedios y medicamentos en espera de conseguir mejores resultados:

*Me daba suplementos vitamínicos y remedios como the de epazote, sopa de cebolla ó ajos molidos con leche. Los ajos junto con el hígado de tiburón eran de sabor muy desagradable y los consumí por mucho tiempo. A pesar de los esfuerzos realizados, en su infancia no se logró que la informante aumentara de peso y al cumplir 16 años *medía 1.60 y pesaba 49 kilos*, su IMC era de 19.14.*

A esa edad contrae matrimonio y nace su primera hija. Posterior a su embarazo su peso fue de 52 kgs. e IMC de 20.31. A los 20 años nace su segundo hijo y su peso aumenta a 55 kilos e IMC de 21.48. A los 21 años, posterior a embarazo gemelar pretérmino su peso es de 58 kilos e IMC de 22.65. A los 23 años nace su tercer hijo y posterior al parto se mantiene en un peso de 63 kilos e IMC de 24.6. A los 27 años pesa 68 kilos y tiene IMC de 26.56 iniciando su problema de peso.

Experiencias anteriores

En el transcurso de su vida, la participante ha pasado por diversas situaciones en las que se sometió a varios tratamientos para reducción de peso. En cada intento se esforzaba en llevar a cabo las indicaciones en espera de obtener buenos resultados, sin embargo, dichos tratamientos no fueron satisfactorios en sus resultados, porque no solo los efectos no eran los esperados, sino que, cada proceso se sumaban a una larga lista de intentos en los cuales ella menciona: *cada vez que hacía un intento y no lograba bajar o después de bajar no lograba estabilizarme y rebotaba mi peso, sentía que se cerraba una puerta para mí.*

A continuación se presentan en orden cronológico las experiencias que la participante ha realizado -a lo largo de 17 años- con la finalidad de lograr reducir de peso. Además, se mencionan las repercusiones que cada uno de estos intentos tuvo en su vida.

1. Control de peso con medicamento

En el año de 1990 la participante con un peso de 68 kgs. E IMC de 26.56 (sobrepeso), decide asistir con un médico dietista para iniciar un régimen para disminución de peso. El médico que la atiende le dice que *„de acuerdo a tu talla deberías pesar 58 kilos, así que estas pasada de peso 10 kgs’* e indica

tratamiento con anfetaminas (medicamento para disminución de peso), dieta reducida en calorías, té y licuado de vegetales:

Me recetó cápsulas de asenlix ½ hora antes de desayunar y de come, pastillas de Ativán por la noche para que me sintiera ‚tranquila’. Ambos medicamentos por tres meses. Además, me dio una hoja de dieta, té de Samadhi y un licuado que se preparaba con pepino, apio, perejil, limón y dos litros de agua.

Con lo relatado se puede inferir que el médico dietista le prescribió medicamentos, dieta hipocalórica y un licuado preparado con vegetales que favorecían tanto el aporte de vitaminas, como la oportunidad de suministrar al organismo la cantidad de líquidos adecuada (dos litros al día).

Sin embargo, el asenlix es un anorexígeno que contiene clorhidrato de clobenzorex, el cual se prescribe para tratamiento de personas obesas y no debe administrarse por periodo mayor a ocho semanas (Rosenstein, 1998). Es decir, dicho medicamento es posible que no fuera el apropiado para las condiciones de la participante, porque se encontraba en un rango de sobrepeso, sin llegar aún al estado de obesidad, asimismo, el tiempo que se prescribió el medicamento, superó el tiempo recomendado de administración. Los resultados fueron los siguientes:

Aunque bajé siete kilos, hubo varios problemas: 1) las pastillas de Ativán provocaban que me costara enorme trabajo despertarme y me sintiera

con sueño y cansada. Lo comenté con el médico y bajó la dosis a ½ pastilla, pero seguía sintiéndome como si estuviera enferma.

A este respecto, Rosenstein (1998) menciona que ativan es un ansiolítico que contiene lorazepam y está indicado en trastornos por ansiedad, sin embargo, “no debe administrarse en casos de ansiedad o tensión asociados con el estrés de la vida cotidiana... se debe prescribir la dosis más baja durante el menor tiempo posible. Generalmente, la duración del tratamiento no debe ser mayor de dos o tres meses incluyendo el periodo de discontinuación gradual.”

En los datos anteriores se observa la posibilidad de que a Estrella se le prescribió un medicamento que no era el adecuado a sus necesidades, particularidades y características. Probablemente el tratamiento no fue individualizado y esto tuvo como consecuencia los malestares que la participante menciona.

El segundo problema: el té debía prepararlo en dos litros de agua y tomarlo como agua de uso, alternando los días con el licuado, pero no logré acostumbrarme a lo amargo del té, incluso a veces me daban ganas de vomitar cuando lo tomaba.

Las palabras de la informante son un claro indicio de que difícilmente podría lograrse un apego al tratamiento porque tanto los medicamentos como el té le provocaban malestar, esto repercutía en una clara aversión a

consumirlos, en consecuencia, al no seguir adecuadamente las indicaciones, tampoco los efectos en su organismo fueron los apropiados. La estrategia fue inapropiada porque no se tuvo en cuenta los hábitos alimentarios de la participante. Al indicarle alimentos con los cuales ella no estaba familiarizada y que resultaban desagradables a su paladar, se favoreció el abandono del tratamiento.

El tercer problema: cuando terminé el tratamiento recuperé el peso anterior y subí tres o cuatro kilos más. Eso provocó que cambiara mi forma de vestir y usara ropa con la que me veía y me sentía mal, me sentía vieja, veía a personas de mi edad y pensaba ¿Porqué no puedo verme y vestirme como ellas?”

En sus palabras, se vislumbra que no se logró modificar la alimentación de la informante con el tratamiento. Al no conseguir interiorizar un cambio de los hábitos alimentarios los resultados fueron inadecuados y retorno a su alimentación anterior. Otro aspecto importante, es que la participante ignoraba que existe un efecto rebote que puede aparecer tras una pérdida de peso y que provoca que vuelva fácilmente a un peso superior del que parte: *No me quedaron ganas de volver a intentar tratamientos de ese tipo. Siento que los kilos que había bajado fueron un espejismo porque subí más de lo que estaba y me veía más gorda y me sentía fea.*

La participante en sus palabras muestra un claro sentimiento de frustración y deterioro de su autoconcepto y autoestima. Asimismo, considera que su apariencia física sufrió un serio quebranto de acuerdo a su percepción, pues manifiesta que cuando termino el tratamiento se veía más gorda y se sentía fea.

Por otro lado, su sensación de salud fue perjudicada provocando que se sintiera *como si estuviera enferma y con ganas de vomitar*. Asimismo, el médico no le informó de los efectos secundarios que podían provocar los medicamentos prescritos. Además, se promovió el abandono del tratamiento porque al administrar los medicamentos no se tuvieron en cuenta las características y necesidades específicas de la informante.

2. Realización de ejercicio físico

En el año 1992 decide realizar ejercicio físico por lo que se inscribe en un gimnasio y practica aerobics 6 días a la semana durante una hora. Posteriormente aumenta de manera gradual hasta llegar a un total de 14 horas a la semana, alternando las clases de aerobics con carrera. Esto le permite mantenerse en un peso de 68 kilos por un periodo de 3½ años, hasta que sufre una lesión en el tobillo izquierdo que le impide continuar con su rutina de ejercicios. Al estar imposibilitada para realizar ejercicio y permanecer

inalterable la cantidad y calidad de alimentos, se provoca nuevamente un aumento de peso.

En 1997 su peso es de 83 kilos e IMC de 32.42. Inicia con problemas de salud que le provocan que al subir o bajar escaleras y caminar aprisa se agite y sienta que le *falta la respiración, además, no podía abrocharme las agujetas porque mi estómago era muy prominente*. Aunque la informante ignoraba que la obesidad es una enfermedad y que ésta puede dar origen a otras enfermedades, al ver amenazada su sensación de salud y bienestar toma la determinación de reducir de peso.

Habituada desde el seno familiar a consumir un pan por la mañana y otro por la noche, decide reducir su ingesta a *medio pan en la mañana y medio pan por la noche*. De igual manera reduce su ingesta de *ocho tortillas al día a cuatro* y realiza caminata durante *una hora al día cinco días a la semana*. Con la implementación de las mencionadas medidas, logra reducir un kilo de peso por semana durante 12 semanas llegando a un peso de 71 kgs. e IMC de 27.73 *pienso que me veía y me sentía muy bien, me agradaba mi imagen en el espejo y decidí no bajar más. Entonces consulte con un médico para aumentar la cantidad de alimento sin que repercutiera en mi peso*.

Los malestares desaparecieron y el médico modificó la dieta de acuerdo a las actividades que la informante realizaba, además, decidió retomar sus estudios e *ingresé al CCH* y continuó trabajando. Por cuestiones propias de las

nuevas actividades escolares su tiempo se redujo y en lugar de salir a caminar realizaba *pesas y hawaiano*.

De esa manera se mantuvo en el mismo peso hasta marzo del 2001. En esa fecha nuevamente se embaraza y después del parto se mantiene en un peso de 82 kgs. e IMC de 32. Posterior al parto retrasó su ingreso a la universidad porque, *me sentía muy ansiosa porque mi bebida tenía problemas de reflujo. Me dedicaba a cuidarla y creo que sin darme cuenta comía más de lo que mi organismo necesitaba*.

Al no poder controlar su ansiedad y sus impulsos por comer se originó un aumento progresivo de peso que le era difícil evitar. Una vez que su pequeña mejoró su estado de salud, la participante se encontró en condiciones de llevar a cabo un tratamiento para controlar su obesidad.

3. Asistencia al nutriólogo

En el año 2003 con peso de 88.400 kgs e IMC de 34.53, la informante decide probar con otro régimen y asiste a un centro para reducción de peso que ofrece tratamiento especializado. En ese centro recibe una explicación amplia y detallada de la forma en que será atendida y cada cuando debe asistir a sus consultas. Posterior a un chequeo médico y a la realización de exámenes de laboratorio inicia tratamiento el 11 de agosto de 2003.

En el mencionado centro le proporcionaron tratamiento estético, consistente en la aplicación de *gel o espuma en abdomen, cadera, brazos y piernas*, colocación de vendajes en dichas áreas, y le elaboran un *programa nutricional*. En cada ocasión que asistió *pasaba a consulta con un nutriólogo* que le proporcionaba una hoja con las indicaciones de los menús de cada día, indicándole los *horarios* en que era necesario ingerir los alimentos, así como, *las cantidades* de cada uno de ellos. La duración del tratamiento fue de cuatro meses y en este tiempo se presentaron varias dificultades que ella no pudo resolver en forma satisfactoria, esto propició que finalmente abandonara el tratamiento por diversas circunstancias que se sumaron a una lista de impedimentos insoslayables. Los resultados no fueron los esperados porque:

El nutriólogo me daba una lista con los horarios de los alimentos y cantidades que debía consumir. Me quedaba con hambre y no podía cambiar los alimentos aunque deseara comer otra cosa, eso me ponía de mal humor.

Un factor importante que probablemente no se tomó en cuenta fue que la participante *necesita* realizar más de tres alimentos al día, ya que de lo contrario, cuando come lo hace de manera compulsiva y, por lo tanto, come en exceso. Para ella es una *necesidad* sentirse satisfecha con la cantidad de alimentos que consume.

Tampoco se verificaron sus razones, su motivación y sus expectativas respecto del tratamiento, por lo tanto, esto provocó que se sintiera *de mal*

humor al tener que consumir alimentos que en ese momento no eran de su agrado. Además, por mis ocupaciones se me dificultaba tener que cocinar para mi familia y aparte lo de mi dieta. A la hora de comer me sentía excluida. Terminaba por comer entre comidas. En cuatro meses solo bajé cinco kilos y termine por dejar de asistir a mis citas.”

En el párrafo anterior existe una clara evidencia de que no se tomó en cuenta la cultura para lograr el apego al tratamiento. Asimismo, la cantidad de alimentos prescrita era insuficiente, por lo tanto, no existía una sensación de saciedad que evitara *comer entre comidas*. Esto provocó que cuando ella dejó de asistir al nutriólogo *volví a consumir los alimentos que acostumbraba antes del tratamiento y aumenté de peso. Noté que me agitaba con cualquier esfuerzo, me sentía mal y no sabía qué hacer, además, deje de usar faldas o vestidos porque no me gustaba como me veía.*

Las palabras de la participante revelan que debido a los obstáculos que se presentaron, mismos que a ella le fue imposible eludir, surgieron varias consecuencias que se manifestaron de forma negativa en su vida. Dichas consecuencias repercutieron en el deterioro de su autoimagen, autoestima y autoconcepto, lo que provocó que además de cambiar su apariencia física, cambiara su forma de vestir, ya que dejó de usar faldas y vestidos porque *no me gustaba como me veía.*

También ponen en evidencia una clara disminución de su capacidad física y deterioro de su salud, ambos secundarios al incremento de peso posterior al abandono del tratamiento, esto motivó que ella considerara inadecuados los resultados y que se sintiera imposibilitada para revertir los efectos posteriores al tratamiento. Es importante mencionar que en esta ocasión, si bien los resultados no eran adecuados, también se señala que el régimen alimentario no fue seguido adecuadamente por diversas razones que la participante no pudo poner bajo control y que le impidieron un adecuado apego al tratamiento, con el consecuente fracaso en su intento de reducción de peso.

4. Intentos con productos anunciados por TV

Durante el año 2004 la informante logra mantenerse en un peso que oscila entre los 86 y 88 kgs. E IMC de 33.98 en promedio, solo cuidando su alimentación y su ingesta de agua. Este es un dato importante porque en los años anteriores refiere un aumento progresivo de peso y de agosto del 2003 a enero del 2005 logra estabilizar su peso por 17 meses. Aunque ella no es consciente en ese momento, este hecho representa el primer paso hacia el control de su obesidad.

En enero del 2005 en un nuevo esfuerzo por perder peso, decide probar con diversos productos anunciados por televisión, dichos productos se

anuncian como vanguardistas en el control de peso, y se asegura que con solo consumirlos, sin necesidad de dieta ni ejercicio se logrará llegar al peso deseado.

Ella elige entre los diversos productos, realiza su pedido vía telefónica y acude a recoger su producto e inicia el tratamiento siguiendo *al pie de la letra* las indicaciones que se dan en los programas televisivos y en las etiquetas de cada uno de los productos, asimismo, aumenta la ingesta de líquidos debido a que consumía aproximadamente un litro de agua al día y los productos indicaban tomar por lo menos dos litros de agua.

Probé con productos como metabol tonics; jabones, sticks, espumas, pastillas y fajas reductivas [Redugras]; lociones, malteadas, té, cremas, todos indicaban que se perdía peso y se quemaba grasa comiendo lo acostumbrado, pero ninguno funcionó como esperaba.

En la experiencia anterior, se observa que conforme los productos adquiridos son consumidos ella nota que no hay cambios en su peso. Los instructivos indicaban que con el uso continuo se lograban resultados, sin embargo, al no notar cambio alguno en su peso, ella reduce la ingesta de tortillas y pan en espera de lograr resultados positivos.

Tomaba pastillas que contenían guaraná, comencé a sentir dolor en el estómago y fui al médico. Me dijo que tenía gastritis y me recetó pastillas de ranitidina, pero los síntomas no mejoraban. Me suspendió las pastillas de

solución a su problema de obesidad porque ello la llevaría a mejorar su salud y cambiar su apariencia física.

5. Control de peso con acupuntura

La informante se considera una persona que se preocupa por su salud y evita ponerse en riesgo porque no desea sufrir de enfermedades y sus complicaciones, por ese motivo, para iniciar un tratamiento, primero se asegura que no existen riesgos para su salud. En el mes de julio del mismo año 2005, Estrella pesa 94.400 kgs y su IMC es 36.87, es decir, en el transcurso de seis meses aumento 6.400 kgs.

Una persona de su confianza le recomienda asistir al acupunturista para iniciar un tratamiento dirigido a su problema de obesidad. Ella consciente de que -por situaciones que no pudo controlar en los últimos seis meses- echó a perder sus cuidados de 17 meses, se siente mal anímicamente y con sentimiento de culpa. Después de mucho meditarlo decide aceptar y acude a su primera cita: *cuando acudí proporcionaron una plática. Debía asistir a consulta cada semana y me pesaban antes de pasar. El acupunturista me colocó balines y agujas en los oídos, además, era necesario llevar a cabo una dieta.*

En el momento en que la informante aceptó iniciar el tratamiento se encontraba plenamente convencida de que existían muchas posibilidades de

éxito en sus propósitos de bajar de peso, ello la llevó a depositar su confianza en las personas que le atendían y a llevar a cabo cada una de las indicaciones. En una semana le indicaba *,'dieta de grasa' y comía carnes y verduras sin importar el tipo ni la cantidad, pero no podía consumir frutas, tortilla, pan, azúcar, etc.* También debía consumir *cinco sobres de canderel* [sustituto de azúcar] *al día, un litro de agua y un litro de refresco Light. A mi no me gustaba tomar refresco y fue difícil acostumbrarme.*

Llevar a cabo la *dieta de grasa* fue satisfactorio porque manifiesta haber sentido saciedad, sin embargo, en sus palabras se vislumbra cierta añoranza por el consumo de frutas y la necesidad de acostumbrarse a consumir los refrescos. En este hecho existen dos datos importantes que se contraponen al propósito de un adecuado tratamiento para reducción de peso:

- Al proporcionar una dieta alta en grasas, se está condicionando a la persona a preferir los alimentos de este tipo sobre los alimentos balanceados.
- Al indicarle el consumo de refresco se propició el gusto por un tipo de bebidas que con anterioridad al tratamiento le eran desagradables, por lo que siempre prefería tomar *agua de sabor o natural, el refresco ni en fiestas.* En la actualidad *si no hay agua, pues tomo refresco.*

La nutrición es un aspecto importante en el manejo, tratamiento y control de la obesidad de la informante, por ello se requiere modificar sus



hábitos de alimentación y los de su familia por medio de una comida balanceada, equilibrada y apetitosa, es decir, agradable a la vista y al paladar. Lo anterior sin que al proporcionar el tratamiento, se llegue al extremo de privarle de alimentos que son de su agrado o de fomentar el consumo de alimentos perjudiciales o los malos hábitos de alimentación.

La siguiente semana la dieta era sin grasa. Comía todo tipo de alimentos evitando grasas, pastas, azúcar, pero me quedaba con hambre y no bajaba aunque seguía las indicaciones. Cuando me indicó la dieta de grasas por varias semanas, me sentía intranquila porque pienso que el exceso de grasa dañaba mi salud.

En esta ocasión, la informante manifiesta que la dieta proporcionada no era suficiente en cantidad y se quedaba con hambre. No bajar de peso es probable que generara en ella ansiedad y estrés que repercutían en aumento de apetito. Además, al indicarle realizar la *dieta de grasas* por varias semanas, surge en ella la intranquilidad, la preocupación y el temor de dañar seriamente su salud al sufrir las consecuencias de una mala prescripción por parte del acupunturista.

Cuando le manifestó sus temores dijo que no tenía de que preocuparse, *pero me enteré de que el acupunturista no era un médico con los conocimientos y experiencia necesarios, sino un técnico que tenía poco tiempo*

de haber realizado sus estudios. Eso me hizo dudar de su capacidad para evaluar las posibles consecuencias del tratamiento.

El darse cuenta del nivel de estudios que poseía el acupunturista fue para la participante el parte aguas que le orilló a tomar la decisión de dejar de asistir a sus citas. Para ella ser obesa no representaba una enfermedad, sino un problema estético que podía ser tolerable hasta cierto punto. Por otro lado, sufrir de algún tipo de enfermedad secundario al tratamiento, sí representaba un serio peligro para su integridad y desarrollo de sus actividades.

Para ella es de vital importancia encaminar sus esfuerzos a procurar su salud, esto implica que se esfuerce por evitar la presencia de enfermedades, o al menos retarde su aparición el mayor tiempo posible porque *he visto a mis abuelos, mi madre y mis hermanos sufrir por enfermedades como diabetes, hipertensión y colesterol altos. Yo procuro cuidarme y hacerme estudios para saber cómo estoy y no pasar por lo que han vivido ellos.*

En las palabras de la informante, se evidencia el surgimiento de un temor, el cual radica en la posibilidad de que los costes del tratamiento podrían ser muy altos para su salud, de acuerdo a su percepción por dos razones fundamentales:

- Aún cuando estaba dando resultados el tratamiento, éste no estaba respaldado por un médico legalmente autorizado para el ejercicio y con cédula profesional, el cual contara con los conocimientos y la

experiencia necesarios para el manejo y aplicación de dicho tratamiento.

- La participante tiene antecedentes de familiares que han padecido enfermedades crónicas que tienen riesgo elevado de ser adquiridas por factores genéticos y malos hábitos alimentarios. La preocupación que siente por su salud y el deseo de retardar en lo posible la aparición de enfermedades le lleva a suspender el tratamiento al considerar que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

Cuando hace referencia a *consideré*, para ella considerar implica el haber meditado sobre la preparación que poseía el técnico acupunturista para lograr el manejo efectivo de su enfermedad y controlar cualquier eventualidad que se presentara mientras permanecía en tratamiento, así como, en caso necesario, revertir cualquier problema ocasionado por dicho tratamiento, llegando la informante a la conclusión de que dicha preparación era insuficiente, lo que implicaba mayor riesgo de perjudicar su salud.

Asimismo, considerar implica haber reflexionado sobre las consecuencias que podrían reflejarse en su actual estado de salud y la aparición de enfermedades que conllevarían un cambio radical en sus actividades y en su vida diaria, dando como resultado descartar el tratamiento.

Dejé el tratamiento y recuperé el peso que tenía en aproximadamente mes y medio. No hice más intentos por temor a subir más.

La informante manifiesta inconformidad e insatisfacción con su estado actual, problemas de autoestima y autoconcepto, así como temor al fracaso. Cada uno de los intentos por bajar de peso realizados fueron descartados por razones diferentes, las cuales, si bien no pudieron ser enfrentadas satisfactoriamente por ella, tal vez habrían mostrado resultados diferentes si contara con la información necesaria acerca de esta enfermedad, en lugar de considerarla solo un problema estético.

Algunas razones del fracaso

En cada uno de los tratamientos anteriores existieron dificultades que escapaban a las posibilidades de control de la informante. Además, hubo dificultades que no fue posible controlar porque ella cerró las posibilidades como consecuencia de no contar con las herramientas psicológicas necesarias para enfrentarlas. Es preciso para Estrella crear un compromiso de por vida para lograr que los resultados se mantengan en el tiempo y mejoren su calidad de vida.

Esto puede lograrse enfatizando a la informante que va a hacer un régimen de alimentación correcta y aclarándole que la educación en la alimentación es fundamental para conseguir el objetivo de reducción de peso y que no intente cambiar sus hábitos de un día para otro, sino que puede

empezar introduciendo pequeños cambios, por ejemplo, aumentar paulatinamente la cantidad de vegetales que consume.

Analizando las experiencias descritas se puede observar que en cada intento, al inicio lograba disminuir de peso en forma progresiva, sin embargo, los tratamientos no se adecuaron a sus requerimientos y fueron abandonados principalmente por razones de salud. Los métodos para el control de la obesidad, además, generaron en la informante problemas con su imagen, autoestima y autoconcepto debidos al deterioro de su imagen corporal y al incremento de peso posterior a los tratamientos realizados.

Otro de los problemas a los que Estrella debió enfrentarse fue el temor al fracaso que se generaba con cada intento en el cual obtenía resultados negativos porque éstos resultados le imposibilitaban para alcanzar su meta. Además, la informante muestra en sus relatos como la ansiedad y el estrés han estado presentes a lo largo de sus experiencias, afectando su desempeño en cada intento por controlar su enfermedad de manera negativa.

La participante inicialmente veía en cada una de las experiencias descritas la oportunidad de alcanzar su meta de reducción de peso, ello la motivaba a buscar y experimentar con diversas alternativas, sin embargo, conforme incursionaba en cada una de ellas su visión cambió por que veía que su peso aumentaba, esto la desmotivaba y la llevaba a un estado en el cual se sentía cada vez peor. Es decir, los resultados descritos hasta ahora no fueron

Tabla 3: Mediciones de tensión arterial

Fecha	T/A inicial	T/A media	T/A final
15- 01- 2007	110/80	80/50	80/50
17 – 01- 2007	90/60	90/60	80/50
22- 01- 2007	110/80	100/80	90/80
28- 01- 2007	110/80	100/80	100/70
6- 01- 2007	110/80	100/80	100/75
13- 01- 2007	100/80	95/80	90/80

Tensión arterial antes, durante y después de los ejercicios de relajación.

3. **Consumir alimentos por insistencia de familiares y amigos.** La psicóloga le capacitó en técnicas de asertividad, las cuales tienen la finalidad de que la informante se entrene para manejar la presión de las personas para consumir libremente los alimentos que ella sabe son adecuados.

4. **Comer en exceso y picar durante el día.** La psicóloga le imparte en el DUPAM el taller *Reestructuración cognitiva y modificación de patrones* y la plática *Alimentación*, además, le invitó a las pláticas *„nutrición’* y *„sobrepeso y obesidad’* impartidas por la nutrióloga en la Unidad de Medicina Familiar No. 078 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En las mencionadas pláticas y talleres se instruyó a la participante sobre la manera de modificar su conducta alimentaria, como afectan las emociones la forma de alimentarse y la forma de controlarlas, alimentación saludable, el plato del buen comer, obesidad como enfermedad y los beneficios del ejercicio.

Posterior a la asistencia a estas actividades, Estrella cambia su visión de las cosas y comprende que *consumir alimentos entre comidas no es malo. Lo que representa el problema es ingerir galletas, dulces, chocolate, pan, pastelillos y comida “chatarra” en lugar de preferir frutas y vegetales frescos.*

5. **Vacaciones y paseos.** Esos eventos eran *especialmente problemáticos* para la participante debido a que *con frecuencia salgo con mi familia y no controlo el consumo de alimentos altos en grasa y refresco, con poca ingesta de agua.* La psicóloga le guió para que encontrara soluciones. La informante concluye que puede solucionarlo si *prefiero frutas y verduras en cantidades mayores, y evito comidas grasosas y carnes rojas.* Además, se logró que prefiriera *consumir agua en lugar de refresco.*
6. **Cantidad insuficiente de agua.** La informante es consciente de que la cantidad de líquidos que consume al día es inferior a los dos litros de agua recomendados. Para modificar esta situación, se acordó con la participante que midiera dos litros de agua e *ingiriera un vaso de agua cada dos horas hasta tomar dos litros en el día.*
7. **Horarios de alimentación variables y saltarse comidas.** La nutrióloga proporcionó el plan de alimentación individualizado necesario para lograr el cambio en el estilo de alimentación, además, se establecieron horarios

través del tiempo, en la alimentación se introduce inicialmente el consumo de *porciones pequeñas de verduras, frutas y agua de sabor* y, paulatinamente, se incrementó hasta conseguir que las porciones de estos alimentos fueran acordes a lo recomendado en el plato del buen comer.

Situación actual

Su peso actual es de 87 kgs., por lo cual presenta un IMC de 33.98. Su glucosa es 96 mg/dl, triglicéridos 219 mg/dl, colesterol 189 mg/dl. Aunque aún presenta obesidad, las estrategias utilizadas le han permitido disminuir 10 kgs de peso y bajar los niveles de glucosa y colesterol. *Ahora sé que bajar de peso es posible y lo mejor de todo es que quedo satisfecha. Mi familia y yo hemos aprendido a disfrutar de los alimentos.*

Los cambios se introdujeron simultáneamente en el ambiente familiar para que éstos sean permanentes y, de esta manera, evitar la existencia de alguna fuerza invisible que orille a la informante a cambiar su decisión. Para lograr este objetivo, la participante guisa *comida con verduras, se las agrego a la sopa, el guisado, preparo ensaladas y sopas de verdura. Mi esposo es el encargado de elegir las frutas y mis hijos y yo elegimos las verduras.*

El apoyo familiar de parte de su esposo e hijos ha sido decisivo para lograr el cambio, por eso la comida: *la preparamos mi esposo y yo mientras los niños preparan la mesa y el agua de frutas con poca azúcar. Ahora sé que*

perderé peso poco a poco y que en ocasiones puede ser que no baje, pero quiero controlar mi enfermedad y evitar que mis hijos la padezcan por eso nos estamos educando en los gustos por la comida.

Ahora acostumbran consumir alimentos balanceados, apetitosos, agradables a la vista y paladar, pero sobre todo *sabrosos* y que proporcionen sensación de saciedad. Al realizar el ejercicio *mis hijos son los primeros que piden salir a caminar porque les gusta* y se han acostumbrado a hacerlo como parte de la rutina diaria.



Capítulo VII

Una Situación Difícil

El caso que a continuación se presenta es el de la señorita Gabriela una mujer de 24 años de edad, pasante de psicología que está realizando su servicio social y elaborando su tesis. Reside en el municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. Es la tercera de cuatro hermanos. Ella, su hermano y sus padres habitan en casa propia.

A su ingreso como participante de este estudio presenta un peso de 76.600 Kilogramos, talla 1.68 metros e IMC de 27.14, por lo cual, acorde con la clasificación de la NOM -174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, se clasifica como una persona obesa por tener un IMC superior a 27. Refiere antecedentes positivos de diabetes e hipertensión, por parte de padre y madre y de obesidad por parte de madre y hermanos.

Antecedentes personales

Gabriela, fue una niña que desde muy pequeña se vio afectada por los prototipos de belleza que manejan los medios de publicidad, los cuales presentan a mujeres sumamente delgadas, esto aunado a la apariencia física de sus hermanas las cuales eran *obesas*, provocó una situación que afectó la relación entre ellas y que marcó un contraste no solo físico, sino de personalidad entre ellas.

Aunque antes de los 10 años la informante no recuerda haber tenido problemas por su peso porque fué una niña *delgada*, ella a diferencia de sus hermanas, sentía preocupación por su peso desde que era pequeña. Esto la llevaba a realizar esfuerzos por mantenerse en un peso adecuado no como una forma de mantener una condición saludable, porque ella a esa edad ignoraba que la obesidad era una enfermedad, sino como una *necesidad de ser diferente, de ser especial en algo y por eso comía cereal tres días a la semana cuando sentía que aumentaba de peso.*

Se observa que la participante, desde muy temprana edad, tiene consciencia de la situación de obesidad que presentaban sus hermanas. *Cuando tenía diez años me preocupaba mucho por mi peso porque veía a mis dos hermanas que siempre fueron obesas.* La consciencia de esta situación no le impedía compartir los platillos que consumía el resto de la familia, porque

siempre se había mantenido delgada, sin embargo, *pensaba* que podía desencadenarse un aumento de peso que le llevaría a presentar el mismo problema que presentaban sus hermanas.

La informante aunque disfruta de los alimentos y las condiciones en que se desenvolvía su vida familiar y social, a muy temprana edad inicia con una preocupación por el peso que la llevaba a buscar la forma de mantenerse en un peso apropiado para continuar siendo delgada, propiciando con ello un comportamiento con el cual cuando *sentía que aumentaba de peso hacía mis disque dietas* y consumía cereal por la mañana y por la noche.

Aunado a lo anterior, sus padres preocupados por proporcionarles las vitaminas que ella y sus tres hermanos requerían para un adecuado desarrollo, les proporcionaban suplementos vitamínicos en espera de que su crecimiento y su salud fueran beneficiados con estas acciones y tratando de compensar cualquier posible carencia nutricional.

Contexto cultural

Durante muchos años la participante ignoró que la obesidad es una enfermedad, y como tal, debe ser tratada y controlada si se pretende encontrar un estado de salud óptima. Sin embargo, a pesar de su corta edad, puede percatarse del momento en que sin poder controlar la situación, y acatando las órdenes de su madre, inicia la ingesta de una cantidad mayor de alimentos.

De igual manera, su preferencia por el consumo de alimentos en la calle, lo aprende de su madre al compartir y consumir junto con sus hermanos, en los horarios de recreo y a la salida de la escuela alimentos como tortas, tacos y quesadillas. *Cuando íbamos a la primaria, mi mamá nos ponía lunch, a la hora del recreo nos llevaba quesadillas y a la salida de la escuela nos llevaba a comer tortas o tacos de la esquina.*

Es así como continúa trascurriendo su vida y al paso del tiempo los hábitos de alimentación poco a poco van instaurándose y formando un hábito en Gabriela, hasta conformar su estilo de vida alimentario, el cual es aceptado y compartido por ella, sus padres y sus hermanos de manera conciente, por haber sido aprendido en el seno familiar.

Conforme pasa el tiempo, la informante prosigue con el estilo aprendido. Ella indica que su estancia en la escuela preparatoria se desarrolló de una manera muy peculiar, porque el tipo de dieta que consumió durante este periodo se puede considerar inadecuado para satisfacer los requerimientos nutrimentales que debieron ser aportados a su cuerpo. *Me acuerdo que en la prepa hacía ejercicio y me comía una torta de milanesa con quesillo y pierna todos los días.*

Este comportamiento desde el punto de vista del aprendizaje obtenido en el seno familiar, era considerado no solo el adecuado, sino también, aceptado por los miembros de la familia, los cuales compartían los patrones de

conducta y de conciencia, así como las formas de interacción y solidaridad social, y, por lo tanto, las formas de satisfacer las necesidades del sistema biológico.

Otro aspecto que favoreció este estilo de alimentación, lo representa el hecho de que para la informante no hubo necesidad de preocuparse por su peso porque se encontraba en un peso apropiado a su edad y estatura. De esta manera, comer una torta todos los días no representaba conflicto ni preocupación por su imagen corporal, y pudo olvidarse por un tiempo de la *necesidad de ser diferente* a sus hermanas, dicha *necesidad se* vio desplazada por una alimentación en la cual no requería cuidar lo que comía, ni comer cereal u otro alimento que promoviera un peso adecuado.

Esa época no tuve que preocuparme por mi peso porque a los 15 años pesaba 55 kilos y medía 1.60 y cuando salí de la prepa medía 1.68 y pesaba 64 kilos.

Los alimentos que consumió en este periodo, carecían de las cantidades necesarias de verduras y fruta y también existía déficit en su consumo de agua, pero esto no representó mayor problema para su desempeño académico y social. De este modo, transcurrieron los tres años de su estancia en la escuela preparatoria en los cuales el aporte nutrimental era inadecuado para sus necesidades.



Inicio de los problemas de peso

A su ingreso a la universidad refiere peso de 65 kilos. En ese periodo sucedió algo que de manera inconsciente cambio sus hábitos de alimentación, y de igual manera el rumbo de su vida al iniciar sus problemas de peso.

Ella menciona haber vivido un periodo de trastorno del estado de ánimo, el cual generó que modificara su dieta y disminuyera drásticamente ocho kilos en un mes. Su sensación de bienestar impidió que consultara un psicólogo, un médico o un especialista en nutrición para evitar que dicho trastorno afectara su posterior desempeño y tuviera consecuencias en su salud. *Tuve una depresión y en un mes me fui a 57 kilos sin percibir que había bajado tanto de peso. Pienso que no me di cuenta porque me sentía bien.*

Por los anteriores motivos, se propició un desequilibrio emocional que se hizo evidente en los meses posteriores, en los cuales su preferencia por el consumo de leche evitó que sintiera necesidad por ingerir una mayor cantidad de agua y tuvo como consecuencia un aumento considerable de peso, pues posterior a haber bajado ocho kilos en un mes, aumenta 11 kilos en el lapso de un año.

De mayo a diciembre aumente tres kilos y de diciembre a junio aumente otros ocho kilos. Algo que recuerdo es que consumía leche todo el día. El abuso en el consumo de alimentos como la leche, las tortas, tacos, etc., aunado

al déficit de nutrientes que presentaba y a su estado emocional, propició aumento en el peso corporal de la informante y desencadenó su obesidad.

No recuerdo cuando empecé a aumentar de peso, solo recuerdo que compraba ropa cada vez más y más grande. Fue ese momento el que ella refiere tener conciencia de que inician sus problemas con el peso y su lucha por recobrar el peso anterior. Ella asegura haber vivido esta etapa de su vida con un sentimiento de frustración por no lograr reducir de peso.

A partir de la toma de conciencia de esta situación, la reducción de peso, su control y el verse delgado, ha sido el blanco hacia el que la informante dirige sus esfuerzos en espera de lograr diversos objetivos, entre los que pueden mencionarse: aceptación de sí misma, ser aceptado por el medio social, necesidad de ser diferente, ser reconocida por lograr mantenerse en un peso adecuado, verse bien, sentirse bien, etc.

Para conseguir su objetivo de reducción inicia con una serie de medidas tendientes a recobrar su peso anterior y para ello recuerda que su primera acción fue asistir a un gimnasio para realizar ejercicio físico, además de complementarlo con una alimentación reducida en calorías. *Estuve en un Gym seis meses y empecé una dieta.*

A partir de ese momento, bajar de peso se convierte en el propósito central de sus esfuerzos. Ella en ese momento ignoraba que se estaba desencadenando una enfermedad en su organismo, por lo tanto, sus acciones

son encaminadas a ser delgada no por una cuestión de salud, sino por cuestión estética.

De esta manera, verse bien era una meta que debía lograrse lo antes posible, pues conforme pasaba el tiempo y su objetivo no se cristalizaba, ella abandonaba las medidas adquiridas para ese fin e iniciaba otras en espera de que estas resultaran efectivas. *Deje la dieta y el ejercicio porque no bajaba de peso.*

Es decir, sus esfuerzos buscaban una gratificación inmediata encaminada a aceptarse a sí misma, antes que una satisfacción duradera que permitiera controlar su obesidad y promoviera un estilo de vida saludable.

Esta situación no era posible remediarla porque sus intentos de cambiar eran limitados a la reducción del peso acumulado en el último año, pero no se ponía énfasis en el tipo de alimentación aprendido a lo largo de su vida y en realizar el cambio necesario para vivir un estilo de alimentación saludable que incluyera al menos dos litros de agua al día y el aporte necesario de verduras, frutas y productos de origen animal. Lo anterior se vio reflejado en su cuerpo y en su salud.

La falta de percepción objetiva de su situación con respecto a su peso, era una limitante que le impedía promover un cambio favorable a su estado de salud y fue hasta que inicia su servicio social que percibe su problema desde

una perspectiva objetiva. *En el servicio social tomaban fotos y fue cuando empecé a percibirme con más peso.*

Es decir, la falta de percepción del aumento de peso, aunado a los fracasos en los intentos anteriores derivados de la falta de orientación adecuada de su problema de alimentación, generaban un estado de no aceptación de la realidad, y por lo tanto, le impedían buscar la orientación de los profesionales de la salud que le ayudara a resolver su situación.

También manifiesta que aumentar de manera progresiva le proporcionaba un sentimiento constante de molestia consigo misma. Sin embargo, su sensación de malestar no afectaba su desempeño y por lo tanto, las medidas adoptadas eran intentos aislados para lograr el cambio.

Poco a poco fueron dándose una serie de sucesos que favorecieron que la informante percibiera objetivamente la situación en la cual se encontraba. Otro de los factores que permitieron esto fue que la investigación de su tesis la realiza en el estado de Veracruz, y para llegar al lugar en donde se hospedan durante sus viajes, se requiere caminar y cargar su equipaje a través de unas cuestas. Esto propició que la participante se diera cuenta de que su condición física no era la apropiada porque le impedía desempeñarse adecuadamente.

La investigación de mi tesis la estoy haciendo en Veracruz y cuando fuimos la primera vez me dió mucha pena porque con las caminatas y lo que

teníamos que subir yo jadeaba y retrasaba a mis compañeras y veía que ellas estaban bien.

A este hecho, se aunaron problemas de salud que se desencadenaron como consecuencia del estilo de vida que presentaba y de la alimentación inapropiada. *Tenía problemas de colitis, gastritis, estreñimiento y se me inflamaba mucho el vientre.* Estos problemas le llevaron a vivir un evento que la colocó en una situación *vergonzosa y sumamente incómoda* porque ella no pensó que su problema con el peso representaría una limitante para su desempeño físico. *Cuando fuimos a Veracruz unas compañeras tuvieron que cargar mis maletas porque me fue imposible hacerlo.*

Tener que depender de otras personas para llevar a cabo sus actividades y sentir que se convertía en una carga para los demás, fue algo que la obligó a ver objetivamente la situación que vivía. Ella asegura que existe plena confianza entre ella y las personas que le acompañaron en el viaje y que le prestaron ayuda para cargar las maletas, pero que no poder realizar las actividades que en situaciones normales se esperaba que fuera capaz de llevar a cabo sin mayor esfuerzo, propició en ella el darse cuenta de una serie de situaciones que hasta ese momento no habían sido analizadas desde el punto de vista adecuado.

Me di cuenta de que empecé a tener precauciones al caminar porque pensaba que si me caía me iba a golpear muy fuerte y me iba a lastimar por

mi peso. En sus palabras se observa que el aumento de peso le estaba generando pensamientos de incapacidad, sentimientos de limitación de su capacidad física y sensación de retraso en su capacidad de respuesta, ya que anterior al aumento de peso, ella afirma que jamás había sentido preocupación por caerse y lastimarse porque pensaba *si me caigo pues me levanto y ya*, sin embargo, con el peso que presentaba en ese momento, pensaba que su integridad física podía ser amenazada por una caída.

Posterior a esto, vivió una experiencia que refiere como *especialmente incómoda y desagradable*. La informante fue invitada a un evento y le pidieron ir con vestido porque era en un club *Muy exclusivo, quise comprarme un vestido rosa de likra y ¡me veía horrible, parecía oruga!, así que solo compré unos zapatos*.

En sus palabras se observa el desagrado y la desaprobación que sintió al verse al espejo con ese vestido que tanto había llamado su atención en el aparador. Los sentimientos de frustración que experimentó en ese momento, incluso le impidieron elegir otro vestido que fuera acorde al tipo de cuerpo que en ese momento poseía.

La expresión de la informante *¡me veía horrible, parecía oruga!* Refleja la manera drástica en que fue necesario enfrentarse a una realidad que poco a poco había sido conformada en su ambiente familiar por el consumo excesivo de alimentos que lejos de proveerle los nutrientes que le permitieran

mantenerse delgada y en un estado óptimo de salud, le propiciaban aumentar de peso.

Las situaciones descritas con anterioridad, promovieron en la participante el tomar una determinación que la llevaría a buscar los recursos necesarios para favorecer el recobrar su anterior estado de salud. *Tomé la decisión de bajar de peso y le pedí al médico del servicio social que me diera una dieta. Cuando inicié pesaba 76.600 kilos.*

La acción anterior, fue el inicio del cambio que la participante puso en marcha en beneficio de su salud y que le generó promover una transición hacia un estilo de vida saludable en el cual los beneficios producidos serían disfrutados por ella, al tiempo que dirigía las decisiones hacia el aprendizaje de un nuevo estilo de alimentación adecuado a sus requerimientos nutricios.

Ella refiere que fue fácil poner en marcha su plan porque en ese momento el médico le explicó detenidamente acerca de su enfermedad y de las acciones que era necesario llevar a cabo para tener éxito en su objetivo. *La dieta duraba 15 días en la fase intensiva y 15 días en la de seguimiento. Estuve haciéndola un mes, tomo más agua y hago zumba. Bajé cuatro kilos en octubre. En noviembre y diciembre bajé otros cuatro kilos.*

En el logro de su objetivo de reducción de peso intervinieron varios factores que se han mencionado a lo largo de su historia y en los cuales es necesario poner énfasis. Entre dichos factores destacan los siguientes:

1. Las repercusiones a su salud que representó el sufrir de colitis, gastritis y estreñimiento.
2. Su resolución de no querer depender de otras personas para realizar las actividades que le correspondían, es decir, su negación a convertirse en una carga para sus compañeras.
3. Percatarse de una realidad que se negaba a observar objetivamente. Dicha realidad se presentó ante sus ojos cuando acudió a comprarse el vestido.

Hacia la modificación del estilo de vida

Su peso actual es de 68 kilos, es decir que ha conseguido una reducción de 8.600 Kilos, logrando con esta acción y de acuerdo con la NOM -174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, clasificarse como una persona de peso normal al tener un IMC de 24.09.

Su principal logro lo representa el aprendizaje que haber vivido esta experiencia le proporcionó para beneficio del actual manejo nutricional que lleva a cabo en lo referente a la ingesta y combinación de alimentos. Ella está plenamente consciente de la importancia que esto representa y se siente orgullosa de sus actuales conocimientos sobre nutrición.

Aprendí a combinar los alimentos, por ejemplo si como grasa en la tarde, no la consumo en la noche. Me gusta la fruta y las verduras y siempre

las como. Sé que un bolillo equivale a dos tortillas o dos panes tostados y también que debo tomar 8 vasos de agua al día.

Lo importante del comentario de la participante, es que lleva implícito una reeducación de los alimentos que su organismo *necesita ingerir* para mantener su actual peso y su condición de salud. Proporcionar al organismo el aporte necesario de nutrientes favorece en la participante un estado de ánimo diferente que pueden apreciar las personas que la conocen. Lo fundamental para ella ahora es *mantener mi salud, sentirme bien* y como un *plus verme bien*.

La transformación hacia este modo de pensar, sentir y actuar se generó gracias al apoyo que sus familiares le proporcionaron durante el tiempo que fue necesario mantener este régimen de alimentación, pero sobre todo, lo esencial es que posterior a dicho régimen se adoptó esta forma de alimentación y fue aceptada con gusto no sólo por la informante, sino además, por los miembros de su familia ya que sus padres y su hermano comparten los mismos alimentos *pero en diferentes cantidades*.

Ahora por la mañana y la noche como fruta picada, cereal y leche ó una torta de clara de huevo y un café porque eso es lo que necesita mi cuerpo. Otra cosa que aprendí es que debo comer cuatro veces al día y lo hago a las 8:00 y a las 11:00 a.m. y a las 4:00 y a las 9:00 p.m.

Adoptar los nuevos horarios de alimentación ha sido relativamente fácil para ella porque se ha enfocado en encontrar soluciones a cada una de las situaciones que se han presentado. Su fortaleza para evitar los obstáculos que se presentaron en su camino hacia una vida sana le permite hoy ver, sentir y disfrutar los beneficios del cambio que originó.

La informante ahora muestra una conciencia plena de su situación pasada y presente. Además, sabe que su situación futura depende de la manera en que organice su vida y mantenga el nuevo tipo de alimentación aprendida y la combinación de alimentos. También es conciente de la importancia que el apoyo familiar ha tenido en esta batalla para el logro de sus objetivos. *Mi familia me ha apoyado mucho desde que me alimento de esta manera porque mi papá prepara el desayuno y mi mamá la comida. Cuando tienen que salir dejan lo que necesito para que me lo prepare.*

En sus palabras se observa tanto el aprendizaje del nuevo régimen de alimentación como el crecimiento personal que ha tenido y el reconocimiento hacia los seres que le han apoyado en este camino. En su sonrisa y en el tono de su voz, se aprecian la aceptación del cambio, la aceptación de si misma y el enfoque de una actitud positiva hacia su realidad, en la cual se conjuntan la niña de ayer, la mujer de hoy y la profesionista del mañana.

Capítulo VIII

Una Historia De Vida

El caso que se presenta a continuación es el del Dr. Marco Antonio Cardoso Gómez un hombre de 52 años de edad, el cual reside en la delegación Iztacalco del Distrito Federal. Él, su esposa y sus dos hijos habitan en casa propia. Trabaja como catedrático en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ha realizado múltiples estudios sobre diabetes, los cuales le permiten pertenecer al Sistema Nacional de Investigadores y tener a su cargo varios proyectos de investigación científica, además, ha impartido múltiples conferencias tanto a nivel nacional como internacional y ha publicado varios artículos en revistas científicas sobre el mismo tema.

A su ingreso como participante de este estudio presenta peso de 85 Kilogramos, talla 1.68 metros e IMC de 29, por lo cual, acorde con la clasificación de la NOM -174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, se clasifica como persona obesa por tener un IMC superior a 27. Refiere antecedentes positivos de diabetes por parte de padre y madre; se presenta con niveles de colesterol normales (225 mg/dl), triglicéridos elevados (762 mg/dl) y glucosa elevada (176 mg/dl). Niega antecedentes de obesidad.

Antecedentes personales

Proviene de familia de bajos recursos económicos, él y sus cinco hermanos vivieron en casa de sus padres, para los cuales siempre fue una prioridad comer. Los fines de semana, a su padre le gustaba preparar alimentos que generalmente *eran con aroma y sabor fuerte, ricos en grasa y pesados al estómago*.

Esos alimentos eran disfrutados por los miembros de la familia y las personas que acudían a su casa a visitarles. Los fines de semana *siempre había visitas, a la gente le gustaba ir a disfrutar la comida que se preparaba en la casa*.

Su madre les impuso reglas que debían acatarse: *No podíamos decir no me gusta porque nos daban doble ración, más valía no decir nada y comer todo. Cuando había postre podía dejarlo y no había problema, dulces nunca*

se me obligó a comer, por eso ahora me saturo pronto y sé que mi organismo no tolera más de dos o tres probadas de dulce.

En las palabras del informante se observa que la preferencia por un determinado tipo de alimentos fué adquirida desde muy pequeño en el seno familiar, en donde aprende a consumir la ración de alimentos que se sirve porque no hacerlo provocaba problemas con sus padres. De igual manera, su paladar es educado para consumir el dulce en menor cantidad.

El participante en su juventud fue un atleta que participó en diferentes competencias de natación. Para mantenerse en forma y poder desempeñarse adecuadamente en este nivel competitivo, *cuando no era época de competencias nadaba siete kilómetros por día.* Para lograr este objetivo debía alimentarse generosamente todos los días y no podía consumir alimentos tres horas antes de realizar ejercicio físico.

La natación era una de las cosas que más disfrutaba el informante. Para poder realizar su entrenamiento era necesario transportarse seis días a la semana a las instalaciones de Ciudad Universitaria. Sin embargo, llegó un momento en que se vio forzado a abandonar el ejercicio debido a que por sus estudios y ocupaciones, le fue imposible disponer del tiempo y los medios económicos suficientes para transportarse. Cuando dejó de asistir a sus entrenamientos continuó ingiriendo la misma dieta, es decir, no realiza cambios en la cantidad o el tipo de alimentos que consume, ello lo llevó a

controlar el peso, triglicéridos de 762, glucosa elevada (176 mg/dl), cansancio, sueño y pesadez. *Me pesaba la cabeza y sentía que me iba de lado. La sensación del pie y la nariz, me afecto mis funciones cognoscitivas, me explicaban algo y no entendía.*

El deterioro de la salud, posterior a padecer obesidad por un periodo prolongado, incrementó el riesgo de presentar problema de salud. Sostener este estilo de vida, provocó la presencia de enfermedades como la hipertrigliceridemia y aumento de los niveles de glucosa, los cuales se manifestaron con presencia de síntomas como cansancio, sueño y pesadez.

Asimismo, se vio afectado en diferentes ámbitos de su vida familiar, social y de trabajo: *En el trabajo no podía relacionar las cosas, hacía una planeación y se me olvidaba, leía y no entendía, veía películas y a los dos días no me acordaba.*

Aunado a lo anterior, con el paso del tiempo el participante veía mermar su salud y la presencia de los síntomas se volvía cada vez más insostenible: *Estos síntomas se presentaban cada vez con mayor intensidad. En una ocasión fui a hacer un retiro de dinero y dejé la tarjeta bancaria en el cajero.*

A pesar de lo mencionado, el participante continuaba sin hacer cambios en su vida, hasta que, llegado el momento fue necesaria la presencia de otro tipo de situaciones que le permitieron tomar conciencia de su realidad e iniciar la búsqueda de información que permitiera tomar iniciativas para controlar su



problema de salud: *La situación extrema fue cuando al revisar dos tesis me quedé dormido, me desconecté, por lo menos me pasó tres veces eso.*

El parte aguas de la situación, lo representa un hecho que puso en peligro su vida: *En otra ocasión me sucedió lo mismo manejando, me quede parado en un semáforo, no se cuánto tiempo pasó hasta que me despertaron varias personas alarmadas.* La obesidad que padecía desde hacia años propició la aparición de otras enfermedades que en un momento determinado le incapacitaron para desarrollar sus actividades adecuadamente. En este punto de su vida el informante siente preocupación por su estado de salud y toma conciencia de las posibles consecuencias de la enfermedad que presentaba, siendo su principal inquietud la posibilidad de morir *no por la muerte misma sino porque al morir repercutía en la gente que depende de mí.*

Es decir, que junto con los problemas de salud que presentó vinieron otras repercusiones fuertes: *a) choqué mi camioneta; b) dejé de producir y de hacer artículos; c) perdí dinero; d) sentía preocupación de quedar inválido; e) me negaba a ser una carga para otras personas por las consecuencias de la enfermedad.*

Al percatarse de los problemas de salud que presenta y tener conciencia de las consecuencias que podían desencadenarse por los motivos anteriores, decide acudir a consulta médica y después de realizarle estudios de laboratorio le indican una serie de medidas en las que le someten de manera directa a

cambiar su estilo de alimentación: *Esas comidas ligeras de dieta representaban un tormento muy fuerte porque al rato tenía hambre en demasía y más cansancio y llegaba el momento en que volvía a comer porque de esa manera sentía mi cuerpo equilibrado.*

El desequilibrio en la alimentación que le propiciaba ingerir la comida prescrita por el médico, provocaba en el informante que consumiera doble ración de alimentos, es decir, consumía los alimentos prescritos y los complementaba consumiendo lo que solía comer. El exceso de hambre posterior al consumo de alimentos, provocaba comer *de golpe y hasta con sentimientos de culpa.*

Posterior a la prescripción médica, se alteraron aún más sus niveles de triglicéridos, por este motivo, decide no angustiarse, tomar las cosas con calma y cuidarse al máximo para no presentar *un infarto*. Opta por tomar acciones por su cuenta ya que el alimento ligero *no lo toleraba*, y representaba un esfuerzo muy grande dejar de comer *grasa, cosas con aroma y sabor fuerte y pesados al estómago.*

Decidido a manejar su enfermedad por su propia cuenta, con la conciencia y la claridad de que podía recuperar su salud y avanzar hacia su objetivo, opta por no preocuparse y aceptar que el proceso será tardado pero puede sobrellevarlo sin que le cause más dificultades.

Estrategia utilizada

El participante posee los conocimientos necesarios para realizar la búsqueda de fuentes de información confiable, que le permita acceder a la comprensión de su enfermedad y le brinde la oportunidad de intervenir adecuadamente implementando los cambios en su alimentación de forma segura, sin poner en riesgo su salud y con la convicción de actuar en forma correcta.

Haciendo uso de sus estudios y de sus observaciones decide realizar un cambio en beneficio de su salud: *Decidí manejarlo a mi modo y que no me causara más dificultades. Comencé a hacer un nuevo condicionamiento de los alimentos.*

Este nuevo condicionamiento al que hace alusión conlleva una estrategia integral que le permita, con el paso del tiempo, lograr su objetivo de ser una persona sana y poder rendir nuevamente en su trabajo de manera óptima. La forma en que progresivamente introduce los cambios a su estilo de alimentación fue la siguiente:

Me diseñaba mi comida y procuraba comer disfrutándola. Empezaba comiendo la comida de mi gusto como carnitas y arracheras y la intercalaba con los alimentos prescritos, lo asociaba con comidas ligeras como ensaladas y comía disfrutando el momento.

En las palabras del participante se observa que al introducir el cambio en su alimentación fue necesario implementar una estrategia que le permitiera apegarse al tratamiento señalado por el médico. Dicho cambio se introdujo de manera paulatina hasta lograr el objetivo. Asimismo, se observa que era consciente de que cambiar su estilo de alimentación no sería fácil debido a las costumbres tan arraigadas que poseía y que le llevaban a consumir *comida pesada*.

El informante sabía con certeza que el cambio requería ser adoptado como un nuevo estilo de vida, por lo tanto debía ser aceptado de manera contundente. Para lograrlo utilizó como estrategia lo siguiente:

1. *Comía de forma planeada conjuntamente lo que solía comer con lo que me prescribían.*
2. *Diseñaba las cantidades y me ajustaba a ellas.*
3. *Me concentraba en encontrar placer en verla, comerla, olerla y llevarla a la boca en trozos pequeños.*
4. *Masticaba varias veces.*
5. *Al terminar planeaba la alimentación siguiente.*

La estrategia utilizada por el participante tenía la finalidad de favorecer la aceptación de alimentos saludables, al tiempo que continuaba ingiriendo en menor cantidad los platillos a los cuales estaba acostumbrado, facilitando que

el consumo fuera cada vez en mayor cantidad de alimentos saludables y en menor cantidad de la alimentación aprendida a lo largo de su vida.

Para encontrar placer en ver, oler y consumir la comida fue necesario que la ingesta de los alimentos la aceptara indistintamente de si los consumía por prescripción médica, por costumbre o por placer. Hacer esto provocó que en cada ocasión que eran ingeridos se favoreciera en el participante una clara aceptación y preferencia de este tipo de alimentos.

Además de lo anterior, implementó un programa de ejercicio físico, bajo su propia supervisión y consciente de los beneficios que éste representaría en el éxito de su programa de reducción de peso: *Si el corazón late al 60% quemas calorías y grasa, si lo haces por arriba quemas masa muscular. Para bajar de peso debes trabajar al 60%. Yo hacía caminata y ejercicio a este ritmo.*

Seguro de sus conocimientos, el informante realiza su actividad física a este ritmo porque sabe los beneficios que el ejercicio aporta a su programa de reducción de peso. Además de esta noción, realizar ejercicio es algo que aprendió desde muy temprana edad, por lo tanto, realizarlo es algo que disfruta y no representa problema alguno para él porque: *Lo que busco al comer o hacer ejercicio es generarme placer.*

El comentario hecho por el participante representa un punto importante que no debe perderse de vista porque, para lograr el éxito en cualquier régimen

mismos platillos tanto en su casa como fuera aunque a ella no se le haya prescrito.

De la manera descrita es como en el ambiente familiar han aprendido a comer de forma diferente y a beneficiarse con los alimentos. *Cuando salimos de paseo disfrutamos mucho los alimentos saludables porque hemos aprendido a combinar los platillos y complementarlos con frutas. Si estamos en casa preparamos los alimentos y comemos juntos en un ambiente agradable.*

La estrategia que utilizó con sus compañeros de trabajo fue diferente porque, *al principio comía solo para evitar gestos de lástima, de compasión que me tenían por lo que comía. Cuando logré aceptar ese tipo de alimentación busqué la compañía de otras personas porque no me gustaba comer solo.*

En las palabras del participante se pone de manifiesto que fue necesario elegir apartarse del ambiente social para evitar consumir alimentos por presión. Asimismo, se evidencia que el informante acostumbraba ingerir otro tipo de alimentos, los cuales consideraba sabrosos y agradables al paladar, y fue necesario apartarse por un tiempo de sus amistadas para lograr modificar sus hábitos de alimentación.

El apoyo recibido de parte de su esposa, hijos y del grupo de amigos ha sido decisivo para poder llevar a cabo una resignificación del estilo de



alimentación, pues si bien es cierto que se pueden lograr resultados positivos llevando a cabo un régimen alimenticio durante un periodo de tiempo, dichos resultados no pueden ser sostenidos si se regresa al tipo de alimentación que se ingería antes de iniciar el tratamiento.

Retornar al tipo de alimentación inicial provocaría recobrar el peso anterior y, en el peor de los casos, sumar algunos kilos más a ese peso. Por lo tanto, en el inicio del tratamiento el apoyo social fue de vital importancia para evitar que el informante tuviera tentaciones al ver a otras personas disfrutar del consumo de platillos que no eran permitidos dentro de su alimentación.

Como implicar el ambiente en el cambio

Para romper con las barreras ambientales que impedían el estilo saludable en la alimentación, el participante utiliza una serie de recursos que sirven de facilitadores en las diferentes etapas del proceso. *Trato de comer en un contexto agradable, sintiendo la textura, el sabor, diferenciando, identificando la sensación de como entra la comida al cuerpo. Esto lo utilicé como recurso porque no sabía ni conocía otro. Implico el ambiente, busco compañía familiar o de trabajo y platicar de cosas agradables mientras comemos.*

Para el participante *implicar el ambiente* significa procurar comer a gusto, entusiasmarse con lo que va a consumir, disponerse a disfrutar los

alimentos en un ambiente agradable, sin preocuparse por lo que deja de hacer, *comer bien y sabroso*.

A su vez, *comer bien y sabroso* significa comer en un lugar agradable, platicando de cosas interesantes, evitando hablar de problemas, no comer solo y si estaba solo comer en un restaurante acompañado de algún libro de literatura o inclusive *mi música, mis audífonos*. Leyendo o escuchando algo que le produjera placer mientras comía, recordando cosas agradables y buscando *asociarlo con el contexto*.

También utiliza *como recurso* el tomar en cada uno de sus alimentos el tiempo necesario para percibir y disfrutar, por medio de los sentidos, de todos y cada uno de los platillos que consume, además, el problema de ver comer alimentos que le agradaban lo sustituye encontrándole un carácter placentero al conjunto de estimulaciones asociadas con la ingesta de alimentos.

Es decir, comer acompañado y platicando de cosas agradables, genera un ambiente que cambia el contexto dentro del cual se consumen los alimentos y provoca que las personas que le acompañan cambien su visión acerca de dichos alimentos, pues lo ven disfrutando el momento y esto, con el paso del tiempo, les genera un cambio en su percepción.

Haber realizado los logros hasta aquí mencionados, propicia que el informante disfrute de cada uno de ellos y ésta satisfacción se refleja en sus palabras, apariencia y en el tono de su voz, pero sobre todo, en su salud: *Los*



triglicéridos están bajando y ya en dos ocasiones he tenido que renovar mi guardarropa porque me quedaba grande incluso los zapatos. Creo que me ha funcionado lo que estoy haciendo, y aunque me falta, ahora que ya identifiqué el problema me va a ser más fácil.

En el párrafo anterior se observa cómo el darse cuenta y haber identificado cada uno de los problemas a los que debió enfrentarse en las diferentes etapas del control de la obesidad, le permitió buscar la información necesaria para contrarrestar cada uno de los efectos perjudiciales a su salud.

De igual manera, esto fue posible gracias a que propositivamente él decidió tomar las riendas y control de su enfermedad, implementando poco a poco los cambios necesarios y adoptando cada uno de ellos como un nuevo estilo de vida que le permite mantener el descenso de peso.

Situación actual

Su peso es 70 Kgs, por lo cual acorde con la NOM -174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, se clasifica como persona de peso normal por tener un IMC de 24.82. Presenta glucosa de 95 mg/dl, triglicéridos de 111 mg/dl y colesterol de 166 mg/dl. Evidentemente tanto el peso como los valores de sus estudios de laboratorio se encuentran en rangos normales.

Las observaciones del informante continuaron conforme sus hábitos cambiaron y al encontrarse consumiendo alimentos que son agradables a su



paladar y realizando ejercicio, el nuevo estilo de vida adoptado le genera placer, por lo tanto, se encuentra en posición de continuar instaurando los cambios necesarios para conseguir su propósito de mantenerse en un peso normal.

Me percaté que por agotamiento físico implicaba comer más o comer menos. Cuando no dormía bien implicaba comer más y también hacer un esfuerzo para imponerme y no comer de más. En sus palabras, el participante muestra la manera en que debió ir generando los cambios en diferentes aspectos de su vida, pues si bien el primer cambio que debió introducir fue en su estilo de alimentación y en la realización de ejercicios, sus esfuerzos deben redoblararse cuando él se siente agotado físicamente porque cuando está cansado *necesita* consumir mayor cantidad de alimentos, por lo cual, se vuelve imprescindible tomar conciencia y evitar consumir alimentos de manera compulsiva.

Si estoy descansado como poco y me siento ágil y muy bien. Cuando estoy cansado necesito comer comida pesada para sentirme bien porque eso es lo que me mantiene activo durante el día. En las palabras del participante se observa cómo disfrutar de un descanso adecuado, no solo le permite sentirse bien y mantenerse activo durante el día, sino que, además, repercute en el consumo de alimentos, los cuales no son elegidos por preferencia, sino

por representar una verdadera *necesidad* para su sensación de bienestar y adecuado desempeño.

Aunado a lo anterior, el participante esta conciente que otro logro ha sido continuar disminuyendo su gusto por el consumo de grasa: *El gusto por la carne y la grasa cada vez es menor, ahora ya no la necesito pero la clave está en el agotamiento.*

Conseguir adoptar un estilo saludable de alimentación y sostener el descenso de peso y grasa corporal, es posible por varias razones, entre las que figuran la utilización de las actuales estrategias implementadas por sí mismo y que son utilizadas de manera cotidiana con la firme intención de mantener los resultados obtenidos. Dichas estrategias son:

- Hacer sus combinaciones de alimentos.
- Inventar guisos y disfrutarlos.
- Acordarse de las condiciones en que estuvo y que no quiere repetir (perdida de dinero, quedarse dormido, chocar su coche, etc.)

Es decir que, si bien la alimentación ahora es adecuada, el mantenimiento del nuevo estilo de vida se ve amenazado cuando su descanso es inadecuado, por lo tanto, ahora encamina sus esfuerzos para vencer este nuevo reto que se presenta en su vida, esto lo hace de la siguiente manera:

Ahora lo que me está costando mucho es dormir. Cambiar el estilo de vida representa iniciar la noche anterior con el descanso. A veces duermo

bien y a veces no, pero eso es con lo que estoy luchando ahora, la comida ya no representa problema y estoy muy contento. De esta manera, se vuelve imprescindible para el participante lograr un adecuado control de sus horarios de descanso, lo cual represente adaptar sus actividades a un horario que le permita un reposo necesario durante la noche y un rendimiento óptimo al día siguiente.

Soy muy productivo y se me reconoce, pero eso lo hago de noche. Ahora ya produzco de día, pero no es ni el 50% de lo que produzco de noche. Es decir, para mantener bajo control los resultados obtenidos, el participante actualmente enfrenta dos obstáculos, los cuales son:

1) Dormir para poder trabajar al día siguiente; y 2) trabajar y producir en el día en las mismas condiciones que lo hacía en la noche. Para lograr vencer este nuevo reto requiere:

- a) *Aprender a comer, encontrar el gusto por lo que es sano, tener horarios para la comida.*
- b) *Descansar para que el cuerpo no necesite energía de la comida pesada.*
- c) *Asumir esa filosofía de vida de vivir para los demás, el compromiso para los míos.*

De esta manera, se observa que el punto clave para vencer el nuevo obstáculo que amenaza la estabilidad en su peso actual lo representa poder



mover su *modus vivendi* (cambiar lo que hace de día por lo que hace de noche). Lo anterior es posible si se tiene en cuenta que cuando se quiere realmente cambiar un hábito, ello puede lograrse con calma, con perseverancia y con esfuerzo, ya que solo de esta manera puede realmente ser llevado a cabo.

Capítulo IX

Vivir Con Obesidad

El caso que se presenta a continuación es el del Mtro. Rodrigo un hombre de 28 años de edad, el cual reside en el municipio de Ixtapaluca, Estado de México. Él y su esposa viven solos en casa de un familiar. Trabaja como catedrático en una universidad y actualmente, se encuentra estudiando el doctorado.

A su ingreso como participante en este estudio, presenta un peso de 85 Kilogramos, talla 1.61 metros e IMC de 32.79, por lo cual, acorde con la NOM -174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, se clasifica como una persona obesa por tener un IMC superior a 27. Refiere antecedentes positivos de diabetes por parte de madre y hermano; de obesidad por parte de

hermanos. Se presenta con niveles de glucosa 85 mg/dl, colesterol 193 mg/dl y triglicéridos de 404 mg/dl, es decir, triglicéridos elevados.

Antecedentes personales

Es el menor de tres hermanos y proviene de una familia de bajos recursos económicos. De pequeño vivía con sus dos hermanos y sus padres en la zona de Valle de Chalco. Refiere alcoholismo positivo por parte de padre, aclarando que siempre fue un hombre responsable: *La obesidad es algo con lo que he vivido desde muy pequeño. Recuerdo desde que tenía como cuatro años era gordito porque yo siempre comía mucho.*

El consumo de alimentos fue influenciado por los hábitos alimentarios de la familia y se reflejó en su salud. La causa principal puede atribuirse a que en su hogar era la jefa de familia quien se hacía cargo de preparar los alimentos. Ella no contaba con la información o conocimientos necesarios sobre nutrición que permitieran poner en práctica medidas adecuadas para evitar que el grupo familiar se enfermase de obesidad.

De esta manera, las repercusiones directas sobre la salud del participante se favorecían con las experiencias alimentarias. Dichas experiencias tuvieron importantes efectos por dos razones:

- a) A corto plazo, al existir poca variedad de alimentos o la cantidad y calidad de éstos ser inadecuada para los requerimientos

Configuración del estilo alimentario

En su hogar aprendió a preferir alimentos como las tortillas, la cual era inculcada por su madre, *Mi mamá nos decía 'procura agarrar poca comida con un pedazo grande de tortilla'*. Es decir, la ingesta de tortillas se favorecía y, por la tanto, era superior al consumo de cualquier otro tipo de alimentos, pues lejos de ser un acompañante de la comida, era la base sobre la cual se consumían los nutrientes.

Como no había dinero no era de comer dulces o golosinas, comíamos comida con muchas tortillas. La situación económica que se vivía en el hogar fue en gran medida quien dirigía el rumbo de las acciones y las decisiones que se tomaban para la familia.

De igual manera, la cantidad y elección de alimentos que se preparaban para el consumo familiar giraban en torno a la economía y no a la preferencia, pertinencia o aporte nutrimental que los mismos proporcionaban. Es decir, las prácticas alimentarias y la realidad alimentaria dependían del presupuesto, disponibilidad y accesibilidad de los comestibles porque al poseer una capacidad adquisitiva menor y vivir en situaciones precarias, su madre se veía obligada a compensar la calidad de los alimentos con la cantidad, al tiempo que con esta práctica incrementó en su familia el riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad.



Aunado a lo anterior, *Me acostumbé a comer como 15 tortillas por alimento y fue hasta que estaba en la universidad que por comentarios de mis compañeros me percaté de ello.* Al compartir las prácticas alimentarias, sus padres favorecen comportamientos que son aceptados por él y los demás miembros de su familia. Dichos comportamientos solo pudieron evidenciarse al ser comparados con un grupo social diferente, es decir, sus compañeros de la universidad

Alimentación y ambiente

A pesar de las vicisitudes que la familia vivió en medio de la estrechez económica, esta situación no fue un obstáculo que evitara que en el seno familiar se aprendiera a disfrutar y compartir momentos especialmente agradables. Dichos momentos los representaban los cumpleaños o algún festejo particular que mereciera ser recordado de una manera diferente por ser un evento importante para todos los miembros de la familia. *Festejábamos con tacos y quesadillas. En una ocasión en mi cumpleaños llevaron pollo rostizado e invitaron a mis tíos con sus hijos.*

Compartir momentos gratos con sus familiares, favorecía en gran medida la aceptación y preferencia de ese tipo de alimentos, porque psicológicamente quedaron grabados en su recuerdo las texturas, colores, y sabores, al tiempo que eran relacionados con sensaciones de placer, dicha,

felicidad y convivencia agradable. De esta manera, las experiencias alimentarias tuvieron importantes efectos en la preferencia de alimentos y los hábitos relacionados con la ingesta de comida en su vida posterior.

Poco a poco y conforme fue creciendo, la manera de alimentarse se convirtió en un hábito y en un estilo de alimentación que para él resultaba difícil de cambiar o romper. Otro aspecto importante conformado desde su infancia es el gusto por la comida que afecta sus emociones y la manera en que se comporta cuando ingiere alimentos, esto repercute y se evidencia cuando exhibe una conducta diferente. *Desde pequeño me tenían en un concepto de enojón y decían que sólo estaba contento cuando comía y que bailaba o cantaba al hacerlo.*

A su ingreso en la escuela secundaria, la aceptación de una manera de comportarse acorde con lo esperado por la sociedad, le predispone a presentar baja autoestima situacional. Es decir, buscar la aceptación de los demás afecta y moldea su personalidad y comportamiento, imposibilitándole para ejercer su libertad de elegir la manera de comportarse. *Intentaba ser amable porque se dice que las personas gorditas caen bien y son bonachonas.*

Asimismo, resulta trascendental observar las fuertes repercusiones que la obesidad tuvo sobre su desarrollo físico y psicológico. Entre las consecuencias de orden psicológico se encuentran: alteración de la conducta familiar, censura de los hermanos y trato diferente por parte de los

compañeros de escuela. *Eres obeso y la gente te estigmatiza. En la primera secundaria a la que asistí, por ser gordito era el blanco de burlas y abusos de mis compañeros, incluso me golpeaban y me salí por los problemas.*

Entre las consecuencias de orden físico la principal fue una limitada capacidad física. *Entré a trabajar y me dí cuenta que mi fuerza no era suficiente.* Es decir, la obesidad representaba no solo un problema estético, o de inclusión a un grupo social, sino además, un factor limitante de la capacidad física.

De esta manera, la falta de conciencia de la enfermedad favoreció retrasar la toma de medidas y la búsqueda de orientación que permitiera iniciar un tratamiento y la incorporación de los cambios necesarios para propiciar un estilo de vida saludable.

Al ingresar a otra secundaria, se despertó su interés por el sexo opuesto y fue inevitable competir con otros jóvenes por encontrar un lugar en el grupo social y en la preferencia de las jovencitas. *Inicié una competencia con los grandes que implicaba tener una novia, compañera o amiguita.*

De igual manera, fue necesario enfrentarse a los problemas que representaban la falta de aceptación de sí mismo, la aceptación de los demás y, especialmente, la aceptación del sexo opuesto, ya que había compañeras que discriminaban a las personas obesas. *Me enteré que una compañera afirmó que andaría con todos menos conmigo por estar gordito.* En el momento que

se entera del comentario de su compañera, toma una determinación que daría un giro a su vida al darse cuenta que para lograr su objetivo era necesario bajar de peso.

No me interesaba el concepto de peso como tal, sino la imagen corporal y como no aguanté las diferencias de cómo me trataban, inicié una rutina. Bajé de peso y noté cambios en el trato de mis compañeros.” A pesar de no ser consciente de los beneficios que su decisión representaba para el control de su enfermedad, la presión que ejercían sus compañeros y compañeras de estudios provocó un cambio favorable en su rutina diaria, el cual era en pro de su salud.

De esta manera fue como la presión social se convirtió en la piedra angular que promovió un cambio positivo hacia un estilo de vida saludable. Su obesidad era el resultado de un excesivo consumo de calorías asociado a un bajo gasto calórico por actividad física, por lo tanto, implementar una rutina de ejercicio físico le permitió lograr cambios que fueron visibles para sus compañeros y que además, fueron aceptados con agrado por el círculo social en el cual se encontraba inserto.

Me emocionó y me gustó sentirme guapo incluso y el trato que recibía. Hice la rutina dos veces al día y cuando salí de la secundaria estaba bien delgado. La diferencia de trato que recibió favoreció continuar con las medidas adquiridas. A su vez, al percatarse de los resultados que obtenía con

el cambio en el estilo de vida, se favoreció un cambio en su estilo de alimentación.

Dejé de comer entre comidas y si me tomaba un refresco o un taco, aumentaba cinco minutos por sesión de ejercicio. Al lograr mantenerse sano, dentro de un rango de peso adecuado y realizando ejercicio de manera regular, el participante logró mantener su peso estable por un periodo de tiempo prolongado.

Posteriormente, practicó box, pero a su ingreso a la escuela preparatoria interrumpe su ejercicio. *Empecé a subir nuevamente porque los hábitos de alimentación regresaron también.* De esta manera, los cambios realizados con anterioridad, se vieron anulados debido a la falta de tiempo para realizar ejercicio físico y al retorno hacia la alimentación inadecuada. Al no poder sortear dificultades fue recuperando peso de manera progresiva.

Los esfuerzos posteriores

A partir de su ingreso a la preparatoria, el informante deja de ver el bajar de peso como una necesidad, pues ahora es aceptado por el grupo social y puede *mantener relaciones interpersonales con el sexo opuesto*, esto motivó que sus esfuerzos para promover el descenso de peso los realizara de manera aislada y no en conjunto como era lo ideal. *Pensé que haciendo ejercicio y dejando de*

comer podía bajar de peso, pero lo hacía de manera aislada cada cosa y por eso no funcionaba.

Al iniciar sus estudios de licenciatura el participante retorna al sedentarismo y al consumo de alimentos fuera de casa. *Por facilidad y economía comía tacos, tortas y, refrescos. Eso provocó que volviera a subir de peso.* Al retornar a este estilo de alimentación se vio imposibilitado para controlar el peso corporal volviendo a su anterior estado de obesidad y aunque deseaba bajar de peso de nuevo, esta cuestión no era vista como una necesidad por el participante, por este motivo, se convertía en algo que podía ser postergado indefinidamente.

A su ingreso al servicio social *entré muy gordito.* Por este motivo, una compañera médica pasante de servicio social le indica que debe bajar de peso. El participante inicia dieta a base de comida de soya, disminuye su ingesta de tortillas de *25 a 30 que consumía al día le bajé a cuatro tortillas diarias.* Reinicia rutina de ejercicio, perdiendo con la implementación de estas medidas cuatro kilos en una semana.

Al pasar a consulta, la doctora indica que *si bajaba mucho de peso cada semana, el desequilibrio que se provocaba podía causarme diabetes.* A la siguiente semana bajé un kilo, la doctora me dijo *‘solo te faltan 20 kgs’*, eso me desmotivó porque mi ideal era bajar 5 a 10 kgs. Al no ser tomadas en cuenta las expectativas y características individuales del participante, no se



elaboró un plan de reducción de peso con base en sus dificultades personales, este fue el principal factor que promovió que el informante se sintiera desmotivado.

De igual manera, la meta que la doctora pretendía además de ser muy lejana, no era la deseada por el participante y tampoco se le explicó claramente cuanto era aconsejable bajar de peso cada semana ni el porqué debía bajar otros 20 kilos. Lo anterior repercutió en su motivación provocándole desinterés por continuar el tratamiento y el consecuente abandono del mismo. La unión de los factores mencionados fue la clave que impidió la adherencia al tratamiento.

El inicio del cambio

Para el participante, el inicio del cambio surge en el año 2007, cuando principia con problemas de la vista. *Empecé a tener una serie de flotadores (puntos negros) que se mueven hacia donde muevo los ojos y cuando estoy bajo presión veo borroso.* A partir de su toma de conciencia de este problema y del desconocimiento de las causas por las cuales se presenta, surge el temor de llegar a estar enfermo de diabetes.

Motivado por este temor decide platicar con su hermano mayor y tienen una conversación que permite al informante realizar un cambio importante en su vida. *Empecé a hacer ejercicio con la intención de fortalecer mi cuerpo, lo*

hacía no por bajar, sino por cuidarme. El temor de padecer una enfermedad crónica como la diabetes, tuvo como consecuencia la posterior modificación e implementación de ejercicio físico de manera regular.

Un día me habló mi hermano diciendo ‘me hice el examen de glucosa y tengo diabetes.’ Me pidió que me hiciera un chequeo. Enterarse que su hermano padecía diabetes fue algo que le causó un impacto terrible porque su hermano es una persona que practica ejercicio de manera regular, y la familia pensaba que había mayores probabilidades de que los miembros con un estilo de vida sedentario sufrieran de alguna enfermedad.

Al acudir a realizarse estudios para conocer su estado de salud, los resultados de glucosa fueron de 85 mg/dl, pero los estudios revelaron que los triglicéridos estaban por arriba de los valores normales (404 mg/dl). *El doctor me dijo que con los triglicéridos y el colesterol altos voy directo a un infarto.* Haber sufrido recientemente la muerte de su padre a causa de un infarto, además del temor de padecer diabetes, provocó en el participante el deseo de generar cambios radicales en su vida.

Por ser la obesidad una enfermedad crónica, de la cual el informante aún no era consciente, el momento propicio para introducir los cambios lo pudo encontrar en esta situación porque en ese momento sintió amenazado su estado de salud por los siguientes motivos: a) deterioro de su salud causada por problemas en la vista y los niveles de triglicéridos elevados; b) enterarse

de que la obesidad es una enfermedad crónica; c) diagnóstico de diabetes de su hermano; d) la reciente muerte de su padre.

Estrategia utilizada

Para lograr el cambio, la primera estrategia utilizada fue *bajarle a las grasas para cuidar mi salud. Antes comía muchos tacos, quesadillas, gorditas y refresco. Hoy en día no como eso y ya ni lo extraño*. Para favorecer la necesaria adherencia terapéutica, se precisó que el participante fuera consciente de los cambios que requería hacer en su vida, los cuales, además de que fueron generados de manera inmediata, era necesario mantenerlos de forma permanente.

Es decir, llevar a cabo los cambios adecuados en el estilo de vida, en su plan alimentario, manejo de estrés y evitar conductas que vayan en contra de su salud, todo ello encaminado hacia una resignificación en el estilo de vida. *La verdad es que hasta la fecha comer me hace sentir contento, me hace sentir bien, es uno de los pocos placeres de la vida y lo disfruto mucho, por eso estoy aprendiendo a disfrutar de la comida saludable*.

En las palabras del informante fundamentalmente se observan dos cosas:

1. Efectivamente, su estado de ánimo cambia al satisfacer sus necesidades de alimentación y ello provoca un cambio emocional

visible que representa una forma diferente de relacionarse en su entorno social.

2. Ha tomado conciencia del efecto que la comida tiene sobre su estado de ánimo y de la manera en que ésta repercute en su trato hacia los demás.

Para instaurar un cambio en su estilo de alimentación y extenderlo junto con sus beneficios en el ambiente familiar y social de manera progresiva, fue necesario contar con el apoyo de su esposa, porque ella es la persona que prepara los alimentos que ambos consumen. *Mi esposa cocina mucho ensaladas y sopas de verdura. Prepara pescado y aunque no estaba acostumbrado al sabor, me lo como y ahora ya me gusta.*

En sus palabras se observan varios cambios en el estilo alimentario, entre los que destacan su actual preferencia por las sopas y ensaladas preparadas con verduras, así como la incorporación en la dieta de *pescado* que era un alimento que él consideraba de sabor desagradable y que ha aprendido paulatinamente a consumir con agrado.

Para realizar los guisos, su esposa utiliza una amplia variedad de verduras y frutas de temporada, las cuales son preparadas en forma de sopas, ensaladas y guarniciones que acompañan el platillo principal y promueven la aceptación en el paladar de quienes la consumen. De ésta manera promueve la

ruptura de las barreras culturales y favorece el cambio hacia los alimentos saludables.

Al compartir los alimentos mencionados en las ocasiones de convivencia con el grupo de familiares y amigos, su consumo se lleva a cabo en un ambiente agradable que evita que el grupo ejerza una presión que provoque al participante añorar el anterior estilo de alimentación. Esto permite dar continuidad al estilo adquirido y disfrutar de sus beneficios. *También cuando nos juntamos en la casa con mis hermanos antes cenábamos tacos o pizzas y ahora cenamos la comida que quedó y todos lo comemos con gusto.*

En las ocasiones en que la pareja se reúne con hermanos, familiares y amigos, se hacen extensivos los cambios y los beneficios al grupo porque todos los presentes consumen con agrado los alimentos preparados en casa. Es decir, se propició que los familiares apoyen el cambio, porque ello favorece preferir su consumo en cualquier momento o situación.

Los cambios de alimentación, aunados al ejercicio que el participante realiza, han propiciado que poco a poco logre un descenso en su peso corporal, el cual le permita controlar su obesidad y recobrar su estado de salud.

Es necesario aclarar, que si bien, los cambios instaurados hasta el momento le han permitido al participante progresivamente disminuir de peso, aún no ha llegado a su peso ideal. Sin embargo, está dispuesto a conseguir su objetivo porque: *Tengo la oportunidad de hacer los cambios que debe hacer*

una persona con diabetes sin tener la enfermedad. Mi meta es llegar a 65 kgs, y estoy cambiando mis estilos de vida, de alimentación y lo complemento con ejercicio porque quiero hacerlo de la manera correcta. La finalidad es sentirme bien, no solo verme bien.

Con lo expuesto, se aprecia que los resultados obtenidos hasta ahora han sido favorables y se espera que al continuar con su seguimiento, se logre que el informante controle su obesidad, recobre su estado de salud, mejore su calidad de vida y mantenga el decremento de peso que le permita mantenerse en un IMC ≤ 25 , es decir, con un peso inferior o igual a 65 kgs.

Situación actual

El informante ahora presenta peso de 75 kgs, por lo cual acorde con la NOM - 174-SSA1-1998 para el manejo integral de la obesidad, aún se clasifica como persona obesa por tener IMC 28.95. Su nivel de glucosa es 84 mg/dl, colesterol 153 mg/dl y colesterol 157 mg/dl. Es decir, sus niveles se encuentran en un rango normal.

Asimismo, es consciente que para conservar el decremento de peso hasta llegar a su peso normal, requiere mantener permanentemente su actual forma de alimentación, continuar realizando ejercicio y evitar comer entre comidas. De igual manera, sabe que una alimentación sana es aquella que incluye todo lo que el cuerpo necesita en la cantidad adecuada, y por lo tanto,

el consumo de los alimentos debe hacerlo de acuerdo a sus necesidades nutrimentales.

Para conseguir que el informante evitara conductas que fueran en contra de su salud al utilizar lo que ha aprendido y lo que le es útil dentro del contexto en el que interactúa, fue necesario incidir en su cultura alimentaria e informarle que no se debe ir con prisas al iniciar un tratamiento para reducción de peso. Además, se le proporcionó información para aclarar sus dudas acerca de la manera en que paulatinamente logrará su objetivo.

La modificación de la alimentación es algo sumamente complejo porque al ingerir alimentos, el participante no lo hace de una manera simple, sino que su consumo se encuentra condicionado con el significado que representan. Por lo tanto, para propiciar el cambio, se requirió aceptar sustituir los alimentos habituales por otros que fueron introducidos paulatinamente con la finalidad de lograr poco a poco su aceptación, elección, preparación y consumo.

Capítulo X

Propuesta de terapia psicológica de la obesidad

Como se observa en los informantes, tratar la obesidad desde el punto de vista de la cultura, proporciona una visión diferente de un problema de salud que afecta a las personas. Desde la perspectiva cultural, es posible conocer cuáles son los estilos de vida de las personas obesas y como se originaron. Asimismo, se puede entender por qué se crearon y cuáles necesidades satisfacen, en espera de encontrar la solución adecuada a cada caso particular.

Siguiendo los criterios de Ruy Pérez Tamayo (1989:106), esta visión ofrece la originalidad de una investigación que se puede evaluar mediante “su capacidad para ver un problema específico desde un ángulo diferente a todos los demás desde los que se ha enfocado”. Desde esta perspectiva, se presentan

como propuesta los elementos a considerar en una terapia psicológica para la obesidad que se enfoca en el aspecto cultural y las dificultades individuales.

El concepto de propuesta, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, proviene del latín. *Proposīta*, y se define como:

Propuesta. Proposición o idea que se manifiesta y ofrece a alguien para un fin. Es Manifestar con razones algo para conocimiento de alguien, o para inducirle a adoptarlo.

Es necesario mencionar que la presente propuesta pudo llegar a un grado más amplio de profundización. Sin embargo, esto no fue posible debido a que se requería continuar con la investigación por más tiempo y por cuestiones administrativas y la necesidad de obtener el título por cuestiones laborales, fue necesario concluir la investigación en este nivel.

Aunque esta propuesta no alcanza grado de profundidad de una corriente teórica, posee los elementos a considerar en una terapia psicológica de la obesidad, los cuales fueron creados desde una perspectiva fenomenológica a partir de las dificultades individuales que se observaron en los participantes de la investigación, no obstante, conservan los atributos necesarios para ser utilizados desde el enfoque que el psicólogo maneje, ya que poseen la flexibilidad necesaria para ser utilizados a partir de otros modelos de intervención psicológica.

La propuesta de la tesis consta de a) seis pasos que sugieren como manejar la terapia psicológica de la obesidad; b) 10 elementos a considerar en la terapia; c) una guía de identificación de obstáculos; d) cuatro etapas para realizar la terapia de la obesidad.

Al considerar la práctica de ejercicio, el cambio de hábitos alimentarios y el ambiente familiar como los protagonistas en el control de la obesidad y posterior mantenimiento de peso, se puede lograr un manejo adecuado de la enfermedad.

Para lograr una efectiva terapia psicológica de la obesidad con base en las dificultades personales, se recomienda que el psicólogo desarrolle su habilidad para reconocer en cada caso específico los obstáculos que se contraponen al tratamiento médico y nutricio. Una vez identificados, los obstáculos, es conveniente vencerlos utilizando como ayuda del tratamiento, las herramientas psicológicas que la persona posee y que serán proporcionadas en cada entrevista por el propio sujeto.

Asimismo, es conveniente que la persona al iniciar un tratamiento reciba la guía y apoyo psicológico que le permita sentirse seguro, sin ser culpabilizado por no bajar de peso o por hacer transgresiones al régimen de alimentación.

Cómo manejar la terapia psicológica de la obesidad

Para individualizar una terapia psicológica de la obesidad es conveniente realizar los siguientes pasos:

- I. Analizar en forma profunda a la persona antes de iniciar su tratamiento, con el objetivo de desarrollar un plan terapéutico integral e individual, basado en una intervención psicológica, “nutricional, ejercicio y modificaciones al estilo de vida” (Leija, 2009).
- II. Propiciar en la persona *el darse cuenta* que la obesidad es una enfermedad y no solo un problema estético, también conviene situarla en el aquí y el ahora de la realidad en que vive, indagando y respetando las experiencias anteriores que refiera en el momento de iniciar el tratamiento.
- III. Llevar a cabo una relación dialogal en la cual la persona *se de cuenta* poco a poco de ella misma, organizando y ampliando su totalidad y resignificando su enfermedad.
- IV. Que la persona identifique la necesidad de su organismo, es decir, que sepa cuál es su situación y como está en relación a ella.
- V. Es conveniente que el psicólogo acepte la necesidad de bajar de peso por la que la persona acude al servicio y la respete.

sensación de saciedad para que la persona controle su apetito hasta la siguiente toma de alimentos.

Otro aspecto básico sugerido es pedirle que mastique bien los alimentos antes de deglutirlos, “que se tome su tiempo para comer, y que espere por lo menos 10 minutos antes de servirse de nuevo porque la sensación de saciedad requiere de ese tiempo para sentirse” (Meaney y Gaxiola, s.f.).

Se aconseja que en cualquier tratamiento para obesidad se incluya el ejercicio como parte del programa para reducción de peso porque es uno de los pilares que proporcionan los mayores beneficios. Por lo tanto, es recomendable no otorgar a la alimentación toda la responsabilidad del éxito o fracaso de la terapia.

Guía de identificación de obstáculos

Durante el proceso para lograr la disminución de peso, es conveniente identificar los obstáculos que se contraponen al tratamiento y que impiden a la persona lograr su objetivo de disminuir el exceso de grasa corporal, por este motivo, se propone analizar cada una de las situaciones problema y buscar las alternativas apropiadas de solución.

Posterior al análisis, se sugiere elaborar una lista de alternativas o posibles soluciones para cada una de las situaciones, con la finalidad de que la persona pueda llevarlas a cabo para neutralizar los obstáculos identificados. A

continuación se detalla una lista de obstáculos con las alternativas que se sugiere utilizar en cada caso.

- *Falta de tiempo para realizar ejercicio.* Se recomienda que el psicólogo proporcione información acerca de la importancia del ejercicio en los programas de reducción de peso y que al finalizar pida a la persona que medite acerca de las opciones y elija la que considere mejor de acuerdo a su disposición de tiempo.
- *Comer por ansiedad y nerviosismo.* Se sugiere que el psicólogo le instruya en técnicas de respiración y relajación para controlar la sensación de hambre y contrarrestar los efectos ocasionados por la ansiedad y estrés que provocan descontrol en la ingesta de alimentos. Para tener una prueba objetiva de que la persona aprendió a controlar su respiración y a relajarse, se recomienda tomar mediciones de la tensión arterial antes, durante y después de cada ejercicio de relajación.
- *Consumir alimentos por insistencia de familiares y amigos.* Se aconseja que el psicólogo le capacite en técnicas de asertividad, con la finalidad de que la persona elija en qué momentos ingerir y el tipo de alimentos a consumir.
- *Comer en exceso y picar durante el día.* Es conveniente que el psicólogo instruya a la persona acerca de cómo modificar la

conducta alimentaria, como afectan las emociones la forma de alimentarse y la manera de controlarlas para lograr una alimentación saludable, el plato del bien comer, obesidad como enfermedad y los beneficios del ejercicio.

- *Vacaciones y paseos.* Se aconseja que el psicólogo le guíe para encontrar soluciones que conduzcan a la ingesta de alimentos saludables y a consumir agua en lugar de otras bebidas.
- *Cantidad insuficiente de agua.* Para modificar esta situación conviene medir dos litros de agua y pedir a la persona que se comprometa a consumir un vaso de agua cada dos horas hasta concluirlos durante el día. Es importante mencionar que “el agua no aporta energía, [pero] tomar mucho agua durante las comidas puede hacer que la digestión sea más lenta debido a que se diluyen en ella los jugos gástricos” (Téllez, 2009).
- *Horarios de alimentación variables y saltarse comidas.* Es conveniente que el nutriólogo proporcione el plan de alimentación individualizado, estableciendo horarios flexibles acordes con el número de alimentos que deben consumirse al día.
- *Compromisos sociales.* Se recomienda que el nutriólogo aconseje ingerir alimentos ligeros por la mañana (frutas y vegetales acompañados de atún, pollo o pescado) y un refrigerio antes de salir.

Etapa de intervención

Se lleva a cabo en sesiones que pueden variar de cuatro a diez de acuerdo a la información que sea necesario proporcionar a cada consultante. En esta etapa el psicólogo posibilita por medio de pláticas, talleres y ejercicios vivenciales que la persona acepte y lleve a cabo los cambios que se generan a partir del análisis de las situaciones que representan un desafío para la persona obesa. Esto lo hace de la siguiente manera:

Fase 2: Elaboración y difusión de pláticas y talleres

Esta fase puede manejarse de manera individual o en grupos. En ella se realizan pláticas y talleres que proporcionan información acerca de obesidad como enfermedad, enfermedades asociadas a la obesidad, nutrición y alimentación, beneficios del ejercicio físico y ejercicio en el estilo de vida. También, se le explica a las personas la manera de utilizar el plato del bien comer (Anexo 3 Pág. 194), así como la manera de medir las porciones adecuadas para cada caso particular.

Fase 3: Identificación de obstáculos

Se considera obstáculo todo aquello que impide a la persona lograr disminuir de peso. Una vez identificados, se permite que la persona encuentre alternativas de solución y elija de entre ellas aquella que le parezca la más

apropiada para cada caso. Posteriormente, se elabora una lista con las estrategias a seguir en cada ocasión con la finalidad de que la persona neutralice cada situación problema.

En esta fase se identifican las situaciones emocionales, problemas de autoestima, estrés y ansiedad, etc., que favorecen la ingesta de alimentos fuera de los horarios de alimentación. Una vez identificados se trabaja sobre cada aspecto (generarle autoestima positiva, autoaceptación, manejo de estrés, ingerir alimentos en horarios establecidos, etc.)

Fase 4: Registro de avances

Se registra el peso en cada sesión, de igual manera es importante conocer si hubo transgresiones al régimen alimenticio y en caso afirmativo, se pide a la persona que no se sienta culpable, indicándole que lo que requiere es retornar a la alimentación sana.

Etapas de seguimiento

Es de suma importancia que este se lleve a cabo a partir de que la persona baje el 10% del peso corporal inicial o al momento en que decida hacer una pausa en el descenso de peso para mantenerse en un peso determinado.

Fase 5: Comprobación de avances

Es necesario realizar un seguimiento mensual que permita comprobar que la persona se mantiene en el peso sin variaciones. El estilo alimentario adquirido juega el papel principal en esta fase, ya que si este no es permanente, se pondrá en evidencia al momento en que la persona gane peso nuevamente.

Etapa final

Esta etapa se lleva a cabo una vez que la persona se encuentra en un $IMC \leq 25$. Permite a la persona mantener el nuevo peso corporal y el estilo saludable en la alimentación por convicción propia, disfrutando de las actividades que realiza y de la compañía de sus seres queridos.

Área de ejercicio físico

En esta área, el psicólogo puede apoyarse en un entrenador, preparador físico o instructor calificado para que la persona –previa elección del entrenamiento adecuado a sus capacidades-, realice la rutina de ejercicio. En el caso de que la persona argumente no poder acudir a realizar ejercicio, éste será implementado en las actividades diarias. Para el caso del ejercicio físico sólo existen dos etapas: inicial y seguimiento.

Etapa inicial

En esta etapa la persona se compromete a realizar ejercicio e inicia la implementación del mismo como una actividad que realiza de cuatro a seis veces por semana con duración mínima de 30 minutos al día.

Fase 1: Elección del ejercicio

En esta fase la persona elige libremente y de acuerdo a sus capacidades físicas el tipo de ejercicio que realizará, pudiendo discernir entre *ejercicio programado o ejercicio en el estilo de vida* (Cap. I, pág. 19).

La persona se compromete a realizar el ejercicio elegido, convencido de los beneficios que éste aportará a su vida a corto, mediano y largo plazo.

Etapa de seguimiento

Esta etapa proporciona a la persona la flexibilidad para decidir acerca de continuar con el mismo ejercicio o cambiar a otro u otros que perciba como atractivos en su realización. Debido a que conforme la persona baja de peso recupera sus capacidades y se encuentra en condiciones de llevar a cabo actividades diferentes, es posible que decida cambiar a otro tipo de ejercicio que le permita disfrutar más al realizar la actividad, generando una sensación mayor de bienestar.

Área cultural (social)

Esta área comprende las actividades que el individuo realiza en el grupo familiar y social en que se encuentra inserto.

Etapa inicial

En esta etapa se incluye al grupo familiar dentro de las acciones que se determinen porque habrá más probabilidades de éxito. Sin embargo, si la persona decide hacerlo solo, debe respetarse su decisión.

Fase 1: obtención información

Con el testimonio de los familiares, el relato de vida de la persona se convierte en historia de vida que permite conocer el tipo, cantidad, calidad y variedad de alimentos que son agradables al paladar y que han sido instaurados en la memoria por su textura, color, sabor y aroma.

Conocer las cualidades propias de los alimentos permite elaborar menús que resulten apetitosos o, en su defecto, programar las cantidades que serán incluidas de manera paulatina en la dieta habitual.

Fase 2: Elaboración de menús

El ideal es que el psicólogo remita a la persona a un nutriólogo que le asesore acerca de la cantidad y calidad de los alimentos. Sin embargo, si el psicólogo cuenta con conocimientos adquiridos en cursos impartidos por instituciones

reconocidas acerca de nutrición y la manera de elaborar regímenes de alimentación correcta, puede elaborar los menús de restricción calórica apropiados para cada caso particular.

Teniendo en cuenta la tasa metabólica basal y el gasto energético, el nutriólogo calcula las calorías que debe consumir la persona para mantener el peso calcula la restricción calórica. En cada sesión se registra el peso y calcula las calorías que consumirá al día la persona hasta su siguiente sesión.

Etapas de seguimiento

En esta etapa, además del grupo familiar, se incluye al grupo social del obeso para favorecer que los beneficios del régimen de alimentación correcta se extiendan en el círculo social. Para ello, en las ocasiones de festejar, se pide que preparen los alimentos saludables que ahora ingieren de manera cotidiana y los sirvan a los comensales en la reunión.

Para lograr que la terapia de la obesidad tenga éxito, debe implementarse en las tres áreas (psicológica, de ejercicio físico y social) las etapas (inicial, intervención, seguimiento y final) de manera simultánea. El total de sesiones lo determinará el psicólogo de acuerdo a las necesidades de su consultante. Sin embargo, se recomienda no excederse porque corre el riesgo de que la persona abandone el tratamiento por falta de tiempo, recursos económicos o por caer en la monotonía.

Asimismo, los cambios es conveniente introducirlos simultáneamente en el ambiente familiar para que éstos sean permanentes y, de esta manera, se evite la existencia de alguna fuerza invisible que orille a la persona a cambiar su alimentación (Figueroa, 2007).

Para mantener el nuevo peso, se sugiere informar a la persona que posterior a la pérdida de peso puede aparecer un efecto rebote, pero que este es menos probable si se mantiene una alimentación balanceada. En caso de que se presente, lo importante es continuar con el nuevo estilo de alimentación y no sentirse ansioso o estresado.



implementación de la estrategia a seguir; c) resignificación del estilo alimentario (pág 38); d) realización de ejercicio físico (pág 18, 171); y, e) apoyo familiar (pág 39).

4. Para llevar a cabo la terapia psicológica de la obesidad, es conveniente que el psicólogo desarrolle su habilidad para reconocer los obstáculos que se contraponen al tratamiento médico y nutricio. Una vez identificados pueden vencerse favoreciendo la toma de conciencia de las herramientas psicológicas con que cuenta la persona para el control de su enfermedad y propiciando la utilización de dichas herramientas y el desarrollo de habilidades para enfrentar situaciones en que exista riesgo de abandonar el tratamiento (pág 162).
5. Aunque en el tratamiento de la obesidad pueden identificarse dificultades que son compartidas por las personas obesas, querer tratarlas de la misma manera en todos los casos es un error que provocará en la persona el deseo de abandonar el tratamiento. Por lo tanto, es necesario que las dificultades compartidas se traten de acuerdo a las necesidades y expectativas de cada persona.
6. La implementación de actividad física se recomienda de cuatro a seis veces por semana con duración de 20 a 30 minutos, implementando ejercicio programado o ejercicio en el estilo de vida de acuerdo a las preferencias individuales (pág. 19).



7. Para resignificar el valor cultural de las ocasiones para la cohesión familiar y social, conservando los valores, se orienta a la persona para reaprehender a festejar con comida que le permita regular y mantener su disminución de peso y se le hace consciente de que, al aprehender a valorar las alegrías que se presentan en la vida, también aprende a valorar y disfrutar los platillos equilibrados y compatibles con el tratamiento. Además, se favorece que la terapéutica se dirija al grupo familiar y social del obeso y se hace a las personas conscientes de que no importa el tipo de comida que consuman, sino que disfruten de la compañía de sus seres queridos, la plática y la unión familiar en un ambiente de inclusión (pág 32).
8. No existe una solución rápida para el problema de la obesidad, pero es evidente que los programas multidisciplinarios (pág. 58) ofrecen a las personas obesas las mayores posibilidades para perder peso y mantener los resultados obtenidos siempre que sean aplicados con base en las dificultades personales.
9. Al formar parte de una sociedad y cultura específica los individuos aprenden un estilo alimentario particular. Es decir, en el seno familiar son educadas para ingerir un tipo de alimentos que son elegidos por la madre y tienen la finalidad de satisfacer las necesidades biológicas de alimentación.
10. Al ser compartidas las prácticas alimentarias, se favorecen comportamientos que son aceptados por los miembros de la familia. De



esta manera, la modificación de la alimentación es algo sumamente complejo porque al ingerir alimentos, las personas no lo hacen de una manera simple, sino que su consumo se encuentra condicionado con el significado que representan (pág 31).


11. La falta de información acerca de una buena nutrición, incapacita a las personas para consumir una dieta balanceada y acorde a los requerimientos individuales. Bajo estas circunstancias, consumir alimentos se convierte en una práctica cuyo principal objetivo es satisfacer el apetito y, de manera predecible, predispone a las personas a padecer enfermedades como sobrepeso y obesidad, los cuales propician la aparición de otras enfermedades que incapacitan a quien las padece para desarrollar sus actividades adecuadamente. Estos comportamientos se evidencian al ser comparados con un grupo social diferente y pueden dar lugar a un cambio en la conducta alimentaria hacia una alimentación sana.
12. Una alimentación sana es aquella que incluye todo lo que el cuerpo necesita en la cantidad adecuada. Por lo tanto, al consumir las personas los mismos alimentos, deben hacerlo en cantidades diferentes, de acuerdo a las necesidades nutrimentales de cada individuo.
13. Para propiciar el cambio, se requiere aceptar sustituir los alimentos habituales por otros que se introducen paulatinamente con la finalidad de lograr poco a poco su aceptación, elección, preparación y consumo. Los




cambios generados deben reunir dos condiciones: 1) permitir iniciar la lucha contra la obesidad; y, 2) generar un estado de salud y bienestar al favorecer el cambio hacia los alimentos saludables.

- Álvarez, J. L. (2006). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires. Paidós Educador.
- Álvaro, J. L. (1995). *Psicología social: Perspectivas teóricas y metodológicas*. Madrid, Siglo Veintiuno.
- Apps, J. (1991). *Dirección de un examen crítico en las prácticas de educación permanente*. Revista de educación. No. 294. pp.141-162.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M. y Tindall, C. (2004). *Métodos cualitativos en psicología. Una guía para la investigación*. México, Universidad de Guadalajara.
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1982). *Introducción a la psicología Clínica*. México, Mc Graw Hill.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid. Taurus Ediciones.
- Bueno, M. (1962). *Principios de antropología*. México, Patria S.A.
- Cardoso, M. (1999). Interdisciplina o multidisciplina en el área de la salud. *En Salud Problema*. México. UAM-Xochimilco. Año 4. No. 7. P. 36.
- Cardoso, M., Caballero, B., Figueroa, M., Moreno, G., Orozco, L., Rivera, J. (2004). *DUPAM: Un modelo de atención multidisciplinaria a personas con diabetes*. México. *En Vertientes*. FES Zaragoza UNAM. Vol. 7 No. 1-2. ISSN 1405-7867.
- Cardoso, M., Figueroa, M. (2004). *Diabetes: Un Programa de Atención Multidisciplinaria, DUPAM*. México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza-UNAM.

- Cardoso, M. (2005). La obesidad y el matrimonio como patrones culturales antagónicos al tratamiento médico institucional para el control de la diabetes en Ixhuatlancillo Veracruz. En Serrano, C., P. Hernández y F. Ortiz, F. Comps. *Estudios de Antropología Biológica*. Vol. 12. México. UNAM - INAH – AMAB. pp. 583-598.
- Cardoso, M. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes. Cultura, dieta y diabetes. *En Cuicuilco*. Nueva época. Vol. 13 no. 37. México. pp. 129-147.
- Chavez, M. (2005). Creando estilo: Alternativos en La Plata. En Sánchez, S. (compiladora). *El mundo de los jóvenes en la ciudad*. (pp. 71-82). Argentina. Laborde.
- Copleston, F. (1992). *Historia de la filosofía. De Hobes a Hume* (Vol. 5), (Doménech, A.Trad.). México: Planeta.
- Copleston, F. (1992). *Historia de la filosofía. De Wolf a Kant* (Vol. 6), (Sacristán, M. Trad.). México, Planeta.
- Córdova, J. (2009). Epidemia de sobrepeso y obesidad. En *Prescripción Médica*. México. Año 32 No. 381. Agosto. p 6.
- Dartigues, A. (1981). *La fenomenología*. Barcelona, Herder.
- Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (1997). *La enfermedad como camino*. México: Dinámica.

- 
- Gómez, E., Meaney, E., Gaxiola, S. (2007). *Obesidad abdominal y riesgo cardiometabólico. Guías para la prevención, diagnóstico y tratamiento.* En Enlaces Médicos. Sanofi Aventis.
- González, B., J. (2004) *obesidad.* México. Mc Graw Hill.
- Guerrero, J. y M. Rodríguez(1996): Diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa básica, *Rev Med IMSS*, 34, p 43-48.
- Guerrero, J. y M. Rodríguez. (1997). *Complicaciones relacionadas a la mortalidad por diabetes mellitus: un análisis de mortalidad por causa múltiple, Med Int Mex*, 13, p 263-267.
- Harris, M. (1996). *Antropología cultura.* 4ª reimpresión. Madrid. Alianza Editorial. P.20-22.
- Harrys, S. (1989). *Respiración y buena salud.* Buenos Aires. Lumen.
- Hessen, J. (1996). *Teoría del conocimiento.* En Sepan cuantos... Número 351. Artículo Original 1932, México, Editorial Porrúa.
- Lara, N., S. Taméz, C. Eibenschutz, y S. Morales. (2000). Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: J. Mercado y T. Torres comps: *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica.* Guadalajara, Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés Editores, p 97-122.
- Leija, G. (2009, marzo). *Diplomado en Diabetes, Obesidad y Enfermedades Cardiometabólicas.* Factores psicológicos de la obesidad. Modulo IV. México. D.F.

- Le Shan, L. y H. Margenau (1996). *El espacio de Einstein y el cielo de Van Gogh*. España. Gedisa. P. 18.
- Lotman, J. y B. Uspenskij, B. (1979). Sobre el mecanismo semiótico de la cultura. En J. Lotman. *Semiótica de la cultura*. Madrid. Ediciones Cátedra S. A. P. 70-72.
- Lyotard, J. F. (1989). *La fenomenología*. México, Paidós.
- Mahan L, y Escote-Sttump. S. (2001). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. 10ª edición. México, McGraw Hill.
- Martínez, C. F. (2003). *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo*. México: Manual Moderno.
- Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: Nuevos métodos de investigación*. México. Trillas.
- Meaney, E., Gaxiola, S. (Eds.). (s. f.). *Obesidad abdominal y riesgo cardiometabólico*. Guías para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Enlaces Médicos Francia- México.
- Mélich, J. C. (1994). *Del extraño al cómplice: La educación en la vida cotidiana*. Barcelona: Anthropos.
- Méndez, S., N. & Uribe, M. (2002). *Obesidad. Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*. 1ª reimpresión. México. Manual Moderno.
- Mercado, F. (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.

- 
- Mercado, F. (2000). El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: F. Mercado y T. Torres comps: *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés Editores, p 73-95.
- Miles, M., y A. Huberman. (1994). *Qualitative data analysis*. Newbury Park, CA, SAGE Publications.
- Millan, A. (1967). *La estructura de la subjetividad*. Madrid, Rialp S.A.
- Morse, J. y Field, P. (1995). *Qualitative research methods for health professionals* (2ª ed.). Thousands Oaks, CA, Sage.
- Natera, G. y J. Mora. (2000). La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones. En: F. Mercado y T. Torres comps: *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara y Plaza y Valdés Editores, p 73-95.
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2004). *Desarrollo humano*. (9ª ed.). México. Mc Graw Hill.
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid, Nueva Alianza.
- Patton, Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2ª ed.). Newbury Park, CA, Sage.
- Pérez Tamayo, R. (1989). *Cómo acercarse a la ciencia*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Limusa. México. p. 106.
- Plazola, J. (2008). *Manejo de los estados emocionales durante la comunicación del diagnóstico de diabetes: una estrategia para favorecer la aceptación*

- de la enfermedad y la persistencia en el tratamiento médico. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza – UNAM. México.
- Puga, C., J. Peschard y T. Castro. (1997). *Hacia la sociología*. 2ª ed. México, Alhambra Mexicana.
- Rodríguez, G., J. Gil, y E. García. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*, 2ª ed. Granada. Aljibe.
- Rodríguez, M. y J. Guerrero. (1998) *Estudio comparativo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, habitantes de comunidades urbanas y rurales*, *Revista Médica IMSS*, vol. 36, núm. 3, p 191-197.
- Rosenstein, E. (1998). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. México. PLM.
- Sánchez, J. (1987). *La crisis del pensamiento lógico y el surgir de la fenomenología del profundo*. Málaga, Grafima.
- Santiago, R., Fonatana, A. (2004). Obesidad: causas genéticas y nutricionales. En *Prescripción Médica*. México. Año 27 No. 313. Enero. P 17.
- Seguín, C. A. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En: J. Galindo coord.: *Técnicas de Investigación en sociedad, cultura y comunicación*, Distrito Federal, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Addison Wesley Longman de México. p 277-345.

- ~~~~~
- Téllez, V (2009, febrero). *Diplomado en Diabetes, Obesidad y Enfermedades Cardiometabólicas*. Aspectos Básicos de la nutrición. Modulo II. México. D.F.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: analysis and Software Tools*. Bristol, The Falmer Press.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona. Ariel Ciencia.
- Vargas, L. (1997). *Un banquete de la cocina mexicana* en Florescano E. coord. *El patrimonio nacional de México II*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Fondo de Cultura Económica, México, pp. 266-288.
- Warren H. (1996). *Diccionario de psicología*. México. Fondo de Cultura Económica.

Referencias electrónicas

- Castillo, E. (1999). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Obtenido el 19 de febrero de 2004, de <http://enfermeria.udea.edu.co/revista/mar2000/Fenomenologia.html>
- Fernández, S. (1997). *Fenomenología de Husserl: aprender a ver*. Obtenido de <http://www.fyl.uva.es/~wfilosof/gargola/1997/sergio.htm>, el 15 de septiembre de 2006.

- ~~~~~
- Güel, P. (2001). Subjetividad social: desafío para el nuevo siglo. Obtenido el 14 de julio de 2004, de <http://www.revistapolis.cl/2/guell.htm>
- MacQueen, K. (2002). Introducción: Enriquecimiento de los hechos y las cifras. Obtenido el 18 de mayo de 2004, de <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6issues/network/v22-2/ns2221.html>
- Mayan, M. (2001) Una introducción a los métodos cualitativos. Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. Obtenido el 19 de febrero de 2004, de <http://www.ualberta.ca/-iiqm//pdfs/introducción.pdf>
- Modificación de Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, (2006) para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, página Web de la secretaría de salud, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/cdi/cgi-bin/wxis/unidades/cdi/data/iah/> publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de Enero de 2001.
- Rodríguez, J., Agulló, E. (1999). *Estilos de vida, cultura, ocio y tiempo libre de los estudiantes universitarios*. En *Psicothema*. Versión en línea. Vol. 11 No. 002 p 247-259. Universidad de Oviedo. Recuperado el 23 de abril de 2008, 12:20 pm en psicothema@cop.es
- Scribano, A. (2000). Reflexiones Epistemológicas sobre la Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Obtenido el 18 de mayo de 2004, de <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/08/frames06.htm>



Secretaría de Salud. (2002). Comunicado de prensa no. 027, del 1 de marzo de 2002, página Web de la Secretaría de Salud de México, recuperada el 11 de abril de 2006 de http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/Comunicados/2002-03-01-027-personas-con-diabetes.htm

Secretaría de Salud (2003, julio). *Principales causas de mortalidad general, 2001*. México. Página Web del Sistema Nacional de Información en Salud de México, recuperada el 11 de abril de 2006, de <http://www.salud.gob.mx/index.html>



Anexos

Anexo 1.Registro semanal de alimentos

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____
Fecha del _____ al _____ de _____ de 200_____

Horario	6-10 am	10-14 pm	14-18 pm	18-22 pm	22-6 am
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Anexo 3. Plato del bien comer

Se utiliza como un semáforo en el cual los alimentos situados en la franja de color rojo son las leguminosas y alimentos de origen animal, los cuales deben consumirse con precaución, es decir en pocas cantidades. Los alimentos situados en la franja de color naranja son los cereales y se consumen en cantidades suficientes. Los alimentos situados en la franja de color verde son las frutas y verduras, éstos pueden consumirse en cantidades mayores, siendo las verduras las encargadas de proporcionar la sensación de saciedad.

El plato en el cual se sirven los alimentos se divide en tres porciones, de las cuales $\frac{1}{2}$ lo ocupan las verduras, $\frac{1}{4}$ la porción de carne que tratándose de cortes en filete o bistec debe corresponder al tamaño de la palma de la mano de la persona que lo va a consumir. El $\frac{1}{4}$ de plato restante lo ocupan las leguminosas (frijol, haba, lenteja, chícharos, etc.)

Los cereales (tortilla, pan de caja o bolillo, etc) acompañarán el menú.



Fig. 3. El plato del bien comer de la Norma de Nutrición NOM 008-SSA2-1993 Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y el adulto. (Enciso, et. al. 2008).