



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**El apego evitativo como factor  
psicológico de la obesidad en la mujer:  
Un estudio transpersonal**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**  
ERNESTINA TANIA VARELA LÓPEZ

JURADO DE EXAMEN

**TUTOR:** Lic. Anselmo Manuel Morales Luna  
**COMITÉ:** Mtra. María Enriqueta Figueroa Rubío  
Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling  
Mtra. Lorena Irazuma Miranda  
Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto



MÉXICO, D. F.

MARZO 2014.



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.

# Índice

<b>RESUMEN</b>	4
<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>CAPÍTULO 1. La psicología transpersonal</b>	11
1.1. Antecedentes	11
1.2. Desarrollo de la psicología transpersonal	15
<b>CAPÍTULO 2. Relación salud-enfermedad: choque de dos paradigmas</b>	22
2.1. Relación médico paciente	22
2.2. Separación mente-cuerpo	26
2.3. Visión integral de la salud: nuevo paradigma	29
<b>CAPÍTULO 3. Obesidad desde la visión holista-transpersonal</b>	42
3.1. Evolución histórica de la obesidad	43
3.2. Definición de obesidad	47
3.3. Tipos de obesidad	52
3.4. Factores de la obesidad	54
3.5. Modelos explicativos sobre la obesidad	56
3.6. Tratamientos para la obesidad	62
<b>CAPÍTULO 4. El apego</b>	69
4.1. Concepto de apego	69
4.2. Estilos de apego	71
4.3. Resultados de investigaciones que relacionan la Obesidad y apego	75
<b>CAPÍTULO 5. Metodología</b>	79
5.1. Tipo de estudio	79
5.2. Planteamiento del problema	83
5.3. Objetivo general	85
5.4. Objetivos particulares	85
5.5. Escenario	85
5.6. Criterios de inclusión	86
5.7. Procedimiento	86
5.8. Instrumentos	87
<b>CAPÍTULO 6. Resultados</b>	89
6.1. Presentación del caso de estudio	89
6.1.1. Relaciones familiares	93
6.1.2. Datos clínicos familiares	94
6.1.3. Conducta alimentaria	95
6.1.4. Autoconcepto	95
6.2. Integración de los resultados	97
6.3. Recomendaciones psicoterapéuticas	105

<b>CAPÍTULO 7. Discusión,</b>	<b>109</b>
7.1. Alcances y limitaciones	113
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>115</b>
<b>Anexos</b>	<b>138</b>

# ***El apego evitativo como factor psicológico de la obesidad en mujeres: un estudio transpersonal***

## **Resumen**

En la mujer la obesidad se ve más como un problema de estética que de salud, esto conlleva a tener problemas de discriminación, dificultades en el autoconcepto corporal y en la autoestima. A partir de este contexto, el objetivo de la presente investigación es establecer la relación entre la teoría del apego con la teoría transpersonal para entender cómo el apego evitativo es factor psicológico de la obesidad en la mujer y a partir de los resultados encontrados hacer recomendaciones para la intervención psicológica. Al final se describe un estudio de caso de una mujer de 18 años de edad con obesidad, donde se ejemplifica la relación entre el apego evitativo y la obesidad, lo que provoca que tienda a evitar los conflictos intrafamiliares por medio de la comida dulce y alta en calorías.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada pandemia moderna porque en los últimos años se ha incrementado considerablemente (Caballero, 2006 y Dietz, 2001). Representa la segunda causa principal de muertes prevenibles en el mundo (De la Rosa, Masloski y Squizzato, 2007) y está vinculada al 60% de las defunciones debidas a enfermedades no contagiosas (Moral y Redondo, 2008). Se considera que tendrá implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo (Aldrete, Guerra, López y Valdéz, 2006).

Datos de la OMS (2012) afirmaron que a nivel mundial 1400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso en el año 2012. De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas. También desde 1980, la obesidad doblado en todo el mundo. En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

Sin bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones (OMS, 2012).

También el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal<sup>1</sup>. El 65% de la población

---

<sup>1</sup> La **insuficiencia ponderal** es un término que se refiere a estar por debajo del peso que se considera saludable. La definición se suele hacer en relación al Índice de masa corporal (IMC). Revisado el día 22 de noviembre de 2013 del sitio web: [http://www.muydelgada.com/wiki/Insuficiencia\\_ponderal/](http://www.muydelgada.com/wiki/Insuficiencia_ponderal/)

mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).

Asimismo, es factor de problemas cardiovasculares y la diabetes tipo 2. También, se ha establecido que la obesidad impacta de manera negativa múltiples funciones del sistema inmune. Se sabe también que los procesos inmunológicos implicados en la defensa del organismo contra patógenos infecciosos son modificados por el estado nutricional, de esta manera, la obesidad, puede afectar la respuesta inmune innata y adaptativa (Aguilar, et. al., 2010).

En general, se considera que las influencias del medio ambiente son superiores a las genéticas (Hernández, 1993). Sólo un pequeño porcentaje ( $\leq 5\%$ ) es de origen genético, endocrino, di mórfico (Hernández, 1993). La de causa exógena o nutricional es la más frecuente. Los resultados de las intervenciones terapéuticas no suelen ser satisfactorios, en alguna medida porque no se contemplan aspectos que tienen que ver con la percepción y con los modelos etiológicos y terapéuticos que sobre la obesidad tiene los pacientes (Reynalds, et. al. 2007).

Observaciones clínicas han demostrado que esta se inicia principalmente en la infancia, relacionándose con un incremento de todas las causas de morbimortalidad en la edad adulta, hecho que demuestra la importancia de su prevención (Lujan, Piat, Ott y Abreo, 2010). En la edad pediátrica representa un riesgo de perpetuarse en época adulta y ejerce una influencia negativa en el desarrollo psicosocial del niño (Dietz, 1998).

En este contexto, México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. Estudios recientes revelan que la obesidad va en ascenso, registrando que más de la mitad de la población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso. Esta situación se le ha relacionado con las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, que nos explican

cambios importantes en la cultura alimentaria mexicana. Asimismo, se considera que la obesidad es un problema de salud pública de gran magnitud, que tendrá implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo (Aldrete, Guerra, López y Valdéz, 2006). México se encuentra en primer lugar en obesidad a nivel mundial. Además, esta enfermedad hace propensa a la población de padecer problemas cardiovasculares, diabetes mellitus e hipertensión entre otras (Aldrete, Guerra, López y Valdéz, 2006).

También, la prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad infantil fue de 19.5% para el año 1999. Las prevalencias más altas se encontraron en la Ciudad de México (26.6%) y en la región norte (25.6%). Al ajustar por región, zona rural o urbana, sexo, escolaridad de la madre, nivel socioeconómico, edad e indigenismo, los mayores riesgos de sobrepeso se asoció positivamente con la escolaridad de la madre, con el nivel socioeconómico y con la edad de los escolares (Cuevas, García, Hernández, Monterrubio, Ramírez, Rivera, Sepúlveda y Shamah, 2003).

Además, la mujer es mayor consumidora de fármacos (anticonceptivos, analgésicos, antimigrañosos, ansiolíticos, antidepresivos), que parecen favorecer la obesidad. Además la obesidad es factor de riesgo cardiovascular en la mujer se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de mama y de endometrio y a poliquistosis ovárica e infertilidad (Fernández, Fernández, Kozarcewski y Riobó, 2003). Se considera que existen varios factores que han incrementado esta enfermedad en las últimas décadas: la comida rápida, el sedentarismo, los modelos de belleza que se exponen en los medios masivos de comunicación, los diferentes patrones genéticos que existen en las familias mexicanas y dificultades sociales y psicológicas.

Con respecto a estas últimas, existe evidencia de que factores psicológicos están relacionados con la obesidad. Por ejemplo, la baja autoestima (García y Conejero, 2010; Alvarado, Guzmán y González, 2005 y Díaz, 2008), la depresión (Padilla, Ruiz y Rodríguez, 2009), los problemas con la imagen corporal (Rodríguez y Rodríguez, 2001) y dificultades interpersonales (Aguilar, Cobos, Díaz

y Pérez, 2009). También se relacionan los vínculos de apego como posibles factores de la obesidad. En una investigación se reportó que alumnos preescolares que tenían un estilo de apego evitativo eran 30% más propenso a tener obesidad en la adultez (Ponson, 2011).

Barriga y Medel (2006), Carrasco, Gómez y Staforelli (2009) y Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007) realizaron investigaciones similares, encontrando una inclinación hacia un patrón evitativo de apego, por lo que sugieren que vínculo madre-hijo puede incidir en la aparición de psicopatología o puede ser un factor de protección frente a la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario. En otra investigación (Azcona, Romero, Bastero y Santamaría, 2005), también concluyeron que si la obesidad o el sobrepeso comienza desde la infancia, puede provocar problemas emocionales y sociales en la adultez.

Relacionado con esto, los resultados de las intervenciones terapéuticas para la obesidad no suelen ser satisfactorios, en alguna medida porque no se contemplan aspectos que tienen que ver con la percepción y con los modelos etiológicos y terapéuticos que sobre la obesidad tienen los pacientes (Reynals, et al, 2007). De esta manera, la presente investigación surgió por conocer cómo se desarrolla la obesidad desde un enfoque psicológico, debido a que estos aspectos se han estudiado con menos frecuencia que los estudios médicos y genéticos.

También, se diseñará un tratamiento psicológico para la obesidad en la mujer, por medio de indagar los patrones de apego, debido a que éstos influyen considerablemente en el desarrollo psíquico y emocional del individuo. Además, las mujeres con obesidad se encuentran más afectadas en comparación con los hombres, debido a que se ve como un problema a nivel estético más que de salud (Benítez, Castillo, Escalante y Rea, 2008).

Es urgente encontrar tratamientos alternativos que complementen el tratamiento alópata, el cual ha sido un enfoque mecanicista que se enfoca en la reducción rápida de peso, por lo cual el tratamiento se encuentra limitado por

considerar únicamente los factores físicos del paciente y no los aspectos psicológicos y espirituales que caracteriza a la visión transpersonal.

El cual es un tipo de psicoterapia humanista, debido a que se basa en la suposición de que la humanidad ha llegado a ser excesivamente intelectual, tecnológica y desvinculada de sensaciones y emociones (Grof, 1988). El tratamiento psicológico para la obesidad, se considera desde un enfoque holista (del todo) para poder identificar la fenomenología de los pacientes y no sólo considerar la dieta y el ejercicio. De esta manera, es necesario entender cómo la persona se relaciona con su mundo por medio de su cuerpo y su mente.

Por lo tanto, el tema es innovador debido a que surge como alternativa al tratamiento psicológico tradicional para la obesidad, el cual ha sido utilizado como apoyo para el tratamiento médico, en lugar de que el tratamiento psicológico sea un complemento de éste al mismo nivel de funcionalidad, esto con la finalidad de observar el lenguaje del cuerpo, más que el lenguaje intelectual y visual de ver la obesidad. Al humanizar la obesidad y verla como una crisis del individuo que le permita descubrir aspectos que no ha querido reconocer, se puede descubrir su sabiduría.

En el primer capítulo se encuentran los antecedentes y conceptos del enfoque transpersonal y cómo se instaura en la época moderna por medio del método fenomenológico el cual es el método por excelencia de los enfoques humanistas. En el segundo capítulo se aborda el choque de dos paradigmas: el mecanicista y el transpersonal. El primero surge a partir de la mortandad que había en torno a la medicina tradicional, mientras que el segundo es el resurgimiento del enfoque tradicional, debido a que los profesionales que tienen el enfoque mecanicista han perdido la visión holista, por lo cual el enfoque transpersonal se dirige a la persona y al significado que tiene la enfermedad. De esta manera estos dos paradigmas se complementan para observar a la enfermedad desde un punto de vista más allá del cuadro nosológico y psicológico.

En el tercer capítulo se describen la historia y el concepto de obesidad desde un punto de vista holista-transpersonal y los factores psicológicos, sociales y emocionales. También, el diagnóstico, la intervención médica y psicológica. En el siguiente capítulo se describe el desarrollo del apego desde la infancia y cómo éste prevalece durante toda la vida para influir de diferentes formas en la personalidad del individuo, así el apego es una característica humana universal. Para finalizar, se presenta un estudio de caso y se hace una propuesta psicoterapéutica desde el enfoque transpersonal, donde se utilizan películas y novelas, como metáforas.

# CAPÍTULO 1

## La psicología transpersonal

“Lo que más nos irrita de los demás es aquello que puede conducirnos a un mejor entendimiento de nosotros mismos”

Carl Jung

En el presente capítulo se aborda el pasado y presente de la psicología transpersonal, para poder insertar a la obesidad en este enfoque psicológico.

### ***1.1. Antecedentes***

En la historia moderna, después de una psicología basada en la filosofía especulativa y mecanicista, que subestimaba el potencial de crecimiento y bienestar psicológico del ser humano (Walsh y Vaughan, 2008) comenzó con gran fuerza una necesidad de comprobar de forma experiencial la psicología (Almendo, 2009). Así, los enfoques humanistas y fenomenológicos, tuvieron su origen debido a nuevos intentos para conocer la vida interior del hombre, con el objetivo de liberar sus potencialidades y lograr su máxima autorrealización como personas (Duttich, 1961 citado en Quitmann, 1989).

La ideología de la psicología humanista o “psicologías humanistas” se encuentran reconocidas en los Estados Unidos de Norteamérica como la “tercera fuerza” de la psicología, después del conductismo y el psicoanálisis. Esta corriente psicológica fue fundada por Abraham Maslow, en las décadas de los cincuenta y sesenta del siglo veinte y se extendió posteriormente a Europa y después a todo el mundo.

Estas psicologías también abarcan las teorías de la Gestalt y las de Carl Rogers, las cuáles amplían el panorama, tomando en consideración los sentimientos y el cuerpo, el organismo en su totalidad, en un presente

interpersonal que comprende el yo-tú y el aquí y ahora, los organismo, etc. La bioenergética potencia la decisiva importancia de lo que esconde el cuerpo y su energía. Con Jung se reconoce la sombra y el inconsciente colectivo, desde donde los arquetipos moldean la actividad de los humanos (Almendro, 2009).

La teoría Gestalt de Fritz Perls, la bioenergética de Alexander Lowen y otros acercamientos neo-reichianos, encuentros grupales y largas sesiones podrían ser aquí mencionadas como ejemplos importantes de las terapias humanistas (Grof, 2008). De esta manera, la perspectiva multidimensional de la psicología humanista y su énfasis en la totalidad de la persona, proporcionó un marco general para el desarrollo de una rica variedad de nuevos y efectivos acercamientos terapéuticos e hizo que se expandieran enormemente las posibilidades de tratar con problemas emocionales, psicósomáticos, interpersonales y psicosociales (Grof, 2008).

Entre las características más importantes de estas nuevas terapias, encontramos un cambio decisivo que va desde las estrategias exclusivamente verbales de la psicoterapia tradicional, a la expresión directa de las emociones y desde la exploración de la historia individual y de la motivación inconsciente, a los procesos mentales y emocionales de los pacientes en el aquí y el ahora (Grof, 2008). Odriozola (2010), comentó que estos enfoques no sólo son enfoques psicológicos y psicoterapéuticos, sino que son una filosofía de la vida que sitúa al hombre, la humanidad, la naturaleza y el universo como un TODO armónico, coherente y perfecto, por lo tanto a partir de esta concepción, el ser humano tiene la posibilidad de llegar a su máximo equilibrio espiritual y emocional.

Otros aspectos importantes de esta revolución terapéutica fue el hincapié en la interconexión entre la psique y el cuerpo, superando el tabú del contacto físico, que con anterioridad dominaba el campo de la psicoterapia. De este modo, diversas formas de trabajo corporal pasaron a ser una parte integral de las nuevas estrategias de tratamiento (Grof, 2008). Martínez (1993), considera que la psicología humanista observa al ser humano desde un enfoque diferente a la causalidad, lo cual es un punto de vista mecanicista, y luego, el psicoanálisis que

veía al ser humano de la misma manera como causalidad profunda, es decir, sujeta a la causalidad que gobernaba el inconsciente.

La Psicología Humanista, propone que vivir con alegría, cordura, amor e igualdad (o lo que es lo mismo, vivir con salud) no es otra cosa que racionalizar, interiorizar e incorporar al comportamiento cotidiano el principio ético-humanista de que el hombre vale no por lo que tiene, sabe o sirve, sino por lo que es: una persona humana, cuya esencia íntima es buena y sana, no obstante todo lo que pueda argumentarse en contra de esta verdad antropológica. Por consiguiente, su dignidad humana merece –ante todo y por encima de todo- amor y respeto (García, 1995, 1999; González Rey y Valdés, 1994 citados en Dueñas y Pérez, 2003).

Bugentan (1964, citado en Quitmann, 1989) describió cinco principios de la psicología humanista:

1. En su condición de ser humano, el hombre es más que la suma de sus componentes, se subraya la peculiaridad y el ser persona del hombre.
2. La peculiaridad de la existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas.
3. El hombre vive de forma consciente, es decir, independientemente de cuánta conciencia sea asequible al hombre, aquella de la que dispone representa una característica esencial del ser humano y es la base para la comprensión de la experiencia humana.
4. El ser humano está en situación de elegir y decidir, es decir, puesto que cuando un ser humano vive conscientemente no tiene por qué permanecer en el papel pasivo del espectador, sino que mediante sus decisiones activas puede variar su situación vital.

5. El ser humano vive orientado hacia una meta, este estar orientado tiene un doble carácter, esto es, el ser humano tiende en igual medida, por ejemplo, a la tranquilidad y a la excitación.

De igual modo propone una toma de postura teórico-científica:

1. El ser humano está en el centro de la psicología humanística, es decir, la psicología humanística se vuelve contra la exigencia científica de objetividad. Se insiste en que el ser humano que investiga tiene que ser siempre parte de la investigación sobre el ser humano.
2. Se confiere más importancia al sentido y significación de las cuestiones que al procedimiento metódico, es decir, la psicología humanista iría contra sus principios sí, por muy necesarios que sean el desarrollo y la validación de los métodos científicos, descuidase ocuparse de las relaciones de significado de la existencia humana para favorecer la metodología.
3. Para la validación de afirmaciones la psicología humanística se basa en criterios humanos, es decir, no va en contra del empleo de métodos estadísticos y test, sino que exige que éstos estén subordinados al criterio de la experiencia humana.
4. La psicología humanística proclama la importancia relativa de todo el conocimiento, es decir, la psicología humanística parte de que todo saber tiene una importancia relativa, por lo que invita a aprovechar las infinitas posibilidades de nuestra representación mental y creatividad para ampliar nuestro conocimiento.
5. La psicología humanística confía ampliamente en la orientación fenomenológica, sin que por ello desprecie los logros de otras orientaciones; así intenta completarla y agregarla a la relación total de una concepción de la experiencia humana, así se hace hincapié en la posición central de la orientación fenomenológica para la investigación de la existencia humana en su integridad.

Por lo tanto, el hombre es entendido como un sujeto responsable e integrado, quien guía el rumbo de su acción (González, 2006). *“Todo ello ha servido para que un día el espíritu, sin paliativos y sin miedos, sea admitido en la vida del hombre; ahí comienza la psicología transpersonal. Ello admite la complementariedad de los contrarios, como la del orden implicado-orden explicado, materia-espíritu, oriente-occidente e incluso peligro-oportunidad, obstáculo-palanca”* (Almendo, 2009, p. 10).

De esta manera, el ser humano se encuentra insertado en el universo y a su vez el universo se encuentra inserto en él, por lo que el hombre al encontrar dicha armonía, puede llegar a la autorrealización y encontrar su propia felicidad por medio de ella. Se concibe al hombre como “un-ser-en-el-mundo”, consciente de su propia existencia, como lo describieron los existencialistas. Por ende, se rechaza la noción de que las personas estén sobre determinadas por factores hereditarios o influencias ambientales y creen que cada quien tiene la libertad de elegir, y ser responsable por su propia existencia (Maslow, 1968).

## ***1.2. Desarrollo de la psicología transpersonal***

La psicología transpersonal o la cuarta fuerza de la psicología, surge a finales de la década de los sesentas como una necesidad de la psicología humanista de ir más allá de su centro de atención sobre el yo individual, interesándose por el estudio de la dimensión espiritual y trascendente de la naturaleza humana y de la existencia (Ferrer, 2003, citado en Puente, 2009). Se centraba en las principales ideas equivocadas de la psiquiatría y la psicología establecidas, con respecto a la espiritualidad y la religión. También respondía a las importantes observaciones de las modernas investigaciones sobre consciencia, así como a otros campos para los que el existente paradigma científico no tenía una explicación suficiente (Grof, 2008).

Esta corriente psicológica tuvo la finalidad de completar los enfoques psicológicos existentes, por lo tanto integra a todos en un enfoque unificador

parecido a lo la teoría de la complejidad (Morin, 1990). En donde el conocimiento es un proceso que a la vez engloba lo biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, social e histórico.

También, el renacimiento del interés por los filósofos espirituales orientales en diferentes tradiciones místicas, la meditación, la sabiduría de los antiguos nativos, así como la extendida experimentación con psicodélicos durante los años sesenta, dejó claro que una psicología completa y válida para todas las culturas debía incluir observaciones de áreas tales como los estados místicos, la consciencia cósmica, las experiencias psicodélicas, los fenómenos de trance, la creatividad, e inspiración religiosa, artística y científica (Grof, 2008).

Por lo tanto, en sus teorías, la psicología transpersonal, comenzó a observar en las personas psicológicamente sanas fenómenos de expansión de conciencia, en donde los límites habituales del ego superaban las restricciones del tiempo y del espacio, experimentando una sensación de unidad con el todo (Esquivel y Lara, 2012). Estos estados de conciencia más elevados, dentro de los cuales disponemos de todos los atributos y estados de vigilia normal más algunos atributos y funciones adicionales, son llamadas experiencias transpersonales (Vaughan, 1985).

Asimismo, al llegar al nivel transpersonal de consciencia, se denota que existen diferentes niveles de conciencia, en este sentido, los diferentes enfoques psicológicos abordan los problemas emocionales y conductuales desde puntos de vista previos al transpersonal (Wilber, 2000). Al observar dicho fenómeno, Maslow propone dentro de una jerarquía de necesidades, una sexta necesidad o necesidad del Ser, la de ir más allá de uno mismo, a un nivel superior de trascendencia, el cual él llama Transpersonal y es en 1969 durante una conferencia en la ciudad de San Francisco que hace la primera presentación pública de la “cuarta fuerza” en la psicología.

En ese mismo año funda la Asociación de Psicología Transpersonal con Anthony Sutich, Stan Grof, etc., y más tarde en 1969 se publica el primer número

de “La revista de Psicología transpersonal” (Almendro, 1998; Almendro 2009). El movimiento transpersonal surge dentro y fuera de la psicología, pues lo transpersonal se expandió a la sociología, economía, antropología, medicina, educación, comunicación, etc. (Descamps, 1993, citado en Almendro, 1998).

La psicología transpersonal fue sensible a la cultura y trató a los ritos y las tradiciones espirituales de las antiguas culturas nativas con el respeto que merecían, en vista de los hallazgos de las modernas investigaciones de la consciencia (Grof, 2008). Por tanto, la psicología transpersonal se nutre tanto de la ciencia occidental como de la sabiduría oriental, en un intento de integrar los conocimientos provenientes de ambas traducciones en lo que se refiere a la realización de los potenciales humanos (Walsh y Vaughan, 2008).

También incluyó e integró un amplio rango de “fenómenos anómalos”, observaciones contradictorias con el paradigma que la ciencia académica han sido incapaces de explicar. Sin embargo, aunque fuera exhaustivamente comprobado, el nuevo campo representa una salida radical del pensamiento académico entre los círculos profesionales, que no podía reconciliarse ni con la psicología y psiquiatría tradicionales, ni con el paradigma Newtoniano-Cartesiano de la ciencia occidental (Grof, 2008).

Etimológicamente el término transpersonal significa “más allá” o “a través” de lo personal, y se emplea para referirse a motivaciones, experiencias, estadios evolutivos, modos de ser, inquietudes y otros fenómenos que incluyen pero al mismo tiempo trascienden la esfera de la personalidad individual, el yo o ego (Ferrer, 2003 citado en Puente, 2009). Es un modelo que se basa en el conocimiento de las relaciones que existen dentro de un sistema entero o todo – holos- cuyas cualidades son mucho más que la suma de sus partes, entendiendo que lo transpersonal forma parte a su vez de un pensamiento holístico (Lara y Esquivel, 2012).

La psicología transpersonal acoge que el hombre es cuerpo-mente-espíritu, conectado de nuevo con la tradición. Un cuerpo que es consciencia, que se

encuentra oculto en múltiples capas de patrones negativos de conducta, traumas, anclajes, deseos y creencias, sobre las que progresivamente se ha de ir realizando su limpieza debido a que produce los grandes conflictos, escondiendo el potencial humano, marcando así una separación entre su yo real y su yo ilusorio. Este yo ilusorio se mantiene hoy en una realidad consensual fabricada y robótica que huye del encuentro lo que no se quiere saber de uno mismo (Almendro, 2008).

Pretende entrar en la entrega al propio silencio interior, tan temido, dándole paso a la consciencia-energía, verdadero camino de curación (Almendro, 2008, p. 14,). “Lo transpersonal propone un nuevo impulso hacia otra escala de valores que no dependen de una producción y adquisición de locura consensuada e hipnótica. La nueva ciencia de la que se habla iría por ahí; muchos de sus representantes... lo transpersonal viene a entrar con todo ese bagaje de ayuda en la comprensión del vacío, base de la compasión y del amor, para reencontrarnos con el destino de todo lo viviente, de la visión oriental y occidental... descubriendo la falsedad y la necesidad del control racional y estático en un mundo impermanente” (Almendro, 2009, pág. 16,).

Como resultado, la psicología transpersonal era extremadamente vulnerable a ser acusado como “irracional” o “acientífica”, especialmente por los científicos que no estaban al corriente del vasto cuerpo de observaciones y datos en los que el nuevo movimiento se basaba. Estas críticas también ignoraban el hecho de que muchos de los pioneros en este movimiento revolucionario tuvieran credenciales académicas impresionantes (Grof, 2008).

Entre los pioneros de la psicología transpersonal hubo muchos psicólogos importantes, como James Fadiman, Jean Houston, Jack Kornfield, Stanley Krippner, Ralph Metzner, Arnold Mindell, John Perry, Kenneth Ring, Frances Vaughan, Richard Tarnas, Charles Tart y Roger Walsh entre otros de diversas disciplinas, por ejemplo antropólogos, como Angeles Arrien, Michael Harner y Sandra Harner. Estas personas crearon y acogieron la visión de la psicología

transpersonal de la psique humana, no porque ignoraran los supuestos fundamentales de la ciencia tradicional, sino porque encontraron el viejo marco conceptual seriamente inadecuado e incapaz de responder a sus experiencias y observaciones (Grof, 2008).

Lo transpersonal establece un puente entre la ciencia y la espiritualidad; realiza una síntesis entre ciencia moderna y sabiduría antigua, lo que conlleva un puente entre oriente y occidente. Por otro lado, realiza una síntesis entre los polos opuestos, femenino-masculino, bien-mal, claro-oscuro y recupera la sabiduría milenaria acerca del sentido de la vida (Almendro, 2009).

Esta visión del mundo se encuentra enraizada en la historia de la humanidad, sin embargo a partir de los descubrimientos científicos y tecnológicos, que surgieron a partir de diversas revoluciones mundiales, se fueron olvidando, por lo cual la visión transpersonal busca que este conocimiento precientífico resurja y se complemente con lo moderno. En este sentido, intenta unir “las perspectivas psicológicas occidentales sobre el desarrollo humano y la psicopatología y el entendimiento contemplativo oriental de la consciencia y los estados óptimos de salud” (Rubin, 2003, pp. 36-37, citado en Sassenfeld, 2006).

La psicología transpersonal ha hecho progresos significativos hacia la corrección de los prejuicios de las principales corrientes psiquiátricas y psicológicas, particularmente por su reconocimiento de la naturaleza genuina de las experiencias transpersonales y su valor. En vista de una moderna investigación de la consciencia, la actual catalogación de la espiritualidad como patológica, característica del monismo materialista, es insostenible (Grof, 2008).

Por lo tanto, en el siguiente capítulo se hace mención del choque de dos paradigmas: el médico y el holístico.

## CAPÍTULO 2

### **Relación salud-enfermedad: choque de dos paradigmas**

En la actualidad se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo (Arrubacena, 2011).

La obesidad, tiene diferentes connotaciones, tanto positivas como negativas, por lo cual es necesario rescatar el choque del paradigma médico y el holístico, y poder integrar ambos para visualizar a la obesidad no sólo desde lo físico, sino desde lo social, psicológico, emocional y espiritual. Así, en el presente capítulo se analiza la relación médico-paciente, en donde se observa cómo se percibe al paciente como un ser pasivo y escindido de su propio cuerpo.

Se llega a la conclusión de que esta relación médico-paciente es obsoleta en diferentes situaciones si no se escucha al paciente, y así se prefiere tener un punto de vista holístico, en donde tanto cuerpo como mente se integren para encontrar el lenguaje del cuerpo y tomar a la enfermedad como una oportunidad más allá que como un peligro.

#### ***2.1. Relación médico-paciente***

En la antigüedad, la práctica de la medicina existía como complemento de las tradiciones rituales y filosóficas. Hipócrates, el padre de la medicina, aspiraba a que esta área, "...fuera una ayuda para la naturaleza en la creación y preservación de una mente sana en un cuerpo sano" (Porter, 2002, p. 45). La medicina era un apoyo para las tradiciones y rituales. Sin embargo, estas tradiciones fueron perdiendo credibilidad debido a la fuerte mortandad que existía antiguamente, por lo tanto, los médicos fueron desplazando sus estudios hacia las bacterias y la enfermedad para ayudar a la humanidad (Kruif, 2000) en lugar de observar al

paciente en su relación mente-cuerpo. De esta manera se pudo sistematizar el análisis de las enfermedades corporales, en deterioro de lo emocional y espiritual.

Se refleja a lo largo de la historia que la visión médica, se ha pronunciado en dos direcciones fundamentales: la de quienes, como Hipócrates, han considerado que la relación mente-cuerpo son de primer orden, y la de los que la consideran secundaria.

De acuerdo a Capra (1982):

Prevalece mayormente el segundo enfoque de la medicina la cual se instaura como sinónimo de localización de patologías, diagnóstico y clasificación. Desde este punto de vista, los hospitales se han convertido en grandes instituciones donde se da más importancia a la tecnología y a la habilidad científica que al contacto con el paciente (p. 165).

La experiencia clínica ha dejado de lado al ser humano en su totalidad, para enfocarse en el cuerpo y los síntomas, la relación médico paciente se ha convertido en lo que Foucault (2001) confirma como una “especia de contacto previo a todo discurso y libre de los embarazos del lenguaje, por el cual dos individuos vivos están “enjaulados”, en una situación común, pero no recíproca” (p. 8).

La consulta médica e intervención son como si el médico fuera un padre que se encuentran castigando a su hijo (paciente) por haberse caído y raspado las rodillas, sin darse cuenta de que el niño necesita un abrazo para no sentirse asustado por el golpe. De esa manera se somete estrictamente al paciente a la disposición ideal de nosología: en la que el conocimiento de las enfermedad es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad (Esquivel y Lara, 2012).

La mirada del médico no se dirige inicialmente a ese cuerpo concreto que está frente a él, el enfermo, sino a “intervalos de naturaleza, a lagunas y a distancias donde aparecen como un negativo los signos que diferencian a una

enfermedad de otra, la verdadera de la falsa” (Frier, citado en Foucault, 2001, p. 24). En la mayoría de los casos los médicos no logran ni siquiera recordar los nombres de los pacientes, y se refieren a ellos nombrándolos por la enfermedad que presentan, debido a que la enfermedad es el centro de las reuniones médicas y no el paciente (Núñez, 2010 y Schnake, 2005). De acuerdo con Frick (2000): “La enfermedad deja de ser entendida como sufrimiento como perturbación profunda de las relaciones interhumanas, para convertirse en un objeto relativamente independiente del médico y del paciente y sobre el cual, por lo tanto se puede influir (ontologización de la enfermedad)” (p. 34).

En el escenario médico la autoridad está claramente definida, con un doctor al mando y otros encargados de cumplir sus órdenes. Pues, el médico es un observador pasivo, que intenta comprenderlo todo desde la objetividad, da la impresión de saberlo todo y no tiene que justificar nada (Dalkhe, 2005). Sin embargo, la mayoría de los pacientes no entienden sus intrincados detalles, pero se les ha condicionado para creer que el médico es el único que sabe la causa de sus enfermedades (Capra, 1982). Por lo que un buen paciente es el que coopera y obedece las órdenes; “la perspectiva del médico es semejante al de un general ante una guerra: la enfermedad es el enemigo que ha de ser combatido, y el cuerpo del paciente es el campo de batalla” (Shinoda, 2009, p. 12-13).

La medicina científica moderna ha dado excesiva importancia a la solución reduccionista y ha llegado a un punto de especialización en que los médicos ya no son capaces de ver la enfermedad como un trastorno de todo el organismo ni de tratarla como tal. “Lo que sí tienden a hacer es a tratar determinado órgano tejido, y esto se suele llevar a cabo sin tener en cuenta el resto del cuerpo ni mucho menos considerar los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad” (Capra, 1982, p. 175).

En consecuencia, el tratamiento no se basa en las necesidades y expectativas del paciente (Barriguete, Casillas, Pérez, Salinas y Valencia, 1992) y resulta insuficiente, tardío y costoso. El paciente no comprende los objetivos del

tratamiento y las modificaciones necesarias no se incorporan a su estilo de vida. Las dosis de los medicamentos no se ajustan para alcanzar los objetivos terapéuticos intermedios (Córdoba, et. al. 2008).

Por ejemplo, en la serie televisiva “El doctor House, Diagnóstico médico” (2004), un grupo de médicos especializados diagnostican específicamente la enfermedad de pacientes que fueron canalizados por otras instituciones que no lograron encontrar el diagnóstico certero. Este equipo (dirigido por el doctor House) se dedica a encontrar todos los posibles factores que llevaron al paciente a tal grado de enfermedad. Sin embargo, aunque encuentran la enfermedad y la tratan, la serie presenta cómo los pacientes son agentes pasivos en la relación unilateral paciente médico y tienen que seguir completamente las instrucciones de los médicos.

En un capítulo de la serie a una paciente la trataron con quimioterapia por un tumor cancerígeno que no tenía. Por lo cual a la paciente le dañaron su sistema inmunológico quedando a expensas de la enfermedad bacteriana que tenía y fallece. El doctor House y su equipo nunca escucharon por completo a la paciente y por lo tanto no la pudieron diagnosticar adecuadamente.

De hecho, muchas prácticas de la medicina actual suelen ocasionar más sufrimiento y más enfermedades de las que curan, lo cual es uno de los mayores problemas médicos de nuestro tiempo y se le conoce con el nombre de enfermedades iatrogénicas. Que literalmente significa “causadas por el médico”. Dichas enfermedades suelen provenir de complicaciones quirúrgicas, medicamentos mal administrados, efectos secundarios de tratamiento e incluso como parte del efecto debilitante producido por la hospitalización (Ferguson, 1994). La medicina moderna no falla por falta de posibilidades de actuación sino por el concepto sobre el que basa a su actuación, debido a que responde sólo a criterios de funcionalidad y eficacia; la falta de un fondo le ha valido el calificativo de inhumana (Dethlefsen y Dalkhe, 1983).

Además, el mal planteamiento del sistema sanitario no afecta solamente a los pacientes, pues con las largas guardias en hospitales, el exceso de trabajo y estrés al que son sometidos los médicos, estos son candidatos con mayor probabilidad de presentar enfermedades cardiovasculares, tienen una probabilidad entre treinta y cien veces mayor que la población en general de caer en la drogadicción y el alcoholismo. Como que indirectamente su práctica médica les exige endurecer su corazón y no sentir para no ser lastimados por sentimientos que tengan hacia sus pacientes con problemas crónicos. Sin embargo, esto crea mayores complicaciones como demandas judiciales y suicidios con mayor frecuencia que la población promedio (Ferguson, 1994).

“Esta situación no cambiará mientras la ciencia médica no relacione el estudio de los aspectos biológicos de la enfermedad con la condición física y psicológica del organismo humano y de su entorno” (Capra, 1982, p.155). El control de las enfermedades implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad (Strong, Mather, Leeder, Beaglehole, 2005, citados en Córdoba, et. al. 2008).

Su aplicación es compleja, tanto para el médico como para el paciente. Por consiguiente, la estructura y los procedimientos de la mayoría de las instituciones de salud no están preparados para brindar dichos cuidados. Se requieren tiempos mayores de consulta y la participación de diversos profesionales de la salud como médicos, nutriólogos, educadores físicos, psicólogos, entre otros (Barriguete, Parra y Rivera, 2005; Barriguete, Emmelhainz, Pérez y Rivera, 2005). Esto hace cada vez más difícil que un paciente sea atendido en su integridad física como moral.

Aún más, la preparación de los profesionales de la salud no corresponde a la realidad nacional. Muchos de los especialistas carecen de las habilidades para obtener un tratamiento efectivo. No se considera la incorporación de la familia al

tratamiento, pese a que es clave para modificar el estilo de vida. Tampoco se toman en cuenta dichos programas al indicar las medidas terapéuticas, que son factores críticos que determinan la observancia (Barriguete, Parra y Rivera, 2005; Barriguete, Emmelhainz, Pérez y Rivera, 2005).

Chiozza (1994) afirma que al ver a la enfermedad como un acontecimiento propio que irrumpe desde dentro de la propia vida, el paciente puede vislumbrar que su enfermedad es un drama que le pertenece por entero. La experiencia nos muestra, entonces, que aquello que puede descomponer la maquinaria, cuando el motivo cambia, también la puede volver a componer. Comprender una significación es, inevitablemente, cambiarla, porque implica incluirla en un contexto que la re-significa. Un cambio de significación es, también, un cambio de estado, de modo que el enfermo que no cambia es el que no ha logrado comprender.

Para Borja (2006) existen diferentes maneras de la enfermedad:

“...éstas acordes a los diversos estilos de personalidad. La más fuerte es la represión, que es un mecanismo de contracción, de retención y de autoagresión. En lugar de exteriorizar lo que se siente y así ponerse en evidencia, se cierran las válvulas y se conduce la explosión hacia adentro. Suena muy diferentes decir que estoy enfermo físicamente a decir que yo odio. La enfermedad es la disculpa que actúa protegiendo al paciente” (p. 120).

Al tiempo que la relación yo-tu, entre médico y paciente, incluiría un escuchar lo que la persona tiene que decir respecto a su enfermedad, y no prestar atención únicamente a las pruebas objetivas, necesitará entender que la actitud del profesional es un factor de curación y el médico un guía acompañante (Ferguson, 1994).

## **2.2. Separación mente-cuerpo**

“En los griegos, prevalecía una visión monista de la realidad, pues aunque se hablara de la psique (alma) y el soma (cuerpo), ambos eran manifestaciones distintas de una misma sustancia: *arqué*, plantea que la verdadera vida, es la unión de ambas instancia” (Cristóforis, citado en Núñez, 2010, p. 20). Como por ejemplo, para Aristóteles, filósofo griego (384-322 a. C.), los seres pertenecientes a una misma especie coinciden en tener una misma “esencia”, debido a que la “esencia” es lo que hace que las cosas sean como son, así, la esencia del cabello, es lo que hace que caballo sea caballo (Aristóteles, 1977). De esa manera, la esencia de una persona era lo que la convertía en única e indivisible.

No fue sino hasta el siglo XVII que la mente se convirtió en el elemento de los modelos filosóficos del hombre (Porter, 2002). Posteriormente, los filósofos mecanicistas consideraron que la visión tolemaico-aristotélica debía ser sustituida por una “nueva filosofía”, sólidamente fundada en la realidad y compuesta por partículas de materia en movimiento que obedecían leyes matemáticas. La lógica exigía que la Creación fuera dividida en dos categorías radicalmente distintas: por una parte la materia, es decir, “extensión” o “res extensa” que incluye al cuerpo, y, por otra parte, la mente o “substancia pensante” a la que aludía con “res cogitans” (Capra, 1982; Porter, 2002).

En 1649 Descartes, en su libro “Las pasiones del alma”, comentó que las personas no “reparamos en que ningún sujeto obra más inmediatamente contra nuestra alma que el cuerpo al que está unida, y que por consiguiente debemos pensar que lo que en ella es una pasión es generalmente en él una acción; de suerte que no hay mejor camino para llegar al conocimiento de nuestras pasiones que examinar la diferencia existente entre el alma y el cuerpo, a fin de conocer a cuál de los dos se debe atribuir cada una de las funciones que hay en nosotros” (Descartes, 2000).

Así, Descartes explicó detalladamente la manera de recurrir los movimientos y las funciones biológicas del cuerpo a simples operaciones mecánicas, a fin de demostrar que los organismos vivos eran meros autómatas. También, el comportamiento de los animales se explicaba totalmente en términos de materia y movimiento: eran máquinas sofisticadas autómatas carentes de voluntad, sentimiento o conciencia. “La apariencia de tales atributos en las bestias se debía a los reflejos: el concepto del reflejo fue fundamental en su pionera explicación mecanicista del sistema nervioso” (Porter, 2002, p. 62-63).

Descartes igualó la mente al alma incorpórea: ésta era lo que confería a los humanos su conciencia, responsabilidad moral e inmortalidad; sólo los humanos poseían mentes conscientes. Aunque por ser inmaterial no podía localizarse o identificarse con algún espacio (“extensión”), la mente se acoplaba con el cuerpo en la glándula pineal, una estructura unitaria asentada en el cerebro medio (Porter, 2002, p. 63). Así, “el cuerpo estaba regulado por leyes mecánicas, pero la mente – o el alma- era libre e inmortal” (Capra, 1982, p. 188).

Influenciando así el pensamiento médico y dando como resultado el llamado modelo biomédico –o modelo médico-, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. Arraigando la idea de que el cuerpo humano considerado como una máquina, puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; y que la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular por lo que la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico (Capra, 1982). Así, el cuerpo humano es un ser material, sin mente, en donde al tratarlo químicamente se le dan las herramientas para su reparación.

Como consecuencia, las humanidades se concentraron en la *res cogitans* y las ciencias naturales en la *res extensa*; además, de que los psicólogos partidarios de Descartes, hicieron una estricta distinción entre la *res cogitans* y la *res extensa*, y por ello les resultó muy difícil la interacción de la mente y el cuerpo (Capra,

1982). De esta manera estos psicólogos manejan el cuerpo por medio de métodos que solamente atañen al cuerpo y al comportamiento observable y no prestan atención en las funciones emocionales que se están causando en el individuo.

Más, al concentrarse en fragmentos cada vez más pequeños del cuerpo humano, la medicina moderna suele perder de vista la humanidad del paciente y, al reducir la salud a una función mecánica, “pierde la capacidad de tratar con el fenómeno de la curación. Quizá sea éste el más grave defecto del enfoque biomédico” (Capra, 1982, p. 135). Así, la curación es sinónimo de reparar, y no de alivio humano.

Con estas ideas Descartes repensó radicalmente la filosofía y la medicina, sin embargo, nunca explicó de una manera que satisficiera a sus críticos cómo podían interactuar el alma con el cuerpo; aparentemente, su especulativa selección de la glándula pineal como lugar de la interacción sólo sirvió para agravar el problema en ambos planos: el fisiológico y el metafísico. Así, más que elucidar el alma, la había convertido en un misterioso fantasma en el interior de esa máquina que era el cuerpo humano (Porter, 2002).

Las consecuencias negativas de esta falacia reduccionista se han vuelto claras en la medicina; los médicos, que siguen el patrón mecanicista de intervención muchas veces no logran entender lo que significa la enfermedad como la salud, y así a las enfermedades no se les da el seguimiento adecuado. En la cultura actual se encuentra arraigado este tipo de pensamiento, por lo tanto, ya no se percibe lo que piensa y siente el cuerpo humano, se considera que por consumir medicamentos, se puede reconstruir el cuerpo, falacia que ha incurrido en muchas muertes y enfermedades.

Para que la medicina moderna pueda evolucionar de la visión monista de la salud enfermedad, será necesario que se integre al sistema de la complejidad, en donde se tomen en cuenta tanto los niveles emocional, social, espiritual y físico. Así se tendrá que llegar a la definición que da la OMS (Octubre 2011) de salud en su Constitución de 1948:

*“...salud como el estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”* ([http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)).

### ***2.3. Visión integral de la salud: nuevo paradigma***

En las enfermedades con sintomatología física, se suele observar por parte del modelo médico moderno y a su vez por parte de los pacientes, como una experiencia aterradora y nociva que es necesario vencer por medio de la salud (Frick, 2000). Así, la enfermedad se observa como un ente separado del paciente y el médico por lo cual por medio de medicamentos se puede “curar” y al obtener dicho mejoramiento corporal, se considera que se llegó a la “salud” sin importar la vivencia o experimentación del mensaje que trae la enfermedad ó lo que Chiozza (1994) llama “el lenguaje de la enfermedad”.

Lowen (1976) afirma que “el cuerpo es desechado cuando, en vez de ser motivo de orgullo y placer, se convierte en fuente de dolor y humillación” (pág. 249). Por lo tanto, en un sentido simbólico, el cuerpo se deshumaniza y se le niega todo tipo de placer. Al considerar a la enfermedad en todos sus niveles: psíquico, emocional, social y espiritual además del físico se puede encontrar una señal para restaurar el equilibrio (visión transpersonal). Las enfermedades son una oportunidad que la vida le brinda al individuo para recuperar la salud y el equilibrio en todos sus niveles: psíquico, espiritual, físico y emocional, sólo que, por paradójico que sea, la vida recurre a ésta para que el cambio que el paciente ha dejado de lado, lo haga inmediatamente.

Por ejemplo, en la película 50/50 (2011), a un joven veinteañero, le da cáncer en la parte baja de la columna, lo cual lo lleva a un viaje de transformación, porque la enfermedad lo pone a prueba para que realice cambios significativos en su vida: rompe con su novia quien le era infiel, reconoce que su mejor amigo

excéntrico y su madre siempre se encontraban a su lado para apoyarlo y cuándo lo operan se da el permiso de entablar una nueva relación con una mujer completamente diferente a las mujeres con quienes tenía relaciones de pareja.

Es necesario que el individuo pueda ver a la enfermedad no como un mal con el cual hay que acabar de golpe, como el cáncer, que en muchas ocasiones se visualiza como una enfermedad mortal y agresiva, y por lo tanto tiene tratamiento también agresivos, o anestesiando a la enfermedad para poder ignorarla, sino como una oportunidad que le brinda la vida para vivenciar e integrar componentes separados y escondidos de su ser.

Al trascender el modelo médico tradicional y optar por un modelo holístico en donde el cuerpo y la mente se integren se puede aprovechar esta sabiduría para llegar a una salud integral. Desde la perspectiva transpersonal, la enfermedad es como una transformación de aquello que ocupa un lugar en el espacio y que llamamos materia constituye un trastorno de la forma y la función. Un trastorno físico, químico, anatómico, fisiológico; todas estas son categorías que englobamos cuando decimos síntoma orgánico o somático (Chiozza, 1976).

“La enfermedad como padecimiento (pathos), como molestia, conforma inevitablemente un acontecimiento psicológico y, ya que puede ser comunicable, transferible, capaz de despertar afectos y cambios en el otro, es además un acontecimiento “social” (Chiozza, 1976, p. 120). La visión transpersonal ve a la enfermedad como un evento que puede tener su origen en un nivel que no necesariamente es en el que se manifiesta, por ejemplo, una enfermedad física puede tener su origen a nivel psíquico y/o emocional y viceversa. Es decir, la visión transpersonal ve a la enfermedad como un evento conectado con necesidades profundas.

Surge la necesidad de buscar alternativas que ayuden a producir conocimientos, estos indudablemente deben tener la característica de científicos, comprobado está que la visión racionalista y su método no es el camino más adecuado para la producción científica, eso se debe a que deja fuera el estudio de

la conciencia en el proceso mismo de producción de ciencia (Lara, sin fecha). La ciencia es posible por la existencia de la conciencia, si no existiera la conciencia no se podría producir ciencia. Desde la visión holista, la nueva ciencia construye nuevos conceptos para estudiar las experiencias de los organismos con conciencia. Esto incluye, de manera central, la experiencia espiritual humana. La nueva ciencia con conciencia percibe el universo no como un conjunto de objetos, sino como una comunidad de sujetos (Gallegos, 1999).

Por lo tanto, es un sentido simbólico, el cuerpo se deshumaniza y se le niega todo tipo de placer. De esta manera, es necesario trascender el modelo médico tradicional para sanar las enfermedades físicas y optar por un modelo holístico en donde el cuerpo y la mente se integren y se pueda aprovechar esta sabiduría para nuevas técnicas psicoterapéuticas con la finalidad de crear una salud integral. Para considerar que la curación es el resultado de la armonización y equilibrio de las dinámicas de cuerpo-mente-espíritu, en ámbito personal del ser (Lawlis, 1999).

De esta manera, observa al cuerpo como la instauración de la cultura en la corporeidad individual. El cuerpo eso, vehículo de comunicación con el otro; a través del cuerpo se expresa la historia de una cultura, las emociones y se establecen vínculos (Maysonet y Toro, 2007). Por lo tanto, el cuerpo nunca está enfermo ni sano ya que en él sólo se manifiestan las informaciones de la mente (Dethlefsen y Dahlke, 2011).

En este sentido, Llor (2009) concluye en un ensayo titulado “Un sentido de la enfermedad” lo siguiente:

1. La enfermedad proporciona un instrumento que permite ser más realista, al explicitar que la existencia humana es más coherente vivirla de acuerdo con lo que se es, que con lo que se tiene.

2. La enfermedad genera un nuevo “rol” frente al entorno, haciendo constatar cuál es la condición perecedera del hombre frente a los demás.
3. El paciente se constituye a sí mismo un bien para los demás, pues al provocar sus cuidados hacia él subraya que la primera y más básica riqueza del hombre es su existencia.
4. La enfermedad puede permitir ver a los demás con un enfoque más auténtico, al tender a hacer más desinteresadas sus relaciones con los demás.
5. La enfermedad consigue mantener simultáneamente actualizados los dos planos que posee el hombre tanto en su vertiente trascendental como en la vertiente práctica.
6. El paciente, precisamente por su estado de dependencia permite reconocer una realidad de capital importancia para la “salud” de la sociedad, que consiste en iluminar mejor la auténtica condición de criatura humana y su dignidad.

De esta manera, Borja (2006) describe a la enfermedad como “...una autoayuda orgánica, un intento de autorregulación corporal, está tratando de buscar una salida a algo psicológico que el dueño del cuerpo no quiere o no puede percibir... también es una forma de distracción; la enfermedad desvía la atención hacia uno o varios síntomas y oculta las causas de origen. Entonces, por un lado regula y por otro distrae” (Pág. 145).

La enfermedad, sobre todo cuando existe la posibilidad de morir, nos hace dolorosamente conscientes de lo valiosa que es la propia vida y la vida en general. Se produce un cambio en las prioridades. Advertimos la verdad de lo que importa, quién importa y qué hemos hecho con nuestras vidas, y hemos de decidir qué hacemos ahora que lo sabemos (Shinoda, 2009, pág. 14). Por lo tanto, en cualquier enfermedad existe diferentes ámbitos relacionados dado que tanto los

factores emocionales como somáticos tienen que ver con la causa y curso de la enfermedad (Alexander y Morton, 1948, citado en Carafi, Ergas y Molina, 1985). *“Los síntomas se revelan como manifestaciones físicas de conflictos psíquicos y su mensaje puede descubrir el problema de cada paciente”* (Dethlefsen y Dahlke, 1983).

También la enfermedad forma parte de un sistema de regulación muy amplio que está al servicio de la evolución del ser humano. La enfermedad sugiere que hay fuerzas para eliminarla, pues el síntoma concebido como señal indica que esa persona, busca una solución a lo que le pasa: es un pedido de ayuda y, en sí mismo, un indicador de fortaleza (Recasens, 2007). De esta manera, el hombre, a través de su enfermedad, busca el sentido de su vida (Frankl, 1979).

Cualquier enfermedad es psicósomática dado que tanto los factores emocionales como somáticos tienen que ver con la causa y curso de la enfermedad (Alexander y Morton, 1948, citado en Carafi, Ergas y Molina, 1985). Los síntomas de la enfermedad se revelan como manifestaciones físicas de conflictos psíquicos y su mensaje puede descubrir el problema emocional de cada paciente (Dethlefsen, y Dahlke, 1983). La enfermedad hace curable al ser humano. La enfermedad es el punto de inflexión en el que lo incompleto puede completarse. Para que esto pueda hacerse, el ser humano tiene que abandonar la lucha y aprender a oír y ver lo que la enfermedad viene a decirle (Calvo, sin fecha).

Existen para el individuo por lo menos cuatro dimensiones del fenómeno salud y enfermedad en la percepción del individuo (Berlinguer, 1994):

1. Estar enfermo, en la que las desigualdades sociales tienen un papel crucial y se concretan en la mayor o menor probabilidad de enfermar y luego de sanar.
2. Sentirse enfermo, entendido esto como la más auténtica percepción del propio cuerpo, y en donde se manifiesta una permanente intención,

consciente o no, de sofocar las señales patológicas cuando ponen en riesgo la supervivencia al impedir continuar cumpliendo con las obligaciones laborales o domésticas.

3. Identificarse como un enfermo, en relación muy estrecha con lo anterior y además ligada a la falta de conocimientos que permitan comprender y aceptar el hecho de estar enfermo, pues aunque se perciban los síntomas singulares, nunca ocurre la síntesis de diagnóstico que lleva a la búsqueda de terapéuticas o medidas para limitar los daños.
4. El poder estar enfermo, que depende tanto del tipo de padecimiento como de la clase de trabajo que el individuo desarrolla.

Además, Freud (citado en Chiozza, 1976) habla de las condiciones que determinan la elección del órgano, la complacencia somática y la simbolización que deriva de una asociación mnémica, se refiere a un mecanismo que denomina conversión simbólica. Cuando opera este mecanismo la elección del órgano queda determinada por la capacidad de éste órgano para representar simbólicamente la fantasía que permanece inconsciente. Esta capacidad se halla en la base de lo que años más tarde denomina “el lenguaje del órgano”. Así, el cuerpo de un individuo es el vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos inconscientes y conscientes que se producen en la conciencia (Dethlefsen y Dahlke, 1983).

Porque la enfermedad es una traducción corporal de los sentimientos y emociones reprimidos sean éstos funcionales o disfuncionales. En este sentido Shinoda (2006), contempla a la enfermedad como un acontecimiento profundamente espiritual la cual se ignora. En cambio, todo parece concentrarse en la parte del cuerpo que ha enfermado, ha sido herida, sufre una disfunción o permanece fuera de control.

Al respecto Nava (2000) quien, en su investigación de enfoque clínico y de orientación transpersonal, analizó los postulados generales y las aportaciones de

los principales exponentes de las cuatro fuerzas de la psicología occidental (el psicoanálisis, el conductismo, la psicología humanista y la psicología transpersonal) en relación a la influencia que la consciencia ejerce en la salud mental del individuo, concluyó que si se aumenta el nivel de consciencia habrá mayor desapego y desidentificación con el cuerpo y por lo tanto un incremento de la salud física y mental, pues el individuo, en gran medida, el que crea sus propias enfermedades.

También concluye que el individuo necesita desarrollar su consciencia, ya que sólo ésta le permitirá vivir sin el sobrecogimiento y el rechazo al dolor, al sufrimiento y a la enfermedad. El dolor, cuando es productivo, le permite al individuo hacer los cambios pertinentes; no es un enemigo que se debe aniquilar, hacer a un lado esquivar, puesto que es parte de la riqueza del ser; es el contraste necesario que le ayuda a buscar el equilibrio perdido.

Por último, dicha autora considera relevante señalar que la psicología transpersonal es un nuevo paradigma en el que predomina el eclecticismo, ya que parte de los postulados más sensoriales hasta los que resultan etéreos e inobservables, con lo que unifica las corrientes psicológicas orientales y occidentales, en un intento de complementariedad de polos y no de exclusión de los mismos.

Por ejemplo, en la película "Avatar", (2009) los nabaus, individuos de una tribu alienígena, se encuentran unidos entre ellos de una forma transpersonal, con la tierra y su gran diosa que está simbolizada por un gran árbol, ellos se encuentran unidos por medio de conexiones que tienen en su cola de caballo. Esto hace que todos en la tribu se encuentren relacionados emocional, física y espiritualmente. Por lo tanto, cuando empezaron a tener una guerra contra los humanos, ellos recurren a la ayuda de su gran diosa, y cuando tiran al árbol, también lo siente en carne propia.

La enfermedad, vista desde éste paradigma, es una metáfora de algún problema psíquico o emocional; es un significante. En este sentido, la obesidad es

una metáfora, la cual se tiene que leer y comprender el aprendizaje que brinda. Es como un lapsus, que puede ser corporal (parapraxia) emocional o lingual, pues un lapsus “es un decir que el sujeto dice sin saber lo que dice” (Nasio, 2004, p. 77), “es un lenguaje indirecto por medio del cual el individuo dice lo que no dice verbalmente” (Manuel Morales, comunicación personal, marzo de 2009).

Este acontecimiento, la enfermedad, en cuanto se desarrolla en el tiempo, constituye también una historia, que adquiere un nuevo y más rico sentido en la medida en que se la considera como un trozo inseparable de la biografía de un sujeto y su contorno familiar y social (Chiozza, 1976, p. 120).

De acuerdo con Shnake (2005) se debe “abandonar la idea de curación como un volver a un estado anterior... de lo contrario estaríamos desperdiciando la maravillosa oportunidad que nos ofrece la enfermedad para cambiar, para completarnos, para crecer, para ser más armónicos con nosotros y con el mundo” (p. 14). La enfermedad se vuelve una revelación inconsciente de aquello que el individuo necesita hacer consciente e integrar. Pues, “lo que brota del cuerpo y del inconsciente comienza en una forma oscura. Psicológicamente, estas realidades oscuras marcan el nacimiento de algo que se esfuerza por salir del inconsciente para volverse consciente” (Rothenber, 2003, p. 11).

Groddeck (citado en Schnake, 2005, p. 178) menciona que “las enfermedades tienen una finalidad... cuando se reflexiona sobre esto, se descubre que el ser humano crea sus enfermedades, no de un modo arbitrario, sino bajo el efecto de una compulsión interna”. En este sentido, Brenner (1977) dice que:

“En la mente, como en el mundo físico, nada ocurre por casualidad o por ventura. Cada fenómeno psíquico está determinado por aquellos que lo precedieron... En la vida mental no existe discontinuidad alguna... puede demostrarse que cada enfermedad fue causada por un deseo o intención de la persona afectada, en acuerdo estricto con el principio de la función mental” (pp. 16-17). “El cuerpo es después de todo un fenómeno que trasciende el ámbito de lo biológico para dar cuenta de la normatividad social. En el cuerpo se instaura el

sustrato biológico resignificado por las relaciones y el discurso social” (Maysonet y Toro, 2007, p. 109).

Cuando se manifiesta la enfermedad suele acompañarse y desencadenar crisis, porque son una vía que pone el mundo del individuo de cabeza y le permite la concientización de aspectos de la vida que necesita renovar o cambiar. La vida no es estática o lineal, es dinámica y cambiante. Consecuentemente la vida cualquier individuo ha de estar llena de enfermedades y sus crisis que orientan cambios para la maduración y transformación tanto psíquica, física y/o emocional.

Las Crisis se entiende como el cambio brusco en el curso de una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el paciente (Diccionario de la Lengua Española, 2009). Shinoda, 2006 y Dahlke, 1999, afirmaron que desde su significado etimológico y pictográfico ya se vislumbra las dos vertientes en que puede encausar el torrente de la “crisis”:

1. Como una “oportunidad”, por medio de la cual el individuo puede entender y aceptar la crisis de manera consciente y ayudado por rituales y otros apoyos que le permitan superar y vivenciar el proceso por el que atraviesa sin mayores complicaciones, integrado y ampliando el marco de referencia en los planos físico, psíquico y emocional.

La crisis vista como una oportunidad, visión que apoya el paradigma transpersonal, le puede servir de apoyo al individuo para enfrentar, crecer y superar los obstáculos y dificultades que vayan implícitos en la crisis y por los cuales ha de atravesar, así como también le da la posibilidad de integrar aspectos de su personalidad que han sido escindidos. Así, la crisis vista como oportunidad, es una herramienta que la vida le ofrece al individuo para crecer y cambiar lo viejo por lo nuevo, para transformarse. Sin embargo, para bien o para mal, éste aspecto de la crisis, como una oportunidad, es poco conocido y considerado, a diferencia de su otro significado.

2. Como un “peligro”, contrario a lo anterior, cuando no se enfrenta ni se acepta y, además, se evita y reprime una crisis mitigándola con una medicina que acabe de un solo golpe con el malestar o ignorándola, visión que promueve el paradigma mecanicista, podrá suceder que el individuo aparentemente se siente aliviado, físicamente.

Borja (2006) menciona que la enfermedad son sus síntomas. Quien se entretiene con ellos rebusca, neurotiza a la enfermedad. Es evidente que si se atacan los síntomas, el ego se fortifica y saldrá con más sutileza, casi con salud, pero más reprimido, más sofisticado a nivel patológico. Lo que ocasiona el individuo al reaccionar de esta forma ante la crisis es un desvío de energía y un agravamiento de su situación. Pues, el individuo es energía, todos sus procesos funcionan con energía; hay un equilibrio dentro de su ser que necesita mantenerse. Cuando el individuo no equilibra esa energía, implícita en las crisis, que se compone de todo lo que el individuo considera como rasgos negativos de su personalidad, dicha energía se va acumulando y llegando el momento ha de buscar una salida.

Por lo general la energía es enviada a la parte del inconsciente que Jung llamó sombra, la cual se entiende “como el otro en nosotros, la personalidad inconsciente de nuestro mismo sexo; lo inferior y censurable; ese otro yo que nos llena de vergüenza y de embarazo. La sombra es lo que una persona no desea ser” (Jung, citado en Zweing, y Abrams, 2004, pp. 34-35), incluye tanto aspectos positivos como negativos.

La energía que ha sido enviada a la sombra se manifestará de muchas formas, la mayoría, aparentemente “negativas” para el individuo que las vive. La sombra se le presentará como algo amenazante con la intención de ser tomada en cuenta para poder dar su mensaje que generalmente conduce a la estabilidad y renovación de la persona (yo). Las crisis según Erikson (citado en Bordignon, 2005) comprende el paso de un estadio de desarrollo a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales o un proceso de

estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales.

Comprende, también la relación dialéctica entre las fuerzas sintónicas (virtudes o potencialidades) y las distónicas (defectos o vulnerabilidad) de cada estadio. De la resolución positiva de la crisis dialéctica emerge una fuerza, virtud o potencialidad, específica para aquella fase. De su resolución emerge una patología, un defecto o fragilidad específica para aquel estadio (Bordignon, 2005).

El modo en que el individuo enfrenta las crisis determina el modo en que lo afectan. “Cada crisis nos confronta con la posibilidad de elegir, aceptarla conscientemente o defendernos de ella con todas nuestras fuerzas. En este momento se decide ya si va a ser un peligro o una oportunidad” (Dahlke, 1999, p. 26). “esa decisión puede cambiar drásticamente nuestra vida... al margen del poco poder que tengamos sobre las circunstancias, aún en la situación más terrible, siempre podemos elegir cómo reaccionar. Este conocimiento nos atribuye un poder” (Shinoda, 2006, pp. 36-37). El individuo puede ser observador pasivo o participante activo de la propia enfermedad. Empero, no tiene la posibilidad consciente de elegir cuándo enfermarse, pero sí tiene el poder de elegir cómo reaccionar ante tal situación.

Por ejemplo, en la novela “Relatos de poder”, el protagonista, Carlos, se encuentra aprendiendo la sabiduría ancestral de Don Juan, un señor con conocimiento de “brujos” como él le llama. Entonces Don Juan, le enseña a Carlos sobre el poder que tiene dentro, solamente que Carlos no lo acepta tan fácilmente porque él es un estudioso de antropología y tiende más a aprender por medio de la lógica y el razonamiento, entonces Don Juan, le enseña a quitarse eso y a poder elegir (Castaneda, 2001).

Otro ejemplo, es la serie Being Erica (2008) en donde Erika la protagonista, por tomar malas decisiones, en su juventud, no tiene el éxito laboral que deseaba. Ella tiene una maestría en literatura y trabaja en un call center, tiene un novio que no le gusta y su familia le tiene lástima. Cuando toca “fondo” se le aparece el

doctor Tom, un psicólogo diferente, quien le ayuda a superarse a sí misma, por medio una psicoterapia que le permite descubrir sus potencialidades por medio de ir al pasado y resolver las crisis que tuvo.

La crisis constituyen un elemento determinantes para la vida de cualquier individuo; “en el cuero de la evolución, crisis es el momento en que todo sufre un brusco giro del que el hombre sale transformando, ya sea con el nuevo origen de una decisión, ya con la rendición” (Jaspers, citado en Dahlke, 1999, p. 25). Siempre, a lo largo de la vida, el individuo se topará con alguna crisis en determinado momento, particularmente en uno en el que se encuentran las circunstancias necesarias tanto internas como externas para que la crisis suceda.

Las crisis son necesarias e inevitables y tiene su tiempo, no se las puede anticipar ni saltar. Posibilitan la maduración y el aprendizaje del individuo y están acompañadas, generalmente, de eventos que le parecen “negativos” al individuo por ser incómodos e imposibilitadores. Pues, la crisis desencadenan y se acompañan de una serie de elementos, sincronicidades y energías que surgen principalmente del interior del individuo y están en función de un proyecto hecho por el sí-mismo, que incluyen tanto lo vivencial como lo no vivencial (o lo que aun no se ha vivenciado (Sharp, 1997); y están orientadas en función del desarrollo y renovación de la persona y determinadas por aquellos aspectos que han sido negados o aun no han sido aceptados e integrados como elementos propios del individuo, la sombra.

Por lo que cuando distintas funciones corporales se conjugan en un modelo determinado, se produce un estado armonioso al que se le llama salud (Dalkhe, 2005). La salud de acuerdo con los escritos hipocráticos, requiere un estado de equilibrio entre las influencias ambientales, los modos de vida y los varios componentes de la naturaleza humana (Capra, 1982) así, “el bienestar no puede ser administrado por vía intravenosa, ni ingerirse a cucharadas. El bienestar nace de una matriz: cuerpo-mente. Es un reflejo de la armonía somática y psicológica” (Ferguson, 1994, p. 283).

En el enfoque transpersonal, se busca esta armonía tanto corporal como emocional y espiritual. La psicoterapia va encaminada a encontrar esa sabiduría que permita al individuo autoconocerse a profundidad, por lo tanto, en el siguiente capítulo se revisará el pasado y presente del enfoque transpersonal, sus premisas y diferentes autores, para seguir con la línea de englobar el todo en la obesidad.

## CAPÍTULO 3

### Obesidad desde la visión holista-transpersonal

La salud de un hombre se mide por como él toma cualquiera de estas dos cosas: píldoras y escaleras.

Joan Welsh

El cuerpo es el vehículo por el cual se interactúa con el mundo circundante, desde que nace un niño interactúa con sus cinco sentidos y aprende por medio de ellos. Así su ser completo, se va desarrollando y va creando una imagen corporal de quien es, a partir de lo que le reflejan sus padres o cuidadores y después las personas que va conociendo en diferentes lugares, esta imagen que percibe se denomina autoconcepto.

Por lo tanto, cada ser humano tiene sus diferencias, altos, bajos, blancos, oscuros, nos encontramos entre polaridades corporales: blanco-negro, delgado-gordo, niño-adulto, etc. De esta manera, nos encontramos con polaridades que determinan también nuestro autoconcepto, sobre cómo nos definimos a nosotros mismos, ya sea de una manera positiva o negativa. En este contexto, con respecto al peso corporal, existen diferentes controversias, en torno al dualismo delgadez-obesidad, el peso “pesa” de diferentes maneras, de acuerdo al autoconcepto desarrollado desde la infancia, hasta la adultez y la vida social.

Así, la obesidad y el sobrepeso tienen diferentes connotaciones, tanto sociales como personales. En la definición médica, se observa como una enfermedad, debido a que históricamente se llegó a pensar que la obesidad era signo de opulencia y por lo tanto una persona con obesidad era una persona “sana” y fuerte. Lo cual fue un grave error y por lo tanto existían y existen personas que ven a la obesidad como un potencial y fortaleza, así el enfoque médico la definió con clasificaciones y cuadros clínicos, para poder tratarla. Sin

embargo, es importante ir “más allá” de estos cuadros, debido a que solamente se trabajaría lo corporal y no lo psicológico y emocional.

Por lo tanto, en este capítulo se verá la evolución histórica de la obesidad, para determinar el contexto que nos permita desarrollar un concepto de obesidad holístico, y poder intervenir desde diferentes niveles. Después se verá los tipos de obesidad, los factores y los tratamientos médicos y psicológicos.

### ***3.1. Evolución histórica de la obesidad***

Muchos individuos tienen predisposición a la obesidad, debido a que los genes capaces de ahorrar la mayor cantidad de energía posible (los genes que predisponen a la obesidad), se conservaron porque representaron una gran ventaja evolutiva para los ancestros del ser humano, al darles mayor capacidad para resistir largos periodos de ayuno y actividad física (Morales, 2010). El entorno también ha evolucionado y esos genes útiles al hombre cazador recolector, se enfrentan actualmente tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, con una sociedad que ya paso por la revolución industrial, venció las hambrunas, que ha adoptado estilos de vida sedentarios, así patrones alimentarios de alto contenido calórico, vinculados a su vez a procesos de globalización e innovaciones tecnológicas y organizacionales (Morales, 2010).

De manera que, históricamente, la obesidad se conoce desde la Edad de Piedra, es decir, 40,000 años a. C. La evidencia han sido las figurillas encontradas en diferentes sitios de Europa, mismos que muestran exceso de grasas y que indican que la obesidad se consideraba un signo de belleza. La evidencia más famosa, es la figurilla de la Venus de Willendorf, estatua del torso de una mujer con obesidad abdominal, que quizá tuvo un papel importante en los rituales, simbolizando la fertilidad (Ávila, Bastarrachea, González, Laviada y Vargas, 2002; Milos, 2012).

En las culturas donde escaseaba la comida, ser obeso era considerado un símbolo de riqueza y estatus social. Esto también era así en las culturas europeas

a principios de la era moderna. Luego fue más signo visible de “lujuria por la vida”, apetito e inmersión en el reino de lo erótico. Este significado fue particularmente usado en las artes visuales, como por ejemplo en las pinturas de Rubens de figuras femeninas orondas (de donde proviene el apelativo “rubenesco” como sinónimo de gordura) (González y Mendoza, 2009).

En el siglo V a. C., Hipócrates, padre de la medicina, reconoció por primera vez a la obesidad como un problema de salud, y que la muerte súbita era más común entre personas obesas, señalando la importancia de la alimentación y el ejercicio en el tratamiento de la misma (Ávila, Bastarrachea, González, Laviada y Vargas, 2002). En los siglos II y III d. C., Galeno estableció el tratamiento inicial para el paciente con obesidad: dio mayor importancia a la actividad física y recomendó el tratamiento con masajes y algunos ungüentos diaforéticos (Milos, 2012).

A finales del siglo X y principios del XI, Avicena señaló que la alimentación podía ser un amigo o enemigo para el cuerpo y el alma, al retomar los planteamientos de Galeno (Milos, 2012). La medicina sufrió una gran transformación durante los siglos XI al XIV, cuando se utilizó el *Régimen Sanitatis*, que carecía de guías específicas para tratar la obesidad; sin embargo, el poeta Chaucer retomó las consideraciones de Hipócrates y escribió que “Contra la glotonería, el único remedio es la abstinencia”. La era científica de la medicina inició en los siglos XV y XVI (Milos, 2012).

En 1765 Joannis Baptistas Morgagni reconoció que la obesidad se relacionaba no sólo con la enfermedad, sino también con las disecciones anatómicas, que la posición de la grasa era decisiva, los abdómenes prominentes contenían gran cantidad de grasa acumulada en los espacios intra-abdominales y en el mediastino, con incremento en el diafragma. Las primeras disecciones en sujetos obesos se atribuyen a Bonetus, seguido de Morgagni, Haller y Wad; estos últimos confirmaron el trabajo de Morgagni en sus disecciones *postmortem* (Milos, 2012).

Los aztecas pensaban que la obesidad era algo sobrenatural, una aflicción de los dioses (Ávila, Bastarrachea, González, Laviada y Vargas, 2002). A través de la historia ha cambiado considerablemente el estado de la visión pública de la obesidad, sobre todo desde el año 1900. En 1908 el diseñador francés Paul Piret introdujo la revelación del nuevo cuerpo para las mujeres, cuyo mensaje subliminal era: “el cuerpo con grasa no es la moda” (Ávila, Bastarrachea, González, Laviada y Vargas, 2002; Medical Resources for patients physicians, 2012).

Asimismo, en 1944, investigadores de la universidad de Minnesota reportaron los daños a la salud relacionados con el efecto “yo-yo” de las dietas (Medical resources for patients physicians, 2012). Para 1948, Framingham inicio el estudio de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. En 1996 se estableció el índice de masa corporal, el cual emergió como un estándar para definir la obesidad (Ávila, Bastarrachea, González, Laviada y Vargas, 2002, Medical resources for patients physicians, 2012).

El tema de la enfermedad y su expresión en el arte no es nuevo ni reciente. La idea de la obesidad y su expresión surgió en los trabajos de diferentes artistas, como las obras de Botero, entre las que destacan “Obesa” rodeada de un florecido jardín, entre otras (Haslam, 2007). O bien, Aretino, pintado por Tiziano en 1545; Enrique VIII de Inglaterra pintado en 1537 por Holbein el Joven, o el retrato de Luis XVI, de Delacroix, donde denotan a la obesidad como signo externo de riqueza (Haslam, 2007).

Muchas personas suelen ver a la delgadez como síntoma inexcusable de enfermedad, por lo que conceptualizan a la obesidad como sinónimo claro de opulencia, y entienden que la persona excedida de peso es más saludable que las delgadas (Haslam, 2007, Turón, 2003). Sin embargo, existen diferentes incongruencias, unas conscientes y otras inconscientes, de manera colectiva. En la cultura occidental moderna, la obesidad se considera en general poco atractiva. Los cuerpos obesos raramente se representan de forma positiva en los medios de comunicación. Muchos estereotipos negativos se asocian con la gente obesa,

como la creencia de que son perezosos, sucios, estúpidos o incluso malos. La glotonería, el segundo de los siete pecados capitales, se refiere a este último estereotipo (González y Mendoza, 2009).

Aunque la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento: se ha visto que el peso corporal excesivo predispone para varias enfermedades, y que necesita de un tratamiento médico (González y Mendoza, 2009). Por lo que la obesidad ya no simboliza socialmente la opulencia, sino que es una cuestión de decisión entre elegir el placer y no la salud (Montero, 2001). Sin embargo, Caro y Marin (2012) afirmaron que: “El actual culto al cuerpo, que ha sustituido al antiguo culto al alma y se puede considerar como una forma moderna de adaptación a las exigencias sociales, no está tampoco exento de grandes sacrificios tanto físicos como psicológicos”. Por tal motivo, ahora se le da más importancia al cuerpo, buscando cada vez más juventud, más belleza, lo cual es sinónimo de riqueza y fama.

También, el concepto de alimentación sobrepasa al aspecto nutricional y está determinado por códigos sociales de conducta. La selección de los alimentos en la sociedad del desarrollo se guía, no por recursos alimentarios, sino culturales, incluso los criterios psicológicos quedan en un segundo plano. Parece como si el individuo quedase relegado a un plano detrás de lo colectivo; en último término, “lo social” predomina sobre “lo individual”, llegando incluso a gobernar las conductas alimentarias (Labay, 2000).

Por ejemplo, en el documental “Superengórdame” (2003), Morgan Spurlock, un cineasta que se alimentó de comida rápida de la franquicia alimentaria Mac Donald’s por 30 días, incrementó drásticamente su peso corporal con el propósito de mostrar al mundo que el comer en un lugar socialmente aceptado como el comedor de la “felicidad”, incrementa la posibilidad de tener malnutrición y obesidad a corto plazo. Tal conducta requiere un aprendizaje que actualmente resulta difícil de transmitir por unos padres que comparten jornada simultánea de trabajo, con horarios escolares intensos, desplazamientos largos, poco tiempo

para hacer familia. Con frecuencia se delega la educación en instituciones (guarderías y colegios) que desempeñan como pueden el papel sustitutivo (Labay, 2000).

Sin embargo, el cambio de cultura de un cuerpo robusto a un cuerpo esbelto no ha sido la solución al problema del peso corporal, más bien ha ocasionado que existan polaridades sin matices, por lo cual existen dos grandes problemas alimentarios: la anorexia y la obesidad. Para ejemplificar, este dilema, se encuentra la película “Malos hábitos”, (2010) en donde en una misma familia existe obesidad en el padre y la hija, anorexia en la madre y bulimia en la sobrina. Por lo tanto, la percepción social de la obesidad a lo largo de la historia humana, ha tomado diferentes matices, por un lado se concibió a la obesidad como signo de opulencia, hecho histórico que todavía algunas abuelas conciben como signo de salud.

Por otro lado, la obesidad se considera como signo de enfermedad física y también psicológica por la fuerte influencia que tienen los medios de comunicación, en donde la extrema delgadez es factor de belleza y salud y todo lo contrario es feo, enfermo y denigrante. A partir de este contexto histórico se podrá brindar una definición holística-transpersonal de la obesidad que nos permita visualizarla más allá de una enfermedad histórica, social, biológica y psicológica.

### ***3.2. Definición de obesidad***

La Organización Mundial de la Salud (OMS) citada en Monteverde y Novak (2008), define a una persona con obesidad si su índice de masa corporal<sup>2</sup> (IMC =

---

<sup>2</sup> De acuerdo a la Secretaría de Salud (2006) el índice de masa corporal, conocido también como BMI (Body Mass Index) indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: su peso actual y su altura.

Este índice es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier persona. Su cálculo arroja como resultado un valor que indica si la persona de la cual se habla se encuentra por debajo, dentro o excedida del peso establecido como normal para su tamaño físico.

peso en kg/ altura en m<sup>2</sup>) es igual o mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> y con sobrepeso si su IMC está entre 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>. Este incremento se considera patológico cuando el índice de masa corporal supera el 20% en varones y el 30% en mujeres (López-Villalta, 2010). Además, la obesidad tiende a ser progresiva (Córdoba, et al, 2008).

Por otro lado, según Moliner (1991), citada en Chiozza (1997) “obesidad es la cualidad de *obeso*, y “obeso” (que proviene del latín *obesus*, participio de *obedere*, de *edere*, comer) significa *gordo*. Esta autora aclara que el término “obeso” tiene la connotación de *anormalmente* gordo y que “obesidad” se utiliza particularmente para designar un *estado patológico*. Es decir que “gordo” y “obeso” son en su origen sinónimo, pero en su uso actual poseen un significado ligeramente diverso. Mientras que la gordura es una *cualidad del ser*, la obesidad es, particularmente, un estado anormal o patológico, en otras palabras, una *enfermedad* (Chiozza, 1997).

Así, existen diferentes connotaciones en torno al concepto de obesidad. Por un lado, la obesidad es una enfermedad que se tiene que “atacar” con medicamentos, dieta y ejercicio. Por otro, es una elección en donde el individuo elige tener esa condición corporal. De esta manera “Los hombres obesos son más propensos a ser llamados por nombres inapropiados y a ser excluidos de actividades físicas y sociales” (Maysonet y Toro, 2007, p. 111).

Ninguna otra afección está tan sujeta como la obesidad a las influencias sociales en lo que respecta a su definición, ni a controversias profesionales tan profundas en lo que atañe a su importancia médica y necesidad de tratamiento (Genuth, 1983, citado en Chiozza, 1997). La apreciación de los cuerpos voluminosos se abandona para dar paso a una imagen socialmente aceptada de delgadez y pulcritud tanto en hombres como en mujeres. El cuerpo gordo,

---

La ecuación matemática que permite obtener su valor es la siguiente:

$$\text{BMI} = \text{peso actual} / (\text{altura}^2)$$

Considerando el peso actual de la persona en kilogramos y su altura en metros.

voluminoso y ajeno a la imagen del mercado se excluye del imaginario social y en ocasiones se le observa como una patología cuando se sobrepasa el peso en ese cuerpo (Maysonet y Toro, 2007).

Sin embargo, existe una ligera línea entre elección y enfermedad. Recasens (2006) comentó al respecto que una persona con obesidad, no se da cuenta del cambio del peso corporal ni de las sensaciones provenientes del interior del cuerpo, las cuales indican que el tamaño y el peso están cambiando. “Desde esta ausencia de información sensible, ese cuerpo se transforma en una especie de cuerpo de bebé, sin los recursos para reaccionar frente al mundo. Esto sucede sin detrimento de la capacidad intelectual de la persona; es decir, una persona puede ser muy inteligente y exitosa en sus actividades laborales y sociales, pero en lo que respecta a su cuerpo está expuesta y librada a su suerte” (Recasens, 2006, p. 73).

Se estima que entre 20 y 45% de los pacientes obesos que acuden a tratamiento para reducción de peso sufren problemas con su imagen corporal, depresión y ansiedad. Los sujetos sufren un fuerte rechazo y vergüenza por su físico, preocupación por el peso y la silueta, idealización de la delgadez, largo antecedente de fracaso en las dietas y dinámica muy alterada de alimentación, llena de sentimientos de angustia vergüenza y culpa, con frecuencia acompañada de abuso de sustancias, trastornos del control de impulsos y depresión (Cortés, Ibarra y Luckie, 2009).

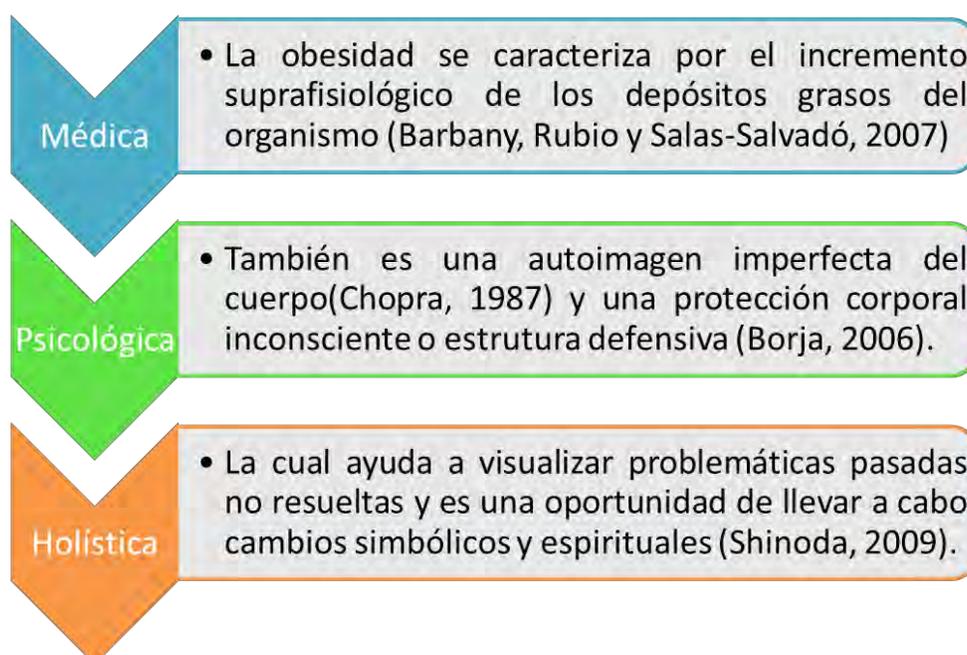
El “lado flaco” de los obesos (esto es, sus dificultades), visto desde el punto de vista psicológico es entre otros: mirarse y ser mirado; la imagen corporal y la relación con la comida como reguladores casi exclusivos de la autoestima; el manejo de la emocionalidad; algunos procesos orgánicos fuera de control; y la historia de obesidad infantil (si la hubiese) con sus correlatos en el campo psicológico (Koffman, 2009).

De esta manera, la persona con obesidad, padece un estado corporal alterado y modificado (Zukerfeld, 1996) que se puede prevenir y cambiar, por tal

motivo es posible que sea una de las causas que generan polémica en torno a la obesidad y se considere que eligieron esa situación y que no se cuidan físicamente, por tal motivo es importante observar a la obesidad desde un punto de vista holístico, para que a través de la terapia psicológica se le brinde a la persona ese poder de decisión de una forma consciente. Esto da pie a visualizar a la obesidad por niveles, tanto médicos como psicológicos y sociales.

Así, no existe una definición de obesidad sencilla, en la concepción visual se considera únicamente el peso y la grasa corporal, pero es importante también tomar en cuenta una definición psicológica y emocional, para poder tratar a las personas con obesidad con un respeto más allá del padecimiento y poder encontrar una solución personalizada para cada una. También es importante cambiar la conceptualización de la obesidad como enfermedad, ya sea física o causada por problemas emocionales. A pesar del interés de la comunidad científica y de los organismos internacionales en el tema de la obesidad, no se ha logrado disminuir o detener el incremento de la obesidad, ya que es necesario comprender la obesidad como manifestación de un problema social global (Guevara, 2009 citado en Ocampo y Pérez, 2010).

En esta investigación se pretende ir más allá, por lo cual se propone una definición en tres niveles, vista desde un punto de vista holístico-transpersonal:



En este sentido, es importante tomar en cuenta las tres definiciones, las cuales son complementarias entre sí, cada una busca una solución a cierto nivel, y son inseparables. Por cada nivel, se encuentra un nivel más profundo de conciencia, debido a que en la definición de obesidad se encuentran un punto clave para el tratamiento de ésta. Si solamente se observa desde el primer nivel, el tratamiento será en ese nivel y nos concentraremos solamente en la reducción de peso. Por lo cual, solamente se buscará mejorar la apariencia y no tanto la salud (Cash Sarwer y Thompson, 2005).

Se convertirá en lo que Recasens (2006), llama la punta del iceberg, solamente estaría observando la punta y no todo el iceberg o problema global. En lenguaje transpersonal el cuerpo del iceberg se le llama “la sombra”, que es todo lo que no se ve a simple vista, la cual “...contiene todo tipo de capacidades potenciales sin manifestar, cualidades que no hemos desarrollado ni expresado. Nuestra sombra personal constituye una parte del inconsciente que complementa al ego y que representa aquellas características que nuestra personalidad consciente no desea reconocer y, consecuentemente, repudia, olvida y destierra a las profundidades de su psiquismo sólo para reencontrarlas nuevamente más tarde en los enfrentamientos desagradables con los demás” (Zweig y Abrams, 2008)

Es importante visualizar el segundo nivel, para ver porqué la persona tiene una autoimagen diferente y porqué tiene que protegerse con una coraza corporal. Se observará a la obesidad desde un punto de vista más profundo, se empezará a visualizar los factores personales. Debido a que en ese nivel no solamente hay deficiencias individuales, sino también cualidades que permitirán encontrar recursos psicológicos. De acuerdo con Montero, (2001), las creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad que tienen es importante, porque de esta manera se desmitifica la obesidad como una enfermedad crónica y degenerativa que no tiene “cura” y así se ve más al paciente que a los tratamientos médicos de dietas, ejercicios y fármacos que dañan al organismo.

Este autor afirmó que las personas con obesidad, tienden a sentirse discriminados y rechazados por sus hábitos alimenticios, consumiendo más alimentos como una actitud desafiante. Penna y Rivarola (2006) conciben que la insatisfacción con la imagen corporal, las dietas y las dietas sobrevaloradas de un cuerpo delgado son factores prevalentes en la mayoría de las adolescentes y jóvenes actuales. Sumada a la presión social publicitaria que presentan modelos que fomenta la delgadez como símbolo de éxito en la vida, está la preocupación que existe entre la población general por el hecho de sentirse atractiva para el otro.

El tercer nivel de análisis funcional, se ve lo positivo de la obesidad, como una oportunidad que la vida brinda para poder integrar y resolver experiencias pasadas no resueltas, y que permita realizar cambios significativos, para que se pueda escuchar el lenguaje del cuerpo y tener esa sabiduría. En este sentido, la obesidad en la mujer, es un signo de que su cuerpo le está diciendo algo que no se encuentra en la conciencia. Así, cuando una mujer desde niña tiene obesidad, tenderá a percibirse con una autoimagen imperfecta, pero no se dará cuenta del potencial que existe para cambiar su estilo de vida.

Para observar con más detalle a la obesidad, es importante observar los tipos de obesidad y sobrepeso desde un punto de vista médico, mientras el índice de masa corporal incrementa, mayor peligro corre el paciente de tener diferentes enfermedades. Los tipos se verán a continuación.

### ***3.3. Tipos de obesidad***

La clasificación de obesidad depende de diferentes factores, tanto sociales como corporales. En México, se considera la siguiente clasificación: La obesidad Tipo I se estima entre 10 y un 25% de sobrepeso de acuerdo con el peso teórico considerado normal; La obesidad tipo II implica un sobrepeso de 25 a 40% por encima del peso considerado normal. La Obesidad Tipo III implica un sobrepeso de más del 40% del peso ideal (Moral y Redondo, 2008).

La OMS citada en Luckie, Cortés e Ibarra (2009) clasifica a la obesidad de la siguiente manera:

<b>IMC (Kg/talla<sup>2</sup>)</b>	<b>Estadio</b>
Menos de 18.5	Bajo peso
18.5 a 24.9	Peso normal
Más de 25	Sobrepeso
15 a 29.9	Pre-obeso
30 a 34.9	Obesidad clase I
35 a 39.9	Obesidad clase II
Más de 40	Obesidad clase III

En cambio, de acuerdo a su etiología, Von (1990) apunta a la existencia de dos tipos de obesidad, una de tipo endógeno, en la que se presenta un metabolismo patológicamente disminuido; y otra de tipo exógeno, en donde se presenta un metabolismo normal, resultando aquí la obesidad como resultado de una diferencia entre el gasto energético y la comida ingerida. El consenso SEEDO (2000), clasifica a la obesidad como central o androide; periférica o ginoide y obesidad de distribución homogénea. La obesidad central o androide es la más grave porque puede llevar consigo importantes complicaciones patológicas. La obesidad central acumula la grasa en el tronco y predispone a sufrir complicaciones metabólicas, especialmente diabetes tipo 2 y dislipemias. Este tipo de obesidad es característica de los hombres (forma de manzana).

La obesidad periférica ó ginoide, se caracteriza porque se acumula la grasa de la cintura para abajo y provoca sobrecarga en las articulaciones. Este tipo de obesidad es característica de las mujeres (Forma de pera). Por último, la obesidad de distribución homogénea, es aquella en la que el exceso de grasa no predomina

en ninguna zona del cuerpo. Así, por su distribución, la obesidad tendrá diferentes significados a nivel inconsciente.

### ***3.4. Factores de la obesidad***

La obesidad se considera como una enfermedad multifactorial la cual tiene orígenes genéticos, ambientales, culturales y emocionales (Larrañaga y Garcia-Mayor, 2007). Por lo tanto, la obesidad es una compleja combinación de factores que actúan en muchas etapas durante toda la vida de una persona y es importante saber que aquellas personas que la presentan constituyen un grupo vulnerable en el que se hace imprescindible comenzar tempranamente con estrategias de prevención. De acuerdo a Durán, Piazza y Trifone (2005), se pueden considerar los siguientes factores ambientales, psicológicos y emocionales de la obesidad:

**Factores genéticos:** Clásicamente está establecido que si ambos padres son obesos el riesgo para la descendencia será de 69 a 80%; cuando solo uno es obeso será 41 a 50% y si ninguno de los 2 es obeso el riesgo para la descendencia será solo el 9%. Esta eventualidad tiende a agregarse en familias, su forma de herencia no corresponde a los patrones conocidos.

**Factores ambientales:** constituido por sistemas de transporte, dependencia del automóvil y otros vehículos, la urbanización, que minimiza la necesidad de caminar.

**Factores alimentarios:** Las poblaciones urbanas de diversos países han modificado su régimen alimenticio a expensas del aumento en el consumo de grasas, azúcares y de la disminución en el consumo de fibra. Los precios elevados de las frutas, vegetales frescos y de otros alimentos de alta calidad nutricional, los hacen inaccesibles para los grupos de ingresos más bajos. Por su parte, la industria alimenticia favorece ese comportamiento al segmentar la oferta y comercializar productos masivos de mayor contenido en grasas, azúcares y de baja calidad nutricional (deficientes en nutrientes esenciales). Además, estos

alimentos se caracterizan por su alto poder de saciedad, sabor agradable y bajo costo.

**Actividad física:** El decremento de la actividad física en las personas, incrementa las posibilidades de tener sobrepeso y obesidad a corto y mediano plazo. La OMS recomienda un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada al menos 5 días de la semana para todas las edades, mientras que para el mantenimiento de un peso saludable y la prevención de obesidad se recomienda 60 minutos de actividad física por día, especialmente en personas sedentarias.

**Medios de comunicación:** La mecanización de los trabajos, las mejores comunicaciones y mejor transporte han hecho que el gasto energético disminuya sensiblemente en todas las edades y niveles sociales de una sociedad que es cada vez más urbana y menos rural. A ello han contribuido la TV, la computadora, Internet, los medios de transporte cada vez más accesibles, la falta de tiempo para hacer ejercicio, el temor a la violencia y a las drogas, la escasez de espacios públicos para la práctica de actividades deportivas, y la falta de apoyo gubernamental a todas las actividades deportivas. De esta manera, los medios de comunicación fomentan tanto el sedentarismo como el aumento de la ingesta hipercalórica a la vez.

**Factores socioculturales:** existen dos visiones bastante diferentes relacionadas a la obesidad. En las sociedades en vías de desarrollo el sobrepeso es visto como un signo de prestigio social y de riqueza. En las sociedades desarrolladas la obesidad es un estigma asumido que coloca una correlación negativa entre peso y satisfacción. De esta forma, la opinión acerca del sobrepeso varía con el nivel socioeconómico y tiene, por lo tanto, una gran influencia en la relación nivel socioeconómico-obesidad.

**Otros factores:** Se ha demostrado también como posibles causantes de obesidad ciertos agentes infecciosos. Se conoce además que el desarrollo y

mantenimiento de la obesidad están asociados con desórdenes endocrinos, metabólicos y conductuales.

Como se puede observar, la obesidad, tiene diferentes factores, algunos de ellos controlables como los hábitos alimenticios, los aspectos socioculturales que incluyen las relaciones familiares y el sedentarismo. En este sentido, los tratamientos ó intervenciones para la obesidad se enfocan principalmente en estos factores, sin embargo, los objetivos generales de ellos, están destinado a la reducción de talla y peso y no a una completa reestructuración de la imagen corporal y bienestar psicológica del paciente (Recasens, 2006).

Según Shadle (2001) dentro de las causas que influyen en la genética está el estado emocional, dentro del cual se incluyen el aburrimiento, el cansancio, el enojo, o la tristeza, los cuales llevan a algunas personas a ingerir alimentos que confortan su estado de ánimo. Relacionado con lo anterior, Golberg (2002) menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad, considerada de las más importantes es la pérdida de autoestima, lo cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla.

### ***3.5. Modelos explicativos sobre obesidad***

Además de los factores descritos, existen diferentes modelos explicativos sobre la evolución y desarrollo de la obesidad. Vallejo (1998), explicó cuatro modelos explicativos, que se deben de considerar en la obesidad:

#### **El balance energético:**

De acuerdo con González, Ambrosio y Sánchez (2006), se considera al hambre como la motivación que nos induce a ingerir alimentos, los cuales aportan los nutrimentos que requiere el organismo. Sin embargo, se dice que mediante el balance energético se sostiene que la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías

ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas por dicho individuo (Vallejo, 1998).

Por lo que este desequilibrio energético es consecuencia del consumo de dietas hipocalóricas y de insuficiente actividad física, lo cual no es una necesidad del organismo.

El resultado de esta combinación es que el sujeto presenta un balance energético positivo que le conduce a que gradualmente gane peso. Así, es el resultado de un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético dado por el metabolismo y la actividad física (Bersch, 2006). El mantenimiento de un balance energético positivo durante un periodo prolongado de tiempo conduce a un incremento en la cantidad de tejido adiposo, bien debido a un aumento del tamaño de los adipocitos (hipertrofia)<sup>3</sup>, o bien debido a la proliferación de nuevas células grasas (hiperplasia)<sup>4</sup>. Siguiendo las explicaciones de este modelo, en la obesidad además de los hábitos alimentarios, la dieta y los patrones de actividad física, también tiene gran importancia la tasa metabólica basal.<sup>5</sup>

Ésta se ve afectada por los factores señalados; la tasa metabólica basal de un individuo es bastante estable en el tiempo, pero se enlentece mediante la restricción alimentaria y se acelera mediante la práctica de ejercicio físico. Así

---

<sup>3</sup> Hipertrofia, es el nombre con que se designa un aumento del tamaño de un órgano cuando se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman; de esta manera, el órgano hipertrofiado tiene células mayores, y no nuevas. Revisado el día 31 de enero de 2013 del sitio web:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertrofia>

<sup>4</sup> La hiperplasia es el estado en el que un órgano crece por aumento del número de células, no por un mayor tamaño de éstas. Revisado el día 31 de enero de 2013 del sitio web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertrofia>

<sup>5</sup> De acuerdo con Vargas, Lanceros y Barrera (2010) el Metabolismo basal representa la integración de la actividad mínima de todos los tejidos del cuerpo en condiciones de equilibrio, se expresa como producción de calor o consumo de oxígeno por unidad de tamaño corporal.

pues los factores conductuales interactúan con otros de tipo biológico, como la herencia, la cual determina en gran manera el peso inicial de la persona.

### **La teoría del “punto fijo”**

Mediante este planteamiento teórico se ha podido explicar por qué los obesos que han seguido muchas dietas tienen, cada vez, mayores dificultades para perder peso. Esta teoría, postula que cada individuo tiene un peso ideal que está biológicamente programado y mediante una serie de procesos reguladores se consigue mantener constante (Keesy, 1980 citado en Vallejo, 1998). La herencia determina de forma importante el punto fijo del peso del sujeto, el cual es influido por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica.

Presentar un balance energético positivo durante un periodo de tiempo prolongado producirá en el sujeto un cambio a un nivel superior en el punto fijo de su peso, ganará peso y tendrá dificultades en el futuro para restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo de peso que ha establecido. Si, la sobrealimentación continuada produce el incremento del tejido adiposo o de las células adiposas, incremento que no puede ser modificado de forma natural, se explica mucho mejor las razones por las que la obesidad puede considerarse como un trastorno crónico. Sin embargo, la realización, durante un periodo de tiempo prolongado, de actividad física y la ingesta de alimentos con bajo contenido en grasas, conducirá a que el “punto fijo” de regulación del peso se ajuste a un nivel más bajo, consiguiendo que los niveles normales de tejido adiposo se mantengan sin la necesidad de realizar dietas (Foreyt y Goodrick, 1988, citados en Vallejo, 1998).

### **El modelo conductual del aprendizaje**

Por medio del modelo conductual del aprendizaje se pueden explicar los aspectos motivacionales que justifican por qué el obeso mantiene las conductas de sobre-ingesta y sedentarismo. Gran parte de las conductas emitidas por los sujetos son mantenidas por los reforzamientos a corto y largo plazo que les siguen, siguen

mucho más potentes para el mantenimiento los que se reciben a corto plazo que a largo plazo.

La conducta de ingesta, es seguida, a corto plazo, de un importante y potente número de refuerzos positivos, como por ejemplo, la disminución del hambre percibida y/o satisfacción y placer por el alimento consumido, además de la desaparición de las rumiaciones y urgencia por consumir un alimento; solamente a largo plazo se obtiene consecuencias negativas como el incremento de peso, le posible rechazo social y/o la aparición de problemas de salud asociados al incremento de peso.

Estas refuerzos positivos a corto plazo hacen que la conducta de sobre-ingesta se mantenga. En contraposición, la actividad física, otra de las implicadas en el balance energético, es seguida a corto plazo de contingencias negativas poco reforzantes, por ejemplo tener que buscar tiempo y dejar de hacer otras actividades para practicar el ejercicio, fatiga, agujetas, etcétera, además de no producir una pérdida de peso inmediata e incrementar temporalmente el apetito; sólo a largo plazo, después de un periodo prolongado de hacer ejercicio físico con un nivel determinado, se obtienen los beneficios de su práctica por ejemplo, se mejora la forma física, se pierde peso, mejora el estado de ánimo y disminuye el apetito.

Las consecuencias negativas señaladas explican en gran manera la disminución de la práctica física y, consecuentemente la reducción del gasto energético. Además, ante las presiones socio ambientales, el obeso inicia una dieta, de la cual a su vez también obtiene consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo. A corto plazo, seguir una dieta conduce a la pérdida de peso, por lo que el sujeto recibirá aprobación social y mejorará su autoestima, aun cuando le implique esfuerzo, renuncia a alimentos apetitosos y preferidos, etcétera.

A largo plazo, seguir una dieta genera consecuencias negativas ya que disminuye la tasa metabólica y el gasto energético, haciendo cada vez más difícil

perder peso o, se requerirá comer menos para perder los mismos kilos que en la dieta anterior (Perkins, McKenzie y Stoney, 1987, citado en Vallejo, 1998).

### **La hipótesis de la ingesta emocional**

Para seguir con la línea holística, es preciso encontrar los diferentes niveles de desarrollo de la obesidad, para encontrar lo que se llama “la enfermedad como camino” ir buscando las pistas que permitan encontrar la metáfora de la obesidad y descubrir que es lo que le viene a decir al individuo. Por esa razón, el tejido adiposo, es un punto de partida importante para relacionarlo con la hipótesis de la ingesta alimentaria y por lo tanto, con el apego materno.

El tejido adiposo ha sido considerado como un depósito inerte con función de reserva energética. Es posible pensar que la evolución del hombre trajo la necesidad de una respuesta adaptativa para enfrentar las dificultades que imponen las variaciones del medio en cuanto a la disponibilidad de nutrientes. Tiene una función de reserva y secretora de diversas citocinas llamadas adipocitocinas<sup>6</sup> que lo convierten en un órgano endocrino (López-Villalta, 2010) y tiene un potencial de crecimiento casi ilimitado a cualquier edad (Argente, Hernández y Martos-Moreno, 2006; Moreno, Monereo y Álvarez, 2004).

Este tejido pasa por diferentes eslabones para completar su función endocrina y protectora: las grasas que se ingieren con los alimentos tienen un proceso que pasa por diferentes órganos digestivos que finalmente llegan a los adipocitos (Basurto, Saucedo y Zárate, 2001). Un sujeto delgado puede tener 25 millones de adipocitos, conteniendo cada uno de ellos alrededor de 0,4 a 0,6  $\mu\text{g}$  de triglicéridos (TGR)<sup>7</sup>, y en una persona con obesidad mórbida se pueden alcanzar

---

<sup>6</sup> Las adipocitocinas son actores producidos por el tejido adiposo que modulan la función de otros tejidos. Así, tienen comunicación e interacción con otros órganos del cuerpo humano, como fuente de información regularos activo del control del equilibrio energético y de los procesos metabólicos asociados al mismo (Argente, Hernández y Martos-Moreno, 2006).

<sup>7</sup> Los triglicéridos son el principal tipo de grasa transportado por el organismo. Recibe el nombre de su estructura química. Luego de comer, el organismo digiere las grasas de los alimentos y libera triglicéridos a

los 125 millones de células, con un contenido doble de hasta 1,2 µg de TGR por célula (Moreno, Monereo y Álvarez, 2004). Tomando en cuenta el cambio de tejido adiposo como metáfora del lenguaje de la enfermedad y del cuerpo, Chiozza, (2008), comentó que:

El tejido adiposo en el hombre parece perder sus cualidades de productor de calor a favor de las reservas energéticas, pensamos que los vestigios de esta función pueden ser utilizados para expresar fantasías vinculadas a la necesidad de calor y abrigo (p. 99). Así, el tejido adiposo desde este enfoque es considerado una protección corporal susceptible a cambios de acuerdo a las experiencias de vida del individuo y no tanto a cambios ambientales o de hambrunas.

Se puede afirmar que es el inconsciente el que, a través del apetito selectivo y la saciedad, guía al sujeto en la calidad y cantidad de lo ingerido, prescindiendo de sus conocimientos conscientes acerca del valor nutritivo de tal o cual alimento (Chiozza, 2008). Así se crean fantasías de reserva energética, la cual está destinada a subsanar el desfase que impone una alimentación periódica frente a un gasto continuo.

La fantasía primaria está vinculada a la función de depósito de grasas de reserva energética; las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarán fantasías adiposas secundarias. Vinculadas a la función de reserva energética, encontramos también fantasías de autoabastecimiento y sentimientos de potencia (Chiozza, 2008). De esta manera, el tejido adiposo cumple diferentes funciones, tanto de reserva y protección, como de órgano endocrino, y su función emocional, cumple con la fantasía de sobreprotección, cuando existe obesidad y por lo tanto de una coraza física que encubre sentimientos de impotencia ante los conflictos de la vida.

---

la sangre. Estos son transportados a todo el organismo para dar energía o para ser almacenados como grasa (Stephan, 2013).

Por último, los efectos de la ansiedad sobre la ingesta también han sido frecuentemente estudiados, dando lugar a la “hipótesis de la ingesta emocional”. El primer estudio realizado sobre el tema fue presentado por Kaplan y Kaplan (1957 citado en Vallejo, 1998) y en él proponían que la sobre-ingesta era una conducta aprendida utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad.

### ***3.6. Tratamientos para la obesidad***

Se considera que para el tratamiento de la obesidad se deben tener en cuenta los factores psicopatológicos, conductuales y ambientales, los cuales, a diferencia de los genéticos, son modificables. Además se dispone de fármacos autorizados, medicamentos homeopáticos, fórmulas magistrales y otros productos (Valtueña, 2008); la cirugía bariátrica se reserva para determinados casos y cuando han fracasado otras terapias. No obstante, lo más importante es la prevención del sobrepeso a través del fomento de hábitos saludables: alimentación equilibrada y ejercicio físico regular (Icart y Icart, 2010).

Las bases sobre las que descansa el tratamiento médico de la obesidad se orientan hacia la manipulación de la ecuación de equilibrio energético en un intento de conseguir un balance calórico negativo que conduzca a la reducción del exceso de grasa corporal, que es el elemento que define la condición de obesidad. En consecuencia, la instauración de un plan de alimentación hipocalórico equilibrado junto al aumento de actividad física y la consiguiente educación nutricional encaminada a la adquisición de hábitos saludables conforman el tratamiento convencional de la obesidad (Caballero, 2006).

Podemos afirmar, que es la concepción mecanicista la responsable de los fracasos terapéuticos que los especialistas, hoy, comienzan a reconocer; fracasos que, como una némesis médica, producen, además, grados mayores de obesidad en quienes se someten reiteradamente a las dietas, el conocido efecto yo-yo (Chiozza, 1997). El frecuente fracaso de estas medidas ha generado la necesidad

de contar con recursos terapéuticos adicionales que faciliten que el consumo energético sea superior a la ingesta calórica. Se considera que el tratamiento farmacológico constituye una de las alternativas más empleadas con este fin (Caballero, 2006). Sin embargo, no son satisfechos los tratamientos médicos hasta el momento.

Según la acción que se considere para tratar la obesidad, el programa más exitoso ocurre cuando uno mismo se encarga del cambio en el estilo de vida. Dicho programa debe individualizarse y lograrlo paso a paso durante toda su vida. Debe recordarse que comer menos calorías y ser más activo son las dos actividades esenciales en el proceso de pérdida de peso (Klein, 2001). De acuerdo a Caballero (2006), la obesidad es una enfermedad crónica, por lo que su tratamiento, se debe realizar a largo plazo y de forma multidisciplinaria para obtener el éxito deseado, el tratamiento cuenta a la fecha de 4 pilares fundamentales en el siguiente orden:

### **Tratamiento dietético**

Basurto, Saucedo y Zárate (2001), médicos de la unidad de investigación Médica en Enfermedades Endocrinas del Centro Médico Nacional Mexicano, consideran que es necesario evitar las dietas microcalóricas ya que son inefectivas a largo plazo porque producen rebote en el peso corporal, en la actualidad se aceptan que la dieta que debe contener entre 900-1200 calorías. Basurto, Saucedo y Zárate (2001) comentaron que uno de los errores más frecuentes es suprimir algunas de las comidas principales porque el organismo pronto aprende a conservar la reserva energética por medio de una tendencia a almacenar grasa; esto explica porqué se presenta un incremento en el peso corporal a pesar de que se ha comido una sola vez al día. Por lo anterior se recomienda distribuir el aporte calórico diario en tres comidas principales y dos colaciones.

El mecanismo de defensa que conduce a la formación de grasa se presenta en las personas que se someten de manera intermitente a tratamientos dietéticos exagerados. Se debe de tener en cuenta que muchas personas tienen la idea de

que ingieren menos calorías de las que realmente son y esto mismo ocurre en cuanto a la cantidad de ejercicio físico que realizan (Basurto, Saucedo, y Zárata, 2001). De esta manera, se identifica que las dietas hipocalóricas no son convenientes porque solamente se estaría tratando el lado físico y sintomatológico de la obesidad.

Cerca del 90-95% de las personas que logran bajar de peso, lo vuelven a subir dentro de los seis meses siguientes, y en cada intento se reduce la magnitud del descenso. Este es uno de los principales motivos de decepción y frustración que impide continuar a largo plazo un tratamiento. Es una observación común que la suspensión de tabaquismo se acompaña de un incremento en el peso corporal y parece no relacionarse estrictamente con los cambios dietéticos; aún no se conoce el mecanismo de esta reacción (Basurto, Saucedo y Zárata, 2001). El primer paso en el tratamiento de la obesidad en el adulto es la mejora en los hábitos alimentarios, lo cual debe ir acompañado de un incremento de la actividad física.

El objetivo fundamental es disminuir la masa grasa del paciente obeso, pero existen también objetivos secundarios, como mantener el peso perdido, disminuir las complicaciones, mejorar los hábitos de vida y aumentar, en definitiva, la calidad de vida del individuo. Para instaurar un plan dietético correcto se debe realizar una anamnesis completa y adecuar la dieta a una serie de variables, como peso, edad, sexo, enfermedades asociadas, trabajo, vida social y laboral, gustos y horarios, clima y actividad física.

En cuanto a vitaminas y minerales, se deben respetar las necesidades diarias recomendadas; si esto no es posible se deben administrar suplementos. La cantidad diaria de agua ingerida debería ser como mínimo de 1,5 litros que puede variar en función del ejercicio, la temperatura ambiente y la ingesta de sal.

## **Actividad física**

La mejora de los hábitos alimentarios debe ir acompañada siempre de ejercicio y la intensidad del mismo debe adaptarse a la edad, enfermedades asociadas y a la forma física del individuo. Lo ideal es combinar la actividad física cotidiana con el ejercicio físico programado. En el niño hay que intentar promover actividades lúdico-deportivas y disminuir las horas dedicadas al ver la televisión y a jugar con computadora y videojuegos.

## **Modificación conductual y/o tratamiento psicológico**

El enfoque cognitivo conductual, considera que el tratamiento psicológico o psiquiátrico del paciente obeso es necesario cuando existe una desestructuración importante de la personalidad o cuando existen cuadros ansioso-depresivos de relevancia clínica (Cortés, Ibarra y Luckie, 2009). Se ha demostrado que los individuos obesos con trastornos de la conducta alimentaria tienen más afecciones psicológicas y más probabilidad de abandonar el tratamiento para reducción de peso (Cortés, Ibarra y Luckie, 2009).

Los datos presentados en las memorias del XXIV Congreso Nacional de Medicina Interna indican que el paciente con sobrepeso y obesidad tiene importantes complicaciones médico-psiquiátricas, entre las que expresa una respuesta emocional en cuatro categorías: 1) no hace caso (agresión pasiva), 2) pasivo pero ansioso (inseguridad, minusvalía, depresión), 3) desafiantes (rebelión contra la autoridad de la norma) o, bien, 4) con algún mecanismo de negación, que asocia la pérdida, ponderal con alguna manera de posponer una gratificación, lo que hace que 56% de los pacientes abandone el tratamiento al mes, y 94% a los cuatro meses (Castro, Bastarrachea y Laviana, 2003).

De acuerdo a Valtueña, 2008 y Bonet, et. al. (2007) los logros más importantes en la psicoterapia se refieren al mantenimiento a medio-largo plazo de las pérdidas de peso alcanzadas por diferentes métodos. Entre las ventajas de la terapia de grupo respecto a la individual, destacan: el requerir menos recursos, ya

que se trata más pacientes en menos tiempo, el facilitar el intercambio de experiencias entre los pacientes y el reforzar la aceptación de pautas que permitan controlar conductas perjudiciales como atracones y picoteo.

En cambio, el tratamiento más utilizado es el de modificación de la conducta ya que se cambian hábitos. Su finalidad es apoyar al paciente obeso, motivándole a seguir el programa de pérdida de peso, descartar la culpa de ser una persona obesa, proporcionar estímulos positivos valorando más los éxitos y destacando menos los aspectos negativos, afianzar los hábitos alimentarios y de actividad física aprendidos, ganar en autoestima y disminuir la ansiedad.

### **Tratamiento farmacológico**

Se considera que el tratamiento farmacológico debe utilizarse como apoyo del dietético y del ejercicio, pero no debe utilizarse nunca como único tratamiento. Requiere una estricta indicación y supervisión médica. Su prescripción puede considerarse en obesos con un IMC de 30 Kg/m<sup>2</sup> o más, en los que haya fallado la dieta, el ejercicio y los cambios conductuales, o en aquellos con un IMC de 27 o más si se asocian factores importantes de morbilidad como diabetes, hipertensión, etc., a pesar de otros tratamientos.

Se considera que los medicamentos que suprimen el apetito o estimulan energéticamente el centro cerebral de la saciedad son medicamentos auxiliares que funcionan eficientemente para el control de peso, como por ejemplo, las anfetaminas pueden inhibir moderadamente el apetito sin embargo, su uso se acompaña de dependencia por lo que están prohibidas. De manera empírica se han utilizado la medicación tiroidea, la hormona crónica y los diuréticos; sin embargo carecen de un efecto real para el tratamiento de la obesidad (Basurto, Saucedo y Zárate, 2001).

Los compuestos derivados de la efedrina<sup>8</sup> producen taquicardia e hipertensión arterial; estas reacciones los hacen peligrosos. Por lo anterior, se desarrollaron agentes sin dopamina como la fenfluramina y la dexfenfluramina, que incrementan la serotonina la cual a su vez suprime el apetito y reduce la ansiedad. Para evitar lesiones cardiovasculares e hipertensión pulmonar se debe tener cuidado con la dosis y una correcta selección del paciente.

La sibitramina tiene un efecto directo sobre el sistema nervioso autónomo el cual incrementa la tasa metabólica y el gasto energético por lo que se reducen los depósitos de grasa; también posee un moderado efecto sobre el centro cerebral de la saciedad. El mazindol es un fármaco con discreta acción noradrenérgica y dopaminérgica; en cambio los derivados, y fenoproporex actúan aumentando la actividad de la lipasa en el tejido adiposo. Por lo tanto, la utilización de fármacos puede producir diversos efectos negativos en el organismo.

### **Tratamiento quirúrgico**

Finalmente, la cirugía destinada a modificar el tránsito intestinal es una medida para casos muy especiales con obesidad severa y fracasos del tratamiento convencional. El cortocircuito yeyuno-ileal en el tratamiento de pacientes con obesidad se utilizó anteriormente, sin embargo su uso ha sido limitado por su elevado índice de mortandad. Se prefieren las intervenciones sobre el estómago, utilizándose principalmente dos procedimientos: el primero consiste en la simple reducción del tamaño del estómago, provocando de esta manera que la persona

---

<sup>8</sup> La efedrina es una amina, que tiene diferentes efectos de acuerdo a la dosis, se ocupa principalmente para quemar grasa o incrementar la eficiencia en los deportes, porque inhibe el cansancio. Es un fármaco que estimula los receptores  $\alpha_1$ ,  $\beta_1$ ,  $\beta_2$  y  $\beta_3$ -adrenérgicos, lo cual conduce a un incremento en el gasto energético y utilización de grasas como sustrato energético. La cafeína es una xantina que inhibe los receptores de adenosina y la fosfodiesterasa, demostrando un efecto sinérgico al asociarse con efedrina. Si bien en Chile la efedrina se encuentra incorporada en el registro sanitario, su uso para el tratamiento de la obesidad no está aprobado, aunque la combinación de efedrina-cafeína está patentada en algunos países europeos (Letigen), para el tratamiento de la obesidad. Por su acción adrenérgica debe tenerse especial cuidado con su uso en pacientes con HTA, arritmia, antecedentes de accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria y patologías psiquiátricas (cuadros ansiosos, crisis de pánico, sicopatías) (Carrasco, Manrique, Pía, Moreno, Albala, García, Díaz, Liberman, 2009).

coma menos y el segundo combina la reducción del tamaño gástrico, con una disminución de la absorción de los alimentos. Debido al tipo de complicaciones tardías que pueden ser graves, la cirugía sólo debe de considerarse en individuo con obesidad extrema que ponga en peligro la vida.

López-Villalta y Soto (2010), describieron que las técnicas quirúrgicas incluyen:

- Técnicas restrictivas que reducen la cavidad gástrica como gastroplastia vertical anillada o bandeada y la banda gástrica ajustable. Conllevan mala calidad de vida posterior.
- Técnicas malabsortivas. Derivan los alimentos a porciones distales del intestino sin absorber. En desuso por las deficiencias nutricionales secundarias.
- Técnicas mixtas. Combinan reducción gástrica con algún tipo de derivación intestinal. Las más representativas son el bypass gástrico Roux en Y.

La cirugía bariátrica presenta complicaciones graves con mortalidad. En los últimos años con el uso de la cirugía laparoscópica se ha reducido parte de la morbimortalidad asociada.

Otra opción terapéutica es el balón intragástrico<sup>9</sup>, que consiste en la colocación de un balón de suero en la cavidad gástrica que produce saciedad.

Sin embargo, no se dispone de datos de su seguridad y resultados a largo plazo con los diferentes tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, porque solamente tratan el nivel físico del individuo.

---

<sup>9</sup> Mazure, Breton, Cancer, Abilés, Escarti, Álvarez, Velasco, y Culebras (2012), definen al balón intragástrico como: "...un globo de silicona con capacidad de 400 a 900 cc según el fabricante, cuya finalidad es lograr una ocupación parcial del estómago, y crear así una sensación de saciedad precoz y disminución del apetito. Este dispositivo se introduce en el estómago mediante técnica endoscópica".

## CAPÍTULO 4

### El apego

“El amor verdadero hace milagros, porque el mismo es ya el mayor milagro”

Amado Nervo

En el presente capítulo se describe el concepto y los tipos de apego. También se presentan investigaciones que se realizaron en diferentes países que abordan la relación entre el apego evitativo y la obesidad tanto en niños como en adultos.

#### ***4.1. Concepto de apego***

La conducta y el psiquismo humano se construyen por medio de una base emocional que surge a partir de las relaciones humanas debido a que éstas cubren las necesidades básicas de todos los infantes humanos, las cuales son: necesidad de afecto y amor. A partir de estas relaciones, se aprende y se adquiere la capacidad de crear, mantener y unir lazos emocionales íntimos con personas significativas a lo largo de la vida, estos lazos tienen diversas formas y matices, pero lo más intenso son aquellos que se establecen con las personas amadas (Miranda y Onofre, 2010).

Estas relaciones, permiten mantener una relación con el mundo exterior. Las personas amadas, como el cuidador de un bebé, son el lazo que permite a este conocer y experimentar con la seguridad de que alguien lo está protegiendo y sosteniendo. También, esta relación ayuda al infante a tener una orientación positiva de las emociones para entender sus propias señales interiores. El infante requiere ayuda para aprender a separar sus pensamientos de sus sentimientos.

Bowlby (1989) llama a esta relación: *conducta de apego*, la cual es “...cualquier forma de conducta encaminada al logro o la conservación de la

proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.” (p.40).

De esta manera Bowlby (1969), a partir de las investigaciones que realizó con infantes y sus madres, descubrió que existe un vínculo más allá de proveer alimento y cuidado de la madre a su hijo. Los cuidados cariñosos y sensibles por parte del cuidador hacia un menor, dan como resultado que este desarrolle la seguridad de que los demás lo ayudarán cuando él recurra a ellos, se sentirá cada vez más seguro de sí mismo y audaz en sus exploraciones del mundo, cooperativo con los demás, y también solidario y colaborador con quienes se encuentren en apuros.

Bowlby (1989) consideró también que el apego como un sistema de control dirigido al objetivo, motivado por la necesidad del infante de sentir seguridad. Es decir, cualquier forma de comportamiento que hace que una persona sienta proximidad con respecto a otra persona identificada y preferida. Además, es una estructura dinámica en continuo movimiento, que engloba tanto al sujeto como al objeto, teniendo esta estructura características consideradas normales y alteraciones interpretadas como patológicas. En todo momento este vínculo lo establece la totalidad de la persona (Rivière, 1985).

Las conductas de apego, se presentan durante toda la vida, en el adulto también se presenta como sinónimo de amor, remarcando que tanto el apego como el amor son componentes básicos en la formación de las relaciones de amor (Rubin, 1974). Por otro lado, Tzeng (1992) lo define como un proceso que implica dinámicas emocionales y funciones biológicas que conducen al amor romántico. Cuando el ambiente familiar está lleno de violencia (química, emocional, física o sexual), el niño debe concentrarse solamente en su entorno. Con el tiempo su habilidad para valorarse a sí mismo pierde. Sin una vida interior saludable, las personas se exilian intentando hallar satisfacción en el exterior, lo que se llama codependencia (Bradshaw, 2006).

Así, cuando la conducta de apego de un niño obtiene una respuesta tardía a sus peticiones de apego, y de una manera no cariñosa por parte del cuidador, es probable que el menor se vuelva ansiosamente apegado ó aprehensivo por temor a que la persona responsable de los cuidados se ausente o no le ayude cuando él la necesita. También se vuelve reacio a apartarse del lado del cuidador, obedeciendo de una manera negativa y ansiosa y poco preocupado por los problemas de los demás (Bowlby, 1989). Miller (1991), afirmó que los padres realizan este tipo de conductas de apego, porque el miedo del niño débil y desamparado proporciona una sensación de fortaleza al cuidador, obteniendo la posibilidad de manipular el miedo del menor, acto que él no puede hacer con su propio miedo.

Es así como, niños que han sido clasificados con apego inseguro se encuentran en mayor riesgo de desarrollar comportamientos desadaptados y psicopatología con posterioridad (Finzi, Ram, Har-Even, Shnit y Weizman, 2001); así se ha descrito que estos niños pueden presentar mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria, trastorno oposicionista desafiante, agresividad en la edad escolar, problemas externalizantes, dificultades en el manejo de emociones negativas, mayores niveles de estrés, mayor riesgo de desarrollar trastornos ansiosos en la adolescencia y de síntomas disociativos tempranos, entre otros problemas de alta complejidad (Soares y Dias, 2007; Finzi et al., 2001).

Por lo que el apego no solamente existe en las etapas infantiles, sino que es una conducta que se forma a lo largo de la vida y con diferentes personas y situaciones. De esta manera, se distinguen diferentes tipos de apego, tanto seguros como inseguros, los cuales se describen a continuación.

## ***4.2. Estilos de apego***

Existen diferentes tipos de apego: el apego seguro, el apego evitativo y el apego desorganizado, sin embargo, actuales investigaciones (Melero y Cantero, propusieron una nueva versión, la cual se describe a continuación:

- **El estilo de apego seguro:** se caracteriza por tener un modelo mental positivo tanto de sí mismo como de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), elevada autoestima, ausencia de problemas interpersonales serios, confianza en sí mismo y en los demás y un deseo de tener intimidad sintiéndose cómodo con ella (Feeney, Noler y Hanrahan, 1994; Mikulincer, 1998, citado en Melero y Cantero, 2008). Como indican Melero y Cantero (2008), una persona segura mantiene un equilibrio entre las necesidades afectivas y la autonomía personal.
- **El estilo preocupado:** tiene un modelo mental negativo de sí mismo y positivo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991) y una elevada activación del sistema de apego (Mayseless, 1996, citado en Melero y Cantero, 2008). Son personas con baja autoestima, conductas de dependencia, con una necesidad constante de aprobación y una preocupación excesiva por las relaciones (Feeney et al, 1994).

La constante insatisfacción, tanto real como derivada de un modelo mental que asume que sus actos no tiene relación directa con sus consecuencias, les convierte en personas que no sólo están constantemente buscando confirmación de que son queridas, sino además, creen ser ineficaces socialmente e incapaces de hacerse querer, mostrando siempre un temor al posible abandono.

Su necesidad de aprobación y búsqueda de seguridad a través de la aceptación de los otros, puede llevarle a mostrar una elevada hostilidad y celopatía por cuanto interpreta como amenazantes más conductas de los otros significativos que el resto de los estilos.

- **El estilo huidizo temeroso:** tienen un modelo mental negativo tanto de sí mismos como de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991). Se caracterizan por sentirse incómodos en situaciones de intimidad, por una elevada necesidad de aprobación, por considerar las relaciones como algo secundario a cuestiones profesionales o laborales y por una baja confianza en sí mismos y en los demás (Feeney et al, 1994; Mayseless, 1996, citados en Melero y Cantero, 2008).

El estilo temeroso tiene necesidades de apego frustradas puesto que, al mismo tiempo que necesitan el contacto social y la intimidad, el temor al rechazo que les caracteriza les hace evitar activamente situaciones sociales y relaciones íntimas, disminuyendo la probabilidad de establecer relaciones satisfactorias.

- **El estilo huidizo alejado (evitativo):** se caracteriza por un modelo mental positivo de sí mismo pero negativo de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991), una elevada autosuficiencia emocional, una baja activación de las necesidades de apego y una orientación al logro (Mayseless, 1996, citado en Melero y Cantero, 2008). Presenta además una elevada incomodidad con la intimidad y una consideración de las relaciones interpersonales como algo secundario a cuestiones materiales (Feeney et al, 1994). La repetida desactivación de su sistema de apego les lleva a mostrar dificultades en el procesamiento y acceso a la memoria de cuestiones relacionadas con los afectos negativos (Fraley, Garner y Shaver, 2000, citados en Melero y Cantero, 2008).

Ainsworth et al. (1978), señalan que las emociones más frecuentes de los bebés con apego evitativo en la situación extraña es la ausencia de angustia y de enojo ante las separaciones del cuidador, y la indiferencia cuando vuelve; en la interacción relevan distancia y evitación. Mikulincer (2003), señala que en el estilo evitativo no hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva y existe preferencia por una distancia emocional de los otros. Sin embargo, se ha constatado en niños con este estilo que, aunque éstos parecen despreocupados por las separaciones, muestran signos fisiológicos que denotan la presencia de ansiedad y esta activación se mantiene por mucho más tiempo que en los niños seguros (Byng-Hall, 1995), lo que también ha sido demostrado en bebés (Sroufe Waters, 1977).

En una investigación realizada con niños en la etapa de ingreso a la guardería, Ahnert, Gunnar, Lamb y Barthel (2004), encontraron mayores niveles de cortisol, de llanto y agitación, en la fase de adaptación de los

niños con apegos inseguros a la madre. Lo anterior concuerda con los resultados de Kobak y Sceery (1988), quienes señalan que el autoreporte de los sujetos con estilo evitativo no refleja afecto negativo ni síntomas de estrés y, sin embargo, los pares los consideran ansiosos y con un predominio de la hostilidad. Los autores conceptualizan esta incongruencia como un sesgo hacia el no reconocimiento de afecto negativo.

Kochanska (2001) reporta que los niños evitativos son muy temerosos a los 33 meses, y con altas probabilidades de expresar ese temor, y que presentan los puntajes más altos al examinar el total de emociones negativas a esta edad. Kerr et al. (2003) coinciden al señalar que este grupo reporta bajos niveles de emociones positivas; experimentan más afecto negativo que el grupo seguro y menor afecto negativo que el grupo ambivalente. Específicamente en relación con la rabia, Mikulincer (1998) señala que el estilo evitativo se inclina a la ira pero, aunque presenten intensos episodios de enojo con alta hostilidad, tienden a esconder su ira mediante la negación de su emoción o mostrándose positivo.

En la vejez tardía, este estilo se asocia con menor alegría y más interés, menos vergüenza y miedo; esto es conceptualizado por los autores como un indicador de la tendencia de este estilo a la minimización del afecto (Consedine Magai, 2003).

Así, en la interacción cuidador-hijo, se encuentran diferentes estilos de vínculo, cada uno de ellos, con diferencias y situándose en dos grandes grupos: apego seguro y apego inseguro. Todas las personas tienen algún tipo o tipos de apego, con los cuales se desarrolla en su contexto social y emocional. No se puede separar el estilo de apego de la obesidad y el sobrepeso, porque todas las personas sean delgadas o robustas cuentan con un estilo. En el siguiente apartado se muestran investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas que muestran la relación que existe entre el estilo de apego y la obesidad tanto en niños como en adultos y cómo el estilo es la antesala de la obesidad.

### ***4.3. Resultados de investigaciones que relacionan la obesidad y el apego evitativo***

Una de las pioneras en tema de la interacción apego y obesidad es Sara Anderson (citada en Ponson, 2011) quien en el 2001, con un grupo de colaboradores realizaron un estudio longitudinal con 6,650 niños de 2 años de edad. Observaron durante dos horas la interacción con sus madres, por ejemplo, si buscaban y disfrutaban abrazarlas o si su cercanía era capaz de calmar su llanto. Posteriormente, a los cuatro años y medio analizaron sus registros de peso.

De esta manera encontraron que entre los niños que tenían un apego seguro con sus madres - es decir, que sienten confianza con ellas y por ende una relación cercana- la proporción de obesos alcanzó al 16,6%. En cambio, entre los niños que mostraron tener un apego inseguro con sus madres, es decir, que sienten incertidumbre sobre cuándo y cómo sus madres responderán a sus necesidades debido a la conducta errática e incoherente de las progenitoras, el porcentaje de obesos se elevó al 23,1%.

Cuando se aisló el efecto de otras variables que podrían estar interviniendo en este resultado, los científicos constataron que los niños con apego inseguro tenían una probabilidad un 30% más grande de desarrollar obesidad antes de los cinco años. Un apego inseguro generaría una mayor sensación de estrés en estos niños y una menor capacidad para manejar situaciones estresantes propias de esta etapa de la vida, marcada por la exploración del mundo. Por lo tanto, la respuesta al estrés en niños se forma en los estados más tempranos del desarrollo del cerebro. Un apego seguro es indicador de que el niño ha desarrollado la capacidad de regular sus emociones y responder al estrés.

La falta de este desarrollo impactaría directamente en los circuitos que regulan el apetito, el peso corporal y el balance de energía en el organismo, lo cual finalmente haría a estos niños más propensos a sufrir sobrepeso u obesidad. Esto alteraría los niveles normales de insulina, encargada de regular el uso de la

glucosa, y la leptina y el neuropéptido Y, hormonas involucradas en la regulación del apetito.

Según Anderson citada en Ponson (2011), hasta ahora, las estrategias de control de la obesidad centradas en reducir el consumo de calorías, evitar el sedentarismo y aumentar la actividad física, han tenido un éxito limitado. Un apego seguro puede reducir el riesgo de obesidad infantil previniendo una respuesta de estrés exagerada que interrumpa el normal funcionamiento y desarrollo de los sistemas fisiológicos que afectan el balance de energía y peso corporal.

Asimismo, Barriga y Medel (2006) encontraron resultados afines a los encontrados por Anderson, ellos realizaron una investigación en Chile, que tuvo por objetivo explorar la relación entre vínculo y obesidad y por otro lado, describir la organización y patrones de vínculo que se dan en el niño obeso. Seleccionaron a 20 niños no obesos de entre 10 y 14 años y a 8 niños obesos de la misma edad, grupo control y grupo experimental respectivamente. Estos niños fueron derivados del Servicio de Nutrición del Hospital Roberto del Río en Chile.

Se les aplicó la Entrevista de Apego para niños (Child Attachment Interview, C. A. I.), de Mery Target y Peter Fonagy, estandarizada en Chile en el año 2002 y que permite medir la organización y los patrones de apego en niños de 7 a 14 años. Esta escala consta de 14 preguntas que se puntúan de 1 a 9 y se clasifican en ocho subescalas.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Con respecto a la organización del apego, el 75% de los niños no obesos y un 70% de los niños obesos, presentan vínculo inseguro.
- El 62,5% de los niños obesos presentan patrón de apego evitante, contra un 40% de los niños sin obesidad.
- El 12,5% de los niños obesos presentan patrón de apego ambivalente, contra un 17,5% de los niños sin obesidad.

En general, los niños obesos presentan en promedio un 25% de mayor dificultad en comparación con los niños no obesos, en las subescalas de rabia preocupada, subestimación de sus figuras de apego y resolución de conflictos. Los autores concluyeron que en ambas muestras no existen diferencias significativas en el tipo de organización vincular, siendo importante recalcar la presencia del patrón inseguro en ambos grupos. No obstante, observaron diferencias en cuanto al patrón de apego, donde los niños obesos poseen una inclinación a patrones vinculares evitantes, en tanto que los niños no obesos, a un patrón ambivalente.

Algo destacable en esta investigación, fue que en el grupo de niños obesos, aparecen diferencias en cuanto al manejo de la rabia, las estrategias de resolución de conflictos y la percepción de la aceptación y proximidad de sus figuras de apego. Por último, no se observaron diferencias significativas en las escalas de abertura emocional, balance de referencias positivas y negativas de figuras de apego y el uso de ejemplo e idealización de figuras de apego. Por lo tanto, esta investigación confirma la teoría de Anderson, en la cual el tipo de apego (inseguro, evitativo, ansioso) influye considerablemente en el desarrollo de la obesidad en niños.

En cambio, Carrasco, Gómez y Staforelli (2009), realizaron una investigación en Chile a nivel exploratoria de aspectos relacionales y emocionales en adolescentes que presentan obesidad. Formaron a dos grupos de 25 adolescentes, con edades entre 14 y 18 años, todos de estrato socioeconómico medio, a los cuales les aplicaron el “Test de Relaciones Objetales” (T. R. O.) y el “Test de Apego” (PBI), para conocer las relaciones significativas y el O.Q45 para detectar la presencia de síntomas de angustia y depresión.

Los hallazgos encontrados fueron:

- El 60% de la muestra presenta trastorno de peso hace más de 2 años. El 20% lo ha tenido siempre y el 20% sólo recientemente, es decir, hace menos de 2 años.

- Al 100% le preocupa el sobrepeso.
- El 40% tiene una actitud pasiva frente a la obesidad, el 20% es de negación y sólo el 32% tiene una actitud activa.
- El 64% relaciona el sobrepeso con algún acontecimiento importante de su historia de vida. Estos acontecimientos importantes son: duelos por muerte, accidentes y enfermedades en la familia cercana (abuelos, padre ó madre); cambios en el sistema de vida (cambio de ciudad ó de escuela).

Los adolescentes vinculan estos acontecimientos de pérdidas afectivas a sentimientos depresivos. Con respecto a la presencia de sintomatología psíquica en el grupo de adolescentes con obesidad, se encontraron diferencias en ambos grupos, es así que el grupo de adolescentes obesos presentó mayores índices de ansiedad y depresión y mayores dificultades en sus relaciones cercanas tanto familiares como sociales.

En términos comparativos, en relación al grupo control, se puede establecer que el grupo de adolescentes obesos presenta un elevado nivel de discomfort en su calidad de vida en general, tanto en lo referente a síntomas, dificultades en sus relaciones interpersonales y en su rol social. Esto significa que comparativamente el grupo de estudio presenta un puntaje más alto en cuanto a presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, como también desórdenes de ajustes y stress.

En las relaciones interpersonales, el grupo de adolescentes obesos presenta un puntaje mínimamente mayor que el grupo control. Esto significa que presentarían algunas dificultades en sus relaciones más cercanas donde habría quejas de soledad, conflictos con otros y problemas con la familia. También existen observaciones clínicas han demostrado que la obesidad se inicia principalmente en la infancia, relacionándose con un incremento de todas las causas de mortalidad en la edad adulta, hecho que demuestra la importancia de su prevención (Lujan, Piat y Abreo, 2010).

## CAPÍTULO 5.

### Metodología

“La investigación recoge conocimientos o datos de fuentes primarias y los sistematiza para el logro de nuevos conocimientos. No es investigación confirmar o recopilar lo que ya es conocido o ha sido escrito o investigado por otros. La característica fundamental de la investigación es el descubrimiento de principios generales.” (Tamayo, 2002).

#### *5.1. Tipo de estudio*

El tipo de investigación que se realizará será de corte cualitativo, con enfoque fenomenológico y la técnica de recolección de datos será el Estudio de caso y la entrevista. La investigación cualitativa es una síntesis del método científico que reúne la cualidad y su medida; privilegia las percepciones individuales y las determinantes sociales, y abre un nuevo espacio a la creatividad de los investigadores del fenómeno salud y enfermedad, permitirá aproximarse con mayor coherencia a la respuesta de quien está realmente sano y quién está en verdad enfermo (Villaseñor, 2003).

Parte de un acontecimiento real cerca del cual se quiere hacer un concepto. El punto de partida son las observaciones que se han hecho y se hacen acerca del acontecimiento inmerso en la realidad. Los objetivos son reunir y ordenar todas esas observaciones en algo comprensible, para describir las cualidades de un fenómeno. Aquello que cualitativamente permite distinguir el fenómeno investigado de otros fenómenos (Mella, 1998).

La metodología cualitativa no pone su énfasis en predecir el comportamiento humano, sino en comprenderlo. Esta comprensión tiene un matiz psicológico que la diferencia de la explicación. Se trata de una comprensión conectada con la empatía y la intencionalidad (Cuesta, 1997). Por lo tanto, parte

del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos (Jiménez, 2003).

Este tipo de investigación es multimetódica, naturalista e interpretativa (por lo cual se pueden ocupar cuentos, novelas, películas, entre otros, para interpretar la vida de una persona). En ella, el experto indaga en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas le otorgan. Además, abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos (estudio de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales) que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Vasilachis de Gialdino, 2006).

En cuanto a la investigación fenomenológica, los investigadores Rodríguez, Flores y García (1996) la describieron como la "...descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos" (p. 40).

La fenomenología es el método científico del enfoque humanista existencial. Edmund Husserl (1859-1938), continuando con el pensamiento de Franz Brentano (1838-1917), introdujo un cambio en el procedimiento metodológico de la ciencia, al aplicar la filosofía fenomenológica a los acontecimientos y experiencias humanas (Quitmann, 1989).

La justificación de Husserl fue porque se encontraba insatisfecho con los resultados arrojados por las aplicaciones del método científico positivista en el campo del estudio del mundo externo y la realidad psicológica, la imagen del mundo y del ser humano que la ciencia estaba formándose en el transcurso del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX se alejaba excesivamente de la experiencia genuina que las personas tienen de su entorno y de sí mismas y, en

este sentido, no podía ser visualizada como empírica y fidedigna (Sassenfeld y Moncada, 2006).

El método fenomenológico se orienta al abordaje de la realidad, partiendo del marco de referencia interno del individuo. Ese marco, según Rogers (1959-1978), es el mundo subjetivo del hombre conformado por todo el campo de experiencias, percepciones y recuerdos al que un individuo puede tener acceso en un momento dado (Rogers, 1978). No es conocimiento en sentido verdadero, sino un mirar espiritual, como la intuición. Husserl contrapone conscientemente la intuición a la abstracción. La “visión de la esencia” se encuentra en el centro del método fenomenológico: una expresión interna y espiritual del objeto, tal como está dado en la visión espiritual y no como existe fuera de la conciencia (Naranjo, 1990).

Se trata de alcanzar la visión de la esencia, sobre todo con la ayuda de la “reducción eidética”, es decir, de la concentración sobre la esencia del objeto y los actos psíquicos que comprenden dicha esencia, la “exclusión” del mundo exterior, de la conciencia, del conocimiento que ya se tenía sobre el objeto, de los métodos científicos conocidos, de toda demostración de cualquier tipo (Naranjo, 1990). El sentido de las “reducciones fenomenológicas”, frecuentemente citadas por Husserl, reside en el rechazo de una “absolutización del mundo”. La reducción del mundo a su sentido no se alcanza, según ello, con la sustitución de la realidad por los datos fenoménicos; lo contrario: el mundo debe percibirse del modo en que se presenta a cada uno en el marco de sus experiencias.

Husserl insistió en el hecho de que todo cuanto sabemos del mundo y del ser humano lo conocemos mediante nuestra experiencia y, en consecuencia, que “el mundo debe percibirse del modo en que se presenta a cada uno en el marco de sus experiencias” (Quitmann, 1985, p. 47), con la finalidad de alcanzar un entendimiento psicológico comprensivo. Así el punto de partida fundamental de la investigación fenomenológica es la descripción lo más completa y exhaustiva posible del fenómeno a partir de la experiencia directa e inmediata que el

investigador tiene de éste, con lo cual se garantiza la consideración de la singularidad e irrepetibilidad de cada fenómeno observado (Peñarrubia, 1998).

Esto implica que los fenómenos han de estudiarse y describirse en concordancia con la noción de intencionalidad, teniendo en cuenta tanto las circunstancias externas en las cuales se manifiestan como los procesos psíquicos relacionados de quien los estudia (Peñarrubia, 1998). La fenomenología tiene cuatro conceptos claves: la temporalidad (el tipo vivido), la especialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida). Considera que los seres humanos están vinculados con su mundo y pone el énfasis en su experiencia vivida, la cual aparece en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones (Álvarez-Gayou, 2003).

Como técnica de recolección de datos se ocupará el estudio de caso por su alta eficacia en investigaciones exploratorias (Martínez, 2011) y porque investiga intensivamente las características del individuo dentro de un contexto histórico y cultural determinado (Tamayo, 2002). Eisenhardt (1989) citado en Martínez (2011) concibe un estudio de caso como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares”.

Las características del estudio del caso son las siguientes (Tamayo, 2002):

- El estudio a profundidad de una unidad de observación, teniendo en cuenta características y procesos específicos o el comportamiento total de esa unidad en su ciclo de vida total o un segmento de ella.
- Son particularmente útiles para obtener información básica para planear investigaciones más amplias, pues, debido a lo intensivo de la indagación, arrojan luz sobre importantes variables, interacciones y procesos que merezcan ser investigados más extensivamente.

También se ocupará la entrevista, la cual es una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por el

entrevistador con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con una línea argumental, del entrevistado sobre un tema definido en el marco de una investigación (Delgado y Gutiérrez, 1995). La cual "...busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias" (Álvarez-Gayou, 2003, p. 109).

De esta manera, el objetivo de estas técnicas de recolección de datos, es permitir que el planteamiento del caso de estudio de la participante se pueda describir de una forma flexible, por lo tanto se ocuparon películas y novelas para describirla las dificultades de una forma metafórica.

## ***5.2. Planteamiento del problema***

Existen diferentes maneras de controlar el peso desde el enfoque médico, se trata principalmente con dietas y ejercicio. Sin embargo, está comprobado que estos dos tratamientos no son funcionales al pasar del tiempo, el individuo vuelve a recobrar el peso que perdió a largo plazo si no sigue llevando el rigor de estos dos tratamientos. Es importante encontrar las causas no solamente físicas y alimentarias sino psicológicas, para que el individuo se de que sus patrones de apego, principalmente el apego evitativo el cual hace que eviten sus conflictos interiores, conflictos que llevan desde la infancia más temprana.

Asimismo, las diferencias culturales entre hombres y mujeres, hacen que la obesidad tenga un efecto más negativo para estas últimas (Fernández, Fernández, Kozarcewski y Riobó, 2003) y que presente importantes componentes emocionales en relación con la comida. Relacionado con esto, la participación de ellas en el ambiente laboral ha logrado que tenga independencia económica, pero al mismo tiempo, ha tenido influencia en cuanto a la práctica de estilos de vida saludables, puesto que juega varios roles a la vez (Benítez, Castillo, Escalante y Rea, 2008).

El trabajo doméstico y el extradoméstico, en realidad son una fuerte limitante para la adopción de buenos hábitos saludables, lo que contribuye, en

muchas de las veces, a que se descuide la persona tanto en su desarrollo personal como en lo nutritivo, aunado a ello, se encuentra también el estrés acumulado por la doble jornada de trabajo (Benítez, Castillo, Escalante y Rea, 2008).

Por otro lado, la alimentación es el primer vínculo con la madre, por medio de ella, el infante sabe que es amado y que necesita cubrir esa necesidad. Sin embargo, la conexión con la alimentación, también es la conexión con el propio cuerpo. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002). Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos (Osorio, Weisstaub y Castillo, 2002).

Recasens (2006) afirmó que la alimentación es una función vital del organismo, pues con la ingesta de alimentos se le asegura al infante la provisión de energía para poder vivir, crecer y reproducirse. Pero también, por el estado de dependencia absoluta del infante humano al nacer, se establece un estado de dependencia física y afectiva, que normalmente tiende a una autonomía posterior.

Surge una conexión interpersonal y transpersonal a partir de la relación simbólica con el alimento y la primera figura con la cual las personas se relacionan es con su madre ó quien brinde cuidados al menor, a partir de los alimentos que ella brinda. El alimento y los cuidados maternos hacia el infante, son indispensables para que éste se conecte de una manera sana al mundo exterior. Sin embargo, cuando esta conexión ó apego entre la madre y el hijo es inseguro, la relación con el alimento, puede ser inseguro e incierta. Existe una clara relación entre la alimentación y el contacto interpersonal o vínculos de apego, desde que el neonato tiene la necesidad de ser amamantado por su madre.

En consecuencia, ¿Al establecer la relación entre la teoría del apego de Jonh Bowlby (1969) con la teoría transpersonal de lo psicosomático (Shinoda, 2009; Chiozza, 1989 y Lowen, 1985), se puede entender cómo el apego evitativo es factor de la obesidad en mujeres?

### **5.3. *Objetivo general***

Establecer la relación entre la teoría del apego de Jonh Bowlby con la teoría transpersonal de lo corporal, para entender cómo el apego evitativo es factor psicológico de la obesidad en la mujer y a raíz de los hallazgos encontrados hacer recomendaciones psicoterapéuticas desde el enfoque transpersonal.

### **5.4. *Objetivos particulares***

1. Explicar el choque entre el enfoque médico y el holístico.
2. Describir la estructura del apego propuesta por Bowlby.
3. Identificar a una mujer que padezca obesidad mayor de edad.
4. Conocer el tipo de apego emocional de la participante a través de la entrevista de apego adulto (AAI, 1984).
5. Conocer la historia personal de la participante a través de la Historia Clínica ERIC-PSIC para adultos obesos (2007).
6. Sustentar la influencia del apego evitativo en el desarrollo de la obesidad en la mujer.
7. Proponer un tratamiento psicoterapéutico desde el enfoque transpersonal.

### **5.5. *Escenario***

La investigación se realizará en un consultorio de psicología particular. El cual será un cuarto libre de distracciones.

## **5.6. Criterios de inclusión**

Se seleccionó una participante con los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser mexicana de nacimiento.
2. Tener un incremento de índice de masa corporal, mayor a lo estipulado como normal en la escala de Peso para la mujer.
3. Ser mayor de edad.
4. No padecer otra enfermedad crónica.

## **5.7. Procedimiento**

1. Se seleccionó a una mujer que tiene obesidad (sin distinción de tipo ni grado) quien fue voluntaria para la investigación.
2. En un cuarto confortable y libre de distracciones se le realizó la Entrevista de Apego Adulto (AAI, 1984), esta duró tres sesiones de dos horas cada una.
3. En la cuarta sesión, se le realizó la Historia Clínica ERIC-PSIC para adultos obesos (2007), la cual la respondió con lápiz. Tardó dos horas en responderla. Se le dijo que todo lo que respondió será anónimo y confidencial, sus datos personales se cambiaron por otros nombres.
4. Después se analizaron los datos fenomenológicamente, incluyendo ejemplos de películas y novelas.
5. Al finalizar el análisis de datos, se realizaron recomendaciones psicoterapéuticas desde el enfoque transpersonal, con la finalidad de proponer una terapia innovadora para la comprensión emocional del incremento de peso corporal de la participante.

## **5.8. Instrumentos**

### **Historia Clínica ERIC-PSIC para adultos obesos (Guillén-Riebeling, 2007).**

La historia clínica ERIC- PSIC para adultos obesos, es una técnica metodológica desde el enfoque clínico, para el estudio de pacientes adultos que tienen obesidad. Su propósito es evaluar el desorden emocional y/o conductual maladaptativa por medio de diagnóstico, bajo el modelo del aprendizaje social.

Guillén (2007) describe que esta historia clínica se fundamenta en el expediente psicológico clínico y la evaluación Multimodal en el proceso de modificación y actualización de la Evaluación Multimodal de Lazarus (1974 y 1986). Asimismo, en esta historia clínica se modifican los puntos siguientes:

- Se modifica el área “drogas o somática” por la de “salud”.
- Se añade la modalidad: Personalidad, tomado en consideración las técnicas psicológicas y la evaluación multiaxial, propuesta en el DSM-IV-TR (Frances, First, y Pincus, 2002).
- Se redistribuyen las modalidades propuestas, en lugar de B. A. S. I. C.- I. D., por las de: emoción (E), Relaciones interpersonales (RI), Conducta (C), Personalidad (P), Salud (S), Imaginación(I) y Cognición (C), con las siglas ERIC-PSIC.

### **Entrevista de Apego Adulto (AAI, 1984).**

El protocolo de la entrevista de apego para adultos (Georgen Kaplan, Main, 1984, citados en Dio, 2005) es una entrevista semiestructurada que lleva tres revisiones (1984, 1985, 1996), pero que aún no se encuentra publicada.

Es un procedimiento diseñado para la investigación de los procesos de transmisión intergeneracional. En un principio, se mostró que esta entrevista únicamente era un excelente procedimiento para la predicción del sistema de cuidado que la madre empleará en la crianza de un niño, estableciendo una

correlación entre los tipos de respuestas a la misma y la respuesta del infante de 12 a 18 meses de edad por medio de la situación extraña.

No obstante, investigaciones recientes (Buchheim y Kächele, 2008) refieren que la entrevista de apego adulto se puede generalizar para realizar predicciones en el ámbito de la psicopatología debido a que está “...*diseñada para evocar pensamientos, sentimientos y recuerdos sobre experiencias tempranas de apego y evaluar el estado mental del individuo respecto al apego: seguro-autónomo, negador, preocupado y no resuelto o desorganizado*” (p. 420).

Se trata de una entrevista estructurada para valorar los vínculos de apego en el adulto. Se realiza por medio de dos formatos muy opuestos: la aplicación de un cuestionario altamente estructurado junto a una entrevista clínica. Interroga sistemáticamente sobre recuerdos y evaluaciones generales de la experiencia pasada y episodios biográficos específicos. Sin embargo, en esta investigación solamente se ocupará el cuestionario estructurado y se complementará con la Historia Clínica ERIC- PSIC para obesos.

# CAPÍTULO 6

## Resultados

“Los desórdenes alimenticios sólo pueden resolverse en el seno de un contexto cultural amplio que nos permita desahogar la rabia por la forma en que hemos sido educadas y que incluya también el derecho de nuestras madres y de nuestras hijas a expresar su propia impotencia” (Chernin, 2008).

En el presente capítulo se presenta el estudio de caso de la participante Magali a partir de los datos de la Evaluación Multimodal ERIC-PSIC adultos obesos, (Guillén-Riebeling, 2007). También la integración holista de los resultados, así como las recomendaciones psicoterapéuticas desde el enfoque transpersonal, en ambas partes se ocupan metáforas extraídas de películas y novelas para ejemplificar la problemática y las posibles soluciones. Para finalizar se realiza una discusión, alcances y limitaciones de la investigación. En el anexo se presenta el Protocolo de la Entrevista de Apego para Adultos (EAA, *Adult Attachment Interview George, Kaplan y Main, 1984, 1986, 1996 citados en Dio, 2005*).

### **6.1. Presentación del estudio de caso**

Magali tiene 18 años de edad, nació el 8 de agosto de 1994 en el municipio de los Reyes la Paz, Estado de México. Su nivel de estudios es la secundaria terminada. Desde hace dos años está casada, vive en casa de sus suegros con su marido. Se dedica al hogar. No tiene hijos.

En cuanto al peso corporal Magali pesa actualmente **94 kilogramos** y mide **1.65 m** por lo que tiene un Índice de masa corporal (kg/m<sup>2</sup>) **34.52**. Lo que indica obesidad tipo I. De cintura presenta 110 centímetros lo que indica que se

encuentra altamente propensa a tener una enfermedad cardiovascular o diabetes. De cadera tiene **115 cm**, ambos muslos miden **60 cm** y su brazo izquierdo es un centímetro más ancho que el derecho, de **39 y 38 centímetros respectivamente**. Su constitución corporal es **mixta**. Sus signos vitales son: temperatura **37°**, Presión arterial **117/95** y pulso **74**, lo que indica una buena salud.

La religión de Magali es Católica desde su infancia. Su nivel socioeconómico es bajo, debido a que su esposo aporta dinero a sus padres y trabaja conduciendo un tráiler. En la casa donde habita, se encuentran también sus suegros y su cuñado. Dentro de las actividades que realiza Magali, se encuentran las actividades domésticas e ir a casa de sus papás a cuidar a sus hermanos menores.

Ella comentó que el motivo por el cual aceptó ser voluntaria, fue porque siente que se altera mucho cuando su papá la regaña por cualquier cosa, lo que hace que ella se desquite con su esposo y al final se siente muy sola. Comentó que sus problemas siempre los ha tenido, tanto el sobrepeso como las dificultades con sus padres. También dijo “Mis hermanos pequeños me enojan, también desde que dejé de ir a la escuela secundaria mis padres me han obligado a estar en casa”. Magali terminó la secundaria porque no se sentía bien consigo misma, por lo cual la realizó en la escuela nocturna lo que le permitía trabajar y terminar sus estudios.

La manera en que ha tratado de resolver sus problemas es quedándose callada, y escuchando a las personas en lugar de gritarles, pero esto le hace sentir resentimiento. De sus dificultades emocionales, nunca ha asistido a psicoterapia, tampoco de la obesidad que presenta. Sin embargo, ha tomado terapias alternativas naturistas en donde le pusieron agujas de acupuntura que en un momento la ayudaron a controlar su estrés y su sobrepeso, pero al final dejó el tratamiento porque ya no tuvo cómo seguir pagándolo.

Considera que sus problemas emocionales no son tan severos. Marcando con una X un nivel de 4 de 10 en donde 10 es extremadamente severo y 1 un poco inquietante. Magali comentó que en su infancia presentó obesidad, una infancia feliz, problemas emocionales y escolares, así como trastornos de la conducta alimentaria, en donde tenía atracones de comida. En su infancia presentó obesidad, comenta Magali que fue posiblemente por “comer en exceso”, “mal comer” y tener “atracones de comida”.

También en su adolescencia presentó obesidad, y siente que fue una adolescencia tranquila o feliz, aunque también tuvo problemas escolares relacionados a que no entendía las matemáticas. En esta etapa también presentó trastornos de la conducta alimentaria, en donde consumía alimentos con alto contenido energético como dulces o frituras. En su adolescencia por los mismos motivos y en la adultez añade un extra: “Por desesperación” y “Estar sola en mi casa”. Su menstruación la inició a los 11 años de edad y es irregular, no sabe cuándo va a comenzar aunque sí la tiene una vez al mes.

En la actualidad considera que tiene dificultades emocionales relacionadas con sentimiento de soledad porque se encuentra mucho tiempo en casa haciendo las labores domésticas. También presente trastornos de la conducta alimentaria y como consecuencia obesidad. Ella comenta que posiblemente sea porque su esposo no la deja trabajar, le dice que no necesita más dinero del que el le brinda. Ella ha insistido en ir a trabajar en el tráiler con él, pero su esposo no acepta porque no quiere que pase por malos momentos como no comer ni dormir bien.

El tipo de actividad que realiza Magali es “Dinámica” y “Sedentaria”, en momentos tiene muchas actividades y en otros momentos no, también no realiza ninguna actividad física. Algo interesante es que se siente independiente aunque sola. No presenta enfermedades como Diabetes Mellitus, ni colesterol o glucosa altos. Nunca ha sido intervenida quirúrgicamente ni ha tenido accidentes graves.

Sus pasatiempos es escuchar música de Rock, y "...de repente ver una película que me gusta mucho. También salirme y estar con mi mamá". En el pasado no tenía ambiciones, quería estudiar y no pudo continuar con sus estudios, comenta. En el presente sus ambiciones son "Tener una casa aparte de mi suegra, volver a regresar a la terapia de acupuntura". Sus proyectos futuros son "Tener hijos después de mucho tiempo como a los veinte años, también aprender repostería".

Las situaciones que la hacen sentir particularmente ansiosa son: "Salirme los sábados y estar esperando, también que mi esposo me diga que me va a llevar a algún lado y saber que tengo un compromiso". Dentro de las situaciones que la hacen sentir tranquila o relajada se encuentran: "La música, más que nada. También cuando voy con mi esposo a algún lado me siento relajada, no me preocupa nada y hasta me río más". También siente que nunca ha perdido el control de sí misma.

Siente que es buena en español, también en formación cívica y ética y artísticas escolares. Comenta que nunca se ha sentido discriminada, rechazada o maltratada y que hace amistades cuando empieza a platicar mucho solamente para sacar la plática. Conserva las amistades cuando platica mucho. Siente que las personas más importantes para ella son: su esposo, sus papás, sus abuelos y sus hermanos menores.

En su relación de pareja comenta que tiene "actividad sexual" la cual la tiene satisfecha porque recibió "Educación sexual" en la secundaria y sabe que está bien y que no. Tiene de casa un año cuatro meses y de conocer a su esposo tiene tres años cuatro meses. Su pareja tiene 30 años de edad y es trailerero, quien tiene nivel de estudios secundaria. Comenta que la personalidad de su pareja es "Muy dejado, muy amable, se acomode mucho con las cosas". Las áreas afines con su esposo son: "La música, viajar, nos gusta casi el mismo tipo de películas, todo". Sin embargo, no le gusta que su esposo fume mucho.

Magali comenta que con la familia se su esposo se lleva bien con su suegro, pero con su cuñada y su suegra casi no porque la primera no le habla y la segunda es “Un poco payasa”, asegura. Sin embargo, en general siente que se lleva bien con todos. No tiene hijos y espera tenerlos cuando tenga veinte años. Magali ha trabajado ayudando a su hermana en un puesto de venta de cinturones, en los Reyes la Paz, Estado de México, y actualmente también trabaja ahí en ocasiones. El ingreso mensual que percibe son 1,700 pesos mensuales de los cuales gasta 700 pesos para poder ahorrar. Trabaja los fines de semana 6 horas y se siente satisfecha con ese trabajo.

### **6.1.1. Relaciones familiares**

Su padre tiene 49 años de edad, nació en el Estado de México el 11 de octubre de 1964, tiene problemas en los riñones, tiene vitíligo y obesidad. La relación con él fue buena, aunque su papá estuvo en prisión durante varios años. Actualmente, la trata “bien”. “A veces se ve como enojón, si nos llama la atención a mis hermanos y a mí cuando hacemos algo mal, pero no nos regaña”. Su madre tiene 48 años, nació el 1 de junio de 1965 en el Estado de México. En general tiene buena salud, aunque tiene obesidad.

Magali comenta que la relación con ella en el pasado fue muy difícil ya que su mamá por el trabajo no tenía tiempo para ella y actualmente también no es muy buena su relación. “No es enojona es tranquila, hacía tiene pena de preguntarme o decirme las cosas.” En general, la relación de entre sus padres y ella son: “ Me comprenden pero mi mamá no quería mucho que me casara, porque estoy chica. Mi papá me pregunta las cosas directas pero mi mamá no. A los dos los respeto, tengo comprensión por parte de mi papá y confianza. Con mi mamá no hay comprensión, mi mamá se enoja. Me molesta mucho esa actitud de ella

La actitud que su papá tenía con respecto al sexo fue “Algo normal” y a su mamá “Le da vergüenza”, platicar acerca de ella. Magali adquirió sus primeros conocimientos con respecto al sexo en la escuela y no con sus padres. Identificó sus impulsos sexuales cuando se casó no antes y no sintió emociones adversas por su actividad sexual.

De hermanos, tiene 5, dos hermanas mayores: Nayeli de 26 años y Norma de 24. Y hermanos menores Alexis de 14, Orlando de 11 y Fabián de 8 años. La relación con su hermana mayor en el pasado era buena, pero ahora es mejor porque tienen la confianza suficiente para contar sus problemas personales. Con su hermana Norma, tiene una buena relación pero no tan buena como con Nayeli. Con su hermano Alexis, tiene una buena relación a comparación de sus dos hermanos menores: Orlando y Fabián que se desespera de que no siguen las órdenes que ella les da y no quieren hacer las tareas escolares, define la relación como “Desesperante”. El ambiente emocional del hogar lo siente: “Muy bien, hay veces en que nos molestamos, se queda callada mi mamá y no me dice nada. Casi no discutimos.”

### **6.1.2. Datos clínicos familiares**

Magali comenta que dentro de su familia existen problemas respiratorios de parte de su madre. Por otro lado, sus padres, hermanas y esposo presentan obesidad. Dentro de la composición corporal de Magali, comenta que su mamá le dijo que al nacer pesó 3,800 kilogramos, era de complexión delgada, después entre los 4 a 6 años pesó 25 kilogramos, siendo un peso normal. Comenzó a incrementar de peso cuando tenía entre 10 a 12 años de edad, pesaba 45 kilogramos, aunque era una complexión física regular. A los 13 años subió a 70 kilogramos, presentándose un sobrepeso y entre los 16 a 18 años ya pesaba 94 kilogramos. Ella describe su estado de salud actual como desagradable ya que presenta obesidad y no le gusta cómo se ve.

### **6.1.3. Conducta alimentaria**

Magali considera “El comer”, “Aunque no haya hambre”, “Solo con hambre”, “No hay llenadera”. Prefiere los alimentos: “Ácidos”, “Calientes”, “Con sabor de hogar”, “Dulces”, “Frescos”, “Grasos”, “Picantes” y “Típicos mexicanos”. Los horarios en los cuales consume sus alimentos son “Irregulares” y “Cinco veces al día”. Se tarda en comer “De 10 a 15 minutos”. Acostumbra comer “Despacio” y con porciones “Regulares” sentada a la mesa y con frecuencia consume los mismos alimentos, con pocas variaciones, los cuales los adquiere principalmente en el mercado de la colonia. Después de comer se queda sentada platicando y luego sale a caminar unos 5 a 10 minutos.

Las creencias que tiene su familia con respecto a la comida son: “Sólo hay que comer cuando se tuviera hambre”, “Solo comer en casa”, “Posible dejar restos de comida en el plato”, “Llevar comida a la escuela como almuerzo”, “Comer sin tortilla es un pecado”, “Beber refresco en las comidas”, “Beber agua de sabor con azúcar para acompañar las comidas” y “Hacer dos comidas al día”. Acostumbra comer: “Con familiares”, “Con gula”, “En el trabajo”, “En la calle”, “En pareja”, “Dejar restos de comida”, “En casa”, “Entre comidas”, “Preparar sus alimentos”, “Ser carnívora”, “Dejar restos de comida”,

Cuando come su emoción es de “Culpa”, “Enojo: le quita el apetito” y contrariamente de “Optimismo”. Cuando se pasa la hora de la comida presenta mareos, los cuales también se han presentado por las mañanas. Los alimentos y bebidas que consume con más frecuencia en una semana son: Arroz, frijoles, jugo de naranja, pan dulce, refresco, quesadillas, tortillas y yogurt.

### **6.1.4. Autoconcepto**

Magali se considera una persona “Activa”, “Confiable”, “Cooperativa”, “Orgullosa”, “Sencilla”, “Sensible”, “Simpática”, “Sociable”, “Solitaria” y “Vanidosa”.

Para los demás Magali considera que es: “Activa”, “Agresiva”, “Ansiosa”, “Confiable”, “Cooperativa”, “Independiente”, “Obsesiva-compulsiva”, “Orgullosa”, “Seductora”, “Sencilla”, “Sensible”, “Simpática”, “Sociable”, “Solitaria” y “Vanidosa”.

No realiza ninguna actividad física ni ejercicio, también su esposo no realiza actividades físicas y sus padres y hermanos en ocasiones, principalmente su familia es sedentaria. Magali tiene expectativas de que se debe hacer un cambio de persona obesa con normo peso porque es “Para cuidar la salud”, y “Sentirse bien”. Así, como el beneficio de tener una intervención psicológica es “Para sentirme mejor y tranquila, feliz conmigo misma”. También considera que el tratamiento ideal para la obesidad es “Hacer ejercicio con una dieta”.

Dentro de las categorías que desea cambiar se encuentran las conductas (“Mi forma de ser o de expresarme”); sus emociones (“Mi carácter”); su relación romántica o de pareja (“Entender más su trabajo”); sus relaciones familiares (“Con mis padres, tener más comunicación con ellos”); sus relaciones sociales (“Socializar con más gente”); sus hábitos (“No comer tanto”) y por último su carácter (“Enojos o cambios de humor con las personas”).

## **6.2. Integración de los resultados**

A partir de los resultados encontrados en la historia Clínica y la entrevista de apego Adulto, se puede observar el tipo de apego que tiene Magali, aunque Main (2000) describe que ninguna persona tiene un estilo de apego en particular, sí existe la posibilidad de que Magali se incline más a un estilo de apego que a otro.

Magali presenta un estilo de apego evitativo, el cual fue evaluado por medio de la relación de la historia clínica y la entrevista de apego. Ella escribe en la Historia Clínica que las demás personas la ven como una “Persona independiente”, desde su infancia, sin embargo, ella misma no se siente así, por lo que tiene un concepto negativo de sí misma. Por lo general, las personas que tienen un apego evitativo, suelen tener falta de expresión de la angustia y el sufrimiento pueden llevar a una valoración errónea de la actitud aparentemente independiente que es catalogada como positiva (Dio, 2005), así, más que una ausencia de angustia, es una estrategia de adaptación a la angustia de separación (Dio, 2005).

Actualmente Magali comenta que “Se siente sola”, lo cual tiene que ver con la calidad de la relación que tuvo con sus figuras de apego: su mamá y papá. Con su padre lleva “una buena relación”, la corrige por sus errores, pero al final no platica mucho con él. En casa se mantienen callados y tienen una vida sedentaria, no practican deporte o alguna actividad relajante, que los pueda llevar a un equilibrio corporal como familiar.

La relación con su mamá la describe como “Con mamá no tenía tiempo para mí” (Historia clínica), esto posiblemente le causó sentimientos de no ser lo suficientemente buena para recibir el cariño de su madre. Sin embargo, considera que cubrió sus necesidades fisiológicas de protección en su infancia (“La verdad es que nunca nos faltó nada... siempre tuve ropa, los útiles de la escuela y buena comida”), aunque no fue suficiente para que Magali se sintiera querida y amada. También se confirma cuando comentó en la entrevista de Apego Adulto: “Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sola y falta de cariño”.

A Magali se le dificulta expresar sus emociones positivas como el cariño, el amor, la alegría y también las negativas, como el enojo, la tristeza, la vergüenza, etc. Su madre no lo hacía, “Mi madre no pudo decirme lo que siente por mí siempre se queda callada y yo soy quien tiene que preguntarle”. Asimismo, presenta un “apego invertido” o como lo llamada Juri (2011) un “Hijo-sostén”, esto tiene lugar cuando el padre o madre toma al hijo como figura de apego, invirtiendo la asimetría. Esto se confirma cuando Magali anotó en la Entrevista de Apego, que acepta todas las órdenes que le da su madre “...porque se enoja si no las hago”.

Los padres con apego invertido, pueden interferir en el desarrollo autónomo del hijo, al intentar retenerlo como un apoyo. Entre los modos de retener al hijo existen las culpabilizaciones y/o responsabilizaciones, el control, los reproches, la intrusión en la mente del hijo necesitado. Estos vínculos generan una psicopatología intersubjetiva (Ferrari, 2011).

Por ejemplo, en la película “Como agua para chocolate” (1992) se muestra como una señora obliga a su hija menor a quedarse con ella toda la vida, sin el derecho de tener un matrimonio, esto porque es una tradición mexicana. Esta decisión maternal crea en la hija (Pita) sentimientos de insatisfacción con su propia vida, porque se convierte en la madre de su propia madre y así no puede ser libre tanto física como emocionalmente.

Sin embargo, aunque Pita esconde sus propios sentimientos de amor hacia un hombre, lo cual significaba para ella la libertad deseada, no los puede negar y en una fiesta sus lágrimas caen en la comida que preparaba lo cual provocó que todos los invitados se enfermaran del estómago. Todos sintieron lo que ella sentía: un dolor en el estómago, posiblemente un sentimiento de enojo y frustración que no se podía expresar libremente. Entre las psicopatologías intersubjetivas que describe Ferrari (2011), se incluyen agorafobias inculcadas, donde los padres presentan el mundo exterior como “peligroso” y al sujeto como “impotente” frente a ese mundo, de modo que éste quede refugiado en el hogar, en un sostén paterno disimulado.

Otra forma psicopatológica serían las “angustias de encierro intersubjetivo” (Ferrari, 2011).

En la película “Enredados” (2011), se muestra como Rapunzel es encerrada toda su infancia y parte de la adolescencia, por parte de una bruja que se hace pasar por su madre. Cada vez que Rapunzel quiere salir y conocer de dónde surgen unas luces que aparecen cada vez que cumple años, la bruja le dice que el exterior es peligroso y que no necesita tener malos momentos afuera. Así, cuando existe la posibilidad de salir, Rapunzel tiene sentimientos de miedo y culpa y tiene dificultades para aceptar que es una prueba para crecer como persona.

Magali sigue las instrucciones de su madre porque siente que puede encontrar su cariño por ese medio, así tiene que cuidarla al ayudarla con sus hermanos pequeños (Orlando, 11 años y Fabián de 8 años), por esa razón tiene sentimientos confusos por la relación con su mamá: por un lado quiere decirle que la ama y la aprecia y por otro quiere expresar su resentimiento porque no estuvo con ella cuando la necesitaba en su infancia, en el periodo de la primaria. Magali comenta en la Entrevista de Apego “Esperaba a mamá, pero mi hermana me traía un regalo por parte de ella, lo que yo quería era verla a ella”.

En este sentido, el temor a encontrarse en función de los deseos ajenos (como en su época de los deseos de los padres necesitados de apoyo) llevan a ciertas formas de defensa, como la distancia física o emocional, la evitación de la intimidad profunda o la agresividad que intenta evitar la invasión (real o imaginaria) del otro, y defender la representación del sí mismo como autónomo (Ferrari, 2011).

Por otro lado, en relación con la obesidad, en la familia de Magali, se presenta la obesidad más en padres e hijas que en hijos, posiblemente porque hubo una mejor relación de apego con estos últimos. Otro punto en la Historia Clínica, Magali describe que tiende a comer “Aunque no haya hambre”, “Solo por hambre”, “No hay llenadera”. También prefiere los alimentos “Ácidos”, “Calientes”, “Con sabor a hogar”, “Dulces”, “Frescos”, “Grasos”, “Picantes” y “Típicos mexicanos”.

Dethlefsen y Dahlke (2011) comentaron que si "...a una persona le apetece algo determinado, ello expresa una preferencia y nos da un indicio sobre la personalidad del individuo...El hambre se mueve por el afán de posesión, deseo de absorción, por una cierta codicia. Comer es satisfacer el deseo por medio de la ingestión, integración y asimilación...El que tiene hambre de cariño y no puede saciarla, manifiesta este afán en el aspecto corporal en forma de hambre de golosinas. El hambre de golosinas siempre expresa un hambre de cariño no saciada. El amor y lo dulce tienen una estrecha relación. El deseo de golosinas en los niños es claro indicio de que no se sienten lo bastante amados...el que come caramelos anhela amor y seguridad. Es más fiable esta regla que la valoración de la propia capacidad de amar". (p. 152).

También cuando Magali come tiene sentimientos de "Culpa", "Optimismo" y "Enojo lo cual le quita el apetito". Acostumbra comer con "Familiares", "Gula", "En el trabajo", "En la calle", "Entre comidas", "Ser carnívora", "Dejar restos de comida". Bradshaw (1991) habla de la "vergüenza recurrente", la cual es la "...sensación de ser censurado y, de nunca dar el ancho. La vergüenza tóxica se resiente más que la culpa. Se siente uno culpable cuando ha hecho algo malo; pero eso se puede reparar, se puede hacer algo para remediarlo. Pero la vergüenza recurrente implica que existe algo mal en uno y no hay nada que pueda hacer al respecto; es un ser inadecuado y defectuoso. La vergüenza recurrente es la esencia del niño herido" (p. 62).

"El hombre construye su cuerpo en base a la relación con otros y la sociedad. Sin embargo, la imagen corporal es propia de cada ser humano, se elabora y se encuentra ligada a su historia. El cuerpo refleja, y comparte, las preocupaciones e individualidad del ser humano" (Maysonet y Toro, 2007, p. 115).

Por ejemplo, en la película "Malos hábitos" (2007) se muestran diferentes historias donde se muestran los diferentes trastornos alimentarios en México. En un capítulo se muestra cómo a una niña de 10 años que tiene obesidad, su mamá con anorexia, la castiga con diferentes palabras avergonzantes, la lleva a terapia para

bajar de peso y con un médico para que le administraran medicamentos, pero la niña por más que se esfuerza no logra dejar de comer dulces y sube más de peso. El problema de madre e hija llega a tal punto de que la madre muere por la anorexia y la hija se siente culpable porque ella administró unas gotas para bajar de peso en la comida de la madre y piensa que la mató.

En la dieta diaria de Magali no existe consumo de pescado o frutas, no presenta una dieta balanceada, prefiere comer alimentos caseros mexicanos, con un alto contenido energético. Dentro de las expectativas de Magali, para tener un peso dentro de la norma, piensa que el tener un peso adecuado la puede hacer sentirse bien consigo misma y también para tener una buena salud. Esto se relaciona con el apego evitativo, Main y Weston (1981) citados en Dio (2005) quienes hablan sobre la relación entre apego y obesidad: la conducta evitativa representa una forma de estrategia defensiva organizada para evitar el sufrimiento: a) desatendiendo el momento de la separación, b) desplazando la atención y la rabia sobre objetos inanimados, en este caso en la comida no saludable.

Magali presentó obesidad de desarrollo, "...en donde su obesidad se ha presentado junto al desarrollo del individuo y aunado a ello muchos aspectos de la personalidad presentan problemas (Meza y Moral, 2011). Como consecuencia de los sentimientos de soledad infantiles, se comía las uñas por ansiedad y tenía obesidad. Posiblemente Magali necesitaba protegerse a sí misma, para sentir cariño y protección que no obtuvo por medio de sus padres, pero sí por medio del alimento dulce y la obesidad.

Por otro lado, para profundizar más en la Historia Clínica, se le hizo la siguiente pregunta a Magali: ¿Por qué no has tenido hijos? Contestó lo siguiente: "no he tenido hijos, porque siento que me hace más falta viajar...esa fue una de las razones de mi matrimonio, me casé para poder salir más, porque con mi papá y mi mamá nunca pude hacerlo". Sin embargo, también comentó: "Aunque ese fue mi objetivo, salir de casa a viajar, mi esposo no me deja salir, él maneja un tráiler, yo le digo que me lleve, pero dice que es peligroso y que no voy a aguantar no comer ni

dormir bien... por eso mi marido me dice que mejor tengamos un hijo para que no me quede sola en casa... pero así me sentiría aún más sola”. Entonces Magali desiste de viajar con él y se queda esperándolo en casa.

En ocasiones por esa situación ella no puede dormir, “Duermo hasta las cinco de la mañana pensando en él”. Por las mañanas tiene problemas digestivos, tiene náuseas y no llega a vomitar, es posible que se relaciona con los sentimientos que no puede expresar, aceptar y digerir, como lo describe Dalkhe y Dethlefsen (1999):

“Una vez hemos tragado el alimento, éste puede resultar indigesto, como si tuviéramos una piedra en el estómago. Ahora bien, la piedra, al igual que el hueso de la fruta, es símbolo de problema. Todos sabemos cómo puede bloquearnos el estómago y quitarnos el apetito un problema. El apetito depende en gran medida de la situación psíquica. Hay multitud de expresiones que señalan esta analogía entre los procesos psíquicos y somáticos...El mareo señala rechazo de algo que, por lo tanto, se nos sienta en la boca del estómago. También comer desordenada y atropelladamente puede producir mareo. Ello no ocurre sólo en el plano físico sino que una persona también puede tratar de embutir en su mente demasiadas cosas a la vez y provocarse una indigestión”. (pág. 46).

En la Evaluación Multimodal Eric-Psic Adultos Obesos, comentó que trata de resolver los problemas “quedándome callada, nada más escuchando a las personas en lugar de gritarles”. Así que expresa sus sentimientos por medio de su cuerpo, un cuerpo fortalecido y adaptativo a los problemas familiares de abandono.

En este caso, Magali tiene que encontrar que se le hace difícil aceptar o digerir, esto le ayudará a aliviar esas molestias estomacales matutinas y así podrá expresar más sus sentimientos. Le hace falta darse cuenta de lo que su cuerpo le está diciendo para que así pueda ver que puede sentirse acompañada, no con

otras personas, aunque también es importante, sino con ella misma. Por esa razón también siente mucha preocupación, por que su esposo se vaya lejos. “La nausea culmina con el vómito del alimento. El individuo se libra de las cosas e impresiones que rechaza, que no quiere asimilar. El vómito es una expresión categórica de defensa y repudio” (Dalkhe y Dethlefsen, 1999).

Cualquier enfermedad, es una oportunidad para cambiar hábitos tóxicos en la vida, en este caso, el sobrepeso, el insomnio, las nauseas matutinas, son puntos importantes que el cuerpo de Magali le está enseñando para realizar cambios importantes en su vida. Por eso es necesario que pueda ver a la enfermedad no como un mal, sino como una oportunidad que le brinda la vida para vivenciar e integrar componentes separados y escondidos de su ser.

Ella piensa tener hijos mucho tiempo después, “como dentro de dos años”, porque quiere sentirse libre. Su esposo es mayor que ella por quince años y también tiene obesidad. Bruch (1973) citado en Meza y Moral (2011), reportó haber encontrado en las pacientes con obesidad un rechazo definitivo del embarazo así como del rol maternal maduro, muchas veces aunado al impronunciable deseo de querer seguir siendo una niña. Apunta a que en algunas mujeres obesas prevalece un sentimiento de perder una parte de sí mismas al momento de nacer, lo que genera un sentimiento de vacío que les lleva a comer. Advierte que, en el caso de las mujeres, el dilema cultural que existe entre los dos roles de maternidad y de atracción sexual representa un problema insoluble, llevando a una renuncia y huida del conflicto a través de un cuerpo no atractivo y no maternal.

Magali necesita tener más comunicación con sus papás, y principalmente con sus padres internos, y poder sentir la confianza que ellos no le pudieron brindar cuando lo necesitaba. En el largometraje animado *Coraline* (2009) una joven que se muda con sus padres a una vieja casa. Los padres de Coraline están muy ocupados con su trabajo y le prestan poca atención. Sintiendo sola, la niña se marcha a explorar. Coraline encuentra una puerta y un pasadizo que lleva a un apartamento casi idéntico al suyo. Este mundo alternativo está habitado por su “otra

madre” y su “otro padre”, que son reproducciones casi exactas de sus auténticos padres que tiene botones en lugar de ojos, porque parecen muñecos en vez de personas.

Sus “otros padres” parecen al principio más cariñosos que los auténticos. Al final del día, la “otra madre” explica a Coraline que puede quedarse en ese mundo si permite que le pongan botones sobre los ojos. Coraline queda horrorizada y huye rápidamente a su casa, ante el disgusto de su “Otra madre”. Cuando regresa a su apartamento, Coraline descubre que sus auténticos padres han desaparecido. No regresan al día siguiente y Coraline, tras averiguar que han sido raptados por su “otra madre”, decide regresar al mundo alternativo para rescatarlos.

La “otra madre” se enfada con Coraline cuando ésta rehúsa aceptar sus regalos y sus muestras de afecto, y encierra a la niña detrás de un espejo como castigo. Allí la protagonista encuentra a tres niños de épocas diferentes que quedaron atrapados por la “otra madre” y ésta les puso botones sobre los ojos. Le explican que después de un tiempo, cuando se cansó de ellos, les dio de lado y devoró sus vidas. Después de hablar con estos niños, debe encontrar a sus padres y las almas de los niños; si lo consigue, la “otra madre” los dejará ir; si no, Coraline deberá aceptar que le pongan botones sobre los ojos y se quedará para siempre en el mundo alternativo.

Al final, por mucho que añorara una familia diferente, resulta que no se había dado cuenta de que sus verdaderos padres también tenían muchas cualidades buenas, se percata de ello hasta cuando decide cambiarlos. Por último, Magali necesita socializar con más personas y expresar más su enojo para que todo su potencial se vaya liberando y no se quede atascado como en la obesidad.

### ***6.3. Recomendaciones psicoterapéuticas***

Desde el enfoque transpersonal, la obesidad es un síntoma que se relaciona con emociones y sentimientos hacia figuras de apego, no aceptados ni comprendidos. Por tal motivo, en terapia se tendría que trabajar con buscar cómo cubrir las necesidades de cariño y protección que tiene la paciente, todo esto por medio de que ella se dé el permiso de recibir ese cariño por sí misma.

La terapia estará encausada a sentir un apego seguro consigo misma, cubriendo necesidades básicas de protección que no pudo cubrir con su propia madre. Para que la obesidad no siga siendo un aspecto adaptativo desde el inconsciente, sino para que este proceso adaptativo sea consciente por parte de la paciente y pueda encontrar formas de adaptarse sanamente al mundo exterior, porque esta adaptación le sirvió en la infancia y la adolescencia para protegerse, pero ahora ya no lo necesita, lo que necesita es expresar sus sentimientos para poner límites de una forma asertiva, sin sentir culpa ni vergüenza.

Por ejemplo, en la película “Fred Esfúmate” (1991), la protagonista Elizabeth es una mujer tímida para expresarse y por lo tanto no pone límites claros con las personas que se relaciona. Un día, su esposo la abandona, pierde su trabajo y regresa a vivir a casa de su mamá dominante quien siempre la sometió con insultos y gritos. Ese mismo día, en la noche, regresa su amigo imaginario de la infancia Fred, él hace todo lo que le gustaría hacer a Elizabeth, es agresivo, burlón, despectivo y chistoso. Sin embargo, Fred le causa problemas, porque ella es la única que lo ve, pero todos ven que ella es quien hace todos los desastres.

Su madre al ver esto, la lleva con un psiquiatra infantil quien le da medicamentos para que desaparezca Fred, esto provoca que Fred se sienta mareado y con malestar, pero no desaparece, porque realmente Elizabeth no se estaba enfrentando al verdadero problema. Así, Fred le ayuda a darse cuenta de que su esposo no era una persona fiel y la lleva a un viaje de descubrimiento que tiene como escenario la casa de la madre de Elizabeth, el viaje tiene diferentes faces: En la primera, ella tenía que enfrentarse a la imagen de su ex marido, una

persona encantadora pero manipuladora, después, Elizabeth tiene que subir las escaleras que la llevarán a su recámara, pero en lugar de escaleras se encuentra una resbaladilla, por lo que tiene que sacar todas sus fuerzas para crear un árbol, que simboliza su propia fuerza vital, y puede siguiente nivel.

El siguiente nivel, encuentra a su propia madre parada, defendiendo el cuarto de Elizabeth, primero le tiene miedo, pero Fred le ayuda a enfrentarse a ella y le grita “No te tengo miedo”, y explota su mamá, era enojo que había reprimido de la infancia. Al final llega a donde se encontraba ella misma en su propio cuarto, amarrada con cinta de aislar, la misma cinta con que su madre había amarrado a Fred cuando Elizabeth era niña. Al hacer esto, era como si Elizabeth estuviera amarrada.

Entonces llega Elizabeth, y desata a la niña que estaba acostada amarrada, la abraza en un sentimiento de amor y comprensión, cuando se abraza a sí misma, encuentra que puede llegar a aceptar a Fred, su propio símbolo de ira y libertad, y al abrazarlo, desaparece él, pero ella lo integra y ahora llega con más fuerza en la vida real, se enoja realmente, deja a su marido y a su mamá y decide comenzar una buena vida con otro novio que la comprendía desde niña.

Así, la obesidad, también se debe abrazar, aceptar, y al mismo tiempo se acepta a la niña interior de la paciente. Con esto no se quiere decir que se debe aceptar la obesidad en un sentido de pesimismo, de no aceptar que se puede cambiar, sino en un sentido de valorar lo que la enfermedad dice y habla. Se necesita trabajar la base segura de la paciente, quizás por medio de recuperar y sanar las heridas emocionales de desamparo y abandono que tiene para que pueda aceptar tanto su cuerpo como sus sentimientos y pueda expresarlos no solamente por medio de un lenguaje corporal, sino por un lenguaje oral.

Al evaluar el apego y relacionarlo con los síntomas corporales, se consigue información valiosa con respecto a la historia de vida lo cual proporciona material tanto consciente como inconsciente. Cuando se interpreta el lenguaje del cuerpo y se relaciona con lo emocional, psicológico, social y espiritual, se puede observar lo

que el paciente no puede ver, con respecto a sus sentimientos, cada síntoma generará una nueva interpretación posible de aclarar los problemas emocionales. Los síntomas se revelan como manifestaciones físicas de conflictos psíquicos y su mensaje puede descubrir el problema de cada paciente (Shinoda, 2006).

La obesidad no supone una enfermedad mortal, pero sí un potencial de la misma, por eso la aceptación de la misma e interpretación, se deberá de seguir con cuidado, ya que medicamente se considera que es la responsable de enfermedades como la hipertensión, la diabetes mellitus, las várices, entre otras enfermedades, tanto femeninas como masculinas. Cada enfermedad, ayudará al terapeuta a encontrar los patrones de conducta y emocionales que permitirán llevar a cabo una psicoterapia que integre el cuerpo y la mente, por medio de ir llenando las necesidades físicas y emocionales del individuo.

Enfermedad significa, la pérdida de una armonía o, el trastorno de un orden hasta ahora equilibrado, la enfermedad es la instauración de un equilibrio. Ahora bien, la pérdida de armonía se produce en la conciencia, en el plano de la información, y en el cuerpo sólo se muestra. Por consiguiente, el cuerpo es vehículo de la manifestación o realización de todos los procesos y cambios que se producen en la conciencia. Si todo el mundo material no es sino el escenario en el que se plasma el juego de los símbolos, con lo que se convierte en alegoría, también el cuerpo material es el escenario en el que se manifiestan las imágenes de la conciencia. Por lo tanto, si una persona sufre un desequilibrio en su conciencia, ello se manifestará en su cuerpo en forma de síntoma (Dethlefsen y Dahlke, 1999).

Por lo tanto, es un error afirmar que el cuerpo está enfermo –enfermo sólo puede estarlo el ser humano-, por más que el estado de enfermedad se manifieste en el cuerpo como síntoma (Dethlefsen y Dahlke, 1999). “El enfermo no es víctima inocente de errores de la Naturaleza, sino su propio verdugo” (Shinoda, 2006, Pág. 2). El lenguaje del inconsciente no es claro y aunque es un mismo síntoma en distintas personas, expresa una dolencia particular en cada una de ellas, cuyo

significado sólo puede abstraerse de la historia personal de cada individuo (Meza y Moral, 2011).

Lo adecuado es el tratamiento individual que, aunque pueda considerar componentes caracterológicos comunes, débil control de impulsos, falta de límites del yo en relación con el otro, familias con límites borrosos entre sus miembros), siempre requiere profundizar en los aspectos idiosincrásicos de cada persona (renuncia a la adultez, temor a la sexualidad, corporización del afecto, realización del deseo incestuoso, búsqueda de confort oral, entre otros), que el análisis posibilita observar (Meza y Moral, 2011).

La terapia psicológica para la obesidad tendrá que trascender el objetivo de reducir el peso corporal, se tendrá que solucionar las relaciones con las madres (tanto con la persona real como con las imágenes que se han ido recolectando durante años) es un primer paso hacia la creación de identidades diferentes e independientes como mujeres. Juri (2011), define al apego como la búsqueda de cercanía, espacial o emocional, con una figura considerada (real o imaginariamente) como protectora. En este sentido se tendrá que hacer conscientes aspectos de sí misma que se han absorbido de la madre sin saberlo.

Para distanciarse a sí misma de su madre y de su propia cualidad de madre, puede que una mujer tenga que atravesar un período de rechazo de las cualidades femeninas, distorsionadas por el prisma cultural, que las ve como pasivas, inferiores, dependientes, seductoras, manipuladoras y carentes de poder. El proceso empieza con la lucha de la mujer por separarse física y psicológicamente de su propia madre, que tiene aún mayor alcance. El concepto de la madre es incluido a veces en el inconsciente, particularmente en su aspecto maternal, que abarca el cuerpo y el alma (Comín, Sin fecha). De esta manera, la paciente con obesidad, por su concepto de mujer, tendrá que representar el papel de la madre para ella misma.

## ***Capítulo 7. Discusión***

Desde el enfoque psicoanalítico, la obesidad es un “síntoma”, el cual se forma como una reacción de compromiso ante un afecto que no es tolerado por el yo consciente de la persona. Síntoma relacionado con alguna fijación oral, por lo cual la persona puede “...volcarse hacia la comida de forma compulsiva, en un intento por recuperar el confort y seguridad que experimentaban en la infancia, cuando el pecho de la madre proveía un medio seguro (Meza y Moral, 2011). Desde el punto de vista de Luis Chiozza (1997) la obesidad tiene que ver con el cambio del peso corporal a un signo de síntoma, “desplazando y ocultando al síntoma inicial que ha motivado y sostiene el deseo de adelgazar”. Este deseo de adelgazar lo ubica como un deseo que se inicia frente al espejo, no ante la báscula, cuyo significado es desconocido para la persona que lo manifiesta (Meza y Moral, 2011).

Para Chiozza, (1997), la obesidad no es una fijación oral, sino una “fantasía adiposa”, en donde se ubica una meta pulsional. De este modo, propone que el tejido adiposo tendría dos funciones, en relación con las fantasías que genera. La función del tejido adiposo de ser un depósito de grasa de reserva, implicaría la fantasía primaria, mientras que las funciones de dar forma y de disminuir la pérdida de calor implicarían fantasías adiposas secundarias. Desde un enfoque médico, la obesidad es una enfermedad y no un síntoma de algo más profundo, así se trata a la enfermedad con medicamentos, dietas, ejercicios, etc. Que por un lado sí funciona para reducir el incremento de peso, pero por otro lado se deja de lado la interpretación simbólica de la propia obesidad, y al dejarla de lado y no darle importancia, el paciente frecuentemente vuelve a recuperar el mismo peso, porque no se llegó a la raíz del problema.

También desde este punto de vista, los diferentes problemas alimenticios como la malnutrición, la anorexia nerviosa, la bulimia, se le brinda menor importancia a la obesidad, porque se considera como una forma de vida elegida por el individuo y no se cree que las personas con obesidad tengan problemas emocionales o que su propia condición de obesidad tenga que ver con factores

psicológicos. En cambio, los teóricos de la psicología transpersonal tienen una visión holística y evolutiva del ser humano. Defienden que, a través de estas experiencias de caos y trascendencia (como la enfermedad), la persona puede alcanzar mayores grados de complejidad y orden. El modelo de ser humano que presentan se basa en las ciencias de la complejidad (Grof, 2008). Así, a partir de las crisis, tanto físicas como psicológicas, el ser humano puede tener una mejor comprensión de sí mismo y de su entorno, porque dispone de mayor experiencia, también esto le ocurre al cuerpo humano.

El cuerpo es "...un sistema viviente, que crece en el espacio y tiempo, se interrelaciona con el medio exterior y se transforma por la historia y la cultura, cumpliendo diferentes funciones. Así, el cuerpo es un mediador de las funciones psíquicas superiores porque es un portador de significados asimilados por el hombre a través de la relativa plasticidad de su cuerpo y de su versátil movimiento, que interpreta y traduce las influencias sociohistóricas, reestructurando y construyendo su propia realidad interna. En el cuerpo las funciones fisiológicas y psicológicas se interrelacionan dialécticamente y con los cambios energéticos del trabajo corporal estas alcanzan su equilibrio y armonía (Febles, 2003, p. 269).

De esta manera el tratamiento psicológico para la obesidad no estará encaminado a la reducción de peso a priori, sino que hacia la consideración de que la propia obesidad es un síntoma adaptativo de problemas encubiertos y una crisis personal que posibilita al individuo a trascender su existencia. También existirá una relación simbólica con el alimento, relación que fue desarrollándose a partir de la relación con su propia madre o quien haya fungido como tal: una nana, una tía, la abuela, etc.

Es importante que la paciente vaya siendo asertiva consigo misma y que se permita retomar sentimientos que evitó por medio de su protección corporal. Aunque sí es importante la reducción de peso, porque ésta puede tener consecuencias a mediano y largo plazo en el organismo, es más importante que la paciente se rescate a sí misma, para que pueda llevar a cabo cambios significativos

en su estilo de vida, por sus propios medios y no por presiones del médico o dietista, porque esto sería retomar el papel del padre o la madre dominantes.

Si se sigue tratando a la paciente como cuando tuvo sus primeras relaciones de apego, solamente estaríamos haciendo más de lo mismo y la aceptación que ella buscaría sería la del padre o madre y no su propia aceptación. Para que exista una terapia psicológica que integre diferentes aspectos, tiene que existir una buena relación terapéutica con los pacientes obesos. Brindarle al paciente una base segura para la vergüenza, proporcionar un ambiente sistemáticamente empático para que la paciente pueda mostrar ante el terapeuta lo ocultado por la vergüenza, sin temor a que lo mostrado sea considerado una “falta” lesiva para el sí mismo (Juri, 2011).

Se tomará a la obesidad como un síntoma de algo más profundo, algo que se encuentra en la propia historia personal del individuo y que tiene que ver con las relaciones tempranas, con cómo el cuerpo se vinculó con el alimento de la madre y cómo la calidad de la relación con ésta fue la que le permitió al infante saber cómo era el mundo. Desde este punto, la madre fue quien le enseñó a desarrollarse con el mundo, a contactarse con otros seres humanos. Es importante que el terapeuta le dé importancia a los aspectos fenomenológicos de las pacientes, para que el tratamiento psicoterapéutico sea individualizado independientemente de si es grupal o individual la terapia; y se pueda ocupar el mismo lenguaje simbólico de la paciente y pueda comprender y asimilar mejor los insight que vaya teniendo mientras asiste a psicoterapia.

También, se puede observar que esta es un área de trabajo para la prevención y tratamiento de la obesidad que involucra a las madres y que tendría por objetivo lograr una mayor conciencia sobre los significados en las relaciones con el hijo, de modo de ordenar y filtrar aquellas demandas al hijo que perjudiquen su autorregulación y autonomía (Bowlby, 1998; Crittenden, 1992, citada en Tognarelli, 2012). Por otro lado, la respuesta materna negligente de negación o traslado de responsabilidad, puede ser prevenida para apoyar la disminución de la

cronificación y gravedad de la obesidad (Ainsworth, 1981 citado en Tognarelli, 2012).

Estas intervenciones deben apuntar a aumentar la autoconciencia de los significados emocionales del hijo para la madre, la autoconfianza en su rol, a dotar de estrategias para manejar el estrés y para atender a las necesidades del hijo incorporando respuestas sensibles, dar mayor estructuración al niño y aprender a preparar adecuadamente el contexto (Crittenden, 1988 citado en Tognarelli, 2012).

En cuanto al descoplamiento de las madres y las dificultades en la percepción de hambre y saciedad en el hijo, ellas tienden a entregar alimentos sin saber previamente si su hijo siente hambre; insisten en ofrecerles comidas incluso cuando el hijo intenta hacer dieta. Estos hechos nos muestran a una madre ansiosa y contradictoria, lo que favorece la inseguridad del apego y la ambivalencia (Bustos, 2000; Guidano, 1987 citado en Tognarelli, 2012). Se piensa que la madre produce una experiencia discrepante para el niño, no logrando poner límites ni organizar la experiencia en torno a la alimentación, pues vulnera la propia sensibilidad del niño en torno al hambre y la saciedad. Lo anterior refiere la dificultad de la madre de dotar de herramientas de organización que hagan suficientemente coherente la experiencia interna de hambre y saciedad del hijo.

Los resultados encontrados en el presente estudio, requieren otras investigaciones desde el enfoque transpersonal y del apego, para que pueda fortalecerse este tipo de estudios, donde se conozca la fenomenología de los paciente con obesidad. Las dificultades en la respuesta materna sensible que tienen relación con la obesidad necesitan ser medidas en otros casos para aumentar la transferencia de esos resultados a personas de diferentes edades con obesidad.

## **7.1 Alcances y limitaciones**

Algunas de las posibles limitaciones tanto teóricas como metodológicas que podrían estar en la presente tesis son las siguientes:

Una limitación es que no se evaluó el estilo de apego de la madre ni al padre de la participante, lo cual puede limitar las posibilidades de conocer la historia familiar de las relaciones de apego. Este puede ser un punto crucial para realizar investigaciones a nivel sistémico, donde se evalúe el tipo de apego de cada uno de los integrantes de una familia nuclear.

Un alcance metodológico de la investigación sería que el estudio de caso tiene un enfoque limitado, porque se estudia a un solo individuo o institución, por lo que la investigación solamente será de utilidad para ese caso. Sin embargo, para poder profundizar más en el estudio de la relación con la obesidad sería muy interesante, que se realizaran en un futuro investigaciones de corte cuantitativo. Incluso se podrían realizar investigaciones longitudinales, para revisar la permanencia del tratamiento psicológico, esto se puede realizar un año después de la intervención, desde la perspectiva del apego y del enfoque transpersonal.

Desde el enfoque transpersonal, la obesidad tendrá relación con la fenomenología de la paciente, independientemente del tipo de obesidad, ya sea endógena o exógena. Esta investigación se realizó con una paciente que no tiene ninguna otra enfermedad y su obesidad no fue causada por otras enfermedades, por lo tanto, sería importante revisar si el tipo de apego evitativo también se presenta en pacientes con obesidad endógena, la cual es causada por enfermedades previas como el hipotiroidismo.

Otra posible limitación, es que a la participante se le evaluó por medio de dos cuestionarios: Historia Clínica y Entrevista de Apego Adulto, lo cual arrojó información importante en cuanto a la historia de la participante, pero no se evalúan otros aspectos que podrían ser trascendentes para un tratamiento

psicoterapéutico, como el nivel de depresión, autoestima, relaciones interpersonales entre otros.

La obesidad es multifactorial, por lo cual existen otros factores que pueden incidir en el desarrollo de la obesidad, como la depresión, malnutrición, que a parte del apego también pueden incidir en la aparición de la misma. Esto dependerá de cada caso de estudio.

Por último, una limitación teórica para la presente investigación, fue que no existe suficiente información en México, sobre la psicología de la obesidad desde enfoques humanistas, lo que provoca que se tenga más información de fuentes secundarias. Por lo tanto, es importante que se comiencen a realizar investigación de corte cualitativo y transpersonal para aumentar el conocimiento fenomenológico de la obesidad.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar, H., Cobos, H., Díaz, C. y Pérez, P. (2009). Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años [Versión electrónica]. *Pediatría México*; 13 (1): 17-23. Revisado el día 19 de agosto de 2012 del sitio web: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=121&IDARTICULO=28981&IDPUBLICACION=3166>
- Ahnert, L., Gunnar, M., Lamb, M. Barthel. M. (2004). Transition to child care: associations with infant-mother attachment, infant negative emotion and cortisol elevations [Versión electrónica]. *Child Development*, 75, 639-650. revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000064&pid=S0120-0534200600030000400001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000064&pid=S0120-0534200600030000400001&lng=en)
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A study of the strange situation. Estados Unidos: Hillsdale. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000065&pid=S0120-0534200600030000400002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000065&pid=S0120-0534200600030000400002&lng=en)
- Aldrete, M., Guerra, J., López, M. y Valdéz, R. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México [Versión electrónica]. *Medigraphic*, 8 (02): 91-95. Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: [www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062f.pdf)
- Almendro, M. (2009). *Psicología y psicoterapia transpersonal* (2ª ed.). Barcelona, España: Kairós.
- Almendro, M. (1998). *Consciencia transpersonal*. Barcelona, España: Kairós.
- Almendro, (2008). *Psicología transpersonal: Conceptos clave*. Barcelona, España: Kairós.

Alvarado, A. M., Guzmán, E. y González, M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad [Versión electrónica]. *Enseñanza e investigación en psicología*, julio-diciembre, 10(2): 417-428. Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: <http://psicologiaysalud.bligoo.cl/content/view/1336250/OBESIDAD-BAJA-AUTOESTIMA-INTERVENCION-PSICOLOGICA-EN-PACIENTES-CON-OBESIDAD.html>

Álvarez- Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. Barcelona, España: Paidós.

Aragónés, A., Blasco, L., y Cabrinety, N. (Sin fecha) Obesidad [Versión electrónica]. *Sociedad Española de Endocrinología pediátrica*. Revisado el día 7 de diciembre del sitio web: <http://www.seep.es/privado/download.asp?url=consenso/cap07.pdf>

Argente, J., Hernández, M. y Martos-Moreno, G. (2006). Mesa redonda. El tejido adiposo como glándula endocrina. Obesidad y síndrome metabólico [Versión electrónica]. *Bol Pediatría*, 46: 269-274. Revisado el día 8 de septiembre de 2012 del sitio web: [http://www.sccalp.org/boletin/198/BolPediatr2006\\_46\\_269-274.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/198/BolPediatr2006_46_269-274.pdf)

Aristóteles (1977). *Ética Nicomaquea y Política*. México: Porrúa. (Versión original siglo IV a. C.).

Arrubacena, V. (2011). La relación médico paciente [Versión electrónica]. *Medigraphic*, 33(02):122-125.

Ávila, H., Bastarrachea, R., González, Laviada, H. y Vargas, L. (2002). *Obesidad*. Consenso. Fundación Mexicana para la salud, A. C. México: McGraw-Hill Interamericana.

Azcona, C., Romero, A., Bastero, P. y Santamaría, E. (2005). Obesidad infantil [Versión electrónica]. *Revista Española de Obesidad*, 3(1), 26-39.

- Barbany, M., Rubio, M. y Salas- Salvadó, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica [Versión electrónica]. *Revista Española de Obesidad*, 5(3): 135-175.
- Barriga, I. y Medel, J. (2006). Vínculo y obesidad. *Revista Pediátrica electrónica*, 3(02). Revisada el día 10 de noviembre de 2011 de: [www.revistapediatria.cl/vol3num2/pdf/R26\\_vínculo\\_y obesidad.pdf](http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/pdf/R26_v%C3%ADnculo_y_obesidad.pdf)
- Barriguete, J., Parra, S. y Rivera, T. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para la osteoporosis [Versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 47:308-318.
- Barriguete, J., Casillas, J., Pérez, P., Salinas J., Valencia, A. y Viniegra, L. (1992). Modelo psicodinámico sistémico de evaluación familiar [Versión electrónica]. *Revista de Investigación Clínica*; 44(2):169-188.
- Barriguete, J., Emmelhainz, Pérez y Rivera, M. (2005). La conducta alimentaria y el equilibrio bio-psico-familiar [Versión electrónica]. *Revista Iberoamericana de Psicología*; 13:68-73.
- Barriguete, J., Parra, M. y Rivera, M. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria como factor de riesgo para osteoporosis [Versión electrónica]. *Salud pública*, 47(04). Revisado el día 12 de agosto de 2013 del sitio web: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000400009&script=sci\\_arttext&lng=es](http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342005000400009&script=sci_arttext&lng=es)
- Basurto, L., Saucedo, R. y Zárate, A. (Marzo-Abril, 2001). La obesidad: conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento [Versión electrónica]. *Revista de la Facultad de Medicina*. UNAM, 44(02): 66-71. Revisado el día 8 de septiembre de 2012 del sitio web: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no44-2/RFM44206.pdf>

- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Benítez, V., Castillo, L., Escalante, S. y Rea, C. (2008). La percepción de la obesidad en mujeres con relación al ambiente laboral y no laboral. *Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAECH*, 6: 118-128.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Bersch, S. (2006). La obesidad: Aspectos psicológicos y conductuales [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(04): 537-546.
- Betancourt, L., Rodríguez, M. y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario [Versión electrónica]. *Universitas médica*, 48 (03): 261-276.
- Bonet, B., Quintaner, A., Sentchordi, L., Lindo, D., Pérez, J. y Martínez, J. (2007). Terapia de grupo para el tratamiento de la obesidad infantil [Versión electrónica]. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 67(1):51-56.
- Borja, G. (2006). *La locura lo cura. Un manifiesto psicoterapéutico* (3ª ed.). México, Distrito Federal: Cuatro vientos.
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto [Versión electrónica]. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(02): 50-63.
- Botella, J., León, J. y Sepúlveda, A. (2001). La alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis [Versión electrónica]. *Psicothema*, 13(1): 7-16.
- Bowlby, J. (1969). *Apego y pérdida I. Apego*. Barcelona, España: Paidós
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.

- Bradshaw, J. (2006). *Volver a la niñez. Cómo recobrar y vivir con su niño interior*. México: Selector.
- Brenner, C. (1977). *Elementos fundamentales de psicoanálisis*. Argentina: Libros básicos S. C. A.
- Buchheim, A. y Kächele, H. (2008). La entrevista de apego adulto y la perspectiva psicoanalítica: Un estudio de caso [Versión electrónica]. *Clínica e investigación relacional, Revista electrónica de psicoterapia*, 2(02): 417-432. Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: [http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N2\\_2008/13A\\_Buchheim\\_HKachele\\_Entrevista-apego-adulto-psycoanalitica\\_CeIR\\_V2N2.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V2N2_2008/13A_Buchheim_HKachele_Entrevista-apego-adulto-psycoanalitica_CeIR_V2N2.pdf)
- Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy [Versión electrónica]. *Family Process*, 34, 45-58. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000076&pid=S0120-0534200600030000400013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000076&pid=S0120-0534200600030000400013&lng=en)
- Caballero, J. (2006). Tratamiento farmacológico de la obesidad [Versión electrónica]. *Revista paceña de medicina familiar*, 3(3): 26-32.
- Calvo, D. (Sin fecha). Más allá de la enfermedad [Versión electrónica]. *Escuela transpersonal*. Revisado el día 1 de mayo de 2012, de la página web: <http://www.escuelatranspersonal.com/tesis/enfermedad-y-sanacion/mas-alla-de-la-enfermedad.pdf>
- Cantú, P. C. y Moreno, D. (2007). Obesidad: Una perspectiva epidemiológica y sociocultural [Versión electrónica]. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 8(4). Revisado el día 20 de diciembre de 2011. De la página web: [www.respyn.uanl.mx/vii/4/ensayos/obesidad-epidemiologia\\_y\\_cultura\\_bb.htm](http://www.respyn.uanl.mx/vii/4/ensayos/obesidad-epidemiologia_y_cultura_bb.htm)

- Carafi, M., Ergas, F. y Molina, M. (1985). Imágenes Eidéticas Parentales en sujetos con colon irritable. Tesis para optar por el título de psicóloga. *Pontificia Universidad Católica*. Santiago de Chile.
- Carrasco, D., Gómez, E. y Staforelli, A. (2011). Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales [Versión electrónica]. *Terapia psicológica*, 27(01): 143-149.
- Carrasco, F., Manrique, F., Pía, M., Moreno, M., Albala, C., García, J., Díaz, J. y Liberman, C. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad [Versión electrónica]. *Revista Médica de Chile*, 137(07): 972-981. Revisado el día 4 de septiembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000700017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000700017&script=sci_arttext)
- Carrasco, D., Gómez, E. y Staforelli, A. (2009). Obesidad y adolescencia: exploración de aspectos relacionales y emocionales [Versión electrónica]. *Terapia psicológica*, 27(01): 143-149.
- Caro, E. y Marin, M. (2012). Epidemiología de la obesidad. Revisado el día 25 de octubre de 2012 del sitio web: <http://www.seep.es/privado/download.asp?url=/publicaciones/2000TCA/Cap04.pdf>
- Cash, T, Sarwer, D. y Thompson, K. (2005). Imagen corporal y obesidad en el adulto [Versión electrónica]. *Psiquiatría Clínica*, 28: 69-87.
- Castaneda, C. (2001). *Relatos de poder*. México: De bolsillo.
- Castro, M., Bastarrachea, R. y Laviana, H. (2003). *Avances recientes en obesidad y sus comorbilidades. De la investigación genética a la práctica clínica: grasa visceral, resistencia a la insulina, citocinas pro inflamatorias, disfunción endotelial y aterosclerosis*. SIMPOSIUM XXVI, Congreso Nacional de Medicina Interna, México.
- Capra, F. (1982). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Barcelona, España: Integral.

- Chernin, K. (2008). El lado oculto de la relación madre-hija. En Zweig, C. y Abrams, J. (Ed.). *Encuentro con la sombra: El poder del lado oculto de la naturaleza humana*. Barcelona, España: Kairós.
- Chiozza, L. (1976). *Cuerpo, afecto y lenguaje: psicoanálisis y enfermedad somática*. Buenos Aires: Paidós.
- Chiozza, L. (1994). *¿Por qué enfermamos? El significado inconsciente de los trastornos diabéticos*. En Obras completas, Tomo XI (1990-1993). Afectos y afecciones 2, Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo. Buenos Aires, Argentina: Libro del Zorzal.
- Chiozza, L. (1997). *Del afecto a la afección. Obesidad, SIDA, hiper e hipotiriodismo, enfermedades periodontales, caries dental*. Buenos Aires, Argentina: Alianza Editorial.
- Chiozza, L., Barbero, L., Busch, D., Chiozza, G. y Funosa, M. Fantasías adiposas en la obesidad. En Chiozza, L. (2008). *Afectos y Afecciones 3: Los afectos ocultos en la enfermedad del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Chopra, D. (1987). *Cómo crear salud: más allá de la prevención y hacia la perfección*. México, D. F.: Grijalbo.
- Comín, M. (Sin fecha). Convertirse en mujer [Versión electrónica]. *España: Escuela Española de Desarrollo Transpersonal*. Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: <http://www.escuelatranspersonal.com/tesis/mujer-emergente/convertirse-en-mujer.pdf>
- Consedine, N. Magai, C. (2003). Attachment and emotion experience in later life: the view from emotions theory [Versión electrónica]. *Attachment Human Development*, 5, 165-187. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000080&pid=S0120-0534200600030000400017&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000080&pid=S0120-0534200600030000400017&lng=en)
- Córdoba, Barriguete, Lara, Barquera, Rosas, Hernández, León y Aguilar (2008). Obesidad [Versión electrónica]. *Revista de psicología*, 12: 34-50.

- Cortés, F., Ibarra, S. y Luckie, A. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social [Versión electrónica]. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4): 191-201.
- Cuesta, C. (1997). Investigación cualitativa en el campo de la salud [Versión electrónica]. *Revista ROL de enfermería*. Revisado el 17 de abril de 2012 de la página web: [medicina.udea.edu.co](http://medicina.udea.edu.co)
- Cuevas, García, Hernández, Monterrubio, Ramírez, Rivera, Sepúlveda y Shamah, (2003). Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 [Versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 45(04): 1-8.
- Dahlke, R. (1999). *Las etapas críticas de la vida*. Barcelona, España: Plaza y Janés.
- De la Rosa, J., Masloski, J. y Squizzato, M. (Agosto, 2007). Obesidad: Una epidemia en aumento [Versión electrónica]. *Revista de posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 172: 12-15.
- Dalkhe, R. (2005). *El mensaje curativo del alma: La enfermedad como mensaje del alma*. México: GAIA.
- Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Síntesis
- Descartes, R. (2000). *Las pasiones del alma y cartas sobre psicología afectiva*. México: Ediciones Coyoacán. (Versión original 1649).
- Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1983). *La enfermedad como camino*. Argentina: De bolsillo.
- Dethlefsen, T. y Dalkhe, R. (2011). *La enfermedad como camino*. Argentina: De bolsillo.
- Díaz, M. (2008). Obesidad y autoestima [Versión electrónica]. *Enfermería global*, 13: sin número de página. Revisado el 16 de noviembre de 2011 de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16131>
- Diccionario de la Lengua Española, 22ª edición (2009). Concepto de crisis. Revisado el día 23 de septiembre de 2012 del sitio web: <http://lema.rae.es/drae/?val=crisis>

- Dietz, (1998). Prevalence of obesity in children. En Bray, G. Bouchard, C. y James, W (Ed.). *Handbook of obesity*. New York, Estado Unidos: Marcek Dekker.
- Dio, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padre e hijos*. Barcelona, España: Paidós.
- Dueñas, J. y Pérez, N. (2003). Psicología de la salud: letra y espíritu [Versión electrónica]. *Revista cubana de psicología*, 20(01): 67-70. Revisado el día 16 de junio de 2013 del sitio web: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43222003000100011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43222003000100011&script=sci_arttext)
- Durán, P., Piazza, N. y Trifone, L. (2005). Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría [Versión electrónica]. *Obesidad. Arch argent pediatría*, 103 (3): 262 -281.
- Esquivel, A. y Lara, R. (2012). (En prensa). *Escoliosis: carencia estructurante en la relación padre-hija (estudio de caso)*. Tesis para obtener el título de licenciado en psicología. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis no publicada.
- Feeney, J., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Development in the conceptualization of security and insecurity. En M. B. Spearting y W. H. Berman (Eds.). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. New York: Guilford Press.
- Ferguson, M. (1994). *La conspiración de acuario*. España: Biblioteca Fundamental Año Cero.
- Fernández, B., Fernández, J., Kozarcewski, M. y Riobó, P. (2003). Obesidad en la mujer [Versión electrónica]. *Nutrición hospitalaria*, 18(05): 233-237.
- Ferrari, L. (2011). Reseña: “teoría del apego para psicoterapeutas”. Autor: Luis J. Juri [Versión electrónica]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista Internacional de psicoanálisis*, 040. Revisado el día 23 de agosto de 2012 del sitio web: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000736&a=Teoria-del-apego-para-psicoterapeutas>

- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit, D. y Weizman, A. (2001). Attachment Styles and Aggression in Physically Abused and Neglected Children [Versión electrónica]. *Journal of Youth and Adolescence*. 30: 769-786.
- Flebes, M. (2003). El cuerpo como mediador de las funciones psíquicas superiores. Hacia una terapia corporal [versión electrónica]. *Revista cubana de psicología*, 20(03): 269-275. Revisado el día 2 de abril de 2013 del sitio web: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n3/13.pdf>
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* (20ª ed.). México: Siglo veintiuno.
- Frances, A., First, M. y Pincus, A. (2002). DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico diferencial. Estados Unidos: Masson.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido* (15va ed.). Barcelona, España: Herder.
- Frick, E. (2000). *Curar por la herida. Sobre el psicoanálisis del arquetipo de la curación*. Argentina: Lumen.
- Gallegos, R. (1999). *Educación holista: Pedagogía del amor universal*. México: Pax México.
- García, J. y Conejero, M. (2010). Obesidad ¿Indiferencia o acoso? Educación física ¿Problema u oportunidad? [Versión electrónica]. *Revista de transmisión del conocimiento educativo y de la salud*. 255: 430-453.
- Golberg, A. (2002). Secuelas de la obesidad en la salud. Obesidad.net. Revisado el día 16 de septiembre de 2012 del sitio web: <http://www.obesidad.net/spanish2002/secuela3shtml>
- González, F. y Mendoza, A. (2009). *Obesidad en adolescentes como problema social* [Versión electrónica]. Tesis para obtener el título en trabajo social. Veracruz, México: Universidad Veracruzana-Facultad de trabajo social. Revisado el día 5 de septiembre de 2013 del sitio web: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/215/1/GloriaFrancisco%20Gonzalez.pdf>

- González, M., Ambrosio, K. y Sánchez, S. (2006). Regulación neuroendócrina del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético [Versión electrónica]. *Investigaciones en salud*, 8(03): 191-200.
- González, R. (2006). Humanismo y gestión de salud: pasado, presente y futuro [Versión electrónica]. *Revista cubana de Salud Pública*, 32(04). Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400006&script=sci_arttext)
- Grof, S. (1988). *Psicología transpersonal: Nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia*. Barcelona España: Kairós.
- Grof, S. (2008). Breve historia de la psicología transpersonal [Versión electrónica]. *Journal of Transpersonal Research*, 2: 125-136. Revisado el día 14 de febrero de 2013 del sitio web: <http://www.stanislavgrof.com/pdf/Spanish.Grof.Breve%20Historia%20de%20a%20Psicolog%C3%ADa%20Transpersonal.pdf>
- Guillén, R. (2007). *Manual de Evaluación Multimodal ERIC-PSIC*. México, Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Haslam, D. (2007). [Versión electrónica]. Obesity: a medical history. [Versión electrónica]. *Obesity Reviews*, 8: 31-36. Revisado el día 4 de septiembre de 2013 del sitio web: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2007.00314.x/full>
- Hernández, M. (1993). *Alimentación infantil* (2ª ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
- Icart, M. e Icart, M. (2010). Gordos (2009): la obesidad en el cine y su utilización en la docencia [Versión electrónica]. Revisado el día 10 de noviembre de 2012, del sitio web: <http://revistamedicinacine.usal.es/index.php/es/vol6/num1/347>
- Jiménez, B. (Enero, 2003). Investigación cualitativa y psicología social crítica. Contra la lógica binaria y la ilusión de la pureza. *Dossier, investigación cualitativa en salud*. Revisado el 1 de mayo de 2012 del sitio web: <http://www.editorial.udg.mx/ruginternet/rug17/3investigacion.html>

- Juri, L. (2011). *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid, España: Prismática.
- Kerr, S., Melley, A., Travea, L. y Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style [Versión electrónica]. *Individual Differences Research*, 1, 108-123. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000105&pid=S0120-0534200600030000400042&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000105&pid=S0120-0534200600030000400042&lng=en)
- Klein, S. (2001). *Medical management of obesity* [Versión electrónica]. *Surg Clin North Am*, 81(5). 1025-1035.
- Koffman, R. (2009). Emocionalidad y automatismos en la psicoterapia de la obesidad [Versión electrónica]. *Revista Médica Rosario*, 75:20-22.
- Kobak, R. Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000107&pid=S0120-0534200600030000400044&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000107&pid=S0120-0534200600030000400044&lng=en)
- Kochanska, G. (2001). Emotional development in children with different attachment histories: The first three years. *Child Development*, 72, 474-490. revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000108&pid=S0120-0534200600030000400045&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000108&pid=S0120-0534200600030000400045&lng=en)
- Kruif, P. (2000). *Los cazadores de microbios*. México: Éxodo.
- Labay, M. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria y sus causas [Versión electrónica]. *Anales Españoles de Pediatría*, 52: 76-77.
- Lara, R. (Sin fecha). Educación holista [Versión electrónica]. *Revista Iberoamericana de Educación*. Instituto Mexicano de Estudios Pedagógicos.

- Larrañaga, A. y García-Mayor, R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad [Versión electrónica]. *Medicina Clinica (Marc)*; 129(10): 387-91
- Lawlis, F. (1999). *Medicina transpersonal: Un enfoque para la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu*. Barcelona, España: Kairós
- Llor, J. (2009). Un sentido de la enfermedad [Versión electrónica]. *Cuadernos de Bioética*, 2(3): 523-524
- López-Villalta, y Soto, A. (2010). Actualización en obesidad [Versión electrónica]. *Cad Aten Primaria*, 17: 101-107.
- Lowen, A. (1967). *La traición al cuerpo. Análisis Bioenergético*. Buenos Aires, Argentina: Era Naciente
- Lowen, A. (1985). *El lenguaje del cuerpo: dinámica física de la estructura del carácter*. España: Herder.
- Luckie, A., Cortés, F. e Ibarra, S. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social [Versión electrónica]. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*; 14(4): 191-201.
- Lujan, A., Piat, G., Ott, R. y Abreo, G. (2010). Obesidad infantil, la lucha contra un ambiente obesogénico [Versión electrónica]. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*, 197: 19-24
- Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego [Versión electrónica]. *Aperturas psicoanalíticas: revista Internacional de psicoanálisis*, 8:1055-1127.
- Martínez, J. (2011). Investigación cualitativa en salud. Una revisión crítica de la producción bibliográfica en México [Versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 53(06). Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000600006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000600006&script=sci_arttext)

Martínez, M. (1993). *La psicología humanista. Fundamentación epistemológica, estructura y método*. México: Trillas.

Maslow, A. (1968). *Visiones del futuro*. Barcelona, España: Kairós.

Maysonet, M. y Toro, J. (2007). Cuando el cuerpo carga el peso: Una mirada clínica y social a la obesidad. *Revista Puertorriqueña de psicología*, 18: 107-117

Mazure, R., Breton, I., Cáncer, E., Abilés, B. Escarti, M., Álvarez, V., Miras, y Culebras, J. (2012). Consentimiento informado en el balón gástrico avalado por SENPE, SEEDO, SEN y SECO; aspectos médico-legales [Versión electrónica]. *Nutrición Hospitalaria*, 27(02). Revisado el día 2 de Septiembre de 2013 del sitio web: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200011&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000200011&script=sci_arttext&tlng=en)

Medical Resources for patients physicians, (2012). A history o obesity. Revisado el día 15 de septiembre de 2012 del sitio web: [http://www.naafa.org/press\\_room/history\\_obesity.html](http://www.naafa.org/press_room/history_obesity.html)

Melero y Cantero (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto [Versión electrónica]. *Clínica y Salud*, 19(01): 83-100

Mella, O. (1998). Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. Revisado el 17 de abril de 2012 de la página web: [es.scribd.com/doc/78872938/Mella-1998](http://es.scribd.com/doc/78872938/Mella-1998)

Meza, P. y Moral, J. (2011). Obesidad: Una aproximación desde la psicología psicoanalítica [Versión electrónica]. *Aperturas psicoanalíticas, Revista de psicoanálisis*, 37. Revisado el día 2 de abril de 2013 del sitio web:

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000686&a=Obesidad-Una-aproximacion-desde-la-psicologia-psicoanalitica>

Mikulincer, M. y Sheffi, E. (2000). Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: a test of mental categorization and creative problem solving. *Motivation and Emotion*, 24, 149-174. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000122&pid=S0120-0534200600030000400059&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000122&pid=S0120-0534200600030000400059&lng=en)

Miller, A. (1991). *El drama del niño dotado: el busca del verdadero yo*. Barcelona, España: Tusquets Editores

Milos, P. (2012). *The history of obesity*. Revisado el día 15 de septiembre de 2012 del sitio web: <http://eznarticles.com/.The-History-of-Obesity=357342&opt=print>

Miranda, K. y Onofre, M. (2010). *El complejo materno y el apego ansioso como factores estructurantes del aspecto femenino*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Montero, J. (2001). *Obesidad: una visión antropológica*. Buenos Aires, Argentina: Departamento de Ciencias Médicas, Instituto y cátedra de Historia de la Medicina.

Monteverde, M. y Novak, B. (2008). Obesidad y esperanza de vida en México [Versión electrónica]. *Población y salud en Mesoamérica*. 6(01): 1-13

Moral, J. y Redondo, F. (2008). La obesidad. Tipos y clasificación [Versión electrónica]. Revista digital Efdportes, 122. Revisado el día 19 de agosto de 2012 del sitio web: <http://www.efdeportes.com/efd122/la-obesidad-tipos-y-clasificacion.htm>

- Morales, J. (2010). *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*. Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Revisado el día 4 de septiembre del 2012 de la página web: [http://www.uaeh.edu.mx/docencia/P Presentaciones/icsa/asignatura/libro%20de%20obesidad.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Presentaciones/icsa/asignatura/libro%20de%20obesidad.pdf)
- Moreno, M. y Martínez, J. (2002). El tejido adiposo: órgano de almacenamiento y órgano secretor. *Revista Anales de la Universidad de Navarra*, suplemento 1. Revisado el día 3 de noviembre de 2012 del sitio web: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup1/suple4a.html>
- Moreno, B. Monereo, S. y Álvarez, J. (2004). *La obesidad en el tercer milenio* (3ª Ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. México: Gedisa.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima gestalt: Actitud y práctica de un experiencialismo ateorico*. Chile: Cuatro vientos.
- Nasio, J. (2004). *Los gritos del cuerpo*. México: Paidós.
- Nava, M. (2000). *Del psicoanálisis a la psicología transpersonal: el papel de la consciencia en la salud mental*. Tesis de licenciatura: Universidad Nacional Autónoma de México- Facultad de psicología.
- Núñez, E. (2010). *Patrón psicológico de pacientes con virus de papiloma humano. Estudio de caso*. Tesina de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de psicología.
- Ocampo, P. y Pérez, A. (2010). Creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad [Versión electrónica]. *Semergen*, 10: 1-7.
- Odriozola (2010). La psicología humanista. Resumen de las conferencias impartidas en las Facultades de Psicología de Málaga y San Sebastián. Revisado el día

13 de diciembre de 2013 del sitio web:  
[http://www.carlosodrizola.com/files/articles/la\\_psicologia\\_humanista.pdf](http://www.carlosodrizola.com/files/articles/la_psicologia_humanista.pdf)

Ogden, C., Carroll, M., Curtin, L., McDowell, M., Tabak, C. y Flegal, K. (2011). Prevalence of overweight and obesity in the United 1999-2004 [Versión electrónica]. *Jama*, 295: 1549-1555.

OMS (Octubre 2011). Salud mental: Un estado de bienestar. Revisado el día 2 de enero de 2013 del sitio web:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

OMS (2012). Obesidad y sobrepeso. Revisado el día 5 de septiembre de 2013 del sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Osho (2007). *El libro de la mujer*. México: De Bolsillo.

Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones [Versión electrónica]. *Revista chilena de nutrición*, 29(03). Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182002000300002&script=sci_arttext&lng=en)

Padilla, E., Ruiz, J. y Rodríguez, A. (2009). Asociación depresión-obesidad [Versión electrónica]. *Salud pública*, México; 51(4): cartas al editor. Revisado el 18 de noviembre de 2011 en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009000400>

Penna, F. y Rivarola, M. (2006). Los factores socioculturales y su relación con los trastornos alimentarios e imagen corporal [Versión electrónica]. *Revista Intercontinental de psicología y educación*, 8(2): 61-72.

Peñarrubia, F. (1998). *Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil*. Madrid: Alianza.

Ponson, A. (13 de mayo de 2011). Falta de apego materno eleva en un 30% riesgo de obesidad en preescolares [Versión electrónica]. *Revista La tercera*. Revisado el 10 de noviembre de 2011 de:

[diario.latercera.com/2011/05/13/01/contenido/tendencias/16-68861-9-faltadeapego-materno-eleva-en-un-30-riesgo-de-obesidad-en-preescolares.shtm](http://diario.latercera.com/2011/05/13/01/contenido/tendencias/16-68861-9-faltadeapego-materno-eleva-en-un-30-riesgo-de-obesidad-en-preescolares.shtm)

Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. España: Turner Fondo de Cultura Económica.

Puente, I. (2009). Psicología transpersonal y ciencias de la complejidad: Un amplio horizonte interdisciplinar a explorar [Versión electrónica]. *Journal of Transpersonal Research*, 1(01): 19-28. Revisado el día 10 de Septiembre de 2013 del sitio web: <http://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol1-issue1/Puente%20Iker.pdf>

Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística. Conceptos fundamentales y transfondo filosófico*. Barcelona, España: Herder.

Recasens, M. (2007). *Cómo resolver los conflictos que expresa nuestro cuerpo: lo que el espejo nos dice realmente*. México: Pax México.

Reynals, Diumenjo, Calvo, Testasecca, López, Lemos, Pereyra, Osachez, Carrió, Giménez, Parola, Maneschi y Figuerola, (2007). Antropología de la salud. Influencia de factores biológicos, psicosociales y culturales sobre la percepción de la obesidad y los resultados de una intervención de la educación para la salud [Versión electrónica]. *Revista Médica Universitaria*, 3(02): 1-15. Revisado el día 4 de septiembre de 2012 del sitio web: [http://revista.medicina.edu.ar/vol03\\_02/05/vol03\\_02\\_Art05.pdf](http://revista.medicina.edu.ar/vol03_02/05/vol03_02_Art05.pdf)

Rivière, P. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión.

Rodríguez, G., Flores, J. y García, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Revisado el 17 de abril de 2012 de la página web: [http://utp.edu.co/php/institutoambiental/INVESTIGACION\\_CUALITATIVA.doc](http://utp.edu.co/php/institutoambiental/INVESTIGACION_CUALITATIVA.doc).

Rodríguez, G. L. y Rodríguez, G. R. (2001). Percepción de la imagen corporal, índice de masa corporal y sobrepeso en estudiantes universitarios del

sureste [Versión electrónica]. *Medigraphic*. Revisado el día 21 de noviembre de 2011 en: [new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cg1?IDARTICULO=9814](http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cg1?IDARTICULO=9814)

Rogers, C. (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Nueva visión.

Rothenber, R. (2003). *La joya en la herida. La manera en la que el cuerpo expresa las necesidades de la psique y ofrece un camino para la transformación*. México, Distrito Federal: Fata Morgana.

Rubin, Z. (1974). Measurement of romantic love [Versión electrónica]. *Journal of personality and social psychology*, 16, 265-273

Sassenfeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial [Versión electrónica]. *Revista de psicología Universidad de Chile*, 15(01): 91-106.

Secretaría de Salud (2013). Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimenticia. Criterios para brindar orientación [Versión electrónica]. México: *Diario Oficial*. Revisado el día 4 de Septiembre de 2013 del sitio web: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2\\_norma\\_oficial\\_mexicana\\_nom\\_043\\_SSA2\\_2005.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf)

SEEDO (2000). Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica [Versión electrónica]. *Med. Clin. Barc.*; 115(15): 587-597.

SEEDO (2003). *Prevalencia de obesidad en España: Estudio SEEDO 2000*. Barcelona, España.

Schnake, A. (2005). *Los diálogos del cuerpo. Un enfoque holístico de la salud y la enfermedad*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.

- Shadle, K. (2001). Healthy families-healthy bodies preventing obesity [Versión electrónica]. *Total health*, 25(5): 22-24.
- Sharp, D. (1997). *Lexicón junguiano. Compendio de términos y conceptos de la psicología de Carl Gustav Jung*. México: cuatro vientos.
- Shinoda, J. (2009). *El sentido de la enfermedad: un viaje del alma*. Barcelona, España: Kairós.
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación [Versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7: 177-195.
- Sroufe, A. (1997). Psychopathology as an outcome of development [Versión electrónica]. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268. Revisado el día 17 de diciembre de 2013 del sitio web: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000138&pid=S0120-0534200600030000400075&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000138&pid=S0120-0534200600030000400075&lng=en)
- Stephan, M. (2013). *Triglicéridos*. Revisado el día 23 de enero de 2013 del sitio web: <http://www.michelstephan.com/Documentos/Castellano/TRIGLICERIDOS.pdf>
- Osho (2007). *El libro de la mujer. Sobre el poder de lo femenino*. México: De bolsillo.
- Tamayo, M. (2002). *El proceso de la investigación científica* (4ª ed.). México: Limusa.
- Tognarelli, A. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres [Versión electrónica]. *Summa Psicológica UST*, 9(02). Revisado el día 10 de septiembre de 2013 del sitio web: <http://summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/100/pdf>

- Turón, V. (2003). Factores culturales en los trastornos de la conducta alimentaria. En Moreno, L. y Cava, G. (Eds.). *Anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Ariel.
- Tzeng, Oliver (1992). *Theories of love development, maintenance and Dissolutions: octagonal cycle and differential perspective*. Praeger. Nueva York, West port: Connecticut London.
- Walsh y Vaughan, (2008). *Más allá del ego. Textos de psicología transpersonal*. Barcelona: Kairós.
- Wikipedia (2013). Concepto de Hipertrofia. Revisado el día 31 de enero de 2013 del sitio web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertrofia>
- Wilber, K. (2000). *Una visión integral de la psicología*. México: Alamah.
- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta. Volumen II*. Madrid, España: Dykinson.
- Valtueña, J. (2008). El reto de la obesidad [Versión electrónica]. Estrategias de respuesta <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000736&a=Teoria-del-apego-para-psicoterapeutas>. *O F F A R M*, 27(8): 33-35. Revisado el día 14 de diciembre de 2012 del sitio web: [http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pid=13126065&...&web=www.doymafarma.com&lan=es](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=13126065&...&web=www.doymafarma.com&lan=es)
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vaughan, F. (1985). *Más allá del ego: Textos de psicología transpersonal*. Barcelona, España: Kairós.
- Villanueva, D., Hernández, R., Salinas, A., Mathiew, A. y Sánchez, M. (2011). Prevalencia de obesidad infantil en niños entre 6 y 14 años de edad en una

Unidad de Medicina Familiar del IMSS [Versión electrónica]. *Pediatría de México*, 13(4): 151-154.

Villaseñor, I. (enero, 2003). Investigación cualitativa en salud y enfermedad. [Versión electrónica] *Dossier, Investigación cualitativa en salud*, Revisado el día 1 de mayo de 2012 del sitio web: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/5anclajes.html>

Von, C. (1990). *Die Fettsucht*. Wien: Hoelder.

Zweing, C. y Abrams, J. (2004). *Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana*. Barcelona, España: Kairós.

Zweing, C. y Abrams, J. (2008). *Encuentro con la sombra. El poder del lado oscuro de la naturaleza humana* (12ª ed.). Barcelona, España: Kairós.

Zukenfeld, R. (1979). *Psicoterapia para la obesidad*. Argentina: Letra viva.

#### **Bibliografía hemerográfica:**

Arau, A. (Director/Productor) (1992). *Como agua para chocolate* [Cinta cinematográfica]. México: FilmAffinity.

Bross, S. (2007). *Malos hábitos* [Largometraje]. México:

Cameron, J. (Director) (2009). *Avatar* [Largometraje]. EE. UU.: Century Fox.

Greno, N. (Director). *Enredados* [Largometraje]. EE. UU.: Walt Disney Animation Studios.

Jennings, C. (Productor) y Selick, H. (Guionista/Director) (2009). *Coraline* [Cinta cinematográfica]. EE. UU.: Laika.

Levine, J. (Director) (2011). *50/50* [Largometraje]. EE.UU.: Mandate Pictures.

Sinyor, J. (Directora) (2009). *Being Erica* [Largometraje]. Canadá: CBC Paramount comedy.

Shore, D. (Productor/Creador). (2004). *El doctor House, Diagnóstico médico* [Serie televisiva]. EE. U. U: Fox.

Spurlock, M. (Director independiente) (2004). *Súper engórdame* [Largometraje]. EE. UU.: Producción independiente.

Webster, P. (Productor) y De Jong, A. (Director) (1991). *Fred Esfúmate* [Cinta cinematográfica]. EE.UU.: PolyGram Filmed entertainment.

## ANEXO 1

### Protocolo de la Entrevista de Apego para Adultos

(EAA, *Adult Attachment Interview George, Kaplan y Main, 1984, 1986, 1996 citados en Dio, 2005*).

En la siguiente entrevista a la participante se le realizaron preguntas estructuradas de acuerdo al protocolo de la Entrevista de Apego para Adultos. Las respuestas se describen a continuación:

- 1. ¿Podría usted empezar ayudándome a orientarme sobre la situación de su familia y dónde vivían? ¿Podría empezar por decirme dónde nació, si se mudó o cambió mucho durante su infancia? ¿De qué se ocupaba su familia? ¿Usted veía mucho a sus abuelos cuando era pequeño o murieron cuando era pequeño? ¿Qué edad tenía en ese momento? ¿Le hablaron mucho de su abuelito, sus padres? ¿Había otras personas viviendo en la casa? ¿Sus hermanos o hermanas viven cerca o su familia está desperdigada?**

*Siempre he vivido en los Reyes, ahí nací... Nunca me he cambiado de domicilio... Mi familia siempre ha sido comerciante, mi mamá vende productos en un tianguis y mi papá también... En cuanto a mis abuelos, de pequeña los ví mucho, con mi abuelita la vemos todos los martes, mamá de mi mamá y mi abuelo papá de mi mamá vive con nosotros... Mis hermanos y hermanas viven todos cerca de mí, mis hermanos se encuentran en casa con mamá y papá.*

- 2. Me gustaría que tratara de describir su relación con sus padres en su infancia... remontándose hacia atrás lo más que pueda recordar.**

*En cuanto a mi relación, con mi mamá siempre ha sido muy poca... se queda callada y se enoja si no le hago caso en lo que me pide... Con mi papá siempre he estado bien, solamente que cuando yo era pequeña él*

*estuvo un tiempo en la cárcel y no tuve una relación muy cercana cuando él estaba... mi mamá se la pasaba trabajando por eso...*

- 3. Ahora me gustaría que eligiera cinco adjetivos que describan la relación con su madre. Esto puede tomarle un poco de tiempo, piense unos minutos. Luego voy a pedirle que elija uno de ellos y le voy a preguntar por qué. Muy bien, ahora permítame que le haga alguna pregunta más sobre su descripción. Usted dijo que... ¿Tiene algún recuerdo o incidente que le venga a la mente con respecto a...?**

*Mi mamá es callada, enojona, se apena mucho al platicar, cariñosa y buena. Se queda callada por cualquier cosa que le pregunte, tengo que sacarle las palabras, es poco abierta a platicar...Recuerdo que cuando yo esperaba a mi mamá en los festivales de la escuela, nunca llegaba, pero mandaba a mi hermana a darme un regalo, yo no quería eso, yo la quería a ella.*

- 4. Cinco adjetivos que describan la relación con su padre. Episodios que lo ilustren.**

*Mi papá es cariñoso, abierto a platicar... muy diferente a mi mamá...También es muy trabajador y honesto. Cuando me iba a casar, mi papá aceptó más fácil mi relación con mi esposo, mi mamá se tardó un poco más en aceptarlo, pero al final si me dejó...*

- 5. ¿Con cuál de sus padres se sentía más cercano y por qué? ¿Por qué no tiene ese recuerdo con el otro? Con mi papá, aunque estuvo en la cárcel un tiempo en mi infancia, lo siento más cercano porque me escucha y comprende y me da consejos, pero mi mamá no.**

- 6. Cuando se enfadaba de niño, ¿qué hacía? Emocionalmente... incidentes concretos. Físicamente, estallidos, incidentes concretos. ¿Alguna vez estuvo enfermo de pequeño? ¿Recuerda qué pasaba? En caso de que le ayudaran, ¿Cómo fue ayudado?**

*Cuando me enojaba de niña solamente me quedaba callada y me iba a mi cuarto sola a llorar hasta que me tranquilizaba. No le decía a nadie que estaba enojada y no le reprochaba a mis papás nada. De pequeña solamente me enfermaba de tos, o gripa, lo usual... quien me ayudaba era mi mamá, me daba medicina y me preguntaba cómo estaba, nada más.*

- 7. ¿Cuándo fue la primera vez que se separó de sus padres? ¿Cómo respondieron usted y ellos? ¿Tiene algún recuerdo de alguna otra separación?**

*La primera vez que me separé de mis padres fue cuando me casé con mi esposo, a mi mamá no le gustó mucho cuando le dije que me iba a casar, pero al final lo aceptó... mi papá me preguntó si yo estaba segura y le dije que sí... Lo que yo quería era sentirme libre, porque siempre estaba encerrada en la casa... No tengo recuerdo de otra separación, creo que solamente cuando entré a la primaria, pero no me sentí mal, me gustó entrar a la escuela.*

- 8. ¿Se sintió rechazado de pequeño? Por supuesto que mirando hacia atrás puede que usted se dé cuenta de que no fue realmente un rechazo, pero estoy tratando de preguntarle si recuerda haberse sentido rechazado en la infancia. ¿Qué edad tenía cuando se sintió así la primera vez? ¿Cómo reaccionó? ¿Por qué cree que sus padres hicieron eso? ¿Piensa que sus padres se dieron cuenta de que se sintió rechazado?**

*Siento que no me rechazaron mis papás, mi mamá trabajaba mucho y por esa razón no estaba conmigo, la entiendo en parte porque tenía que sacar dinero para mantenerme y mantener a mis hermanos... Solamente que en ocasiones yo sentía que no me quería... La primera vez que sentí que no me quería fue en la primaria, en los festivales de la escuela...mi reacción*

*fue de tristeza, pero nunca le dije nada a mi mamá...Creo que a la mejor si se dieron cuenta de que no estaban conmigo, pero como mi mamá también sufrió que su mamá no estaba la comprendo por eso.*

- 9. ¿Sus padres lo han amenazado alguna vez de alguna manera, ya sea por disciplina o medio en broma? Algunos padres suelen decir, por ejemplo: Te doy a mandar a un internado, o Te vas a de casa, o A vivir con los abuelos. Algunos padres tienen recuerdos de haber sufrido abusos... ¿Le ha pasado a usted o alguno de su familia? ¿A qué edad, con qué frecuencia, con qué grado de intensidad?**

*No, me llegaban a regañar, pero nunca me amenazaron con llevarme a algún otro lugar.*

- 10. ¿Siente usted que estas experiencias con sus padres pueden haber afectado a su personalidad adulta? ¿Hay algún aspecto de estas experiencias de la infancia que sean un revés en su desarrollo?**

*No, siento que no me afectaron mucho en mi personalidad, porque yo decido cómo ser y qué sentir. También no creo que me haya afectado en mi infancia.*

- 11. ¿Por qué piensa que sus padres se comportaron así durante su infancia?**

*Porque necesitaban dinero, tenían que sacar dinero para darnos a nosotros. La verdad es que nunca nos faltó nada... siempre tuve ropa, los útiles de la escuela y buena comida.*

- 12. ¿Hubo otros adultos con quien usted se sintió cercano como con sus padres durante la infancia, y otro adulto que fue realmente importante fuera de sus padres?**

*Solamente mi abuelita, de parte de mi papá, la veía muy frecuentemente.*

**13. ¿Se murieron alguno de sus padres, hermanos, familiares cercanos durante su infancia? ¿Puede contarme las circunstancias y qué edad tenía cuando ocurrió? ¿Cómo reaccionó, fue una pérdida esperada o repentina? ¿Recuerda sus sentimientos en ese momento? ¿Le permitieron asistir al entierro o funeral? ¿Qué diría sobre los efectos que esa pérdida puede haber producido en la casa? ¿Los recuerdos sobre esta pérdida se han modificado con el tiempo? ¿Cómo piensa que le influyeron en su personalidad?**

*La mamá de mi abuelita, se murió yo estaba allí cuando ella falleció. Tenía como unos 7 años. Pasó en el tiempo en que fui con mi abuelita a verla. Yo estaba con mi hermano Alexis, veníamos con mi abuelita y ella se empezó a sentir mal...Estábamos al lado de la puerta, mirando cómo estaba mal en su cama, vi como mi tía de desesperación quería despertarla, de eso me dijo mi mamá que le avisara a mi papá porque no sabía lo que estaba pasando. No sentía miedo ni nada, más bien sentía dudas de lo que estaba pasando.*

*Después a los seis meses falleció mi bisabuelo, pero no estuve cuando falleció. Mis papás siempre me dijeron que me despidiera de ellos, cuando estaban en la caja de muerto, pero eso nunca me gustó, ¡Como que me daba miedo! No me gusta verlos. Mi sentimiento era de tristeza, lloraba pero también era el miedo de que no me quisiera despedir de ellos.*

*Tenía miedo de haberme sentido culpable, porque después falleció mi abuelito, papá de mi papá, porque se sentía mal y yo no le dije a nadie sobre eso. Me quedé con el mismo enojo hacia mí pero ahora ya no me siento tan mal por eso. También me sentía más mal porque mi hermano más pequeño, lloraba por la muerte de mi abuelito.*

**14. ¿Perdió a alguna otra persona significativa durante su infancia?**

*No, solamente a ellos.*

**15. ¿Ha perdido a alguna persona importante en su vida adulta?**

*No a ninguna.*

**16. ¿Ha habido cambios importantes en la relación con sus padres desde la infancia hasta el presente? (Indirectamente se trata de averiguar si ha pasado por la rebelión adolescente y si ahora ha perdonado a sus padres).**

*Antes no me hacían tanto caso, ahorita ya me hacen más caso.*

**17. ¿Cómo es la relación con sus padres ahora de adulto?**

*Como que es más unida, hay más conversación, nos unimos más, platicamos, sin necesidad de pena, ahorita ya pregunta mi mamá más, antes por pena no me preguntaba nada. Sin embargo, con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sola y falta de cariño.*

**18. ¿Hay algo en particular que usted siente que haya aprendido particularmente de sus experiencias en la niñez?**

*Lo que aprendí en la infancia fue no dejarme tanto de la familia. Mi papá nos inculcó que fuéramos una vez a la semana con mi abuelita, los días martes. Ese día vamos y todos los martes va a ser así. En sí, lo que era antes y que se sigue haciendo de no dejarme de los demás, mis papás me decía que no me dejara de nadie, que hable y les diga, eso es lo que me dicen.*