



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Obesidad: Una obra en construcción"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Itzel Paniagua Morales

Directora: Lic. **Arcelia Lourdes Solís Flores**

Dictaminadores: Lic. **Irma Herrera Obregón**

Dra. **Margarita Rivera Mendoza**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1 CONSTRUCCIÓN SOCIAL INDIVIDUAL DE LO CORPORAL. UNA NUEVA PROPUESTA DE APROXIMACIÓN A LOS PADECIMIENTOS CRÓNICO DEGENERATIVOS.	11
1.1 Globalización y capitalismo: El caso de México	12
1.2 Industrialización y transformación de la sociedad mexicana de finales del siglo XX	17
1.3 Salud pública y el modelo biomédico imperante en la sociedad mexicana de finales del siglo XX	21
1.4 Sergio López Ramos y la psicología: una visión integradora de la enfermedad	25
1.5 La Construcción Social Individual de lo Corporal. Una nueva propuesta epistemológica.	31
CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD: UNA EXPLICACIÓN DESDE LA MEDICINA ALÓPATA	41
2.1 Las cifras de la obesidad en México	42
2.2 ¿Por qué se dispararon las cifras de la obesidad?	43
2.3 Definiciones de la obesidad	45
2.4 Obesidad: La explicación alópata	47
2.5 Diagnóstico	51
2.6 Tratamientos	56
2.6.1 Tratamiento dietético	56
2.6.2 Ejercicio	59
2.6.3 Tratamiento farmacológico	59
2.6.4 Tratamiento quirúrgico	60

2.6.5 Tratamiento psicológico	63
CAPÍTULO 3.HISTORIA DE VIDA Y CONSTRUCCIÓN DE LA OBESIDAD	80
3.1 Metodología	84
3.2 Resultados	87
3.3 Análisis de resultados	112
3.4 Conclusiones	122
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126

INTRODUCCIÓN

La globalización es un proceso que está transformando las formas de convivencia entre los países del mundo, dicho proceso implica la construcción de nuevas economías, acuerdos comerciales, procesos de expansión de empresas y el control de los mercados globales. Así mismo, éste proceso va de la mano con un avance científico y tecnológico que se traduce en la estructuración de la producción, la economía y otros aspectos de la vida social y cultural que dan como resultado cambios importantes en la acumulación del capital.

Éste fenómeno genera una serie de cambios cuantitativos que responden a la mundialización del capital, sin embargo, estos cambios modifican el alcance y significado de numerosos contextos rebasando así los marcos desde los cuales las ciencias sociales explicaban el desarrollo de la sociedad.

En el caso específico de la sociedad mexicana, dicho proceso comenzó a gestarse en el año de 1821, cuando el país había logrado su independencia, sin embargo, está presente también, en tres períodos representativos de la historia del país: La reforma, el Porfiriato y la Revolución mexicana de 1910. En la década de 1930 el objetivo del gobierno y los inversionistas extranjeros era convertir a México en una sociedad industrial para así poder salir del subdesarrollo; en 1940 el sector manufacturero del país llegó al 10.2% a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, sin embargo, en 1945 la guerra había terminado y los países capitalistas avanzados se recuperaron, éste hecho disminuyó las posibilidades de competencia internacional que tenía México frenando así el proceso industrializador.

Sin embargo, dicho intento de industrialización tuvo como consecuencia la aparición de problemas psicológicos y enfermedades mentales en la población debidas al cambio campo-ciudad implicado en dicho proceso, pues la ciudad creció considerablemente; éste crecimiento trajo consigo el surgimiento de nuevas demandas y necesidades en el área de la salud pues los índices de los problemas de salud pública se incrementaron en correlación con el proceso social, económico, político y cultural que construía el nuevo espacio urbano.

Además, el crecimiento permitió que surgieran nuevos estratos sociales, los más altos determinarían una manera “adecuada” de comportamiento social e individual.

Como consecuencia de lo anterior surgieron en la sociedad mexicana problemas psicológicos y enfermedades mentales, sin embargo, el estado consideró que la psicología no tenía nada que aportar al problema, reduciéndola a una herramienta auxiliar en el ámbito educativo.

Las nuevas condiciones sociales (generadas por el proceso industrializador) en las que vivían las personas determinaban su estado de salud, sin embargo, los médicos no tomaban en cuenta estos factores como determinantes de la enfermedad dado que las explicaciones ofrecidas por el modelo médico bajo el cual ejercían los médicos de la época no tenían cabida para ellos.

Dicho modelo deriva de una forma de tratar, explicar, curar y trabajar el cuerpo humano que se desprende de una visión fragmentaria que busca la objetividad y correspondencia de los hechos comprobables. Al respecto, Morris (en Herrera 2009) menciona que es debido a la revolución científica y a la entrada del capitalismo que se rompe con la idea de un hombre integrado al cosmos, como parte del universo, el mundo y la naturaleza. Como consecuencia, se extrae el cuerpo del proceso sociohistórico y se origina la dualidad cuerpo-mente al no saber qué hacer con los pensamientos, sentimientos y el espíritu.

Ésta dualidad, que tiene en Descartes a su máximo representante, tiene sus principales antecedentes en Copérnico y Galileo y es reforzada después por Newton dando como resultado una explicación reduccionista y fragmentaria del cuerpo humano y sus padecimientos, una explicación que localiza, explica y ataca la falla en aquella estructura del cuerpo en la que se piensa que se origina el problema.

Es precisamente en este reduccionismo biológico que puede encontrarse la causa del fracaso de algunos tratamientos de los padecimientos que aquejan a los seres humanos.

López, R. (2003), está consciente de las desventajas que acarrea dicho reduccionismo generado por el estudio y tratamiento mecanicista de las enfermedades crónico degenerativas, por ello, propone una nueva epistemología para explicar un padecimiento crónico degenerativo. Dicha epistemología conforma la propuesta de la Construcción Social Individual de lo Corporal, misma que permite explicar de manera adecuada (y no como se ha venido haciendo desde la medicina tradicional) cómo surgen los padecimientos psicosomáticos.

Para la medicina tradicional lo psicosomático sólo tiene cabida cuando no pueden explicar algún componente de la enfermedad, atribuyéndolo entonces a la genética, además reducen lo psicosomático a causas de origen social-cultural, biopsicosocial, químico y emocional-químico. En este sentido, la propuesta de López Ramos para entender el cuerpo y lo psicosomático de una manera distinta es partir de que el hombre forma parte del planeta y puede ser comprendido a partir de los elementos que componen la vida en la Tierra, razón por la que existe un equilibrio interno. En otras palabras, entiende que la armonía de la naturaleza existe en el cuerpo y se rompe con el uso irracional que hacen las sociedades industriales de los bosques, el agua, la tierra, el metal y el fuego. Estos procesos sociales e históricos afectan las redes de cooperación del cuerpo humano que enfrenta la disyuntiva de adaptarse, padecer una enfermedad crónica o morir. Cuando este proceso se articula con la cultura de una geografía específica los cuerpos establecen distintas redes de cooperación y competencia que darán como resultado que se mantenga el equilibrio del cuerpo (salud) o desarrolle padecimientos degenerativos.

Lo anterior se conjuga con la relación de familia y los sistemas de alimentación gestando así un microcosmos de gustos, olores, sentimientos, creencias, sabores, formas de expresión de las emociones, socialización, y en especial estilos de manejo de las emociones, lo que permite hacer lecturas del cuerpo desde las formas en que el organismo crea respuestas de adaptación, es decir, estilo de vida y la individualidad como expresión de una manera de ser.

En esta relación de los órganos con las emociones es donde podemos encontrar la construcción de un proceso psicosomático que ha de interpretarse

como la expresión de una emoción que ha logrado ser dominante en el organismo, vía la conjugación de lo que representa y siente el sujeto.

Así, se debe entender el cuerpo humano como producto de un proceso social y político, así como cultural y moral, que establece maneras de sentir y funcionar de los órganos.

La propuesta realizada por el autor se basa en una experiencia de 20 años de investigación en el campo durante los cuales ha entendido y explicado los padecimientos crónicos degenerativos como procesos psicosomáticos haciendo referencia a una epistemología sobre el desenvolvimiento de las enfermedades que considere que el cuerpo del individuo al estar inmerso a la sociedad y la cultura, sufre los embates de las mismas y se enferma.

La anterior propuesta se sustenta en el hallazgo de que un padecimiento es la expresión corporal compleja de un individuo, es un proceso de construcción interna que implica la relación que se establece entre los órganos y las emociones. Dicha complejidad individual se combina con la historia personal y encausa los procesos del padecimiento, es decir, determina en que órgano instalará su dolor, es parte de la forma de instalación de un proceso en el cuerpo, sus expresiones se relacionan con la cultura del individuo, es decir, sus representaciones y significaciones, todo esto vinculado con la historia familiar.

Los padecimientos, vistos desde la nueva epistemología propuesta, implican también la creación de estrategias de intervención donde se conjuguen los procesos emocional y orgánico para desarrollar una terapia de trabajo que permita recuperar el equilibrio de la salud (López, Herrera, Solís y Durán, 2006)

De manera más específica, los autores mencionan que el ser humano es susceptible de construcción, durante el proceso de ésta construcción intervienen el estado, la sociedad y la familia, la parte de construcción que le toca al individuo es echar andar en su cuerpo aquello que elige, ya sea por decisión propia o influencia familiar, así le toca elegir, gustos, sabores, gestos, posturas, maneras de comer, dormir, amar, entre otras. Otro elemento constituyente de la construcción es el momento histórico-social en el que está inmerso el individuo.

Ya en el individuo, se da otro proceso de construcción, el reordenamiento o transformación de los órganos internos ya que coopera con su manera de alimentarse estableciendo así la forma en que han de funcionar los órganos. A su vez, el funcionamiento de los órganos se articula con los procesos emocionales del individuo, esto implica que una emoción puede establecer cambios en el interior del cuerpo, su manejo será la expresión de síntomas o padecimientos ya que una emoción no está libre de tener contacto con los órganos, se establece una relación en donde puede manifestarse la emoción y sus expresiones en el órgano o el órgano y su manifestación en un estado emocional.

El proceso anteriormente descrito se articula con las formas y estilos de vida de un individuo, por ello, no todas las personas construyen de la misma manera la relación entre sus emociones y sus órganos.

Una enfermedad crónica degenerativa se define como la enfermedad física y/o mental que posterior a su aparición se prolonga, provocando un deterioro, desgaste y/o mal funcionamiento de la(s) parte(s) del cuerpo afectada(s). Una de estas enfermedades es la obesidad; en éste trabajo daremos cuenta del proceso de construcción social individual de dicha enfermedad en una persona que la padece.

El interés para el estudio de dicho padecimiento surge a partir del conocimiento del hecho de que, en la actualidad, la obesidad constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, incluso, es considerada como la pandemia del siglo XXI (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009). En este sentido, las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad, así mismo reportan que cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

En el caso particular de México las cifras reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición indican que nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad infantil y segundo lugar en obesidad de adultos en todo el mundo con

52.2 millones de personas adultas con problemas de peso. Así mismo las cifras reportadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indican que en México actualmente el 71% de las mujeres y el 67% de los hombres adultos mayores de 20 años padecen sobrepeso y obesidad, padecimiento que abarca también un 26% por ciento de los escolares y 30% de los adolescentes.

Debido a la evidente gravedad de la obesidad, se ha vuelto necesario explicar los factores que representan un riesgo para su aparición así como desarrollar medidas para remediarla (una vez que se ha hecho presente) o prevenirla.

Uno de los factores principales de riesgo que mencionan los autores que han estudiado ésta problemática es el desequilibrio energético entre calorías consumidas (por consumo excesivo de alimentos) y gastadas (poca actividad física), sin embargo, tal y como lo mencionan Luckie, Cortés e Ibarra, (2009) la obesidad es una enfermedad compleja multifactorial que aparece por la influencia interactiva de factores sociales, ambientales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares.

Todos estos factores son recurrentes en la mayoría de los textos que ofrecen una explicación para la obesidad, el problema se presenta cuando se revisan las propuestas ofrecidas en el ámbito de la salud para remediar y prevenir la obesidad ya que éstas tienden a centrarse exclusivamente en el tratamiento de los factores metabólicos, celulares y moleculares que generan la aparición de la obesidad.

En la presente tesis, se partirá de la propuesta de la Construcción Social Individual de lo Corporal para explicar el proceso de construcción de la enfermedad crónico degenerativa que desde hace unos años se ha posicionado, mediante las estadísticas, como uno de los principales problemas de salud pública en México y el mundo: la obesidad.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Analizar el proceso de construcción corporal de la Obesidad a través de una historia de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los hechos significativos en la vida de la participante.
- Analizar la relación entre los sabores y emociones que se presenten como dominantes a lo largo de su historia de vida.
- Analizar el estado de la relación afectiva entre la participante y sus familiares.
- Explicar la relación existente entre la comida y la obesidad.
- Explicar la relación existente entre el concepto de belleza que tiene la participante y el concepto que tiene de sí misma.
- Analizar la relación que existe entre el concepto de obesidad que tiene la participante y los tratamientos que ha utilizado para combatirla.
- Explicar la relación que hay entre su sexualidad y la obesidad.
- Analizar la relación entre otros posibles padecimientos de la participante con la obesidad.
- Analizar qué otros padecimientos ha construido la participante a lo largo de su vida.

Para la consecución de los objetivos anteriores el contenido del presente trabajo está estructurado en tres capítulos: en el primero de ellos se explica el desarrollo del proceso de globalización en México, las repercusiones que éste

ha tenido respecto a la salud de los mexicanos y la manera en que el Estado se hizo cargo de atenderlas. Así mismo se explica a profundidad la propuesta de la Construcción Social Individual de lo Corporal esbozada por el doctor Sergio López Ramos presentándola como una alternativa para el abordaje de las enfermedades crónico degenerativas.

En el segundo capítulo se habla de la obesidad entendida desde la medicina alópata, se presentan las definiciones, explicaciones, diagnósticos y tratamientos que de ella derivan.

Por último, en el tercer capítulo se presenta la metodología seguida para la realización de la investigación empírica así como el reporte y análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a la participante. El capítulo finaliza con las conclusiones a las que se ha llegado después de la realización del trabajo empírico

CONSTRUCCIÓN SOCIAL E INDIVIDUAL DE LO CORPORAL. UNA NUEVA PROPUESTA DE APROXIMACIÓN A LOS PADECIMIENTOS CRÓNICO-DEGENERATIVOS.

“En México, la esperanza de vida se ha prolongado de forma aceptable, pero con ella, han aumentado las enfermedades crónico-degenerativas...” éstas fueron las palabras iniciales de la entrevista concedida por Eleuterio González Carvajal quien actualmente se desempeña como profesor de Salud Pública de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM para la publicación Journalmex.

El hecho mencionado es de llamar la atención y la pregunta obligada que surge de éstas palabras es ¿por qué las enfermedades crónico-degenerativas van a la alza en nuestro país? el profesor responsabiliza a los malos hábitos de alimentación, al sedentarismo y la falta de responsabilidad social. Si bien es cierto que en el presente trabajo no se niega que dichos factores son de gran importancia, también lo es que en él se pugna por una explicación diferente, una en la que las causas de los padecimientos crónico-degenerativos no son ajenas a la psicología de una persona, ni a su historia.

En este sentido, el objetivo de este capítulo es ofrecer una nueva propuesta explicativa de los padecimientos crónico-degenerativos pues si bien no se niega que los factores mencionados por el especialista antes citado son de gran importancia, desde éste trabajo se considera que no son suficientes para ofrecer una explicación pues se dejan de lado cuestiones tan importantes como la historia de la población mexicana, la geografía, la cultura, la familia y las emociones.

Así, a lo largo de este capítulo se describe como la historia económico política de México en su intento por convertirse en un país moderno y/o desarrollado y ser parte de la globalización apostando para ello por el modelo capitalista provocó cambios en el estilo de vida de la sociedad mexicana de finales del siglo XIX y principios del XX favoreciendo la aparición de las enfermedades que

aquejan a la sociedad mexicana hoy en día. Se describe el proceso histórico, así como sus características y consecuencias.

Así mismo se habla sobre la respuesta del gobierno ante los problemas de salud pública que presentaba la sociedad, una respuesta de corte positivista y fragmentaria; el modelo médico hegemónico, se mencionan cuales fueron las consecuencias de atender la enfermedad bajo este modelo.

Después, se presentan algunos autores que no estaban del todo de acuerdo con el modelo y que sospechaban que había algo más en las enfermedades que sólo virus y bacterias, entre ellos Sergio López Ramos, se hablará de su historia para entender los hechos y/o sucesos que lo llevan a rechazar las explicaciones fragmentarias de la enfermedad y a elaborar una propuesta distinta.

Para finalizar el capítulo, se explica la propuesta de Sergio López Ramos, La Construcción Social e Individual de lo Corporal.

1.1 Globalización y capitalismo: El caso de México.

La globalización es un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, que consiste en la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unificando sus mercados, sociedades y culturas a través de una serie de transformaciones sociales económicas y políticas que les dan un carácter global, dichas transformaciones determinan las formas de convivencia entre los pueblos y países del mundo.

Sus orígenes se pueden rastrear en el Medio Oriente, en el período comprendido entre los años 500 a 1500 d. C. (Hobson, 2006 citado en López 2006) sin embargo, es en la segunda mitad del siglo XX en donde obtiene su mayor apogeo, al finalizar la Guerra Fría que implicó la desaparición de la Unión Soviética y, con ella, la caída del comunismo.

En su aspecto económico, la globalización se caracteriza por la integración de las economías locales a una economía de mercado mundial donde los modos de producción y los movimientos de capital se configuran a escala planetaria cobrando mayor importancia el rol de las empresas multinacionales y la libre

circulación de capitales junto con la implantación definitiva de la sociedad de consumo.

Su aspecto tecnológico depende de los avances en la conectividad humana (transporte y telecomunicaciones) facilitando la libre circulación de personas y la masificación de las TICs y el Internet.

En lo tocante al aspecto social, la globalización ha implicado un cambio en el plano ideológico toda vez que los credos y valores colectivistas y tradicionalistas causan desinterés generalizado y van perdiendo terreno ante el individualismo y el cosmopolitismo de la sociedad abierta.

La globalización en la cultura se manifiesta en la integración y el contacto de prácticas culturales: marcas, consumo de medios, valores, iconos, personajes, imaginario colectivo, costumbres, relaciones, etc. En un sentido restrictivo del concepto de cultura, se entiende sobre todo lo relacionado con la difusión y consumo de los productos culturales a alcance mundial, fundamentalmente cine, televisión, literatura y música, en los que el factor tecnológico multiplica su capacidad de difusión a gran escala. En este sentido, interrelaciona las sociedades y culturas locales en una cultura global (aldea global), al respecto existe divergencia de criterios sobre si se trata de un fenómeno de asimilación occidental o de fusión multicultural.

En resumen, “la globalización supone cambios cuantitativos que se relacionan entre sí de nuevas maneras y tienen probablemente como su principal rasgo el de la mundialización del capital” (López, 2006)

Una vez aclarado lo que es la globalización, lo siguiente es explicar cómo se vivió éste proceso en México.

En el año 1821 México obtiene su independencia de España y empieza un largo proceso de búsqueda de estabilidad social, política, cultural y, sobre todo, económica caracterizado por las constantes luchas entre los grupos de conservadores y liberales.

Los conservadores eran españoles y criollos económicamente privilegiados como consecuencia de la ocupación española en el país, ellos buscaban que el

gobierno siguiera siendo como el de la Colonia, es decir, seguir conservando sus privilegios así como el funcionamiento de una economía primordialmente agraria. En contraparte, los liberales eran mestizos e indígenas que deseaban liberarse de los conservadores para poder participar de manera igualitaria en la vida económica y política del país.

Principalmente buscaban que la riqueza se repartiera de manera igualitaria entre las diferentes clases sociales existentes, los criollos, los mestizos y los indígenas. Además el liberalismo buscaba la oportunidad de competir económicamente con otros países por medio del intercambio internacional o globalización.

Así, mientras que los conservadores pugnaban por una economía estilo colonial, los liberales pugnaban por la globalización. Ambos proyectos tenían distintos fines y características, esto implicaba que las maneras de realizarlo también eran distintas y contenían una visión particular de cómo debía ser la política, la educación, las leyes, así como de la relevancia del estado y el clero en ambos proyectos. (Rodríguez, en López , 2005)

Fue así como en el período transcurrido entre el año 1821 y el año 1855, las pugnas entre ambos grupos eran constantes, teniendo como consecuencia la inestabilidad económica, política, social y cultural del país toda vez que en algunos períodos eran los conservadores quienes tomaban el poder e intentaban echar a andar su proyecto, sin embargo, los liberales reaccionaban de inmediato arrebatándoles ese poder e intentando echar a andar su propio proyecto.

Estas pugnas llegaron a su fin en los últimos años de la década de 1850, después de 34 años de luchas e inestabilidad gracias a dos importantes logros de los liberales: la promulgación de la Constitución de 1857 en la que quedaba establecida la abolición de la esclavitud, la libertad de imprenta, expresión y asociación así como la libertad de enseñanza, además, se suprimían los títulos hereditarios y los privilegios de los nobles, se declaró que el poder emanaba del pueblo y para beneficio del mismo, se reconocía al país como una República representativa, democrática y federal al mismo tiempo que se

establecía que las corporaciones civiles y religiosas no podían adquirir bienes raíces o administrar los impuestos sobre ellos de manera legal.

Por otro lado, Las Leyes de Reforma promulgadas por el entonces presidente de la República: Benito Juárez en 1859 presentaban al clero como el culpable del empobrecimiento del país por lo que se decretaba que los bienes que poseía pasarían a ser propiedad de la nación, además, se decretó en ellas que los asuntos del Estado serían independientes de los asuntos del clero y que el segundo no podría intervenir en el primero. (Hernández, citada en López, 2005)

La promulgación de éstas leyes representó un primer intento de fortalecer las relaciones capitalistas, impulsar el comercio y la industria nacionales, sin mucho éxito.

Así, los conservadores se levantan en armas dando inicio a una guerra civil de tres años que tendría como consecuencia la invasión francesa en el país y el establecimiento de una monarquía católica a manos de Maximiliano de Habsburgo y los conservadores.

Tras derrotar a los conservadores, el gobierno de Benito Juárez regresó a la Ciudad de México y se dedicó a restablecer la organización pública, su principal preocupación era la educación pues tras cinco años de lucha entre los defensores del imperio y los liberales, ésta había caído en el atraso total.

La educación que el gobierno de Juárez requería debía servir a los propósitos de la modernización capitalista, en este entendido la Ley Orgánica de Instrucción Pública que estaba sustentada en la filosofía positivista, misma que se pensaba favorecería dicha modernización.

En 1877, Porfirio Díaz se levantó bajo el lema de no reelección, quitó a Benito Juárez del poder y llegó a la presidencia con el objetivo de pacificar el país. Durante estos años logró el reconocimiento de las principales potencias económicas: Estados Unidos, Alemania, Italia, España y Francia; logro, además, el crecimiento de la industria, la minería y los ferrocarriles. En 1880 apoyó a Manuel González para que llegara a la presidencia, sin embargo, este último tuvo pocos logros razón por la que Porfirio Díaz decidió reelegirse al finalizar su mandato; estaría 30 años en el poder, durante los cuales bajo el

lema de: Paz, orden y progreso” (derivado de la filosofía positivista) parecía haber transformado al país, pues parecía que México se encaminaba hacia la prosperidad con un sólido desarrollo económico y una planta industrial en pleno crecimiento. Sin embargo, la gran mayoría de la población se benefició poco o nada del bienestar material y sufría las injusticias surgidas por la concentración del poder y la riqueza en unas cuantas manos solamente.

Las críticas no se hicieron esperar al respecto de la oposición del gobierno porfirista, Francisco I. Madero publicó *“La sucesión presidencial en 1910”*, teniendo tanta influencia en el pueblo que Madero organizó el Partido Antireeleccionista y comenzó una campaña electoral que atrajo a tanta gente que Díaz, sintiéndose amenazado, lo encarcela y se proclama de nuevo presidente. En respuesta, Madero escribe el Plan de San Luis, mediante el cual llamó a una rebelión armada el 20 de noviembre de 1910, Díaz renunció a la presidencia y sólo seis meses después de iniciada la rebelión, abandonó el país.

Madero se convirtió en presidente de la república en el año de 1911, seguido dos años más tarde por Victoriano Huerta, destituido por Venustiano Carranza. En 1917, tras dos años de robos, saqueos y asesinatos en el campo se creó en Querétaro la Constitución Política que se firmó en febrero de ese año para establecer las garantías individuales, la soberanía sobre los recursos de la nación y los derechos de campesinos y obreros.

Después de 9 años de lucha armada la paz parecía llegar de nuevo al país, así al gobierno de Venustiano Carranza siguió el de Obregón quien impulsó el reparto agrario y estableció jornadas de trabajo y sueldos mínimos para los obreros. Le siguió en el poder Plutarco Elías Calles quien desarrolló la infraestructura carretera y construyó los primeros distritos de riego en el país, en 1929 creó el Partido Nacional Revolucionario para evitar más conflictos electorales.

Al gobierno de Plutarco Elías Calles le siguió el de Abelardo Rodríguez, y, a este, el de Lázaro Cárdenas, mismo que superó a todos los anteriores en cuanto a la aplicación de los postulados de la Revolución Mexicana, sobre todo el referido al reparto agrario. Cárdenas nacionalizó la industria petrolera tras la

negativa de los dueños de las compañías petroleras para aumentar los salarios de los trabajadores.

En 1940 sube a la presidencia Manuel Ávila Camacho, él puso fin al discurso socialista de Cárdenas, freno la reforma agraria y fomento el ingreso de capitales extranjeros. Es en ésta década que aconteció la Segunda Guerra Mundial, suceso que permitió un aparente despegue económico de México al convertirse en proveedor de materias primas y fuerza de trabajo para las naciones aliadas, especialmente Estados Unidos.

Entre 1946 y 1968 México atravesó una etapa de rápido crecimiento económico y estabilidad política. El país se industrializó, se construyeron numerosas carreteras y aeropuertos. Las redes telefónicas y las líneas de corriente eléctrica se extendieron por todo el país; se alentó la empresa privada y la población se duplicó. A esta época se le conoce como “El milagro mexicano”.

La modernización y transformación del país de una sociedad tradicional agraria a una urbana e industrial se hizo posible durante los períodos presidenciales de Miguel Alemán Valdés, Adolfo Ruíz Cortines, Adolfo López Mateos y Gustavo Díaz Ordaz.

1.2. Industrialización y transformación de la sociedad mexicana de finales del siglo XX

A través de un breve recorrido por el proceso histórico político de México hemos llegado al momento en que México se transforma de una sociedad agraria a una industrial como consecuencia del deseo de hacer de México un país que pueda estar a la altura de los más desarrollados y competir al mismo nivel, deseo que sólo podía realizarse llevando al país a un proceso de industrialización, capitalización y globalización. Una vez llegados a este momento cabe preguntarse ¿cuáles fueron las consecuencias de dicho proceso?

Para poder responder ésta pregunta es necesario entender primero que las bases del sistema capital se encuentran en la productividad. Dicha productividad está encaminada a satisfacer las necesidades básicas del ser humano, tales como comer, dormir, reproducirse, cubrirse y protegerse de la

interperie. El trabajo se convierte entonces, por dos razones, en el único medio que el hombre posee para satisfacer dichas necesidades: 1) es por medio del trabajo que se producen los objetos de satisfacción, 2) el dinero que obtienen los trabajadores a cambio de la renta de su mano de obra le va a permitir adquirir dichos objetos para satisfacer sus necesidades y las de su familia.

Antes de que México se convirtiera en un país industrializado las necesidades básicas se satisfacían a través de la relación directa del hombre con la naturaleza, es decir, los campesinos sembraban y cosechaban sus propias tierras para su autoconsumo, a veces vendían su producto a alguien más. La llegada de la industrialización al país implicó la entrada de una serie de máquinas y/o herramientas que facilitaban el trabajo y permitían una gran producción de producto para consumo humano, el trabajo de los campesinos fue así reemplazado por el trabajo de los obreros que laboraban ahora en las industrias ayudando a la producción.

Este hecho por sí solo tuvo tres grandes consecuencias, primero, el desplazamiento del suelo para la agricultura, los bosques, sembradíos, cuerpos de agua y áreas verdes por grandes edificaciones. Segundo, el crecimiento desigual de la economía pues los capitalistas extranjeros que establecían sus industrias en México lo hacían en las regiones más desarrolladas del país lo que provocó a su vez, que las regiones menos desarrolladas carecieran de oportunidades de trabajo iniciando así el abandono del sector campesino y/o rural que tuvo que salir a las ciudades en busca de mejores oportunidades de trabajo, mismo que ahora sólo podía conseguirse dentro de las grandes industrias establecidas, en su mayoría, en la Ciudad de México.

La necesidad de trabajo y mejores condiciones de vida originaron un gran movimiento migratorio del campo a la ciudad en la década de 1940 iniciándose un proceso de urbanización que implicó una gran concentración de gente en la ciudad así como de las actividades a realizar. Fue tal la movilización que llegó un momento en el que capacidad de la ciudad para albergar gente fue insuficiente, así como insuficientes eran los medios para otorgar viviendas y servicios de calidad a todos. Como consecuencia, los campesinos que llegaban a la ciudad debían buscar un lugar de bajo costo en dónde habitar para poder

trabajar en la ciudad, fue así como se comenzaron a invadir terrenos de manera irregular construyendo viviendas con materiales como cartón, piedra, lámina, madera, plástico y carente de servicios básicos como agua, luz y drenaje. La ciudad comenzó a crecer de manera irregular; además, esta gente era discriminada y olvidada por la población urbana.

Otra característica del capitalismo radica en la complejización de satisfacción de las necesidades básicas, toda vez que producen, ofertan y vuelven necesario el consumo de objetos para dicha satisfacción bajo la idea de que el estilo de vida debe ser cómodo, sencillo y funcional. Es decir, mientras que anteriormente para comer se necesitaba sólo de las manos y la boca, gracias al capitalismo ahora se necesita un comedor, una vajilla, una estufa y un refrigerador.

Por supuesto, todos estos productos se ofertan en el mercado propiciando la división social en “clases” toda vez que aquellos que puedan comprar los productos más caros y de mejor calidad serán considerados pertenecientes a la clase alta, los que compran un poco más barato serán clase media, mientras que los que consuman los productos de más baja calidad o bien no puedan consumirlos serán asignados a la clase baja.

Esta situación se vivía con la alimentación, la vivienda y la educación; las personas acomodadas en las clases altas podían cubrir su necesidad de alimentos, viviendas, artículos y oportunidades educativas consumiendo las ofertas de alta calidad, mientras que, las clases bajas debían cubrir las mismas necesidades con las ofertas de baja calidad (en ocasiones, ni siquiera tenían acceso a ellas).

De acuerdo a la división de clases propiciada por el capitalismo, la gente de clase alta que tiene poder adquisitivo será entonces el modelo de gente “exitosa y feliz”, mientras que las clases bajas serán los “fracasados, mediocres e infelices”

Así, el deseo y la imposibilidad de las clases bajas por tener acceso a los lujos, las comodidades, las viviendas, la alimentación, la educación y estilo de vida a

la que acceden las clases altas generó sentimientos de frustración, malestares y enfermedades.

En cuanto a la alimentación, Ortíz, Vázquez y Montes (2004) señalan que la expansión de los sistemas comerciales y los medios de comunicación provocaron una profunda transformación de los hábitos alimentarios al incrementarse la disponibilidad de alimentos industrializados. Así durante las décadas de 1940, 1950 y 1960 en México surgen tres dietas principales que se corresponden con la clase económica:

La dieta para los indígenas y campesinos se centraba en el consumo de maíz, frijol, chile, pulque y algunas verduras (nopal, quelites) a los cuales se añaden alimentos como azúcar, café y pequeñas cantidades de carne o huevo.

La dieta para clase media o mestiza se caracterizaba por un incremento en el consumo de frijol, verduras, leche, carne, huevos y la adopción cotidiana de algunos alimentos industrializados como pastas para sopa, harinas de trigo y refrescos.

Por último, la dieta variada o de la clase alta se caracterizó por añadir a la dieta mestiza productos más variados y seleccionados, adoptando hábitos de países desarrollados con especial tendencia al consumo de alimentos industrializados.

Con respecto a la educación, el censo de 1940 señala que el país tenía un total del 47.88% de analfabetas absolutos, es decir, casi la mitad de la población no sabían leer ni escribir. Ese fue un factor importante ya que volvió imposible el desarrollo del país, mismo que necesitaba de bases científicas sólidas para poder industrializarlo, bases que no podían existir con tan alto porcentaje de analfabetismo. (Rivera, E. en López, 2005)

Vemos entonces que los campesinos viven en condiciones desiguales tanto de economía como de nivel cultural, de alimentación, desempleo (pues al saturar las industrias disminuyeron las oportunidades de trabajo) y expuestos a enfermedades infecciosas graves.

Aunado a estas condiciones tenemos que el hombre se volvió enajenado, deshumanizado, individualizado, competitivo, pasivo y autómatas como

consecuencia de las características del trabajo que desempeñan dentro de las fábricas.

La enajenación es el resultado de conocer sólo esa pequeña parte de la producción para la que fue contratado, mientras que la deshumanización se da porque en este trabajo enajenado no hay cabida para plasmar la condición humana tal como se hacía en el trabajo artesanal y porque el hombre se convierte en una pieza más de la maquinaria.

Por otro lado, la constante repetición de una tarea lo vuelve autómatas y pasivo pues ésta no requiere del trabajo intelectual.

De acuerdo a López (2006) este giro campo-ciudad trajo consigo, además, trastornos psicológicos, enfermedades mentales y problemáticas como la prostitución, la delincuencia, el alcoholismo y la drogadicción.

Juntando las piezas podemos caracterizar al hombre de esos días, un hombre malnutrido, estresado por la competitividad, vulnerable a las enfermedades infecciosas, con sentimientos de frustración por no tener acceso a las comodidades de la clase alta, con algún trastorno psicológico, que, en algunos casos derivaba en alguna enfermedad mental o alguna problemática de las mencionadas anteriormente.

1.3. Salud Pública y el modelo biomédico imperante en la sociedad mexicana de finales del siglo XX

Como podemos ver, las condiciones sociales en las que vivían las personas determinaban su estado de salud, sin embargo, los médicos no tomaban en cuenta estos factores como determinantes de la enfermedad dado que las explicaciones ofrecidas por el modelo médico bajo el cual ejercían los médicos de la época no tenían cabida para ellos.

Dicho modelo deriva de una forma de tratar, explicar, curar y trabajar el cuerpo humano que se desprende de una visión fragmentaria que busca la objetividad y correspondencia de los hechos comprobables. Al respecto, Morris (en Herrera 2009) menciona que es debido a la revolución científica y a la entrada del capitalismo que se rompe con la idea de un hombre integrado al cosmos,

como parte del universo, el mundo y la naturaleza. Como consecuencia, se extrae el cuerpo del proceso sociohistórico y se origina la dualidad cuerpo-mente al no saber qué hacer con los pensamientos, sentimientos y el espíritu.

Ésta dualidad, que tiene en Descartes a su máximo representante, tiene sus principales antecedentes en Copérnico y Galileo y es reforzada después por Newton. Copérnico, descubrió que el planeta Tierra no era el centro del universo y que en realidad es la parte de un sistema que gira en torno al sol, es decir, comienza la idea de que el hombre no es el todo, es sólo una parte y la labor es conocer cada una de las partes de él y del ambiente.

Por otro lado, la aportación de Galileo Galilei consiste en ser el primero que utilizó la experimentación científica en conjunto con el análisis matemático para formular sus leyes, su proceder implicó que se interesara en estudiar sólo aquellas características de la materia que fueran observables, cuantificables y medibles y dejando fuera de su estudio todas aquellas que no cumplieren dicho requisito, es decir, que fueran subjetivas.

Más tarde, René Descartes retoma éstas ideas más las propias y postula la dualidad cuerpo-mente llevada a su máxima expresión. Sentó las bases de la ciencia moderna al postular que el conocimiento verdadero se obtiene mediante la intuición y la duda. Decía que las verdades del mundo están dadas en términos matemáticos y por tanto, la manera de llegar a ellas es mediante el razonamiento y el pensamiento, ello implica que cualquier pensamiento y/o percepción deben ser divididas para analizarlas y ordenarlas después de manera lógica.

Si bien es cierto que éste método se convirtió en la base científica mediante la cual se han obtenido adelantos y conocimientos, también lo es el hecho de que propició la idea de la fragmentación que, aunada al postulado de que el mundo es una máquina y por lo tanto puede y debe ser explicada en términos de movimiento e interacción de sus partes dan origen a la visión fragmentaria y mecanicista del cuerpo humano.

Ésta visión instituye que la razón es más importante que la materia misma dado que es cierta, por lo tanto, mente y cuerpo son dos cosas distintas, el cuerpo no

incluye elemento alguno que pertenezca a la mente, así como la mente tampoco incluye elemento alguno que pertenezca al cuerpo.

Por su parte, Newton fue quien finalmente dio las bases filosóficas y científicas para separar mente y cuerpo, espíritu y materia.

Las implicaciones de ésta concepción Cartesiana son de gran importancia en este trabajo debido a que permiten entender el porque del tratamiento del cuerpo y sus enfermedades. Las implicaciones son el pensar en nosotros como seres aislados dentro del cuerpo, la sobreestimación del trabajo intelectual sobre el manual, el consumo enajenado de productos para corregir las imperfecciones de nuestro cuerpo y alcanzar un ideal. Sin embargo, la más importante de todas es la separación de las cuestiones corporales de las mentales, de las psicológicas toda vez que “le ha impedido a los médicos considerar las condiciones psicológicas de la enfermedades y a los psicoanalistas ocuparse del cuerpo”.(Fritjof, Capra en Herrera, 2009).

El mismo autor nos menciona que el cuerpo fue encajado así en una concepción animal-máquina en la que los movimientos y las funciones biológicas se reducen a operaciones mecánicas, convirtiendo al hombre en un autómeta.

Ésta concepción aún permanece dentro de la biología que busca dividir el cuerpo hasta sus elementos más mínimos para su investigación. Por supuesto, ésta manera de entender el cuerpo extendió sus alcances al campo de la medicina y propició el surgimiento de lo que Berman (1987) llama Modelo Médico Hegemónico, mismo que define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de entender la enfermedad. Este modelo es legitimado por los criterios científicos así como por el Estado toda vez que regula jurídicamente las prácticas, protegiendo aquellas médicas científicas y persiguiendo las que no lo son.

¿En qué consiste este modelo?

Para comenzar a caracterizarlo es importante mencionar que se compone de tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público, y el médico corporativo privado. (Berman, 1987)

El autor menciona que los tres modelos presentan los siguientes rasgos estructurales: a) biologismo, b) concepción teórica evolucionista/positivista, c) ahistoricidad, d) asocialidad, e) individualismo, f) eficacia pragmática, g) la salud-enfermedad como mercancía, h) orientación básicamente curativa, i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, k) relación médico-paciente asimétrica, l) relación de subordinación social y técnica del paciente; m) concepción del paciente como ignorante, portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad, o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otras prácticas, s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

Por otro lado, Berman también menciona que las características particulares de los submodelos corporativos, tanto el público como el privado son: a) estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas; b) tendencia a la centralización y planificación, c) burocratización, d) disminución y evasión de la responsabilidad; e) dominio excluyente de los criterios de productividad; f) profundización de la división técnica del trabajo; g) creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos; h) creciente amoralidad en todas las actividades, desde la atención médica hasta la investigación.

Las principales repercusiones de este modo de practicar la medicina son, como ya se comentó antes, eliminar el síntoma y no el problema, la división del cuerpo que incluye el remplazo de las partes “averiadas” como solución y, la

más importante para este trabajo, la no consideración de los factores psicológicos y de la historia del paciente como determinantes del padecimiento.

En el capítulo 2 se explica la obesidad desde la perspectiva de éste modelo médico hegemónico y se pueden identificar a detalle cada una de las características mencionadas anteriormente.

1.4. Sergio López Ramos y la psicología: una visión integradora de la enfermedad

Ésta manera de practicar la medicina (modelo médico hegemónico) llegó a México junto con los ideales capitalistas, a finales del siglo XIX, en la época conocida como Porfiriato. López (2011) menciona que las estadísticas de salud en el país en estas décadas indicaban una alta incidencia en muertes por epidemias, contaminación, insalubridad, alimentos adulterados, viviendas mal diseñadas, hacinamientos, etc.

El mismo autor menciona que las enfermedades predominantes en el año 1897 eran, en orden de mayor a menor incidencia, las del aparato digestivo (534 casos), del respiratorio (229), del nervioso (103) y del circulatorio (49), además en este año llama la atención el aumento en los casos de aborto de 57 a 100 mensuales.

Para los años 1900 y 1901 las cifras de muertes se mantenían constantes, y las enfermedades predominantes continuaban siendo aquellas del sistema digestivo, respiratorio y nervioso (depresión, locura y demencia). Para 1911 las enfermedades que aparecían en las estadísticas eran, del sistema respiratorio, la bronquitis aguda, neumonía; del sistema digestivo la diarrea y enteritis (principalmente en niños pequeños) así como cirrosis de hígado. En cuanto a las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos sobresalen la meningitis, la hemorragia cerebral y la apoplejía.

En el año 1918 las enfermedades respiratorias como neumonía, bronquitis aguda y bronconeumonía reportaban 172, 139 y 125 casos respectivamente, siendo las principales enfermedades junto con la diarrea y enteritis; se reportan además 197 casos de aborto. Es en el año 1920 en dónde se observa un gran incremento en el número de casos, reportando 2630 casos de enfermedades

del aparato digestivo, 2596 del respiratorio y 420 para sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Todas éstas cifras fueron tomadas por López (2011) del Boletín del Consejo Superior de Salubridad, mismo que en 1922 muestra la preocupación existente por las enfermedades infecto-contagiosas y las cuestiones de higiene. Así, en los años 1924, 1925 y 1926 se crea una estructura de salud pública, se crean centros de servicio y se pondera la formación de los médicos

En el período del año 1930 a 1943, siguen presentes las enfermedades infecto-contagiosas, además se observará una creciente preocupación por la alimentación de los mexicanos pues se comía muy poco y lo poco que se comía carecía de valor nutrimental, ya antes se ha descrito cual era la alimentación de las clases bajas. Es también en este período que se observará un incremento en personas en situación de mendicidad y pobreza, sin embargo, éstas personas tenían una esperanza de vida mayor, al menos 30 años más que las personas integradas a la sociedad, para quienes la esperanza era de 35 a 40 años, López lo atribuye al hecho de que las personas excluidas de la sociedad no experimentan el estrés por cumplir con los compromisos sociales.

Entre las enfermedades que vamos a encontrar en el período están la tuberculosis, sífilis, sarampión, infecciones tífico-paratíficas, así como la tosferina, gripa o difteria que se van a presentar principalmente en obreros, amas de casa, jornaleros e indígenas.

Como respuesta a la problemática, se propone que el hospital de Tepexpán dé atención a los enfermos como una obra de caridad. Sin embargo, solamente los tenían encerrados y les daban medicamentos.

En 1947 se realiza el primer Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia, en donde se tocaron temas referentes a la alimentación nacional, la ingeniería sanitaria, enfermedades tropicales y parasitosis. EL doctor Gustavo Baz ocupaba en ese entonces la presidencia y para demostrar que México era un país moderno preocupado por la salud de sus habitantes dedicó sus seis años de gobierno a la construcción de hospitales y la formación en el extranjero de

más de 350 médicos. Su proyecto basó su confianza en la práctica de una medicina fragmentaria y monocausal en la que los enemigos responsables de las enfermedades son los virus y las bacterias, así que hay que eliminarlos.

No se niega que haya habido resultados que indicaran la disminución de las infecciones, sin embargo, el problema no se resolvió por completo. De acuerdo a López (2011) la razón es que se dejó de lado el proceso de construcción de la enfermedad que hace el cuerpo.

En sus propias palabras. "...lo crónico no es ajeno a su condición histórica. La sociedad porfiriana estaba en vías de entrar al siglo XX y las sociedades industriales fomentaron la construcción de una nueva condición orgánica y emocional, lo que explicaría los cambios orgánicos y emocionales..." (López, 2011, pág. 29).

Ya desde 1866 se tiene registros de autores que sospechaban que dentro del proceso de enfermar existían otros factores además de los virus y las bacterias. López (2011) menciona a Antonio Peñafiel, José Olvera, G. Mendizábal y Porfirio Parra.

En el año 1866, Antonio Peñafiel escribió su artículo "Aplicaciones de la estadística a las ciencias médicas", en él habla sobre la importancia de los datos estadísticos, menciona que deben ser veraces, exactos, obtenidos con prudencia y mantenerse puros, lo interesante es su planteamiento acerca de que los datos no nos dan por sí solos las causas de las enfermedades que azotan en ese entonces al país y menciona interesantes factores como determinantes de las enfermedades mortales, algunos son: el lugar en dónde se vive, el aire poco oxigenado que se respiraba en México, la altura en que se vive, los malos hábitos y las malas aguas potables. Concluye que la situación topográfica de la salud y su altura predisponen a las afecciones de corazón y pulmones, mientras que los alimentos poco nutritivos y el agua insalubre determinan las afecciones gastrointestinales (Peñafiel, 1886 en López, 2011).

Ésta explicación corresponde con las estadísticas de la época, en dónde las enfermedades predominantes eran las de las vías respiratorias y las gastrointestinales.

Por su parte, el Dr. G. Mendizábal publicó en 1899 “Contribución al estudio de la gripa en México”, en él menciona que la gripa por sí sola no cusa la muerte pero que sí puede generar o agravar padecimientos mortales como neumonía, bronquitis aguda y crónica, laringitis, pleuresías, congestiones pulmonares, asma, tuberculosis pulmonar, y todas las afecciones de los órganos respiratorios. Además, en este trabajo, relaciona las consecuencias de la gripa sufrida por una paciente con su estado emocional, dice que la paciente se encontraba deprimida y esto la llevó a sufrir neuralgias del trigémino e intercostales y “las consecuencias que acarrea la disminución del sistema nervioso” (Mendizábal, 1899 en López, 2011).

En el mismo año, 1899, José Olvera publica el artículo “Algunas palabras sobre el suicidio” en él, vislumbra una posible relación entre los órganos y el cerebro, además habla acerca de “la ingesta moral” y la fortificación del espíritu como medios para acercarse al ideal de felicidad, menciona que aspectos negativos como dudas, negaciones y escepticismo lastiman el sistema nervioso y producen patologías consecuencia de las afecciones malignas al sentido moral, surgen estados crónicos rebeldes a la medicación, él le llama estado morbo del espíritu. (Olvera, 1899 en López, 2011)

El cuarto de estos autores, Porfirio Parra, en 1896 menciona en su artículo “Psicología de las ciencias médicas” que la enseñanza médica contemporánea se olvida de incluir a la psicología en sus explicaciones, es decir, se pronuncia por un cambio en la formación de los médicos.

Vemos entonces que ya en el siglo XIX había quiénes consideraban los factores geográficos, topográficos, emocionales, espirituales y psicológicos como determinantes del proceso de enfermar.

Ya entrando en el siglo XX, encontramos que para el año 1946, las estadísticas de enfermedades crónicas en México indican que ni los antibióticos, inmunosupresores y antihistamínicos estaban resultando eficaces para su tratamiento, lo que lleva a algunos médicos, como Manuel Guevara Oropeza a voltear la mirada hacia lo psicosomático. En su artículo “La medicina psicosomática” menciona lo siguiente:

Es sabido que desde los albores de la medicina se ha atribuido a fenómenos psicológicos, con diversos epítetos o designaciones, el papel causal en ciertos estados cuyas manifestaciones no correspondían a las enfermedades bien conocidas de la época o bien a muchas cuya etiología era oscura o desconocida y en las que se entrevía alguna relación de causalidad con esos fenómenos psicológicos. El estado de ánimo, los pesares, las contrariedades, el miedo, y en una palabra las emociones, se habían considerado siempre como un factor etiológico con mayor o menos justeza en padecimientos de lo más variado. (Guevara, M 1946 en López ,2011 pág. 56)

Treinta y dos años después llegará a la Ciudad de México Sergio López Ramos a estudiar la carrera de psicología en la que en ese entonces era la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEP Iztacala) pues la influencia recibida desde los ocho años en un Templo Trinitario Mariano que lo indujo al camino de la espiritualidad y la curación y a los 10 por un chaman de Sinaloa con quien trabajó por agradecimiento por haberle curado una infección en el oído, él lo inició en el arte de la curación y le enseñó a hacer uso de la herbolaria mexicana y a mirar al enfermo con los ojos del alma. Estas experiencias lo llevaron a construir su propia visión de la espiritualidad y la enfermedad, él consideraba que las emociones son el principio de enfermedades que después pueden llegar a ser crónicas (Durán, 2011).

Así mismo, estos conocimientos no racionalistas le permitieron elaborar su propia idea de lo que es el cuerpo, para él, este no es más que la expresión de lo que siente el sujeto; cada cuerpo es resultado de la interacción entre la familia, la nutrición, la moral, la ética y las relaciones intersubjetivas, también forma parte de él la historia social de la geografía en la que está inmerso.

Así, las representaciones y vinculaciones que el individuo introyecta de ésta relación entre la familia y la sociedad (maneras de vivir) se quedarán grabadas conformando una memoria corporal que va a materializarse en el cuerpo. Esta memoria incluye frustraciones, resentimientos, odios, alegrías, satisfacciones, entre otras emociones.

Con estas ideas llega a la ENEP Iztacala en un momento en dónde las explicaciones psicológicas se ofrecían desde el paradigma conductual. Consideró que el entendimiento que se daba desde el conductismo y el psicoanálisis poco aportaban a la resolución de los problemas emocionales que

aquejan a los mexicanos. Considera que lo aprendido en la teoría poco ayuda a un paciente en la práctica, así mismo critica el hecho de que se adopten teorías psicológicas elaboradas en el extranjero pues considera que es en México dónde se debe buscar la respuesta para los problemas propios del mexicano, a saber, depresión, tristeza, ansiedad e ira que desde su perspectiva repercuten en el cuerpo derivando en padecimientos crónicos. Cabe mencionar que también exploró los caminos de la psicósomática.

Decepcionado de los alcances de las teorías psicológicas decide ir a la realidad mexicana para encontrar las respuestas que le permitan ofrecer una solución a la problemática de la salud en México. Fue mediante la atención a sus pacientes que logró darse cuenta de que para comprender la situación del mexicano debe conocer su historia moderna y contemporánea ya que el pasado de colonización produjo cambios decisivos en la población.

Es bajo ésta observación que Sergio López Ramos decide realizar una maestría en Historia de México con el fin de rastrear la historia de la psicología en el país dado que ésta le permitiría reflexionar acerca de los problemas psicológicos derivados de la vida social mexicana.

Había encontrado una nueva manera de aproximación a los problemas de salud de los mexicanos ahora la cuestión era ¿cómo resolver estos problemas? Necesitaba encontrar una opción proveniente de la circunstancia mexicana, prestando su atención a la herencia indígena.

Fue así como sus conocimientos como curandero le llevaron a elegir la acupuntura como una herramienta de intervención puesto que ésta trabaja con principios de frío y calor, al igual que los curadores mexicanos. Además, la acupuntura tiene sus orígenes en las filosofías taoísta y budista, mismas en las que Sergio López Ramos encontró una respuesta al problema de la deshumanización y fragmentación heredadas de la cultura occidental pues en la cultura oriental se considera al cuerpo como un microcosmos inmerso en el macrocosmos (naturaleza y sociedad) al igual que lo considera él. Del taoísmo extrajo su propuesta principal: *“El cuerpo del hombre es a imagen y semejanza de un país”* (Schipper, 2003 en Durán, 2011)

Su búsqueda de respuestas al problema de salud de los mexicanos lo llevó también a Japón a practicar la meditación, convirtiéndose en alumno del Roshi Hozumi Gensho.

1.5. La construcción social individual de lo corporal. Una nueva propuesta epistemológica.

En 1990 formó parte de un grupo de académicos que propusieron cambios en el plan de estudios de la carrera de Psicología de la ENEP Iztacala proponiendo que se incluyan los estudios de la historia de la psicología en México puesto que las teorías psicológicas que se estudiaban no habían ofrecido verdaderos resultados y estaban desvinculadas de la particularidad mexicana. Se trata de abordar la psicología como un proceso de construcción individual como un acto histórico-social. (Durán, 2011)

Así, después de su recorrido por la Psicología, la historia de México, la tradición curandera en México, y las filosofías orientales, regresa a la ENEP Iztacala con una nueva propuesta epistemológica, esta propuesta recibe el nombre de “Construcción social individual de lo corporal” se sustenta en el entendido de que: “la complejidad de un cuerpo no se puede simplificar con una propuesta fisiológica” pues considera que el ser humano no es tan sólo un organismo compuesto de carne y huesos. Dicha propuesta invita a entender los padecimientos crónico-degenerativos a través de la historia y la construcción de la psique de los mexicanos. ¿En qué consiste ésta nueva propuesta?

En términos generales se trata de entender estos padecimientos como procesos psico-somáticos así como de la adopción de una epistemología que permita reinsertar el cuerpo del individuo a la sociedad y la cultura para poder explicar el desenvolvimiento de las enfermedades toda vez que se asume que un padecimiento es la expresión corporal compleja de un individuo.(López, S., Herrera, I., Solís, A. y Durán, N, 2006)

Sostiene que el cuerpo humano es producto de un proceso social y político, así como cultural y moral que establece maneras de sentir y funcionar de los órganos; es fruto de una compleja relación que incluye a la familia, la nutrición,

la moral, la ética, la relación intersubjetiva. (López, órganos, emociones y vida cotidiana).

Se trata de una propuesta etnoemocional puesto que permite articular la cultura- el cuerpo –y las emociones para dar una explicación a las enfermedades crónico-degenerativas.

López, (2011) indica que esta propuesta implica que para explicar un padecimiento se deben descifrar los procesos de construcción corporal que se han instalado en el sujeto. Para ello, es necesario considerar los siguientes elementos como los puntos clave de la propuesta:

1. Se debe entender al cuerpo como una unidad, es decir el individuo se verá como el microcosmos que se encuentra unido a un contexto temporo-espacial, el macrocosmos. De este modo se reconoce que el cuerpo es producto del momento histórico de una sociedad.
2. Una emoción es tan importante como cualquier parte del cuerpo.
3. La unidad órgano- emoción existe en el espacio y tiempo de una cultura, así, el proceso corporal debe entenderse en vinculación con lo social, cultural y familiar.
4. Esta unidad órgano-emoción es parte de una historia social que se relaciona con las emociones y, al mismo tiempo, con ciertas patologías ya sean orgánicas u emocionales.
5. La enfermedad es una protesta del cuerpo que está dando la advertencia de la existencia de un problema. Es decir, el cuerpo responde al principio de vida, al verse este amenazado, el cuerpo enfermara como una estrategia para preservar la vida.

Estos elementos se conjugan para ofrecer una explicación al fenómeno de los padecimientos crónico degenerativos. Veamos la explicación.

Como ya se había mencionado, el cuerpo es producto del momento histórico de una sociedad, así el cuerpo de la sociedad mexicana actual arrastra una historia de procesos económicos desde 1821, a saber, tres grandes bloques: La Reforma, el Porfiriato y La Revolución mexicana de 1910, y es producto, principalmente, del siglo XX, pues el gobierno quería construir una sociedad

industrial que la llevaría a salir del subdesarrollo. Ya se mencionaba con anterioridad a que en la década de 1940 las industrias comienzan a establecerse en las ciudades provocando el flujo de los habitantes del campo a la ciudad, desde 1940 hasta 1945 la situación de la industria creció de manera favorable en México como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial pues el país cubría las necesidades de los países capitalistas que estaban en crisis debido a la guerra, sin embargo, a partir de 1945 la guerra ya había terminado y los principales capitalistas comenzaron a recuperarse deteniendo la competencia internacional que el país había vivido antes. El proceso de inflación que se dio en este período volvió complicadas las relaciones de mercado de las productoras nacionales que no podían expandir sus mercados internacionales, así, el ingreso quedó en manos de los grandes capitales que si tenían la posibilidad de expandirse a estos mercados frenando así el surgimiento de la industrialización moderna e independiente del país.

Ésta situación en la economía impacto ya sea directa o indirectamente a los ciudadanos de la sociedad mexicana, surgieron nuevas demandas en el área de salud, incrementaron los índices de problemas de salud en correlación con el proceso social, económico, político, cultural que se gestaban en los nuevos espacios urbanos. En palabras de López, 2006 “El crecimiento desplanificado de la ciudad permitió el surgimiento de nuevos inquilinos que conformaron los estratos sociales con nuevos estigmas para el comportamiento social e individual.” (López, 2006; pág. 22).

Este hecho, aunado al giro económico-social del campo a la ciudad generó el surgimiento trastornos psicológicos y enfermedades mentales, sin embargo, al Estado le pareció que la psicología no tenía nada que aportar al problema.

Surgen trastornos psicológicos y enfermedades en el período de industrialización del país, ya se mencionó que la situación económica tuvo un gran impacto así como los estigmas de comportamiento, sin embargo ¿cómo es que se gestan estos trastornos y enfermedades en los ciudadanos?

Ya veíamos que la historia, la política, la cultura, la sociedad y la familia son claves en el proceso, ya vimos que la historia de desarrollo económico y

político del país llevó al surgimiento de una nueva sociedad, ¿Qué papel juegan la cultura y la familia?

López, en el año 2000 menciona:

“La cultura en una sociedad tan heterogénea como la actual, ha puesto en el plan de construcción social diversas formas de representación familiar para los grupos sociales y ha conformado una importante vinculación con las formas de edificar los procesos corporales y las maneras de interiorizarlos o de apropiarse de las relaciones familiares”.(López, 2000, pág. 37)

Así, lo primero que se debe entender es que la cultura de una sociedad, según Ward Goodenough (en López, 2011) “consiste en lo que hay que saber o creer para poder actuar en forma aceptable para sus miembros...”

Mediante la cultura se acumula y transmite el aprendizaje de las generaciones, el aprendizaje se da de manera directa (oral y escrita entre otros) o indirecta (observación de las acciones de los demás). Es aquí en dónde entra la familia pues es precisamente ella el modelo mediante el cual se aprenden los comportamientos y las formas de vivir y entender el mundo, generalmente, en estas maneras de vivir y comportarse se encuentran implícitos los valores morales y éticos bajo los que la sociedad mexicana funciona.

Al respecto, Campos (2011) menciona: “el cuerpo del hombre es a imagen y semejanza de un país”, dicho de otra forma, el cuerpo social se prolonga y concreta en el cuerpo individual, lo que sugiere que las relaciones y acciones del mundo social encarnan en nuestro cuerpo.

El estilo de vida y las acciones ejecutadas por un grupo social son el reflejo de la manera en que asimilan la realidad, el cuerpo humano asimila la realidad de acuerdo a la manera en que vive la familia y a las normas sociales del grupo en el que está inmerso

Así, la relación familiar se convierte en una parte importante del proceso de salud enfermedad toda vez influirá en este último la forma en que el individuo materializa y somatiza esa relación. La forma variará según el proceso histórico-social de la geografía en la que vive y su cultura.

En palabras de López, (2000):

“Cada Familia estructura sus formas de resistencia o de resignación a la normatividad social y eso se observará en su manera de ver y sentir el cuerpo humano.”(López, 2000, pág.39)

Más adelante agrega:

“Las maneras de sentir y construir en el cuerpo no están lejos de las maneras en que la madre, el padre o los hermanos le imponen y le corrigen al individuo o le hacen ver que está en condiciones no favorables para su vida personal.” (López, 2000, pág.39)

Estas imposiciones se manifiestan como normas, costumbres, hábitos y ritos, se dan desde los primeros años de la infancia y responden a la expectativa que los padres tienen de su hijo, así le solicitarán que se vista de tal o cual forma, que coma ciertos alimentos, que practique alguna actividad deportiva o cultural del agrado de los padres, que asista a ciertas escuelas o estudie alguna profesión en específico, todo ello sin considerar los deseos del individuo.

El pequeño no tiene entonces otra alternativa que apropiarse de los deseos y expectativas de sus padres para demostrar que es una persona que cubre los estereotipos solicitados por la cultura: competitiva, exitosa, inteligente, corporalmente estético, educado y/o correcto, entre otras. Es en ésta apropiación en la que el cuerpo va a construirse, al vestirlo, alimentarlo, moverlo y sentirlo de un determinado modo, además establece relaciones significativas, aprende normas, costumbres, elabora sentimientos y maneras de vivir y sentir, así mismo va a generar y expresar también una serie de emociones.

El individuo experimentará alegría toda vez que logre cumplir las expectativas de los padres y con ello, su valorización, aceptación y cariño. Experimentará miedo ante la posibilidad de no conseguirlo y con ello perder la aceptación y el afecto. La angustia vendrá cuando las cosas no vayan bien, así mismo, se presentarán la tristeza y la ira en caso de no conseguir lo que la familia solicita.

Así mismo, el individuo tendrá una sensación de vacío una vez que caiga en cuenta de que no eligió lo que él quería hacer realmente y lo hizo porque se apropió de ese deseo mediante el rito familiar-social.

Aparece aquí al punto medular de la construcción de lo corporal: las emociones, mismas que desde ésta propuesta se deben entender como una

unidad que en conjunto con los órganos vitales tejen una compleja red de relaciones internas con otros órganos y emociones dando como resultado un ciclo que tiene como principio básico mantener con vida al cuerpo. Esto se conoce como principio de vida; es un mecanismo autoregulator que mantiene la energía corporal en una ruta de viaje descrita por los meridianos de acupuntura.

López, en el cuerpo y sus vericuetos explica claramente como se da ésta relación órgano emoción, dice que la red interna de órganos ejecuta un proceso de cooperación que consiste en sacar los nutrientes de los alimentos, arrojar los desechos y almacenar los nutrientes en el hígado, riñón, bazo, etc, sin embargo, los procesos emocionales se articulan con este proceso y puede establecer cambios en el interior del cuerpo generando síntomas o padecimientos. Este proceso interno no es autónomo y se articula con las formas y estilos de vida de un individuo.

Así, cuando el principio vida se ve amenazado como consecuencia de los usos y costumbres culturales que cada individuo interioriza a través de la relación familiar, ésta red de cooperación interna se rompe y se modifica para preservar la vida. Sin embargo, el esfuerzo energético que el cuerpo ha realizado para preservar este principio es muy grande por lo que el sistema puede desgastarse generando una enfermedad crónico-degenerativa pues los nutrientes se consumirán pronto en una actividad que no es la que le da sentido a las funciones de los órganos. El cuidado de la red de cooperación interna de los órganos dará como resultado la preservación de la vida.

Con lo que hemos visto hasta aquí podemos decir, en palabras de Campos (2011) que la relación existente entre un órgano y una emoción se altera con el proceso de significación y apropiación de la realidad social y corporal acaecido en los sujetos.

Desde aquí, no tiene sentido generalizar las emociones pues como ya se mencionó antes, un individuo generará sus emociones dependiendo del momento histórico en el que vive, de su cultura, de su geografía, su alimentación y las actividades que desempeña. Éstas son parte de la condición

humana y es en el cuerpo humano en dónde encuentran su autonomía, su espacio de acción.

Una vez generada una emoción ya sea en el cerebro o en la relación con los otros ésta se instalará y viajará a través del cuerpo siguiendo una ruta particular de viaje a través de los meridianos. Es particular pues se debe insistir en que “la diversidad de rutas está en función de la historia del cuerpo, la cultura, la geografía y la herencia cultural familiar” (López, 2011, pág. 219), para profundizar, el autor agrega más adelante: “La historia de las emociones en la familia está vinculada con el proceso de una sociedad educada de tal manera, e implica que los individuos pueden ser parte de un proceso que o se articula con lo que otros desean solamente; es decir, se construyen maneras de ser y sentir y las significaciones cobran sentido en el cuerpo...”

Es por ello que la emoción se debe explicar en función de la historia familiar así como de los padecimientos que ha tenido, pues el daño que una emoción puede generar en el cuerpo una vez que se ha instalado en él dependerá del tiempo que el sujeto ha tenido esa emoción y de lo que haya hecho para trabajarla.

Parte de la ruta de viaje de una emoción es la sintomatología que se genera en el cuerpo, misma que es generada por el organismo para avisar que algo no anda bien, sin embargo, el sujeto recurrirá a la medicina alópata en busca de aquel tratamiento medicamentoso que si bien aliviará momentáneamente los síntomas y hará creer al sujeto que se ha curado, no podrá detener la ruta de viaje de la emoción y las molestias volverán a aparecer.

A manera de ejemplo, una persona que se encuentra expuesta a altos niveles de tensión intenta esconder la preocupación, como consecuencia la tensión va a desplazarse a los hombros, al estómago o al colón. Dicha emoción va a desplazarse de acuerdo a los niveles de ansiedad y el proceso se verá empeorado si aunado a la tensión existen presiones en casa, con el cónyuge, los hijos o los compromisos sociales, el cuerpo perderá la tranquilidad y los órganos se verán trastornados con desequilibrios (que buscan preservar la vida) que se harán crónicos o se desplazarán de acuerdo al trabajo corporal que realice esta persona.

Desafortunadamente, el viaje de una emoción no puede detenerse y al ser ignorados los primeros síntomas éstos se transformaran volviéndose cada vez más complejos al punto de un padecimiento crónico-degenerativo. Así, menciona López (2011, pág. 219), “una colitis generada por la emoción no puede ser curada con medicina porque lo que la genera no se ha resuelto”

Las emociones siguen una ruta en su viaje por el cuerpo, López (2010) menciona que éste viaje no se da de manera directa puesto que es un proceso que se complica de acuerdo a las opciones que ha construido un sujeto en sus relaciones intersubjetivas, la teoría de los cinco elementos nos puede ayudar a entender como viaja una emoción.

Los cinco elementos que componen el cosmos son madera, fuego, tierra, metal y agua, cada uno de ellos se relaciona con los órganos y las vísceras del cuerpo, lo que se llama relación órgano - emoción. Así, la madera se relaciona con el hígado y la vesícula biliar, el fuego con el corazón y el intestino delgado, la tierra se corresponde con estómago, bazo y páncreas, el metal con el intestino grueso y el pulmón mientras que el agua lo hace con el riñón y la vejiga, Al mismo tiempo se relacionan con una emoción: la madera con la ira, el fuego con la alegría, la tierra con la obsesión, el metal con la melancolía y el agua con el miedo.

Entre todos ellos se observan tres tipos de relaciones: intergeneración, interdominancia y contradominancia, éstas tres relaciones regulan la producción de redes de cooperación interna en los seres vivos, mismas a las que el cuerpo humano debe responder.

De acuerdo a Campos (2011) la intergeneración promueve el crecimiento, el orden de la generación es: la madera genera el fuego, el fuego genera la tierra, la tierra genera el metal, el metal genera el agua y el agua genera la madera estableciendo un ciclo que se repite de forma indefinida, así, cada elemento es generado y generador, por lo que es una relación madre-hijo.

Si tomamos en cuenta que los cinco elementos son momentos de cambio, entendemos que la continuidad de generación no puede romperse: es decir, el

agua no puede generar al fuego directamente, entre ambos elementos es indispensable la madera.

Sin embargo, un proceso natural no se mueve en una sola dirección y el hecho de que la madera genere el fuego no es unicausal y no quiere decir que el fuego no pueda influir en la madera, de hecho, puede consumirla, extinguiéndose ambos.. Es decir, el fuego puede consumir a la madera invirtiendo el movimiento de intergeneración, lo que genera la abundancia de otro agente: la tierra.

La generación de un elemento no tiene nada parecido a una única causa, sino una interdependencia. Además, la relación de intergeneración no es la única establecida entre los elementos, también existe la relación de interdominancia

La interdominancia implica el control y la inhibición mutuas, en ella, cada elemento puede ser a la vez dominante y dominado: la madera domina la tierra, la tierra domina el agua, el agua domina el fuego, el fuego domina el metal y el metal domina a la madera.

La interrelación busca preservar la unidad para lo cual es necesario que cada uno de los elementos coopere sin dominar en exceso al otro. En la relación de intergeneración parece que la madera domina al fuego toda vez que la llama del fuego depende de la cualidad de la madera. Sin embargo, puede presentarse el caso contrario, es decir, que el fuego domine en exceso y quemee la madera hasta extinguirlo, para lo cual necesitamos dominar al fuego. Así, entendemos que un elemento no es solo generador y generado, también domina y es dominado. El exceso de un agente influye en todos los demás, por lo que se debe identificar qué relación entre los elementos está condicionando la transformación normal.

La última relación, la contradominancia implica atropello, una alteración al orden en la que se invierte la dominancia. La madera contradomina al metal, el metal contradomina al fuego, el fuego contradomina el agua, el agua contradomina a la tierra y la tierra contradomina a la madera.

Ésta relación es irregular pues es la última opción que tiene el espacio para continuar con su proceso de elaboración que preserva la unidad. En ésta condición la relación se invierte llevando a un proceso degenerativo.

LA OBESIDAD: UNA EXPLICACIÓN DESDE LA MEDICINA ALÓPATA

En la actualidad, la obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública en el mundo. México ocupa el 1er. lugar en obesidad infantil y el 2do. en obesidad adulta. El hecho es preocupante debido a que no sólo constituye una enfermedad para quienes la padecen sino que incrementa el riesgo de desarrollar otras enfermedades crónico-degenerativas tales como la diabetes y la hipertensión arterial entre otras.

Ante éstas circunstancias surgen interrogantes acerca de las causas por las que se ha disparado el número de casos de obesidad en el país así como también acerca de las soluciones que ofrece el sector de salud nacional al respecto. En este trabajo se sostiene que la problemática es mantenida debido al abordaje fragmentario con el que la medicina alópata la ha enfrentado, es por ello que el objetivo del segundo capítulo es explicar la manera en que la medicina alópata aborda la problemática de la obesidad.

Para ello, se comienza reportando las cifras estadísticas de este padecimiento ya que éstas permitirán visualizar como han aumentado los casos en los últimos años. A continuación se presentan una serie de posibles explicaciones que se han ofrecido al respecto de éste aumento de casos de obesidad en México.

Para finalizar se presentan la definición, explicación, diagnóstico y tratamientos que ofrece la medicina alópata a este padecimiento

2.1 Las cifras de la obesidad en México

El interés para el estudio de dicho padecimiento surge a partir del conocimiento del hecho de que, en la actualidad, la obesidad constituye uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, incluso, es considerada

como la pandemia del siglo XXI (Luckie, Cortés e Ibarra, 2009). En este sentido, las cifras aportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso de los cuales aproximadamente 300 millones padecen obesidad, así mismo reportan que cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

En el caso particular de México las cifras reportadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición indican que nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad infantil y segundo lugar en obesidad de adultos en todo el mundo con 52.2 millones de personas adultas con problemas de peso. Así mismo las cifras reportadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indican que en México actualmente el 71% de las mujeres y el 67% de los hombres adultos mayores de 20 años padecen sobrepeso y obesidad, padecimiento que abarca también un 26% por ciento de los escolares y 30% de los adolescentes.

Los datos aportados por la Encuesta Nacional de Nutrición y la Encuesta Nacional de Salud permiten saber que para llegar a ser el país con más casos de obesidad en el mundo fueron necesarios alrededor de veinte años durante los cuales el aumento de las cifras de sobrepeso y obesidad fue constante, en el año 1988 la Encuesta Nacional de Nutrición reportó que las cifras de sobrepeso y obesidad eran 10.2 y 14.6% en mujeres en edad reproductiva; en el año 1999 la misma encuesta reportaba ya un aumento en los porcentajes de sobrepeso y obesidad llegando a 30.6 y 21.2% respectivamente en el mismo grupo. Del mismo modo, en el año 2000 la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000) reportó un porcentaje de 36.1% de mujeres de 20 a 59 años con sobrepeso y 28.1% mujeres de las mismas edades que padecían obesidad, para el caso de los hombres los porcentajes arrojados fueron 40.9 y 18.6% respectivamente.

2.2 ¿Por qué se dispararon las cifras de la obesidad?

Después de revisar éstas cifras surge el siguiente cuestionamiento ¿Cuál es la razón por la cual las cifras de la obesidad se dispararon? González, 2002

citado en Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006) menciona que dicho aumento se relaciona con los cambios demográficos ya que antes la población rural del país constituía el 75 u 80% del total mientras que la urbana constituía el 20 o 25%. Para la mitad del siglo XX ésta situación comenzó a invertirse de modo que actualmente sólo el 20% de la población habita en zonas rurales.

Estos cambios demográficos son consecuencia del proceso de industrialización por el que atravesó el país en la segunda mitad del siglo XX y que implicó la migración de las personas que vivían en el campo a la ciudad para iniciar un proceso de urbanización, mismo que, como menciona Solís (2007) conllevó la modificación de los patrones de alimentación, las formas de trabajo, la socialización, el medio ambiente y la educación consolidando así “un estilo de vida sedentario, competitivo, agitado y mercantilizado, lo que va a transformar el cuerpo adaptándolo a una ingesta mayor y a un menor gasto energético” (Solís, 2007; pág. 34).

Peña-Manuel y Bacallao (2000) considera tres factores principales que podrían estar relacionados con los altos índices de obesidad en relación al estilo de vida actual, el primero de ellos es el factor genético adaptativo que hace referencia específica al “genotipo de ahorro” postulado por Neel en 1962 quien menciona que este genotipo se encuentra en los obesos pobres a manera de una adaptación metabólica que se da como consecuencia de los períodos de hambruna pues el cuerpo se acostumbra a almacenar y metabolizar menos nutrientes a manera de protección, sin embargo, cuando se logra disponer del alimento de manera regular, se absorben menos nutrientes y el resto se almacena en forma de grasa propiciando así la obesidad.

El segundo de estos factores es el factor sociocultural de la alimentación pues a medida que México trata de incorporarse a la comunidad económica internacional (capitalista) los cambios socioculturales se aceleran, entre ellos la dieta y la nutrición pues se ha observado que en las últimas décadas el patrón alimenticio nutricional de la población mexicana se caracteriza por el consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio entre otros.

Así mismo, Peña-Manuel y Bacallao mencionan como tercer factor los cambios socioeconómicos que implica la estratificación clasista existente en México ya que ésta es bombardeada por procesos mercantiles que buscan estimular la economía consumista; la industria alimentaria no escapa a ésta condición y utiliza la publicidad para determinar el tipo de alimentos y dietas que debe consumir la sociedad, sin embargo, tal determinación es realizada de acuerdo al poder adquisitivo de las personas, así los productos de baja calidad, es decir, aquellos que contienen un alto nivel de grasas, azúcares y aditivos son ofrecidos a los consumidores con menor poder adquisitivo. Es así como la comida industrializada ha dejado de lado los patrones alimenticios que existían en México antes de la urbanización y que implicaban la preparación de platillos típicos de cada región en la que los ingredientes eran obtenidos de manera natural y conservaban sus nutrientes.(Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006)

Así mismo, permite explicar que las cifras de la obesidad sean elevadas, pues, las cifras más altas se encuentran en la clase pobre y en México cada vez hay más gente pobre, y por ende, más gente obesa.

Es gracias a estas cifras que actualmente se considera que la obesidad en nuestro país es un problema de salud pública de gran magnitud, que tendrá implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo.(Fausto, Valdez, Aldrete y López, 2006). Los pronósticos hablan de que ...

Ante esta situación, el gobierno mexicano se ha dado a la tarea de lanzar una campaña contra la obesidad conocida como la campaña de los cinco pasos y estos son:

“Muévete” para hacer ejercicio (correr, caminar, andar en bicicleta, nadar o bailar media hora diaria), “Mídete” tanto en el peso como en el consumo de alimentos y bebidas. “Bebe agua” y que se vuelva un hábito. El cuarto paso es incorporar o aumentar el consumo de frutas y verduras a la dieta, y el quinto socializar el problema y la estrategia.

Dicha campaña está encaminada a prevenir y/o revertir la obesidad y sus estrategias responden a la definición que de ella manejan las más importantes instituciones de salud a nivel tanto mundial como nacional.

2.3. Definiciones de la obesidad

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la institución más importante en el rubro salud y como su nombre lo dice, está encargada de procurar la salud de los individuos en el mundo. Como se mencionó antes, fue precisamente esta organización quien declaró a la obesidad como el problema epidemiológico más importante de la sociedad occidental. Así mismo, es ella quien se ha encargado de determinar los métodos y estrategias que el sector salud de cada país debe ofrecer a quienes la padecen para poder combatirla.

Dichos métodos y estrategias derivan de la definición de dicho padecimiento establecida por la OMS, que la define como “Un IMC igual o superior a 30” y la describe como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.

El IMC es el índice de masa corporal o índice de Quelet que ha sido aceptado universalmente para identificar el grado de obesidad y resulta de la división del peso (en kilogramos) de una persona entre su talla (en metros) al cuadrado. Al respecto, Solís (2007) menciona que en la estandarización del IMC no se tomaron en cuenta las diferencias estructurales que existen entre las personas de distintos países como consecuencia de las condiciones geográficas y culturales particulares, hecho que derivó en la observación de diferencias significativas entre los individuos. Por esta razón, en 1995 se propuso la clasificación de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, dicha clasificación se encuentra contenida en los valores 25 a 30 del IMC, considerando como casos de obesidad aquellos en los que el valor del IMC resultante es igual a 30.

Este valor aplica tanto para hombres como para mujeres de diversos grupos, sin embargo, se ha redefinido puesto que “las características de la población

mundial difieren de continente en continente y de país a país” (Solís, 2007, pág. 26)

En el caso particular de México, este valor (30) fue reconsiderado debido a que por sus condiciones geográficas y características en la talla de los mexicanos no resultó ser un valor certero de medición. El nuevo valor quedó establecido en la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, inmerso en la definición propia que en dicho documento se realizó del padecimiento, así como también quedaron establecidos su medición, diagnóstico, tratamientos, profesionales, espacios y medicamentos aceptados para su adecuado manejo.

Dicha Norma es la NOM-174-SSA1-1998 y en ella podemos encontrar la siguiente definición de obesidad: “la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo y establece un parámetro de un IMC para adultos que debe ser mayor de 27, en el caso de población de talla baja, el parámetro es mayor de 25.

Estas definiciones, la de la OMS y la de la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad son las que más interesan en la presente tesis debido a que de ellas se desprenden los métodos y estrategias de intervención que se han difundido dentro de la práctica mayoritaria de la medicina alópata y que son ofrecidas por el sector salud en México y en otros países, sin embargo, dentro de la literatura referente al tema podemos encontrar una gran variedad de definiciones tal como la ofrecida por Martínez, Moreno, Marques y Martí, (2002) quienes dicen que “la obesidad se define como un exceso de grasa corporal debido a un balance positivo en la ecuación energética bien por una ingesta excesiva, bien por un descenso en el gasto energético, o desequilibrios en ambos factores”

Por su parte, Sandoval, (2010) menciona en el libro Obesidad. Un enfoque multidisciplinario que “La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares”.

No obstante la variedad de definiciones existentes, Solís, (2007) menciona los médicos han acordado una concepción de la obesidad para así poder evaluarla, diagnosticarla y tratarla, dicha concepción nos dice que “la obesidad se define como una masa excesiva de grasa corporal que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta”

Queda claro entonces que desde la medicina alópata la obesidad se presenta cuando existe una acumulación excesiva de grasa corporal, pero ¿cómo se acumula la grasa en el cuerpo?

2.4. Obesidad: La explicación alópata

De acuerdo Díaz (en Sandoval,2010) el tejido adiposo cumple una función principal en la acumulación de grasa debido a que en él se albergan la mayor parte de las reservas energéticas del organismo. En los humanos el tejido adiposo se encuentra debajo de la piel (grasa subcutánea), alrededor de los órganos (grasa visceral) y en la medula ósea (medula ósea amarilla). El tejido adiposo se localiza en locaciones específicas, las cuales son denominadas como “depósitos adiposos”; se acumula debajo de la piel en el nivel mas interno, la capa subcutánea, provee aislamiento tanto del frio como del calor. Además el tejido adiposo posee una actividad endocrina sobre sí mismo y sobre otros tejidos. Sin embargo la principal función que cumple este tejido es la de ser la reserva de lípidos, los cuales pueden ser quemados para satisfacer las necesidades de energía en el cuerpo. En las personas delgadas el tejido adiposo contiene 18% de agua, 80% de triacilgliceridos y 2% de proteínas, mientras que en las personas obesas el contenido graso aumenta y disminuye proporcionalmente el contenido acuoso. Respecto a su composición, él tejido adiposo está compuesto de varios tipos celulares, siendo el de mayor porcentaje los adipocitos los cuales contienen gotas de grasa. Otro tipo de células incluyen fibroblastos, macrófagos y células endoteliales. Además el tejido adiposo incluye vasos sanguíneos pequeños.

Díaz (en Sandoval, 2010) menciona que existen 2 tipos de este tejido: el tejido adiposo pardo y el tejido adiposo blanco. El primero recibe ese nombre debido

al color que se observa y este color parduzco es debido a la alta concentración de mitocondrias presentes en su interior. Debido a la presencia de la proteína UCP-1 estos adipocitos son capaces de producir calor. Se encuentran principalmente en los mamíferos pequeños, aunque en los seres humanos hay una gran presencia de este en el embrión y en los primeros meses tras el nacimiento, para posteriormente localizarse únicamente en el cuello.

El tejido adiposo blanco es el más representativo de ambos, este es la mayor reserva de energía en eucariontes superiores y sus principales tareas son las de almacenar energía en forma de triacilglicéridos cuando exista exceso de energía y la movilización de este durante los periodos de ayuno. Así mismo este tejido cumple funciones endocrinas y paracrinas, regula a otros órganos y está asociada a patologías como la diabetes y obesidad.

Entonces, para poder entender cómo se da la obesidad es necesario explicar el funcionamiento del tejido adiposo blanco. De acuerdo a la explicación ofrecida por Díaz (en Sandoval, 2010) las principales funciones del tejido adiposo son la lipogénesis, la lipólisis, el almacenamiento y la función endocrina. A continuación se explican brevemente cada una de ellas.

La lipogénesis consiste en la transformación de los ácidos grasos a triacilglicéridos que se quedan almacenados en el tejido, dicha transformación es efectuada por la lipoproteína lipasa que se encuentra en la pared de los capilares del tejido adiposo. Estos ácidos grasos libres son captados por los adipocitos a través de procesos de transporte activo mediado por proteínas transportadoras específicas de ácidos grasos. Una vez en el interior de la célula, los ácidos grasos son reesterificados para formar así los triacilglicéridos.

Durante la lipólisis, los triacilglicéridos almacenados en el tejido adiposo son “quemados” es decir, son hidrolizados hasta ácidos grasos y glicerol. El paso limitante de la lipólisis está controlado por la lipasa sensible a hormonas (LSH). Esta enzima cataliza la hidrólisis de triacilglicéridos hasta monoglicéridos. Finalmente, estos son degradados por la monoacilglicerol lipasa.

La función de almacenamiento se refiere a la manera en que se presenta la distribución de la grasa en el cuerpo, al respecto Díaz (en Sandoval, 2010) menciona que en las mujeres prevalece una acumulación periférica de la grasa mientras que en los hombres prevalece una acumulación central o abdominal, de acuerdo al autor esto podría deberse a que en las mujeres están más acentuados que en los hombres los procesos que favorecen la movilización lipídica en los depósitos de grasa viscerales y los que facilitan el almacenamiento de lípidos en los tejidos periféricos subcutáneos grasos.

La última función, la endocrina, consiste en la producción de sustancias con acción endocrina, paracrina y autocrina y es de vital importancia ya que dentro de las sustancias que secreta el tejido adiposo se encuentran moléculas implicadas en la regulación del peso corporal tales como la leptina y el Arcp30 o adipo Q, además de sustancias relacionadas con el sistema inmune (TNF- α , IL-1, IL-6), la función vascular (angiotensina e inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1), el desarrollo de la resistencia a la insulina (resistina) y la función reproductora (estrógenos), entre otras.

De todas éstas sustancias, la que tiene mayor importancia en relación al problema de la obesidad es la leptina toda vez que ésta tiene efectos centrales sobre el apetito y periféricos sobre el gasto energético. Esta hormona es codificada por los genes ob (Solís, 2007) y se secreta en los adipositos, cuando la cantidad de grasa almacenada en estos aumenta, se libera insulina al flujo sanguíneo para a enviar la señal al hipotálamo de que el cuerpo tiene bastantes reservas y por tanto se debe inhibir el apetito inhibiendo para ello la secreción del neuropéptido Y (NPY) toda vez que está demostrado que el aumento de ésta sustancia conlleva a aumentar la sensación de hambre y con ello a la hiperfagia que con el tiempo producirá la obesidad.(Druker, 2005)

Es por ésta razón que se dice que la leptina tiene un papel activo que induce la baja de peso, sin embargo, en los obesos es común observar un defecto del receptor de la leptina en el hipotálamo saturando así los transportadores de la misma dificultando así la recepción del mensaje de inhibir el apetito

favoreciendo la obesidad; esta peculiaridad se conoce como Síndrome de Resistencia a la Leptina. (Druker, 2005). Cabe mencionar que la deficiencia de leptina en el cerebro también produce alteraciones en la homeostasis de la energía corporal, la secreción de insulina, la regulación de la glucosa hepática, así como la memoria, la ansiedad, los ritmos circadianos y la termorregulación; además, dado que la secreción de leptina es paralela a la secreción de insulina, al generarse una alta resistencia a la leptina se genera al mismo tiempo una alta resistencia a la insulina la cual producirá efectos metabólicos como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la dislipidemia, cardiopatía isquémica, y alteraciones en el ciclo menstrual de las mujeres e incluso la infecundidad. (Solís, 2007)

Al explicar cómo es que funciona el tejido adiposo queda claro el hecho de que es este tejido el más importante en cuanto a almacenamiento de grasa se refiere, grasa que se almacena en el tejido adiposo ya sea de manera indirecta a partir de los carbohidratos y proteínas contenidos en los alimentos que se consumen o de manera directa, a partir de el consumo de alimentos ricos en grasa. De manera indirecta, opera el principio termodinámico que establece que “la energía no se crea ni se destruye, sólo se transforma” así, los carbohidratos y proteínas que se consumen son, en un primer momento una fuente de energía, sin embargo, cuando hay un exceso de ellos en el cuerpo sólo una parte de la energía aportada se utilizará para las funciones vitales que realizan los seres humanos mientras que la energía no utilizada será transformada y almacenada en forma de grasa en el tejido adiposo, mientras que de manera directa la grasa consumida inmediatamente se almacena en el tejido de manera ilimitada puesto que los depósitos de grasa pueden expandirse con facilidad para dar cabida a niveles de almacenamiento superiores a las necesidades corporales. (Sandoval, 2010)

2.5. Diagnóstico

En la actualidad, los métodos y técnicas utilizados no sólo por los médicos si no por las diversas disciplinas que están involucradas de manera activa en el problema de la obesidad se agrupan en dos categorías, la Antropología

nutricional-alimentaria y la Cineantropometría o Kineantropometría (Peña, 2020)

De acuerdo a ésta autora, La primera cuenta con un conjunto de mediciones antropométricas como: masa corporal, estatura, circunferencia de cintura, circunferencia de glúteos o cadera, circunferencia de brazo relajado, pliegue cutáneo del tríceps entre otras medidas. Índices antropométricos como: peso-edad, estatura-edad y peso-estatura, pliegues cutáneos, índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal, índice Cintura/Cadera, índices de proporción corporal y composición corporal, entre otros. Asimismo contempla recursos cualitativos para describir y establecer formas de percepción, hábitos alimenticios, relacionar el consumo calórico con el gasto por actividad física, la salud, las características socioeconómicas y demográficas y la imagen corporal. La segunda retoma modelos de estudio de la composición corporal a través de dos, cuatro o cinco compartimentos. Entre sus métodos de mensuración se encuentran los directos (disección de cadáveres y activación de neutrones), indirectos (físico –químicos como la dilución con deuterio y BOD POD, imagen como TAC-RM y densitometría con DEXA) y doble indirectos (conductividad eléctrica total, bioimpedancia eléctrica, peso hidrostático, reactancia o interactancia a la luz infrarroja y antropometría.

De manera específica, Sandoval, (2010) menciona que el diagnóstico de la obesidad, en la práctica clínica se realiza de la siguiente manera: en primer lugar se recaban datos personales tales como nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, dirección, teléfono y ocupación, en segundo lugar, el médico debe registrar aquellos datos que le permitan conocer la historia clínica del paciente, tales como los antecedentes familiares (padres y abuelos) de enfermedades como hipertensión, diabetes, cáncer, problemas renales; después se recabara información sobre los antecedentes patológicos personales así como la medicamentación, alergias, intervenciones quirúrgicas y hábitos tóxicos (fumar, beber alcohol, etc), en el caso de ser mujer, se recabaran datos gineco-obstétricos.

Una vez terminado este registro, el siguiente paso consiste en una exploración física general y la ordenanza de realizar los siguientes exámenes de laboratorio: perfil lipídico (niveles de colesterol total y triacilglicéridos) así como las hormonas tiroideas. Después de esto, el nutriólogo debe realizar una entrevista al paciente en la cual indague sobre historia de hábitos alimenticios, y actividad física, una evaluación antropométrica complementaria a la exploración física en la que se recaben datos acerca del peso, talla, circunferencias de cintura-cadera, circunferencia de muñeca, medición de los panículos adiposos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailiaco) que permitirán analizar el porcentaje de tejido adiposo del paciente, por último se realiza un análisis de información en el que se utilizará el Índice de Masa Corporal de acuerdo a la siguiente fórmula: $\text{Peso(Kg)}/\text{talla(m}^2\text{)}$, éste último dato debe complementarse con las siguientes mediciones de composición corporal: método de peso bajo el agua, análisis de bioimpedancia, reflectancia en el infrarrojo cercano, absorciometría de energía dual por rayos X y por el Bod Pod. Otro parámetro que se estima para el diagnóstico dentro de la obesidad es ICC (índice cintura cadera) que permite identificar si presenta algún riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.

A continuación se explican algunos de los métodos antes mencionados:

Mediciones antropométricas

Como se puede observar en las definiciones de obesidad el Índice de masa corporal (IMC) es la medida antropométrica más importante y se calcula dividiendo el peso (en kilos) de la persona entre su talla (en metros) al cuadrado.

El índice de cintura cadera (ICC) es una relación matemática útil para cuantificar la distribución de la grasa corporal, se calcula dividiendo la circunferencia de la cintura entre la circunferencia de la cadera. Si el índice obtenido es mayor a 1.0 en hombres y mayor a 0.8 en mujeres se vincula con una tasa más alta de morbilidad y mortalidad. Algunos estudios han demostrado que este índice predice mejor los riesgos para la salud. (Chavarria, 2002)

La medición de los pliegues cutáneos también es un cálculo útil en la medición de la obesidad, este método asume que la grasa subcutánea constituye una proporción constante de la grasa corporal total y que los lugares empleados para las mediciones se consideran una media de toda la grasa subcutánea corporal. Para realizar esta valoración, se mide el espesor del pliegue de la piel en unas zonas determinadas; es decir, una doble capa de piel y tejido adiposo subyacente, evitando siempre incluir el músculo. De esta manera, es posible estimar con bastante precisión la cantidad de grasa subcutánea, que constituye el 50 por 100 de la grasa corporal. Se mide en mm mediante un sencillo aparato llamado plicómetro o lipocalibre. Las medidas más frecuentes comprenden los pliegues tricípital, bicípital, subescapular y suprailíaco. En la práctica clínica, los más usados son los pliegues tricípital (PT) y subescapular (PS). El pliegue del tríceps estima la obesidad generalizada o periférica, mientras que el pliegue subescapular mide preferentemente la obesidad del tronco. (Romeo, Wörnberg y Marcos,2007)

Por su parte, Mesa (2008) al igual que Romeo, Wörnberg y Marcos (2007) explican los métodos de la composición corporal, mismos que se clasifican en directos, indirectos y doble indirectos.

Dentro de los métodos directos se encuentra la disección de cadáveres.

Como parte de los métodos indirectos encontramos los métodos físico-químicos como la dilución con deuterio y el BOD POD, los métodos radiológicos o de imagen como TAC, RM y absorciometría DEXA.

La Dilución con deuterio consiste en suministrar al sujeto determinada cantidad de agua marcada con deuterio midiendo la dilución de ésta en el agua corporal para así determinar la cantidad total de agua en el organismo. Bajo el conocimiento de que la masa libre de grasa contiene un 73% de agua puede calcularse ésta y posteriormente la masa grasa por sustracción del peso total. (Mesa, 2008)

BOD POD

La Tomografía Axial Computarizada (TAC) es el método de mayor definición para evaluar y discriminar los distintos componentes grasos. A nivel abdominal, permite discriminar la grasa profunda y la subcutánea. (Mesa, 2008)

La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) reconstruye mediante imágenes de alta resolución, los volúmenes de los tejidos. Esta técnica utiliza un software capaz de distinguir el músculo esquelético y tejido adiposo, siendo su principal ventaja la distinción del tejido adiposo visceral y del subcutáneo. (Romeo, Wärnberg y Marcos, 2007)

La absorciometría dual de rayos x (DEXA) consiste en una emisión de fotones de menor intensidad que la radiología convencional toda vez que ésta última no define con precisión los tejidos blandos. Los rayos X, cuando pasan a través del cuerpo, se atenúan en diferente grado dependiendo de la cantidad y naturaleza del tejido. Por consiguiente, este método es capaz de valorar la cantidad de masa grasa y magra, y el contenido mineral óseo. Además, con este sistema pueden realizarse análisis segmentarios de la composición corporal. Es una de las técnicas más utilizadas y fiables a la hora de evaluar la masa y el grado de mineralización ósea. (Romeo, Wärnberg y Marcos, 2007)

Por último, tenemos los métodos doble indirectos como bioimpedancia electromagnética, el método de peso bajo el agua o pesaje hidrostático y reactancia al infrarojo.

El análisis de bioimpedancia eléctrica se basa en la resistencia del cuerpo a la conducción eléctrica donde los líquidos y electrolitos representan una buena conducción. La masa magra opone poca resistencia al paso de la corriente eléctrica mientras que la masa grasa opone una resistencia mayor. (Mesa, 2008)

El método de peso bajo el agua se basa en el principio de Arquímedes, estimando la densidad corporal a partir del volumen de agua que se desplaza tras la inmersión de la persona, dicha inmersión se realiza en una silla especial

para pesaje hidrostático. La densidad corporal se obtiene utilizando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{PA} - \text{PW}}{\text{Var} + 0,996}$$

Dónde:

D = Densidad

PA= Peso fuera del agua

PW = Peso en el agua

Var = Volumen de aire residual pulmonar

0,996 = densidad del agua a 37° centígrados

Interactancia infraroja: Para la realización de ésta técnica se utiliza un espectrofotómetro computarizado y se aplica su haz luminoso sobre diferentes ubicaciones corporales (la región bicipital, tricipital y subescapular). La cantidad de grasa se infiere a partir del grado de penetración del rayo infrarojo en el organismo.

Una vez que tanto el médico como el nutriólogo tiene los resultados de las pruebas de laboratorio y las mediciones antropométricas y corporales antes mencionadas se realiza una valoración nutricional en la que se indica el plan alimenticio que mejor se ajuste a las necesidades del paciente para mejorar su estado de salud.

Una vez hecho esto, Sandoval (2010) dice que el tercer paso del diagnóstico consiste en una entrevista con el psicólogo, quien deberá diagnosticar si existen alteraciones en el paciente debidas a la obesidad que padece, además, deberá detectar (en los casos en que así sea) los factores psicológicos que pudieran haber originado el padecimiento. La finalidad de ésta entrevista es utilizar los datos obtenidos para elaborar una estrategia de intervención que le permita al paciente alcanzar las metas que han sido fijadas por el equipo multidisciplinario.

2.6. Tratamientos

El enfoque terapéutico de la obesidad se basa en modificaciones en la dieta, en la actividad física y en el estilo de vida. Se han conformado equipos multidisciplinarios en los que participan médicos, nutriólogos, consejeros familiares, psicólogos conductistas, terapeutas familiares y entrenadores físicos. En obesos adultos con frecuencia se utilizan fármacos que bloquean la absorción de grasas o que disminuyen el hambre. En los casos específicos de obesidad mórbida se pueden realizar con éxito intervenciones quirúrgicas que disminuyen el tamaño del estómago o que realizan anastomosis *bypass* del intestino delgado que provocan alteraciones en la absorción de los nutrimentos de la dieta, teniendo entonces un balance energético negativo. (Ortiz, Nava, Muñoz y Veras, en Sandoval, 2010)

2.6.1. Tratamiento dietético

Todos los tratamientos responden a un enfoque biologicista que propone como solución al problema de la obesidad la disminución en el consumo y el aumento en el gasto de energía. Esto podemos verlo especialmente reflejado en el tratamiento dietético para la obesidad ya que como mencionan Casariego, Calleja, Palacio, Ballesteros y Cano (2010) este constituye la piedra angular de los tratamientos debido a que permite variar el ingreso de energía en el organismo además de que se considera que también permite modificar otras enfermedades debidas a la obesidad (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia). La recomendación que realizan los autores es que deben prescribirse junto con un incremento en la actividad física así como terapias psicológicas (cognitivas y conductuales).

De acuerdo a estos autores, la prescripción de una dieta se realiza después de la valoración nutrimental que incluye, como se mencionó en el apartado de diagnóstico, los datos referentes a la anamnesis, a la antropometría y la composición corporal así como una valoración bioquímica individualizada que incluye la realización de un hemograma, ionograma, glucemia basal, perfil

lipídico, renal, hepático y uratos. Adicionalmente, debe realizarse la valoración de la dieta actual del paciente a través de instrumentos como la encuesta dietética, el cuestionario de frecuencia de consumo y el recordatorio de 24 horas, los datos obtenidos permitirán conocer los hábitos dietéticos así como gustos y aversiones alimenticios del paciente para hacer más efectiva la educación nutricional. Los datos más importantes que deben buscarse son: 1) características nutricionales como energía distribución de macronutrientes y fibra 2) características de los alimentos consumidos: hipercalóricos, hipergrasos, etc 3) el número de comidas realizadas, lugar, horario, tiempo empleado, si se realizan con compañía o no, etc 4) Presencia de hábitos convulsivos así como alergias, gustos y aversiones alimenticias del paciente.

Una vez reunida la información el nutriólogo estará en posición de determinar la dieta que mejor se adapte a las necesidades del paciente. De acuerdo a Casariego, Calleja, Palacio, Ballesteros y Cano (2010) las opciones de tratamiento dietético son:

Dietas hipocalóricas

Son las que se emplean con mayor frecuencia ya que producen un déficit diario de 500-1000 Kcal entre 800 y 1500 Kcal al día, suelen ser completas y equilibradas si se seleccionan los alimentos adecuados, sin embargo, si la ingesta calórica es reducida a 1200 Kcal por día, debe suministrarse un complejo polivitamínico para cubrir los requerimientos diarios de macronutrientes. Para producir el déficit energético suele reducirse la ingesta de grasas al 30% o menos de el valor calórico total de la dieta.

Su eficacia demuestra una pérdida del 8% de peso en un lapso de 3 a 12 meses a un ritmo de 0.5 a 1kg semanal y una educación en el perímetro abdominal.

Dietas de muy bajo contenido calórico (VLCD)

Suministran menos de 12Kcal/kg de peso ideal al día (400-800 Kcal/día). Son dietas hiperproteicas (50 a 60 g/día de proteínas de alto valor biológico con el fin de prevenir la pérdida de grasa magra, contiene además 50g/día de hidratos de carbono y de 7-10g/día de grasa (suficientes para garantizar la ingesta mínima de ácidos grasos esenciales Y 15-30g/día de fibra cubriendo así el 100% de las cantidades diarias recomendadas de micronutrientes.

Si son usadas como fuente única de alimentación producen mayor pérdida de peso a corto plazo que las dietas moderadamente hipocalóricas alcanzando pérdidas de hasta 20 Kg en doce semanas.

Además, se observan mejoras sustanciales en diversos factores de riesgo cardiovascular como disminución de la tensión arterial, fibrinógeno, glucemia, triglicéridos y aumento del HDL-colesterol. Sin embargo, los efectos secundarios observados son: fatiga, mareos, pérdida de cabello, uñas frágiles, alteraciones menstruales y estreñimiento, también pueden observarse casos de hiperuricemia, gota o colelitiasis.

Dietas bajas en hidratos de carbono

Pueden clasificarse en bajas y muy bajas de carbono, con distintos aportes de lípidos y proteínas; generalmente tras una fase inicial de restricción severa de los hidratos de carbono su consumo se va incrementando paulatinamente, ejemplos de este tipo de dietas son la dieta Atkins y la South Beach aunque aún existen dudas sobre su eficacia y seguridad.

Con esta dieta, se recomienda un elevado consumo de proteínas para evitar un balance nitrogenado negativo y preservar la masa muscular.

Dieta baja en grasa

Se promueve la ingestión de grasas de origen vegetal (monosaturada y polinsaturada).

2.6.2. Ejercicio

El ejercicio se considera una herramienta auxiliar en el tratamiento de la obesidad debido a que realizar ejercicio requiere de energía, es decir, de calorías. Mismas que se encuentran almacenadas en la grasa corporal y al realizar ejercicio el organismo hace uso de sus reservas calóricas para aportar energía. (Herrera, 2009)

2.6.3. Tratamiento farmacológico

Cuando la dieta y/o el ejercicio no son suficientes, existe otro tratamiento, el farmacológico, mismo que incluye una gran variedad de medicamentos. Aunque los medicamentos deberían ser recetados únicamente cuando la combinación dieta-ejercicio llevada a cabo adecuadamente no ha dado resultados; la realidad es que los pacientes obesos no cumplen con dicha combinación por lo cual medicamentos.

Actualmente, los medicamentos existentes para la obesidad se clasifican de acuerdo a la acción que generan sobre el organismo, así existen aquellos medicamentos que afectan al sistema nervioso central, modificando el comportamiento alimenticio (apetito.saciedad) mientras que existen otros que actúan sobre la lipasa pancreática inhibiendo así la absorción de grasa alimentaria.

Dentro de los primeros encontramos medicamentos como la Dextroanfetamina, Fenilpropanolamina, Mazindol, Dexfenfluramina, Fluoxetin y Sibutramina, entre otros. Dentro de los segundos se encuentran el Orlistat, Agonista beta 3, agonista de leptina y agonista de la hormona del crecimiento.

Algunos de los efectos secundarios más conocidos de estos medicamentos son: el aumento de la presión arterial, el ritmo cardíaco, boca seca, estreñimiento, cefalea, náuseas y vómitos, así como el efecto de rebote (recuperación de peso perdido), mismo que se produce una vez que el

individuo deja de consumirlos, es decir, el tratamiento con medicamentos fracasa.

2.6.4. Tratamiento quirúrgico

Otro de los tratamientos para la obesidad mencionado por Solís, (2007) es el quirúrgico, indicado sólo para aquellos pacientes cuyo IMC rebasa el valor de 40 que no han respondido al tratamiento con medicamentos y sufren complicaciones debido a la obesidad extrema.

Se justifica la cirugía toda vez que es una situación invalidante para el paciente y un problema terapéutico muy complejo para el médico.

De acuerdo a la Sociedad Americana de Cirugía de la Obesidad (En Herrera, 2009), los criterios de selección para candidatos al tratamiento quirúrgico son:

- 1.- Pacientes con exceso de peso importante que supera el 50% o más de su peso ideal o que tengan un I.M.C. superior a 40.
- 2.- Pacientes con I.M.C. superior al 35% con enfermedades agravadas por la obesidad.
- 3.- Fracaso en tentativas de adelgazamiento por métodos conservadores bien dirigidos.
- 4.- Ausencia de enfermedades endocrinas responsables de la obesidad.
- 5.- Pacientes que no tengan dependencia a drogas o alcohol.
- 6.- Pacientes psicológicamente estables por más de un año.
- 7.- Dificultades en la locomoción, aseo personal o desajuste social.
- 8.- Comprensión de la intervención y aceptación de ventajas, riesgos y consecuencias.
- 9.- Actitud positiva hacia la cirugía y al seguimiento post operatorio, que no será menor a cuatro años.

Los criterios de exclusión para la cirugía son: que el paciente presente neumopatías graves, insuficiencia cardíaca o renal, cirrosis hepática, alteraciones psiquiátricas o bajo coeficiente intelectual o embarazo.

Anteriormente, dentro de éste tratamiento se utilizaban tres tipos de cirugía: las restrictivas que reducen la capacidad del estómago, las malabsortivas que disminuyen la absorción de grasas y calorías una vez que se ha dejado sin función un segmento del intestino, y por último, las mixtas que son la combinación de las dos anteriores.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas actualmente son la banda gástrica, la gastroplastía vertical, la derivación gástrica y el balón intragástrico. (Herrera, 2009)

La banda gástrica actúa como un cinturón colocado en la parte superior externa del estómago, al ajustarse genera un reservorio de 30 a 50 ml que brinda una sensación de saciedad y disminuye la cantidad de alimentos ingeridos. Esta técnica se realiza por vía laparoscópica y no daña al estómago, además, es reversible, no presenta complicaciones metabólicas y la recuperación post operatoria es rápida.

La gastroplastía vertical cierra el estómago con una cuádruple fila de grampas de titanio creando un reservorio muy pequeño, a su vez, se coloca un anillo de silastic en la parte inferior y externa del estómago para dificultar el paso de la comida y generar una sensación de saciedad.

Mediante la derivación gástrica se fabrica también un reservorio pequeño de estómago que se conecta al intestino derivando a éste último el alimento. La pérdida de peso se produce por pérdida del apetito, reducción de la capacidad del estómago, restricción del vaciamiento del reservorio gástrico, inducción de saciedad y mal absorción selectiva de grasas.

Este tratamiento también presenta consecuencias negativas que se desprenden de la magnitud de la obesidad, las enfermedades concomitantes y el rápido descenso de peso ya que estos factores elevan la posibilidad de sufrir complicaciones pulmonares, trombosis venosa, complicaciones de la herida quirúrgica así como litiasis biliar (Cálculos biliares).

Ya hablamos de las implicaciones que tienen los tratamientos médicos en la salud, a continuación se hablara de las implicaciones que acarrea la obesidad misma para la salud, dichas implicaciones pueden ser alteraciones endocrinas, respiratorias así como la aparición de nuevos padecimientos.(Solís, 2007)

De acuerdo a ésta autora, las alteraciones endocrinas derivan en enfermedades crónico degenerativas como las cardiovasculares, las dislipidemias (conjunto de enfermedades asintomáticas identificables por la existencia de concentraciones anormales de colesterol y triglicéridos), hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2.

En que refiere a las alteraciones respiratorias, Solís (2007) menciona que éstas se dan ya que “los obesos realizan mayor trabajo respiratorio al mover mayor masa de tejidos, ya que los músculos respiratorios del obeso trabajan más venciendo una mayor inercia y una mayor resistencia al movimiento”, así, los obesos realizan su ciclo respiratorio debajo del volumen de cierre, pudiendo abrirlo únicamente con respiraciones profundas y suspiros.

Además, los obesos, en sus respiraciones producen más bióxido de carbono y consumen más oxígeno para una determinada actividad ocasionando una deficiencia cuando realizan algún ejercicio.

Por último, el síndrome de la apnea obstructiva del sueño es una más de las implicaciones de la obesidad que se presenta durante el sueño y que se produce por una obstrucción en la vía aérea superior y se manifiesta por ronquidos de gran intensidad y una somnolencia excesiva a lo largo del día.

Estas implicaciones son severas puesto que se van agravando y convirtiendo en la base de nuevas patologías.

Hasta aquí, hemos visto que la obesidad, ha sido explicada, diagnosticada y tratada partiendo de una visión cartesiana y fragmentaria del cuerpo y sus enfermedades, es decir, localizando, explicando y atacando la falla en aquella

estructura del cuerpo en la que se piensa que se origino el problema, a través de todo esto podemos ver que la medicina ha reducido el problema de la obesidad a un desajuste energético meramente orgánico y biológico, ello a pesar de que en las definiciones se admiten como causales otros factores como la etnia, la cultura, el ambiente y la sociedad.

Hasta aquí hemos revisado las dos disciplinas que son, por excelencia, las encargadas de atender el problema de la obesidad, es decir, la medicina y la nutriología, ya vimos que ambas se encargan de definir, explicar, diagnosticar y tratar a los pacientes con obesidad, sin embargo, la psicología también ha realizado aportes importantes a dicha problemática.

2.6.5. Tratamiento psicológico

Desde la psicología, y tal como lo explica Solís (2007) "... la obesidad se sustenta en los procesos afectivos que atraviesan las personas, donde intervienen factores de tipo psicológico que van a desencadenar que el individuo ingiera alimentos que provocan el aumento de peso. Se parte del mismo principio médico: mayor ingesta calórica de la que se gasta. Por lo que la forma de abordaje se centra en trabajar en el aspecto psicológico, pero también implementar una dieta para lo cual el psicólogo requiere del nutriólogo..."

Así, dentro de la psicología existen diversas terapias enfocadas en el tratamiento de la obesidad, una de ellas es la terapia cognitivo conductual.

Dentro de esta perspectiva, el objetivo fundamental es disminuir las conductas, emociones y pensamientos disfuncionales del obeso que son resultado de las distorsiones cognitivas referentes a la comida, el cuerpo y el peso ideal generadas por aspectos culturales y sociales para modificar el comportamiento del paciente. La importancia de hacerlo radica en el hecho de que las personas obesas con frecuencia presenten o pueden llegar a presentar trastornos de personalidad.

Las metas terapéuticas van dirigidas a lograr el control de estímulos con respecto a la alimentación, partiendo del supuesto de que la conducta puede controlarse por sus antecedentes, hábitos y la flexibilidad en el programa de alimentación. Dicho programa debe ser prescrito por un nutriólogo.

Se intenta establecer nuevas conductas saludables que permitan al individuo obeso buscar una alimentación equilibrada y nutritiva que le ayude a quemar la grasa, así como el apoyo social de amigos y familiares. Así mismo, el terapeuta debe encaminar al paciente a una reestructuración cognitiva que permita identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, recompensas y cambios de actitud al comer, es decir, comer menos sin sentir la carencia de alimentos.

Del mismo modo, el terapeuta debe diseñar un programa para la prevención de recaídas en el cual la meta sea el mantenimiento del peso perdido y el incremento de la actividad física para nivelar la balanza ingesta –quema energética.

Aunque, en principio, este tipo de intervención puede arrojar resultados observables, por lo general, con el tiempo, el paciente vuelve a recuperar el peso perdido debido a los patrones de belleza impuestos por la estética, a los hábitos alimenticios adquiridos culturalmente (comida rica y no necesariamente nutritiva), los pensamientos disfuncionales y al mínimo esfuerzo exigido por una sociedad en la que prevalece un estilo de vida sedentario.

Así, la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la obesidad cae en el problema de la fragmentación al dejar de lado factores como el ambiente, la cultura y la geografía así como la articulación entre las forma de comer heredadas culturalmente, los estados emocionales (generados por el estilo de vida mercantilista) y el funcionamiento de los órganos.

Existen también las perspectivas psicológicas que consideran que la manera en que se construyen las relaciones familiares influye para desarrollar obesidad. Se sostiene que el afecto entre los miembros de una familia es

determinante para el desarrollo de la seguridad emocional, la seguridad, la proyección y el alta autoestima de cada uno de sus integrantes y va a determinar la manera en que se construye su estructura corporal, orgánica, emocional y espiritual.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la familia es la institución más pequeña del Estado y, por tanto, la reproductora de sus patrones de comportamiento político, social, económico y cultural, es a través de ella que se aprenden e interiorizan dichos patrones: comer, sentir, amar, odiar, vivir, enfermar y morir.

De acuerdo a Cañamares en Solís 20011, las formas de comer están en relación con las relaciones afectivas familiares en las que los niños establecen una relación amorosa con los padres haciendo lo que a ellos les gusta, como adquirir sus hábitos alimenticios, mismos que en el mayor de los casos poseen un valor simbólico y emocional al estar asociados a recuerdos buenos (como consumir los alimentos preferidos de papá y mamá) o a recuerdos malos (como asociar algunos alimentos con situaciones de maltrato y carencia). Como consecuencia, la obesidad y el gusto por consumir ciertos alimentos como futas, verduras, agua, refresco, grasas o harinas, entre otros dependerán de lo que el papá o la mamá significan para los hijos, el gusto o disgusto por ciertos olores, sabores o combinaciones de ellos dependen de cómo la relación familiar instituyó estos gustos o disgustos en los individuos.

Es así como el comer pasa de ser una necesidad biológica a ser una manera de llenarse a sí mismo: quitarse la sensación de vacío afectivo, de soledad, de incomunicación, y de cuidarse y regalarse algo cuando se percibe que no se recibe del exterior.

Cañamares indica también que existen ciertas emociones que se desarrollan al convivir con la familia y que contribuyen a la obesidad, éstas son la ansiedad, el miedo y la tristeza. La ansiedad es un mecanismo natural con el que nace el individuo, son reacciones fisiológicas y psicológicas que se presentan cuando el individuo percibe un peligro ya sea externo, interno o inconsciente. Dichas

reacciones disminuyen realizando actos como masticar puesto que es una actividad un tanto agresiva que implica desgarrar y triturar, además de estar siempre a nuestro alcance. La ansiedad se manifiesta como indicador de miedo, miedo que no se conoce y contra el que no se puede luchar, por ello, si hay miedo, hay ansiedad y si comer alivia la ansiedad, la persona comerá y engordará.

La tristeza es generada por las insatisfacciones en la vida de una persona, comer en exceso es una manera natural de no enfrentarla y disminuirla pues aumenta el deseo de consumir chocolate, carne y alimentos ricos en hidratos de carbono toda vez que estos son alimentos estimulantes que tienen ingredientes que ayudan al organismo a elevar los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra en bajos niveles en personas deprimidas, es decir, el cerebro hace desear aquellos alimentos que pueden producir sus propios antidepresivos.

El mismo autor habla, además, de la gordura como una forma de autodestrucción y castigo de la condición femenina pues considera que tras la gordura se oculta un cuerpo que las mujeres no desean mostrar pues no están satisfechas con su condición femenina y desearían no tener menstruación, mamas, caderas ni adoptar el rol femenino que le ha conferido la sociedad.

Se puede ver entonces que detrás de la obesidad existe toda una problemática psicológica e ideológica no resuelta dónde existen emociones como tristeza, miedo, ansiedad, insatisfacción, carencia afectiva, autodestrucción y castigo toda vez que la obesidad protege a la persona de algo que no ha querido enfrentar, encontrando refugio en la obesidad.

Bajo ésta perspectiva lo ideal sería que la persona resolviera primero lo psicológico y después el médico establezca la dieta, sin embargo, el tratamiento psicológico es más lento que el médico y sus buenos resultados dependen de los cambios que él paciente esté dispuesto hacer, razón por la que pueden presentarse recidivas; enfrentar los fantasmas es difícil para muchas personas y la mayoría espera observar cambios inmediatos.

Relación simbólica afecto-comida

Detrás de una relación simbólica afecto-comida se pueden encontrar la falta de cuidados, amor y confianza, abusos sexuales, físicos y psicológicos sufridos en la niñez, así como la ira no expresada, el dolor, el hecho de haberse sentido diferente y la necesidad de protegerse de nuevas heridas.

La compulsión por la comida se genera en dos niveles, primero, en la niñez, es en ésta etapa en dónde el niño aprende que para ser amado por sus padres debe complacerlos, esto implica entonces cumplir sus deseos y expectativas. El niño debe luchar y enfrentarse a un mundo que no conoce para poder lograrlo experimentando así sentimientos de miedo, angustia, soledad, y frustración. Al mismo tiempo debe asimilar el afecto como un mecanismo contradictorio, por un lado, amor es igual a cómprame, dame, hazme, quíereme, y por otro, si no responde a lo que se solicita de él, viene el enojo, el maltrato, incluso los golpes.

Por su parte, los padres al sentirse culpables limpian ésta culpa con frases como: “te pegue porque deseo lo mejor para ti, pero te quiero”; los niños aprenden que para amar hay que maltratar. Esta es una contradicción que los niños no entienden, sin embargo, la interiorizan puesto que su seguridad emocional depende de la manera en que sus padres les dan cariño y amor.

Así, el niño no sabe como comportarse y surgen en él mecanismos de inseguridad, conflicto, ansiedad y evasión así como una doble personalidad que, por un lado, satisface los deseos de los papás y, por otro, hace lo que el niño quiere, sembrando así en su cuerpo sentimientos de miedo, angustia, ansiedad, vacío y soledad que llenará comiendo. Es en la niñez en dónde se recibe por parte de los seres más queridos el maltrato, físico, psicológico, el abuso sexual, las carencias económicas o afectivas, mismas que en conjunto o por separado rompen con la alegría de vivir, y el dolor no desea volver a sentirse y se asimila que la comida es uno de los pocos placeres, sobre todo el sabor dulce.

Aprende también que el amor hace daño o que es imposible que lo amen por lo que pasará el resto de su vida protegiéndose para que no lo vuelvan a herir. En este sentido, la comida no exige, no maltrata, no condiciona así que come, no sabe si le hace daño o no, sólo responde a los mensajes de su cuerpo, comiendo para callar y no sentir las emociones mencionadas.

Además, se debe tomar en cuenta que actualmente se ha transmitido el mensaje de que ser delgado es igual a ser feliz, bello y agradable, permitiendo ésta condición tener trabajo, pareja, familia, prestigio y buena imagen social. Es por ello que, cuando el individuo cae en cuenta de que su cuerpo obeso se encuentra lejos del ideal corporal, que no puede vestirse como quisiera porque no hay tallas, de que no puede conseguir pareja porque lo gordo es sinónimo de feo y que para ser amado debe conformarse en lugar de pedir lo que desea, se manifiesta, en segundo nivel, la compulsión.

Si a lo anterior se suma el hecho de en algunos casos la obesidad es frecuentemente motivo de burlas y apodosos humillantes entendemos que el obeso se olvida de su cuerpo puesto que éste le recuerda todo aquello a lo que no puede aspirar así como un sentimiento de frustración, ira, ansiedad, tristeza y desesperanza. El individuo ignora las señales enviadas de que algo no anda bien con su salud. La compulsión por la comida para callar sentimientos aparece de nuevo y el individuo come más y más agravando así su obesidad.

En los casos en que se decide enfrentar la obesidad, se hace generalmente de manera incorrecta pues la medicina alópata ha hecho creer a la persona que el problema central es la obesidad misma, por ello, consumirá toda clase de productos que le prometan perder peso de manera rápida y sin esfuerzo o se someterá a todas aquellas dietas de las que se habló en el capítulo anterior. El problema es que no son conscientes de que su verdadero problema es aquel complejo tejido de emociones que se ha venido construyendo desde la niñez, motivo por el que ni las dietas, ni el ejercicio, ni los productos milagrosos producen la deseada pérdida de peso y, si lo hacen, es sólo de manera temporal aumentando así los sentimientos de angustia, tristeza, desesperación y frustración.

Entonces, para entender cómo se establece la relación afecto = comida se necesita entender cómo se establece una serie de correlaciones entre el amor, el maltrato, el sufrimiento, el dolor, el reconocimiento, el sometimiento, y el odio con la comida, siendo la obesidad el producto y la condición de dichas correlaciones.

Para liberarse del dolor, los individuos tendrían que remontarse a esos hechos de su vida y revivirlos a través de hablarlos una y otra vez, por lo que tendrían que enfrentar una situación de duelo al tener que desprenderse de los hechos que los dañaron en el pasado. Con respecto a esto Roth menciona que resolver el problema afectivo representa enfrentarse a sí mismo, razón por la que el esfuerzo y el compromiso se vuelven fundamentales.. Dicha autora, para tratar la obesidad profundiza en el aspecto psicológico y ha obtenido buenos resultados, sin embargo, Solís menciona que además de comprender el proceso psicológico se debe trabajar con el cuerpo puesto que el sólo entendimiento del problema puede trasladar la compulsión de la comida hacia otra cosa pues las emociones generadoras del problema continúan en el cuerpo.

Para Solís, es importante ir al interior del cuerpo, pues el metabolismo en muchas ocasiones no responde dado que la obesidad es un entramado complejo entre lo social, lo cultural, las emociones y el metabolismo.

La obesidad como un proceso de construcción social

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, la fragmentación corporal con la que la medicina alópata ha dado cuenta de los padecimientos, así como el auge de las enfermedades psicosomáticas que se ha presentado en la sociedad mexicana vuelven necesaria otra manera de explicación de los mismos, una explicación que admita que los padecimientos son producto de un contexto histórico social, de la geografía y de la cultura donde se expresan las formas y estilos de vivir, de morir, de enfermarse, de amar, sentir y comer.

Se había comentado también, que dicha explicación se encuentra en la propuesta del doctor Sergio López Ramos, la Construcción Social Individual de lo Corporal, desde ésta perspectiva también se ofrece una explicación a la obesidad.

Dado que desde ésta perspectiva el cuerpo es producto de un contexto histórico social debemos reconocer que el cuerpo de la sociedad mexicana comienza a sufrir transformaciones desde la época de la colonización, pues se instituyeron diferentes maneras de concebir y vivir el cuerpo a través de la represión, castigo, miedo y la prohibición del placer.

Sin embargo, los antecedentes inmediatos de la obesidad los encontramos en el proceso de industrialización vivido en el país en el siglo XIX puesto que los alimentos comienzan también a industrializarse generando así nuevas formas de comer y con ello, la alteración de los procesos metabólicos. Se abusa del consumo de carbohidratos, mismos que aunque aportaban energía carecían de nutrientes que soportaran el trabajo físico e intelectual.

Así mismo, se adulteran los ingredientes de los alimentos generando pesadez de la digestión, intoxicaciones, estreñimientos y diarreas.

Se crearon también nuevas necesidades alimenticias al introducir las harinas, el royal y la harina láctea Nestlé. La elaboración del pan modificó el proceso metabólico por el desdoblamiento de las grasas y sus efectos tóxicos en el cuerpo.

En el siglo XIX la obesidad surge como un problema de salud exclusivo de la clase pudiente pues su trabajo, al ser meramente intelectual y requerir poco o nulo esfuerzo físico favorecía la acumulación de grasa en los órganos y tejidos.

Como se puede entender, los orígenes de la obesidad los encontramos en el siglo XIX y responden a una serie de factores como la mezcla de alimentos y la creación de platillos destinados a ciertas clases sociales, alimentos con bajos niveles nutritivos que volvieron más complejo el proceso digestivo y la cantidad

de actividad física que era posible realizar de acuerdo a la clase social y al tipo de trabajo al que se pertenecía.

Para hacer posible la industrialización del país era necesaria la creación de una mano de obra que se atrajo del campo, generando una migración del campo a la ciudad. Se da así una separación entre trabajo manual e intelectual que tuvo un impacto en las formas de actividad posible para los habitantes de la ciudad. Así, para las clases altas la actividad física disminuyó apareciéndola obesidad mientras que, para las clases bajas la actividad física rebasó las condiciones del cuerpo explotándolo hasta la enfermedad y la muerte.

Otra de las consecuencias del proceso industrializador fue la imposición de un prototipo de belleza definido por el grupo que ostentaba el poder: la clase burguesa. El prototipo respondía al de la belleza de la mujer francesa: talle delgado, pies pequeños, rostro ovalado y facciones finas. Además, eran considerados también como indicadores de belleza aquellas virtudes que hicieran parecer a la mujer dulce, buena madre, y esposa comprensiva que honraba al marido con su comportamiento. Aunado a lo anterior, la mercantilización naciente colocó el valor de los individuos en el dinero que poseía, la clase social a la que pertenecía y de las posesiones que tenía, es por ello que la función de la vestimenta se transformó siendo ésta el indicativo de la clase social a la que se pertenece, se adoptó así la moda y los cánones de belleza europeos.

Es también por ésta razón que cambió la concepción que se tenía de la obesidad como indicador de pertenencia a la clase alta a un indicador de lo no estético; este hecho representó y aún representa una gran oportunidad para hacer de la obesidad un negocio que genera muchas ganancias al ofertar toda clase de productos que garanticen la pérdida de peso: medicamentos, cremas, fajas, cirugías, aparatos de ejercicio, entre otros.

Recordando lo dicho anteriormente acerca de que el cuerpo es un lugar en dónde se refleja la cultura, las formas de enfermarse, vivir, morir y sentir el cuerpo, es un microcosmos donde se plasman olores, sabores, gustos,

sentimientos y emociones que se articulan con el metabolismo. Las emociones afectaran a los órganos ya sea bloqueando, alterando, acelerando o sustituyendo sus funciones para enviar la señal de que algo no está del todo bien a través de una sintomatología que en el caso de los obesos culminará en el exceso de masa corporal-grasa. Este proceso, como ya se dijo, es individual y responde al proceso histórico social y las transformaciones ambientales del planeta toda vez que el cuerpo es el microcosmos unido con el todo, el macrocosmos, a través de las fuerzas del yin y el yang, son éstas fuerzas las que permiten que en el interior del cuerpo haya un equilibrio (ciclo homeostático), es decir, la armonía de la naturaleza puede existir al interior del cuerpo, sin embargo, al romperse esa armonía (producto de la sociedad industrial), se altera la red de cooperación interna del cuerpo que tiene que adaptarse desarrollando una enfermedad crónica degenerativa o morir.

Campillo Álvarez, (2004) en Solís (2011) da un ejemplo de ello al explicar como es que a través de millones de años de evolución biológica el organismo y los procesos metabólicos se han transformado como resultado del uso inadecuado del cuerpo. El resultado: la aparición de las enfermedades que comparten como principal característica la resistencia a la insulina.

Según el autor, ésta resistencia se desarrolló en tres etapas de adaptación evolutiva del organismo, la primera de ellas son los períodos de hambruna provocados por los cambios climáticos y convulsiones geológicas, en donde los nutrientes se obtenían de raíces y vegetales, almacenando los nutrientes en el tejido graso. Además, la bipedestación provocó que el gasto de energía fuera menor que al andar en cuatro patas.

La segunda etapa es la glaciación, pues hubo escases de alimento vegetal, obligando al hombre a convertirse en cazadores y carroñeros. Además, dado que la alimentación era rica en proteínas y pobre en carbohidratos, el organismo sufrió un primer momento de adaptación metabólica al desarrollar resistencia a la insulina pues ésta no podía actuar sobre sus receptores, ocasionando que la glucosa no penetrara con facilidad en las células del músculo y del hígado. El mecanismo permitió la sobrevivencia de la especie a

una dieta rica en proteínas y baja en carbohidratos, sin embargo, al permitir la circulación de grandes cantidades de insulina en la sangre, se permitió también la acumulación rápida de grasa en el tejido adiposo potenciando la tendencia a la obesidad.

A la actualidad, los períodos de hambruna y escases de alimentos se han seguido padeciendo y la insulinoresistencia se ha mantenido y ha permitido la sobrevivencia y prolongación de la vida.

Anteriormente se habló acerca de que la teoría de los cinco elementos nos permite conocer las transformaciones de la red de cooperación interna así como la relación órgano emoción que puede ser de generación, dominancia o contradominancia. Para el caso de la obesidad, la transformación se da de la siguiente manera:

Es el corazón la sede de la alegría, en él encontramos los sentimientos que llevan al sujeto a la elección, es también aquí en dónde se cosecha el proceso afectivo de las personas. Como resultado de la industrialización el proceso de amar se ha materializado por lo que los niños, desde temprana edad comienzan a sentir un sentimiento de soledad que va dominando sobre la alegría de vivir. Por otra parte, al intestino delgado le corresponde absorber los nutrientes para alimentar al cuerpo, en este sentido, absorber el amor se verá delimitado ante la imposición de cómo amar y en vez de nutrir el cuerpo con sentimientos de gozo y alegría se producirá un vacío que intentará llenarse con lo material y el deseo de poseer algo le dará sentido a la vida.

Aunado a ello las alteraciones en el macrocosmos alterarán el flujo energético puesto que la sustitución del calor natural, por el procesado por el horno de microondas, el sobrecalentamiento del planeta y el cuerpo han fomentado un gran vacío reflejado en la no pertenencia ni a la familia, ni a la geografía ni al cuerpo, habiendo la necesidad de posesión ante el vacío que invade.

Así, el fuego comienza a existir en exceso y desequilibra el flujo energético de la relación de intergeneración pues sus funciones son modificadas y

bloqueadas en la primera etapa del desarrollo de las personas, el exceso de fuego erosiona la tierra. Al mismo tiempo, el fuego, con sus cenizas generará la tierra que alimenta de energía al bazo para transportar la sangre por arterias y venas, donde incorpora ideas e información a la mente relacionándose a sí con la asimilación del conocimiento, se manifiesta en el poder de la voz, el sabor que los caracteriza es el dulce.

La energía del bazo se acopla con la del estómago y ambos nutren a los pulmones y al intestino grueso. En la actualidad, las funciones digestivas de éstos órganos requieren más energía puesto que los alimentos que se consumen son de pesada digestión, así, los órganos se desgastan, alteran sus funciones y producen en el corazón sentimientos como precipitación, impaciencia, arrogancia, crueldad, incluso violencia.

En el bazo se producen sentimientos como la obsesión y la preocupación, por lo que el sujeto afectado no podrá ser creativo. En los obesos este proceso se presenta desde temprana edad pues el deseo de alcanzar las expectativas familiares y sociales harán que se olvide de él mismo; sin embargo, al ser ésta una sociedad competitiva, al no alcanzar las expectativas tenderá a la frustración y aumentará la ansiedad, para controlarla el individuo consumirá alimentos de sabor dulce. Así comenzará a deformarse el cuerpo como resultado del exceso de masa corporal y el lento aumento de peso consecuencia de la saturación del sistema digestivo.

Así, el proceso digestivo requerirá de mucha más energía y afectará la atención, percepción y memoria pues son funciones intelectuales que requieren un gran gasto energético, buena oxigenación y nutrientes que lleguen al cerebro a través de los vasos venosos y las arterias. Ciertas formas de alimentación generaran una gran cantidad de toxinas que al no desecharse viajaran junto con la sangre, almacenándose en las paredes de venas y arterias provocando la construcción de una arterioesclerosis o una digestión pesada que generará una serie de molestias estomacales desde temprana edad provocando gastritis o úlceras en la edad adulta.

Como resultado, se gesta una estructura corporal que se aleja cada vez más del patrón estético establecido generándose la frustración, la obsesión, la impaciencia y la agresividad complejizando así la relación órgano-emoción.

Mientras esto ocurre en el microcosmos, en el macrocosmos también se producen cambios pues el mal uso que se ha hecho del suelo, ha erosionado el mismo y se ha cubierto con placas de concreto, asfalto, cemento o construcciones (todas símbolo de “progreso”) generando la ruptura con la naturaleza. Este espacio mecánico y automatizado es recuerdo de una sociedad competitiva que genera un sentimiento de ansiedad colectiva.

Toda vez que la energía del corazón y el bazo se ha visto bloqueada y estancada, los órganos siguientes en la red de cooperación, pulmón e intestino grueso recibirán menos energía para realizar sus funciones, el pulmón provee de oxígeno al cuerpo dando entrada a lo nuevo para sacar lo viejo, mientras que el intestino grueso es el encargado de expulsar lo tóxico, lo que es dañino para el cuerpo y ya no le sirve, es por ello que, cuando se debilita la energía que llega al pulmón se producen sentimientos de tristeza y pesar, el sabor que domina es el picante.

En las personas obesas es común encontrar que los sabores dominantes son el dulce y el picoso, mientras que sus principales sentimientos serán tristeza y melancolía tanto por el proceso afectivo como por no poder acercarse al prototipo de belleza impuesto. Estas personas sufren además de estreñimiento pues el intestino delgado se vuelve perezoso para procesar el tipo de alimentación que ellos llevan; así el cuerpo se va deformando cada vez más por la grasa creándose así un caparazón que les sirve para resguardarse de la frustración que les produce el no poder alcanzar aquello a lo que aspiraban.

Son también comunes en los obesos enfermedades como gripe, tos, sinusitis y asma, aunado a ello, la calidad del aire que se respira en México exalta aún más el sentimiento de tristeza, por ello, éste se vuelve dominante en los obesos y altera las funciones del pulmón y el intestino: sacar lo viejo y dar entrada a lo

nuevo, así la obesidad es el recurso para protegerse de lo que no se quiere enfrentar.

El pulmón enviará energía al riñón, sin embargo, al estar debilitado ésta energía llegará también debilitada ocasionando el sentimiento de miedo, mismo que afectará la voluntad (que es producida por el riñón). Éste órgano regula el crecimiento físico y junto con la vejiga es el encargado de purificar la sangre eliminando las toxinas de la misma.

Es así como aunado al consumo de refrescos, jugos industriales, y comida irritante el desequilibrio en la energía del riñón ocasionará infecciones y saturación de toxinas exaltándose así el miedo y la falta de voluntad para iniciar proyectos de vida, a nivel fisiológico, el riñón alterado descompensará la presión arterial y a largo plazo puede generar hipertensión.

Además, si el macrocosmos se ve reflejado en el microcosmos, se debe tomar en cuenta que la contaminación y el uso indiscriminado del agua han generado cambios en la geografía, han alterado la flora, la fauna, el clima y los espacios. Lo mismo ocurre al interior del cuerpo, dónde el miedo y la voluntad se verán desequilibrados, dando como resultado personas reprimidas, con miedo a vivir, sentir y disfrutar su cuerpo.

El siguiente órgano en la ruta del flujo energético es el hígado, éste tiene como principales funciones procesar, almacenar y distribuir la sangre en la cantidad y presión adecuadas. Psicológicamente, el hígado permite que el sujeto sea capaz de controlar y equilibrar sus emociones, de tener claridad y tomar decisiones firmes que se convertirán en acciones resueltas.

Junto con él actúa la vesícula biliar que almacena y segrega la bilis que estimula el movimiento peristáltico del estómago y los intestinos. Así, la vesícula impulsa el poder para la toma de decisiones y el hígado para accionarlas. Un hígado debilitado genera sentimientos de ira, agresividad, nerviosismo y contradicciones; fisiológicamente, se presentaran molestias en

las articulaciones y el sentido de la vista creando una percepción distorsionada de la realidad

A éste órgano le corresponde como elemento la madera, misma que se encuentra carente en el macrocosmos gracias a la tala inmoderada y el gran número de construcciones en la urbe; así, el coraje de vivir es sometido por el proceso de autodestrucción, produciendo pasividad, frustración e intolerancia.

Es común observar que los obesos inician una gran cantidad de tratamientos que no terminan, por lo que estarán constantemente subiendo y bajando de peso. También es común observar personas que se resignan a padecer obesidad justificando su falta de crecimiento y coraje para vivir en el sufrimiento que ésta les genera.

Lo anterior se debe a que la frustración constante que los obesos experimentan exaltan la ira, volviéndose una emoción dominante en un proceso de autodestrucción y no aceptación de sí mismo, por lo que la posibilidad de accionar se ve disminuida por el miedo al fracaso, aunada ésta condición al papel de la vesícula biliar (controlar el proceso de decisión, éste será cada vez más vacilante y lleno de angustia).

Lo anterior se manifiesta de manera más abierta en la adolescencia, pues la necesidad de ser como los otros alimenta la frustración y mantiene enojados a los obesos.

La dominancia del hígado como órgano, la ira como emoción y el ácido como sabor se exaltan debido al proceso y acumulan energía, disputándose con los demás órganos. La madera (elemento correspondiente) en exceso penetrará la tierra, es decir, la persistente segregación de bilis y su depósito en estómago e intestinos agudizarán los padecimientos digestivos produciendo un estado de constante molestia estomacal y estreñimiento, dónde el bazo y el estómago se desgastan en el desdoblamiento de los alimentos que se consumen, sobre todo refinados, grasas y carnes.

Además, el constante comer generado por la ansiedad ocasionará que el sistema digestivo requiera cada vez de más energía para su funcionamiento obteniéndola de los demás órganos y desgastándolos, lo que puede producir a la larga gastritis, úlceras o diabetes mellitus tipo 2.

De acuerdo a la relación de intergeneración, el enojo y la frustración se irán transformando en depresión originando rencores, resentimiento, amargura y odio. Así, la carencia afectiva y el exceso de fuego afectaran las funciones digestivas del estómago y el bazo al penetrar la tierra, a la cual el cuerpo responde a través de la ingesta de alimentos por lo que la ansiedad se transforma en obsesión y compulsión por comer.

Así, la energía necesaria para el funcionamiento adecuado del hígado, el corazón y el bazo se va estancando y reservando exaltando la ira, la soledad y la ansiedad. Articulado a este proceso, en la relación de interdominancia, el corazón y la pérdida de la alegría por vivir van a producir un fuego excesivo que va a fundir el metal provocando que la tristeza se exalte y debilite al pulmón, manifestándose en una tendencia a la depresión.

Además, el alto consumo de grasas afectará los niveles de colesterol y triglicéridos en el organismo y junto con el enojo ayudará a la formación de cálculos biliares, misma que resultará en la extirpación de la misma.

Así, vemos entonces que el desequilibrio en la red de cooperación en la relación de intergeneración e interdominancia se debe a la acumulación y competitividad por la energía, para satisfacer las funciones de los órganos. La concentración y estancamiento de la energía en sólo uno de ellos, provocan que la emoción y sabor del o los órganos dominantes se exalten regulando los patrones de comportamiento orgánico y emocional de los obesos.

Vemos entonces que la mayoría de los tratamientos que se ofrecen para la obesidad responden a la fragmentación cuerpo – mente, los medicamentos, el ejercicio, las cirugías, las dietas e incluso algunas terapias psicológicas como la conductual se centran tan sólo en combatir un solo aspecto del problema, a

saber, la ingesta y gasto calórico dejando fuera del tratamiento el aspecto emocional que como ya se vio es subyacente a dicho padecimiento. Es por ésta razón que las personas obesas viven en un constante subir y bajar de peso, complejizando aún más el problema frente al sin número de emociones experimentadas que modifican la red interna de cooperación, emociones que responden a la imposibilidad de acercarse al ideal de belleza. Al mismo tiempo, el obeso pone en peligro su salud al transitar por los diferentes tratamientos puesto que es su deseo de ajustarse a dicho ideal el que lo mueve para intentar perder peso y no el cuidado de su salud, así, estar sano pierde importancia ante estar bello.

HISTORIA DE VIDA Y CONSTRUCCIÓN DE LA OBESIDAD

En el capítulo anterior se caracterizó el padecimiento de la obesidad desde la perspectiva de la medicina alópata, en dicha caracterización se hizo evidente la manera en que los métodos de investigación de las ciencias naturales positivas ha permeado el campo de la medicina; la influencia es notable desde la manera en que se define la obesidad hasta las posibilidades de intervención, pasando por la epidemiología de la misma, que consiste en un análisis estadístico de las personas que la padecen y la explicación a través de la identificación de factores que la desencadenan. El problema reside en el hecho de que desde esa mirada la obesidad se explica por medio de la acción de factores externos a la persona que además son universales, es decir, no toma en cuenta a la persona misma ni a sus particularidades.

Al respecto, Pujadas (1992) menciona que para la ciencia positiva toda formulación teórica sin una fuerte base empírica tiende a verse con sospecha toda vez que es dogmática y se olvida de su objeto de estudio original, el ser humano y sus relaciones sociales.

El problema se ve agudizado por el hecho de que las ciencias sociales adoptaron el método de las naturales en busca de ser reconocidas como ciencias. Así, los científicos sociales se han dedicado a realizar postulados generales sobre el individuo y la sociedad al margen de la experiencia concreta y subjetiva que de la sociedad poseen las personas, lo que constituye un grave error en sus métodos pues olvidan que los sistemas socioculturales se constituyen de las experiencias de sus actores sociales a través de procesos cognitivos así como de la relación interactiva recíproca. También dejan de lado el factor subjetivo irreductible que se encuentra presente en cada persona, factor que impide que se realicen generalizaciones de carácter absoluto.

A lo largo de la historia de las ciencias sociales han existido investigadores, en su mayoría sociólogos, que han experimentado el problema y las consecuencias que genera proceder de ese modo, experiencia que los llevó a proponer nuevas maneras de entender y ejercer las ciencias sociales. En 1970

Wright Mills propuso considerar las relaciones entre biografía, historia y una estructura social en la que se cruzan biografía e historia dado que es un prerequisite para una aproximación a los diferentes tipos de individualidad y la comprensión de los cambios de época.

Szczepanski, por su parte, considera que dentro de la investigación social es indispensable la utilización de recursos metodológicos cualitativos, en especial los relatos de vida, así como considerar los cambios históricos y el papel activo que juegan los cambios de mentalidad de los individuos.

Otro autor, DuBots, planteó la necesidad del uso de los datos biográficos a partir de la definición del objetivo teórico de tratar la variable individual (psicológica) en relación a las variables culturales (instituciones primarias y secundarias). Al respecto de la cultura, Allport evidenció que existe el nivel de mediación de las reglas sociales y los códigos culturales específicos de cada región cultural, de cada sociedad nacional, de cada grupo social específico que delimitan los sistemas combinatorios de pautas de conducta y representación de la realidad que se sintetiza en el comportamiento humano.

Esta y otras propuestas configuran el método biográfico, mismo que rechaza la concepción positivista de una ciencia social entendida a imagen y semejanza de las ciencias naturales en las que los hechos sociales son meros datos, los individuos son informantes y las relaciones sociales son simples relaciones entre variables.

A diferencia de lo anterior, este método permite a los investigadores sociales situarse en ese punto crucial de congruencia entre el testimonio subjetivo del individuo a la luz de su trayectoria vital, de sus experiencias, de su visión particular y la plasmación de una vida que es el reflejo de una época, de unas normas sociales y de unos valores esencialmente compartidos con la comunidad de la que el sujeto forma parte. (Pujadas, 1992)

De acuerdo a Thomas y Znanieck las ventajas de utilizar este método de investigación cualitativa en un estudio social son:

- 1.- Brinda la posibilidad de formular hipótesis.

- 2.- introduce a profundidad en el universo de las relaciones primarias, permite analizar las relaciones familiares, las pautas de formación y funcionamiento de las relaciones de sociabilidad (pandillas, grupos de bar, relaciones de vecindaje, asociacionismo o las relaciones entre compañeros de trabajo)
- 3.- Proporciona control casi absoluto de las variables que explican el comportamiento dentro de su grupo primario, que representa el nivel esencial de mediación entre el individuo y la sociedad.
- 4.- Da respuesta a todas las eventuales preguntas que pudiéramos formular a través de la encuesta o entrevista.
- 5.- Permite conocer y evaluar el impacto de las transformaciones, su orden y la importancia en la vida cotidiana.
- 6.- Muestras universales particulares longitudinalmente pues integra esferas sociales y de actividad diferentes (familia, trabajo, amistad).
- 7.- En la etapa de conclusiones la realización de una o varias entrevistas biográficas nos sirve como un eficaz control de los resultados.
- 8.- En la etapa de publicación de los resultados la historia de vida es la mejor ilustración posible para que el lector pueda penetrar empáticamente en las características del universo estudiado.

En este capítulo se hará uso del método biográfico en su modalidad historia de vida para dar cuenta de un caso de obesidad. Se recordará que en el primer capítulo se habló acerca de una nueva propuesta epistemológica para explicar los padecimientos crónico- degenerativos, la propuesta de la construcción social individual de lo corporal esbozada por el doctor Sergio López Ramos. Se recordará también que dicha propuesta se basa en el supuesto de que los padecimientos crónico degenerativos, la obesidad en este caso, son contruidos a lo largo de la vida de un individuo y tienen su origen y posterior desarrollo en las emociones que se generan en la vida de un individuo como resultado de las experiencias vitales personales posibilitadas por la geografía, cultura, familia y contexto socio-político histórico económico a los que pertenece.

Sin embargo, no es suficiente para los propósitos del trabajo conocer estos datos, es indispensable adentrarse en la subjetividad de la persona para entender como significó y se apropió de éstas características, es decir, la forma en que impactaron su historia llevándola a tener ciertas emociones a partir de las cuales construyó su padecimiento. Es ante esta necesidad de adentrarse en la subjetividad de la persona que se utilizará la historia de vida.

Es por ello, que el doctor López Ramos propone replantear la formación profesional de los estudiantes de psicología desde la historia de vida y la biografía desde el inicio de clases de los primeros semestres pues “dichas herramientas permiten mostrarse ante el espacio y tiempo que toca vivir, dando sentido al accionar cotidiano y planteando un profundo sentido de reflexión sobre el origen de su vocación”.

Para él, la biografía y la historia de vida permiten resignificar la concepción del saber y hacer con los otros partiendo de uno mismo. (López (año)

El autor sustenta dicha propuesta en la observación de que los programas de estudio para los estudiantes de psicología se basan en una metodología cognitiva que implica la observación y la cuantificación. Para él, la enseñanza en psicología se reduce a la réplica, memorización, el mecanismo de una técnica, recurso o entrenamiento; al mismo tiempo señala que ésta dinámica aprendida en el salón de clases no puede ser la misma que se utilice al ofrecer el servicio a la sociedad.

Además, menciona que lo que el alumno aprende no implica un conocimiento entre él, su espacio inmediato y sus acciones, no hay un punto de conexión con su vida.

La biografía le da sentido a un principio de origen, si el alumno sabe de dónde viene y quiénes son sus ancestros le da una ubicación genealógica y un sentimiento de pertenencia a un grupo o raíz que le da sentido a su quehacer y saber. Es también una forma de llegar al espacio cotidiano del alumno, a su historia de vida en la que existen acciones repetidas de manera inconsciente y que éste no ve pero que determinan sus maneras de aprender.

¿Qué es y cómo se construye una historia de vida?

La historia de vida es se compone de relatos que se producen con la intención de elaborar y transmitir una memoria, personal en este caso (aunque también puede ser colectiva) haciendo referencia a las formas de vida de la comunidad a la que el individuo pertenece.

Su construcción es posible a través de cinco etapas. 1.- Etapa inicial: se elaboran los planteamientos teóricos del trabajo, se justifica metodológicamente el uso del método biográfico, se delimita el universo de análisis y se explicitan los criterios de selección del o los informantes, y se negocia con él o ellos su participación. 2.- Fase de encuesta: es la obtención del relato biográfico ya sea por medio de narrativas autobiográficas (diarios, correspondencia, o cualquier tipo de documento personal), por la redacción o grabación de la autobiografía del informante, por medio de la observación participante o por la entrevista biográfica que es la técnica más genuina y la que se usó en este trabajo por ser la que permite un mayor control de los datos, la situación y las motivaciones del sujeto; durante la entrevista, el investigador debe asegurarse de garantizar la comodidad del informante creando condiciones favorables como intimidad y un espacio que le sea familiar. También debe estimular la participación y el habla del informante cuidándose de hablar lo estrictamente necesario y no ser demasiado directivo durante la entrevista, para ello se deberán realizar preguntas abiertas y generales. Etapa 3.- Registro, transcripción y elaboración de la historia de vida. Etapa 4.- Análisis e interpretación.

Las razones mencionadas anteriormente sustentan la elección de la historia de vida como método utilizado en este trabajo para dar cuenta del proceso de construcción de la obesidad así como los requisitos mencionados anteriormente guiaron su realización.

3.1 METODOLOGÍA

La obtención de la historia de vida del participante se realizó utilizando la metodología cualitativa de investigación ya que para entender el proceso de construcción social individual es necesario averiguar cómo es que la participante le ha dado significado a sus vivencias, cómo es que se ha

apropiado de las ideas, valores y comportamientos desprendidos de su cultura y de sus condiciones particulares de vida.

Para poder llegar a comprender dicha significación, desde la metodología cualitativa fue necesario obtener la historia de vida de la participante a través de una entrevista semi estructurada a profundidad.

Población

La participante fue una joven de 25 años del sexo femenino que padece obesidad.

Aparatos

Para la obtención de los datos se utilizó:

- Un celular marca Samsung modelo GT-C3510 con grabadora de voz.
- Una mini lap top marca Dell.

Instrumentos

- Así mismo se utilizó un formato de entrevista semiestructurada por medio del cual se obtendrán los datos necesarios para conocer la historia de vida de la participante.

Procedimiento

Se asistió a casa de la participante con la finalidad de pedirle su participación en éste proyecto para ello, se le explicó que el objetivo del mismo era conocer el proceso de construcción social individual de su padecimiento de obesidad, se le explicó, de manera general, en qué consiste dicho proceso.

Una vez finalizada la explicación se le preguntó si deseaba participar y ella aceptó, por lo que se procedía a negociar los términos de su participación, se le dijo que era necesario realizar de una a dos sesiones de entrevista de una duración aproximada de dos horas cada una, así mismo se le explicó que para alcanzar el objetivo era necesario que éstas entrevistas fueran realizadas a profundidad y que sería necesario grabarlas.

La participante aceptó, se le pidió que fijara el lugar y fecha que le resultaran cómodos para la realización de la primera entrevista.

3.2 RESULTADOS

En este apartado se muestran los resultados obtenidos mediante la información obtenida en las entrevistas realizadas a M. El apartado se compone de tres secciones: Tabla 1 “Hechos significativos en la vida de M”, Presentación del caso y análisis de resultados.

En primer lugar, se presenta la tabla “Hechos significativos en la vida de M” , en ella se muestran los hechos significativos en su vida en cinco etapas: Nacimiento hasta los cuatro años de edad, Primera etapa de escolarizado: de los 3 a los 11 años, Etapa de la secundaria, Etapa del bachillerato y Etapa universitaria a la actualidad, así también se muestran las emociones y sentimientos que estos generaron en ella, los sabores de preferencia y padecimientos que tenía en esos momentos.

Enseguida se presenta la historia de vida de M, misma que servirá al lector como una introducción para abordar el proceso de construcción de la obesidad que ella padece. Por último, se presenta el análisis de resultados, este consiste en la articulación de la historia de vida con la propuesta de la construcción social individual de lo corporal para ofrecer al lector una explicación integral al desarrollo de la obesidad de M.

Tabla 1 “HECHOS SIGNIFICATIVOS EN LA VIDA DE M.”

EDAD	HECHO SIGNIFICATIVO	EMOCIÓN	SENTIMIENTO	SABOR	PADECIMIENTO
NACIMIENTO HASTA LOS CUATRO AÑOS DE EDAD					
Nacimiento	Estuvo en la incubadora dos meses por complicaciones en el parto.				Complicación al momento de nacer.
Nacimiento	Cesárea, los médicos la sugieren ya que ella es pequeña de matriz y va tener gemelos				
Nacimiento	Nace un minuto después de su hermana gemela y eso le genera complicaciones, no sabe cuáles.				
2 años	Muerte de su hermana gemela. Fallece de asma.	No lo recuerda	No lo recuerda		Ninguno
4 años	Nace su hermano	No lo recuerda	No lo recuerda		Ninguno
PRIMERA ETAPA DE ESCOLARIZADO DE LOS 3 A LOS 11 AÑOS					
6 años	Sus papás se divorcian		Tristeza	Picante y salado	Ninguno
6 años	Al principio su papá la frecuentaba a ella y a su hermano, la relación entre ella y su papá seguía siendo buena.	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Ninguno
6 años	Su papá deja de verlos por completo y ella piensa que se ha olvidado de ellos.	Melancolía	Tristeza	Picante y salado	

6 años	Enferma de hepatitis			Dulce (por la enfermedad)	Hepatitis
10 años	Fallece su abuelita materna tras la complicación de una operación de cálculos biliares,	En ese momento no le caía el veinte, no podía llorar y andaba como si nada. Después de 3 o 4 meses dejó de hablar, mencionaba que la extrañaba mucho y que de ser una niña extrovertida se retrajo mucho.	Aplanamiento emocional	Picante y salado	Mutismo
10 años	era la persona con la que pasaba más tiempo, ella estaba muy apegada a su abuela	Melancolía	Tristeza	Picante y salado	Mutismo
10 años	. A raíz de ello deja de hablar 4 ó 5 meses y su mamá la lleva a terapia psicológica.	Melancolía	Tristeza	Picante y salado	Mutismo
11 años	Viven en casa de los abuelos durante un año			Picante y salado	Ninguno
11 años	M tiene ahora que pedir permiso también a su padrastro.	Al principio le costó trabajo pero después se adaptó.		Picante y salado	Ninguno
12 años	Después de un año la mamá de M. y su pareja deciden vivir con sus hijos.	Alegría		Picante y salado	Ninguno
12 años	Se mudan de la casa de sus abuelitos			Picante y salado	Ninguno

ETAPA DE LA SECUNDARIA					
11 años	Entra a la secundaria			Picante y salado	Ninguno.
	Cambios frecuentes de casa.			Picante y salado	
11 años	Comienza a engordar			Picante y salado	Sobrepeso
11 años	Responsable del cuidado de su hermano menor pues sus papás trabajaban así que ella hacia las tareas con él, le daba de comer, lo cuidaba.	Le gustaba cuidarlo pues dice que eso ayudo a que se unieran más y se hicieran independientes.	Independencia Felicidad	Picante y salado	Obesidad
ETAPA DEL BACHILLERATO					
15 años	Inicia los estudios del bachillerato.	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Menciona que siempre en etapa de exámenes finales o entrega de trabajos se enfermaba de gripe.
15 años	Fiesta de XV años	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Obesidad
16 años	Deja de convivir con su abuelo materno tras una pelea que su mamá tuvo con él.	Menciona que aunque apoyaba a su mamá, en algún momento sintió que era injusto que no pudiera verlo. Ira	Coraje	Picante y salado	Obesidad
ETAPA UNIVERSITARIA A LA ACTUALIDAD					
18 años	Tiene su primer noviazgo formal con A., un chico que le llevaba 6 años de edad.	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Obesidad

18 años	Surge en ella el interés por saber sobre la vida de su papá biológico.	Ansiedad por saber de él.		Picante y salado	Obesidad
19 años	Establece contacto con su papá vía telefónica. Ella quería saber de su papá así que buscó su nombre en la página de internet de la sección amarilla y encontró el teléfono, le marcó y desde ese día mantuvieron contacto vía teléfono y correo electrónico, se enviaban fotos el uno del otro.	Alegría		Picante y salado	Obesidad
19 años	Su mamá se molestó en un principio por el hecho de que ella lo buscara.			Picante y salado	Obesidad
19 años	Su hermano no quiso participar del encuentro pues considera que ese señor no era su papá.			Picante y salado	Obesidad
19 años	Ella descubre que fue su mamá quién le prohibió a su papá que los viera.	En algún momento pensó que era injusto pero dice haber entendido después que su mamá debió tener razones para creer que eso era mejor para ellos	Tristeza	Picante y salado	Obesidad

21 años	Estudiaba y trabajaba para pagarse la universidad en Pachuca, allá compartía la renta de un departamento con unas amigas. Viajaba para allá los viernes y volvía los domingos			Picante, salado y dulce.	Obesidad
22 años	Fallece su abuelo materno de un paro cardíaco, hacia 6 años que ella no convivía con él.	Melancolía	Se sintió triste, sin embargo, menciona que no fue tan doloroso pues ella ya no convivía con él	Picante y salado	Obesidad
22 años	Inicia su vida sexual.	Alegría	Felicidad, Amor	Picante y salado	Obesidad
22 años	Después de cuatro años termina su relación amorosa a causa de intereses diferentes producto de la diferencia de edad.	Melancolía	Depresión	Picante y salado	Obesidad
23 años	Se gradúa de la Universidad de Pachuca, hace fiesta de graduación con sus tres amigas en un salón propiedad de los familiares de una de ellas, acuden sus familiares.	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Obesidad
23 años	Fallece su papá biológico 1 mes después de ser operado por cálculos renales. Ella se reencontraría con él después de 18 años de no verlo, y 14 de no saber nada sobre él; ella iría a verlo a Culiacán (ahí vivía él) en diciembre del 2010, sin	Melancolía	Tristeza	Picante y salado	Obesidad

	embargo, él falleció en noviembre de ese año por lo que el encuentro no se llevó a cabo.	Tristeza		Picante y salado	
24 años	Inicia una relación amorosa con Moisés	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Obesidad
24 años	Cuatro meses después termina la relación. Se complicó debido a las distancias pues se conocieron en la universidad de Pachuca y cuando ella terminó la carrera se le dificultaba ir para allá y a él venir para acá.	Melancolía	Menciona que se sintió un poco triste pero que no le afectó tanto como su rompimiento con A.	Picante y salado	Obesidad
25 años	Inicia su tercera relación amorosa con Daniel	Alegría	Felicidad	Picante y salado	Obesidad
25 años	8 meses después de iniciada, la relación termina pues él decidió irse a vivir a Guadalajara y ella no deseaba mantener una relación a distancia.	Melancolía	Tristeza	Picante y salado	Obesidad
27 años	Su hermano J se gradúa de la carrera de enfermería de la UNAM. Hubo fiesta de graduación.	Alegría	Felicidad		Obesidad
27 años	En la actualidad M. sale con una persona sin que se haya concretado una relación aún.				Obesidad

TABLA 1 Muestra los hechos significativos en la vida de M en cinco etapas de su vida. Así mismo muestra las emociones, sentimientos, sabores de preferencia y padecimientos derivados de estos hechos

M. es una chica de 25 años nacida en el Distrito Federal, mismo lugar en dónde ha residido con su familia estos 27 años. Es ingeniera en sistemas computacionales. Es soltera, no tiene hijos y profesa la religión católica. Es la mayor de dos hermanos, ella y J., sin embargo, también tuvo una hermana gemela actualmente fallecida, al momento de su nacimiento su mamá tenía 27 años y su papá 29. M. comenta que el embarazo fue normal, no hubo complicaciones, su mamá estuvo sana y tuvo asistencia médica durante todo el embarazo, sin embargo, los médicos le dijeron a su mamá que era muy pequeña de estatura y que su matriz era muy joven para tener gemelos, razón por la que tuvieron que practicarle la cesárea:

“Lo que me platica mi mamá es que los médicos le decían que tenía su matriz muy joven, esa fue una de las razones y pequeña de estatura para tener gemelas.”

M. comenta que su mamá no tuvo problemas en el parto, sin embargo ella (M) nació un minuto después de su hermana por lo que tuvo complicaciones que la llevaron a estar dos meses en la incubadora:

“...cuando yo nací estuve un tiempo en la incubadora...” “lo que pasa es que nací con... creo que un minuto de retraso después de mi hermana y eso afectó algo... no sé, exactamente no lo sé.”

M: ...yo tuve una gemela y al parecer se complicó y por eso estuve en la incubadora

E: ¿Aproximadamente cuánto tiempo...?

M: Dos meses

Una vez que salió del hospital, ella, su gemela y sus papás se fueron a vivir a casa de sus abuelos maternos, en dónde además de sus abuelos C. y A. vivía una hermana de su mamá, un hermano de su mamá y sus respectivos hijos.

A los dos años de edad, M. sufrió la primera pérdida de uno de sus seres queridos pues su gemela murió de asma:

E: ¿Con tu gemela tienes alguna relación?

M: No, ella también ya falleció, ella falleció a los dos años de asma.

Sin embargo, ella menciona que no recuerda la convivencia con ella ni cómo se sintió tras su fallecimiento, pues lo que sabe del tema es porque su mamá se lo

ha platicado. Al respecto, M. comenta que le gusta mucho cuando su mamá le platica de su hermana pues siente mucha ternura, también comenta que al escucharla se da cuenta que fue una experiencia muy fuerte para su mamá.

M: Pues yo estaba muy pequeñita, también tenía dos años. La verdad no recuerdo cómo fue que pasó o como lo tomé yo, era una bebé; mmm mi mamá... sí creo que hasta la fecha lo sigue sintiendo, le pega y así. Creo que sí fue muy, muy fuerte.

E: ¿Te lo ha llegado a comentar en algún momento?

M: Este... como tal no, expresar así de que todavía lo sienta y eso no, pero como platicamos mucho de repente saca cosas así de: "Ay tu hermana o... tu papá o... antes", este... yo la verdad no recuerdo muchas cosas de mi niñez entonces me gusta que me platique eso.

E: Te gusta escucharla

M: Si, me gusta escucharla (se ríe con emoción)

E: ¿Y te mueve alguna emoción cuando te platica esto?

M: Me da un poco de ternura cuando empieza a decirme por ejemplo de cuando yo iba en la escuela o cuando yo estaba con mi hermana todavía, me gusta mucho.

Dos años después del fallecimiento, cuando M. tenía cuatro años nació su hermano menor, J; a su mamá tuvieron que practicarle cesárea, sin embargo, ninguno de los dos tuvo complicaciones durante ni después del nacimiento.

Aún siguieron viviendo en casa de sus abuelos maternos. M. recuerda que era su abuelita C. quien la cuidaba:

E: Me gustaría que me platicaras ¿quién te cuidaba cuando vivías en casa de tus abuelos?

M: Mi abuela

Por lo tanto también era su abuela la encargada de regañarla cuando se portaba mal, su abuelita no le pegaba, tan sólo le llamaba la atención y después le daba la queja a su mamá:

E: ...bueno cuándo vivías con tus abuelos como te corregían, como... vaya no sé hacías algo mal y ¿cómo te corregían?

M: Bueno, era la llamada de atención y "no lo hagas" y ya en la tarde que llegaba mi mamá era acusarme con mi mamá (risas)

E: ¿En qué consistía el regaño?

M: Si, bueno era tu regaño y el justificar el por qué no se debían de hacer las cosas porque puede pasar esto o aquello, te mostraban las consecuencias, aja ya fuera mi mamá o mi abuela.

AL respecto de la dinámica familiar, M. menciona que entre semana todas las personas que habitaban la casa procuraban comer juntas, a menos que las actividades diarias de algunos lo impidieran:

E: ¿Recuerdas con quien solías comer cuando eras chiquita?

M: Si, bueno, en las tardes era con todos, mis tíos, mis primos y ellos, si no es que unos estaban trabajando o en la escuela pero normalmente era comida familiar con todos.

Comían tres veces al día y era C. quien se encargaba de preparar la comida, a M. le gustaba mucho como cocinaba su abuelita, incluso tenía sus platillos favoritos:

E: ¿Qué alimentos eran tus preferidos cuando estabas chiquita?, así algo que te gustara mucho.

M: Las milanesas (risas) si, esas y mi abuela hacía unas... yo les llamaba arbolitos, no sé qué verdura era pero era rellena de queso y capeadas, esos me gustaban mucho.

También tenía los que no le gustaban:

E: ¿y algo así que digas: "Ay, esto de plano no me gustaba"?

M: El hígado, eso si no, nunca me ha gustado.

E: Ay ya somos dos, a mí tampoco me gusta (Risas)

M: Sí, el hígado y el pescado... bueno todo lo que lleve mariscos, pescado y eso, no.

Así mismo, desarrolló un gusto por la comida picante pues en la comida que preparaba su abuelita el picante era uno de los ingredientes principales:

E: ¿Me podrías decir más o menos qué tipo de alimentación llevaban mientras estuvieron viviendo ahí?

M: Pues... mmmm, es que no sé a qué te refieres con eso, y es... creo que normal (risa)

E: ¿Normal?, ¿Había, alguna preferencia por la carne, las verduras o algún sabor en específico?

M: Picante, siempre ha predominado el sabor picante

M. siempre ha tenido una buena relación con las personas que vivían en casa de sus abuelos: su tío, su tía y sus primos.

La segunda pérdida que vivió M. sucedió a los siete años de edad, pues sus papás decidieron divorciarse, ella no sabe la razón por la que tomaron ésta decisión pues su mamá nunca le ha hablado al respecto:

E: Ok, ¿Sabes más o menos cual fue la razón del divorcio?

M: Este... no, eso sí no lo sé.

E: No te preocupes, ¿sabes la razón por la cual tu papá se alejó de ti?

M: Mmmm, no lo tengo comprobado (risa) pero según él nos decía que mi mamá le había prohibido vernos y eso.

E: Ok, ¿Tu mamá te ha comentado algo al respecto?

M: N... a ella no le gusta hablar de eso, sobre todo por respeto a su esposo.

Tampoco sus familiares le han comentado sobre las razones el divorcio. Cuando ella contactó con su papá unos años más tarde (se explicará con detalle más adelante) él tampoco le comentó nada, así que ella no sabe la razón del divorcio.

E: Me comentabas que tu mamá nunca te ha hablado sobre las razones del divorcio, (M: No) ¿en el tiempo que volviste a tener contacto con tu papá, él te llegó a decir algo sobre eso?

M: M,m, no.

E: Ok, ¿Algún otro familiar te ha dicho algo del por qué se divorciaron?

M: No, el tema es muy de ellos.

M. y su papá mantenían una buena relación antes del divorcio, después de este se mantuvo así durante un tiempo, tanto con M. como con J., sin embargo, no se hacía cargo de ellos económicamente, la mamá era quién lo hacía. Un tiempo después, el papá dejó de buscarlos y no volvieron a saber nada de él. M. tenía 7 años y J. tres.

E: ¿Cómo era la relación que tenías con tu papá antes de que ellos se divorciaran?

M: ¿Con mi papá? En general era buena, sí era buena, después ya se separaron y él todavía nos visitaba y la relación siguió siendo buena entre nosotros.

E: Él se seguía haciendo cargo económicamente de ustedes?

M: Ah, no

E: ¿Lo hacía tu mamá?

M: Si

La edad de siete años fue una época difícil para ella pues aunado a la pérdida de su papá, enfermó de hepatitis:

E: De niña, ¿Tuviste alguna enfermedad?

M: Mmmmm, tuve hepatitis como a los seis... siete años más o menos, es lo único.

Estuvo en cuarentena y siguiendo el tratamiento, dice que tomaba una solución que le mandó el médico, sin embargo no recuerda cual era ni que contenía. En su casa le preparaban mucho arroz y comía muchos dulces por ser lo único que el hígado toleraba en ese momento:

M: cuando estuve en la primaria, me dio hepatitis y estuve en cuarentena cuarenta días (risas, ah pues cuarentena).

E: ¿Recuerdas qué medicamentos tomabas para la hepatitis?

M: Mmmmm, sólo recuerdo que era una solución, pero qué era exactamente no lo recuerdo.

E: Durante ese tiempo, ¿cambió tu alimentación?

M: Pues cuando tienes hepatitis lo único que tolera tu hígado es lo dulce, entonces comía muchos dulces.

E: ¿Recuerdas que te prepararan comida especial?

M: Mmm, si, arroz. Yo creo que por eso me gusta el arroz.

E: ¿Recuerdas cuánto tiempo duró el tratamiento de la hepatitis?

M: Yo creo que como dos meses, más o menos

E: ¿Cuál fue el resultado del tratamiento?

M: Pues.... Este, me alivié (Risas)

M. desconoce si su papá se enteró de que ella estaba enferma pues él no la visitó ni le llamó:

E: Platicábamos en las entrevistas pasadas que cuando tenías como seis o siete años enfermaste de hepatitis

M: Si

E: ¿Cuándo tú te enfermas, todavía vivía tu papá con ustedes?

M: No, ya no.

E: ¿Se enteró de que habías enfermado?

M: Eso nunca lo supe

E: Supongo entonces que no lo viste en ese tiempo?

M: No

Se alivió de la hepatitis y su vida transcurrió de manera normal, aún vivía en casa de sus abuelos C. y A., su mamá trabajaba para mantenerlos y su papá se mantenía alejado de ella.

Fue a la edad de 10 años que la vida de M. volvió a dar un giro pues sobrevino la tercera pérdida de uno de sus seres queridos, su abuelita C. murió tras la complicación de una operación de cálculos biliares:

E: Ok, ¿Sabes de que murieron tus abuelos?

M: ... mi abuela mmmm tuvo... a raíz de una operación también me parece que de cálculos biliares, algo así, se le complicó y de ahí ya no se recuperó.

E: ¿cuántos años tenías cuando falleció tu abuelita?

M: Tenía alrededor de 11... 10 años.

Ésta pérdida fue muy significativa para ella dado que su abuelita era la persona con la que pasaba más tiempo, era quien la cuidaba. M. experimentó en un principio un aplanamiento emocional o negación frente a la muerte, sin embargo, a los dos o tres meses presentó mutismo y se convirtió en una niña retraída. La extrañaba mucho.

M: Mmmm, de mi abuela si fue muy fuerte, este... me acuerdo mucho que ese día no pude llorar (se ríe como nerviosa) no pude llorar y como que me freakee mucho, al grado de no

hablar con nadie, con nadie, con nadie. Este... mi mamá me llevó a terapias con un psicólogo para poder como superar eso y avanzar. (Otra vez la risa nerviosa)

E: ¿Cuánto tiempo asististe al psicólogo?

M: Mmmm... como cuatro o cinco meses.

E: Como cuatro o cinco meses

E: ¿Recuerdas que fue lo que te dijo el psicólogo del porque dejaste de hablar?

M: No, no me acuerdo, no, como te comento hay muchas cosas que no recuerdo de mi infancia, sólo recuerdo que yo estaba en la primaria y este... de pasar de ser una niña super extrovertida me retraí mucho.

E: A partir de la muerte de tu abuela

M: Si

E: ¿Y por qué consideras que no pudiste llorar ese día o a que te refieres cuando me dices que no podías llorar?

M: Porque yo me acuerdo mucho que yo veía a toda mi familia llorando y eso y yo no, andaba como si nada... (se ríe nerviosa)... digo, tampoco era de reírme o cosas así pero simplemente no podía llorar, no me caía el veinte.

E: ¿Cuánto tiempo después del fallecimiento dejaste de hablar con las personas?

M: Pues, yo creo que fue como un proceso así de... hacia atrás como tres o cuatro meses.

E: ¿Qué sentías en ese momento que no hablabas con nadie, cómo te sentías?

M: Mmmm, la extrañaba mucho, si, y porque era la que estaba con nosotros cuando mi mamá no estaba, como que si estaba muy muy muy apegada a ella.

Después de este acontecimiento, viene otro cambio importante para M. pues su mamá conoce a su nueva pareja: M.C., y después de dos años de relación durante los que él tan solo los visitaba se muda a vivir con ellos en casa de sus abuelitos, para ella fue una situación complicado al principio:

E: Podrías contarme cómo fue tu proceso de adaptación al comenzar a vivir con la actual pareja de tu mamá?

M: Al principio fue raro llegar y verlo y ya después lo complicado era que ya no nada más era pedirle permiso a mi mamá, sino ahora también a él.

E: ¿Tu hermano lo vivió igual?

M: No, con el fue más fácil por el hecho de ser hombre.

A pesar de ello su relación con él no era conflictiva y, después de un tiempo M. comenzó a llamarlo “papá” por decisión propia:

E: He notado que te refieres a M como papá, ¿esa fue una decisión tuya, o cómo se dio?

M: Si, si, si, fue por decisión propia. Desde que se casaron ellos.

E: Entonces M supo ganarse tu cariño

M: Sí, la verdad es que si se lo ganó.

Después de un año de vivir con la nueva pareja de su mamá en casa de sus abuelitos maternos, la pareja decide que los cuatro deben vivir solos, comienza así un proceso de cambios de casa frecuentes que coinciden con la época en la que M. estuvo en la secundaria:

E: Cuéntame un poco sobre tu época en la secundaria

M: Bueno, la secundaria la hice en tres escuelas diferentes porque en esa época nos cambiábamos mucho de casa, el primero fue complicado pues por el cambio y todo eso, el segundo, y el tercero fue el mejor porque era un grupo pequeño y yo tenía muchos amigos.

E: ¿Cuántos cambios de casa hubo antes de que tu mamá y Miguel se establecieran como pareja, hasta que llegaron aquí?

M: a ver, fueron uno, dos, tres, este fue el cuarto.

E: ¿Más o menos cuanto tiempo pasó entre uno y otro?

M: Mmmmm, pues cuando salimos de la casa de mis abuelos estuvimos casi dos años en la otra casa y después regresamos cerca de ahí de mis abuelos, en la misma calle pero en otra casa y estuvimos como cuatro años hasta que llegamos aquí.

Su mamá y M.C. seguían trabajando en la imprenta en la que se conocieron y como ahora vivían los cuatro solos no había quien cuidara de ellos, así que M. debía hacerse cargo del cuidado de J sin que ello representara un conflicto para ella, como se observa en los siguientes fragmentos de entrevista, en el primer fragmento habla acerca de su responsabilidad respecto a J:

E: Y por ejemplo, ¿a ti te hicieron alguna vez tomar la responsabilidad de tu hermano menor?

M: Si claro, como mi mamá y mi papá trabajaban yo me quedaba con mi hermano y era de cuidarlo y todo, tareas, darle de comer y así

E: ¿Te gustó el hecho de que te dejaran a cargo de tu hermano?

M: ¿Y cómo vivió él el que tu lo cuidaras?

E: Pues de hecho nos llevamos bastante bien

Mientras que, el segundo fragmento refleja sus sentimientos sobre el hecho:

E: También te preguntaba desde la vez pasada que como te sentías de que en algún momento tu fuiste la responsable de cuidar a Joshua?

M: Fue bueno porque eso también ayudo a que nosotros nos uniéramos mucho, somos muy muy unidos y también fue bueno porque eso nos hizo ser más independientes.

A los 15 años M. inició sus estudios a nivel bachillerato en la escuela Senda 2000, en ésta época se presenta un hecho importante: su fiesta de 15 años, misma que fue costeada por su mamá y Mi, de acuerdo a las palabras de M, ella se sentía muy feliz puesto que acudieron sus familiares y amigos; su papá biológico no estuvo presente:

M: Ah, si, mi fiesta de quince años. Invité a mis amigas de la prepa

E: ¿Cómo fue tu fiesta? La mía fue de la muñequita del pastel y todo eso ¿la tuya?

M: (risas) Si también fue así

E: Y pensar que ya vamos por los segundos quince años

M: (risas) No, todavía falta

E: (risas) ¿En dónde fue tu fiesta?

M: En un salón que está en Vallejo

E: ¿Quién se encargo de costearla?

M: Mi papá y mi mamá

E: ¿Quiénes asistieron?

M: Pues mis amigos, mis tíos y primos y pues mi familia. Fueron hermanos de mi mamá, hermanos de mi papá, también compañeros del trabajo de ellos.

Ésta etapa, que duro tres años, transcurrió sin contratiempo alguno. Llegó la hora de entrar a la universidad, sin embargo, los intentos de M. por ingresar a las universidades públicas no dieron buenos resultados, por esa razón, decidió ingresar a la Universidad Tecnológica de Tecámac para cursar los estudios técnicos en sistemas computacionales.

En ésta etapa sucedieron dos hechos significativos en la vida de M., el primero de ellos es el comienzo de su vida amorosa pues a los 18 años de edad, M. comenzó su primer noviazgo formal con A. un chico que le llevaba 6 años de edad, de acuerdo a lo dicho por M, la relación era buena, sin embargo, la diferencia de edades fue la causa de la ruptura después de 4 años debido a la diferencia de intereses resultante de la misma:

E: ¿Y me podrías platicar un poquito acerca de lo que han sido tus relaciones sentimentales?

M: Este, bueno, sólo he tenido tres, mmmm la primera fue muy seria y formal duró más o menos como tres cuatro años, este... no funcionó y ya.

E: ¿Qué edad tenías cuando comenzaste tu primera relación?

M: Dieciocho.

E: Dieciocho años, ¿y por qué razón consideras que no funcionó?

M: También mmm, involucró mucho lo que son los intereses diferentes, a lo mejor la diferencia de edad... no sé.

E: ¿Te llevaba muchos años?

M: Seis, seis años.

E. Ok, ¿Y cómo viviste tu esa relación?

M: Pues sí, la verdad si fue buena. Tuvo momentos así de que peleábamos y eso pero hubo más momentos buenos.

Por otra parte, a los 18 años se agudiza en en M. la necesidad de saber que había pasado con la vida de su papá biológico, ella tenía ese deseo desde que dejó de verlo (tenía 6 años), pero fue a los 18 que se volvió más intenso. En un principio le preguntaba a su mamá sobre él, sin embargo, le dijo que ella no sabía nada pues había perdido todo contacto:

De mi papá... también fue un poco complicado porque desde que yo tenía como seis siete años no lo ví (risa nerviosa) no lo ví entonces... pero yo siempre quise saber de él y verlo y eso

E: ¿En qué momento surge ésta inquietud tuya por saber de tu papá?

M: Como a los dieciocho años

E: ¿Y alguna vez lo comentaste con tu mamá o con tu hermano?

M: Si, con mi mamá

E: ¿Y qué te dijo ella?

M: Que ella no sabía dónde localizarlo, que ya le había perdido la pista y así.

Sin embargo, a pesar de este hecho, M no perdería su objetivo de vista y lo conseguiría 1 año después, de ello se hablará más adelante.

A los 21 años de edad, M. termina los estudios técnicos en Tecamac, sin embargo, toma la decisión de continuar con los estudios universitarios correspondientes a la carrera de ingeniería en sistemas. Después de investigar qué universidades impartían la carrera, ella eligió la Universidad de Pachuca por ser la única en la que le revalidaban materias:

E: Precisamente me llama la atención que la otra vez me dijiste que primero estabas en la Universidad tecnológica de Tecamac y luego te fuiste a la de Pachuca, ¿por qué se da el cambio de universidad?

M: Bueno, la Universidad de Tecamac tiene también lo que es el bachillerato y yo lo estudié ahí y ahí me di cuenta que me gustaría estudiar una ingeniería, entonces me puse a investigar y supe que en la universidad de Pachuca me revalidaban materias y entonces me fui para allá.

E: ¿Mientras estabas estudiando en Pachuca?, vivían allá o ¿cómo le hacían?

M: De lunes a jueves... los viernes me iba para allá porque ahí rentábamos un departamento, estaba viernes y sábado y me regresaba el domingo para acá.

E: Entonces ¿Tus clases eran una vez a la semana?

M: Dos veces a la semana, viernes y sábado.

E: ¿Y en el departamento de allá vivías con tu familia?

M: No, vivía con unas amigas.

E: ¿Cómo tomó tu familia ésta situación de ir y venir y estar sola dos días allá?

M: Bien, yo le expliqué a mi mamá que eso era lo que yo quería hacer y afortunadamente lo tomó bien.

El plan de estudios tuvo una duración de dos años y las clases se impartían únicamente los días viernes y sábado. Los días viernes por la tarde, M. se trasladaba del Distrito Federal a Pachuca, en dónde compartía casa con tres compañeras de la escuela durante esos dos días; los domingos volvía a su casa en el D.F. pues trabajaba de lunes a viernes para pagar sus estudios, menciona que fue una etapa difícil por el ir y venir. En su trabajo, se desempeñaba como desarrolladora en la Segob:

E: ¿Cuántos años tenías cuando entraste a la universidad?

M: ¿A la de Pachuca?

E: Sí

M: Como veintiuno, si veintiun años, casi veintidos.

E: ¿Cuánto tiempo duró tu carrera?

M: Dos años

E: Me comentas que las clases eran los...

M: Viernes y sábados

E: Viernes y sábados, ¿Cuántas horas ibas a la escuela?

M: Aaaaa, los viernes iba dos, de... no, cuatro de cuatro a diez. No, no me cuadra, bueno pon tú que tenía dos materias que duraban dos horas cada una. Los sábados de siete a cinco de la tarde.

E: ¿Te resultó difícil ésta época en la que ibas y venías?

M: Si porque aparte entre semana yo tenía que trabajar

E: ¿En dónde estabas trabajando?

M: En Segob, si, en ese entonces estaba en la Segob

E: ¿Y qué labores realizabas?

M: Ahí era desarrolladora

E: Ya aplicabas tus conocimientos

M: Si, ya

E: ¿Cuál era tu horario de trabajo?

M: Mmmm, de lunes a jueves de nueve a diez y los viernes de nueve a dos de la tarde.

Ella menciona que en esos dos años subió de peso al igual que sus compañeras debido a que comían y cenaban casi siempre en la calle:

E: ¿Hay alguna etapa de tu vida en la que haya cambiado drásticamente tu alimentación?

M: Mmmm, si, cuando estuve en Pachuca allá en la universidad, si noté que comía más

E: ¿Qué cosas comías?

M: Bueno, vivíamos las cuatro y todas subimos de peso, eso si lo notamos todas (risas) porque los viernes cuando salíamos nos íbamos a cenar y al lado de la casa dónde vivíamos sale una señora a vender quesadillas y sopecitos y así... y como vivíamos allá en Pachuca los sábados era de irnos a desayunar pastes o irnos a la barbacoa y comíamos puras cosas así, muy ricas.

A los 22 años, es decir, al final de la relación M. inició su vida sexual con A., al respecto, menciona dos cosas importantes, la primera es que no ha experimentado dificultades al mostrar su cuerpo durante el sexo a pesar de padecer obesidad:

Fragmento

La segunda es el hecho de considerarse una persona siempre responsable en lo tocante a su sexualidad:

E: Ok, ¿A qué edad comenzaste a ejercer tu sexualidad?

M: Veintidós, a los veintidós años

E: Veintidós años, ¿Consideras que has sido responsable?

M: Si, yo soy muy responsable.

De acuerdo a lo mencionado por M., el término de ésta relación le afectó pues se sintió triste por un período aproximado de tres meses, fue la ruptura que más le dolió.

Desafortunadamente, A. no fue la única pérdida que M. vivió a los 22 años de edad pues también murió su abuelo materno a causa de un paro cardíaco, para ese momento, M. llevaba un período de 6 años sin verlo ni saber nada de él debido a que su mamá dejó de hablarle, la razón: no haberle apoyado después de pelear con la esposa de su tío. En un principio, a M. le pareció injusto no poder ver a su abuelito ni convivir con él, sin embargo nunca se lo dijo a su mamá pues considera que ella necesitaba el apoyo de su familia en ese momento:

E: ¿Cuántos años tenías cuando falleció tu abuelito materno?

M: Tenía... 22 años

E: Tiene poquito, relativamente.

M: Sí, tiene poquito.

E: Me comentabas la vez pasada que tu mamá y tu abuelito sostuvieron una pelea por la que dejaron de hablarse, ¿Sabes, por qué razón se pelearon?

M: No sé, fue porque mi mamá se peleó con la esposa de un hermano de él y como era su hermano toda la familia la defendió a ella y le dieron la espalda a mi mamá.

E: ¿Qué sentías o pensabas del hecho de que al estar enojados no podías ver a tu abuelito?

M: Pues si la verdad sentía como: "no es justo" pero pues estaban mal y para mí era más importante apoyar a mi mamá

E: ¿Cómo era la convivencia con él antes de que se pelearan?

M: También era buena, él siempre fue muy bueno con todos sus nietos.

De acuerdo a lo mencionado por M., este hecho no fue tan doloroso pues hacía seis años que no convivía con él:

Como ya se mencionó con anterioridad, a los 23 años ocurre en la vida de M un hecho muy significativo para ella, pues se trata de la consecución de algo que ella deseó desde los 6 años: saber de su papá biológico. Después de saber que su mamá no podía ayudarle pues no tenía contacto alguno con su

papá, decidió buscar su teléfono en la sección amarilla y lo llamó, de acuerdo a M, la reacción de él fue de sorpresa y gusto:

Me decías que de algunos años para antes de que tu papá falleciera tú lo buscaste y te mantuviste en contacto con él, ¿cómo lo encontraste?

M: Soy curiosa (risas) y como en mi trabajo manejo mucho internet me metí a la página de la sección amarilla, busqué su nombre y ya me apareció el número y pues le marqué.

E: ¿hace cuanto tiempo de eso?

M: Hace como tres años

E: ¿Cuál fue su reacción?

M: Pues sí fue de sorpresa al principio pero de ahí no nos dejábamos de comunicar... el contacto siempre fue por teléfono.

E: Bueno, regresando en la información, la entrevista pasada hablábamos sobre como fue el reencuentro con tu papá biológico, decías que buscaste sus datos en la sección amarilla y te envalentonaste para hablarle. Yo te preguntaba entonces cual había sido su reacción al escucharte y esa parte se borro, ¿me podrías repetir esa parte?

M: Sí, bueno pues le cayó de extraño ¿no? yo creo que él jamás se esperaba que yo le fuera a marcar y este para mí también fue así de : ¿ si eres tú?, fue sorpresa, más que nada.

E: Pero tú como lo notaste ¿Le dio gusto o no saber de ti?

M: Sí, si le dió.

Así fue como a raíz de ese primer encuentro comenzó una relación vía telefónica y correos electrónicos, relación que duraría sólo cuatro años:

hace como... cuatro años lo encontré y manteníamos comunicación vía telefónica o por correo y así

Así supo que su papá vivía en Culiacán y era comerciante, que nunca se volvió a casar y lo más importante, que su mamá fue quien le prohibió a él que los buscara a ella y a su hermano; acerca de las razones del divorcio M menciona que su papá tampoco le platicó sobre ellas, ni su mamá, ni su familia, motivo por el cual aún no las sabe.

Con respecto a la reacción de G, (su mamá) y J, hermano de M: G. se molestó en un principio y le reclamó a M el hecho de haber buscado a su papá mientras

que J manifestó no tener deseos de formar parte de esa nueva relación argumentando: “ese señor no es mi papá”.

M comenta que tanto de su papá como de ella hubo intención por encontrarse, sin embargo, la situación económica de su papá era mala:

E: Alguna vez manifestó intenciones de venir a verte?

M: Claro, pero él estaba mal económicamente y yo nunca le pedí así de “ven “ o algo así, no.

Por ésta razón ella le había dicho que iría a verlo en el mes de diciembre del 2010 sin embargo, este encuentro no fue posible debido a que él falleció en el mes de noviembre de ese año:

M: De mi papá... también fue un poco complicado porque desde que yo tenía como seis siete años no lo ví (risa nerviosa) no lo ví entonces... pero yo siempre quise saber de él y verlo y eso y hace como... cuatro años lo encontré y manteníamos comunicación vía telefónica o por correo y así, nunca nos volvimos a ver. Tenía yo los planes de ir en diciembre a visitarlo porque él vivía en Culiacán, pero en noviembre falleció y entonces si fue así de “Bueno (risa nerviosa) ¡ya no lo ví! (risa nerviosa)

:Alguna vez manifestó intenciones de venir a verte?

Claro, pero él estaba mal económicamente y yo nunca le pedí así de “ven “ o algo así, no.

En el 2009, se gradúa de la Universidad, tenía 24 años

A la edad de 24 años inicia una relación amorosa con M, a quién conoció en la Universidad de Pachuca, la relación dura sólo cuatro meses debido a que ella ya había terminado la carrera, razón por lo que le era difícil ir a Pachuca y a él le era difícil venir al Distrito Federal:

E: Tu segunda relación me comentabas que duró poquito, ¿A qué edad comenzaste con esa relación?

M: Mmmmm, tenía, veinte... iba a cumplir veinticinco, no veintiséis, ¡no! espera, aún no cumplo veintiséis (risas) iba a cumplir veinticuatro.

E: ¿En dónde lo conociste?

M: En la Universidad, en Pachuca.

E: ¿Y esa por qué no funcionó?

M: Te repito terminamos la escuela, bueno, yo terminé la escuela porque él ya había terminado este, el era amigo de una compañera que iba conmigo en el salón, este, terminamos la escuela y como a mí ya se me dificultaba mucho ir para allá y a él se le dificultaba mucho venir para acá... fue por eso que decidimos terminar.

Al siguiente año (ella contaba ya con 25 años de edad) inicia una tercera relación con D., misma que duró ocho meses pues él decidió cambiar su lugar de residencia a Guadalajara; M. menciona que ella no gusta de mantener una relación a distancia:

E. ¿Y tu última relación a qué edad la tuviste?

M: 25

E: Ok, ¿Cuánto tiempo duró?

M: Mmmm, siete, ocho meses.

E: Esa me comentabas que termino por...

M: También por intereses diferentes

E: Intereses diferentes ¿un ejemplo?

M: Mmm básicamente fue por trabajo, él decidió irse a trabajar a Guadalajara y las relaciones de lejos la verdad nunca me han gustado (risas)

En el 2012 ocurrió un hecho importante para M: la graduación de su hermano J, de la carrera de enfermería de la UNAM

En la actualidad, M, se encuentra trabajando como ingeniera de sistemas en la empresa..., desde hace ¿? Años y contribuye con los gastos de su casa en un porcentaje aproximado del 40% (según lo dicho por ella). Su plan laboral a futuro es poner una cafetería pues le gusta mucho el café y se considera buena preparando postres:

E: Ok, ¿Cuál es...? bueno en cuanto a lo que es tu trabajo y tu vida personal, ¿cuál es tu proyecto de vida?

M: Mmmm, como proyecto de vida, no me veo a un futuro seguir trabajando en una oficina a mi me gustaría, no sé, poner un negocio, administrar yo mis tiempos y yo misma atenderlo.

E: Un negocio, ok, más o menos ¿de qué sería?

M: Una cafetería, si, una cafetería

E: Ok, ¿Por qué una cafetería?

M: Porque a mí me gusta mucho el café y me gusta mucho hacer galletas, pasteles, postres en sí... ¡soy muy buena! (se ríe), al menos yo siento eso.

E: ¿Sí?, ¡que rico!

En el plano sentimental, dice estar saliendo con un chico con el que aún no se concreta una relación, manifiesta deseos de casarse y tener uno o tres hijos:

M: En cuanto a mi vida personal, mmm, ahorita no tengo planes de casarme, tampoco descarto la idea, este sí tener hijos sí, tener una casa propia también.

E: ¿Cuántos hijos te gustaría tener?

M: Uno o tres

3.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

La principal herramienta que se utilizará para realizar el análisis de resultados es la relación órgano – emoción. Como ya se ha mencionado antes, el cuerpo humano constituye un microcosmos en el cual existe en un principio el mismo equilibrio que existe en el macrocosmos gracias al trabajo que realizan en conjunto los cinco elementos que lo componen: madera, fuego, tierra, metal y agua. Cada uno de los elementos es el encargado de realizar una acción específica que al juntarse con las acciones de los otros elementos permiten el equilibrio.

En el cuerpo humano, estos elementos tienen su equivalente en cada uno de los órganos que lo componen y regulan su adecuado funcionamiento y equilibrio, así, la madera se encuentra representada en el hígado y la vesícula biliar, el fuego en el corazón y el intestino delgado, la tierra en el bazo y el estómago, el metal en el pulmón y el intestino grueso mientras que el agua se representa en el riñón y la vejiga. Al mismo tiempo, cada órgano se relaciona con una emoción y un sabor de preferencia, el hígado y la vesícula biliar se corresponden con la ira y el sabor ácido, el corazón y el intestino delgado con la alegría y el sabor amargo, el bazo y el estómago con la ansiedad y el sabor dulce, el pulmón y el intestino grueso con la tristeza y el sabor picante, por último, el riñón y la vejiga se relacionan con el miedo y el sabor salado.

Cada uno de los órganos cumple con dos funciones, la fisiológica y la psicológica; así, el hígado procesa, almacena y distribuye la sangre mientras que psicológicamente permite tener la suficiente claridad para tomar decisiones firmes; la vesícula biliar almacena y segrega la bilis que estimula el movimiento peristáltico del estómago y ambos intestinos e impulsa el poder en la toma de decisiones. Cuando estos órganos se ven afectados se generan sentimientos de ira, agresividad, nerviosismo y contradicción.

En el corazón se cosecha el proceso afectivo de las personas y el intestino delgado absorbe los nutrientes para alimentar al cuerpo. Al verse afectados, la absorción del amor se verá debilitada pues la sociedad a impuesto las formas de amar por lo que en lugar de nutrir al cuerpo con sentimientos de gozo y alegría se producirá un vacío que intentara llenarse con lo material.

Por su parte, el bazo transporta la energía por las venas y las arterias y en su recorrido incorpora ideas e información para la mente motivo por el cual se relaciona con la asimilación del conocimiento.

El pulmón provee de oxígeno al cuerpo y con el ejercicio de respiración se encarga de dar entrada a lo nuevo sacando lo viejo, el intestino grueso se encarga de desechar lo que es tóxico para el cuerpo, ambos facilitan el desecho de las ideas añejas, sin embargo, al verse afectados se producirán sentimientos de aflicción, tristeza y pesar.

El riñón y la vejiga se encargan de purificar la sangre mediante la eliminación de los fluidos tóxicos, es en el riñón en dónde se genera la voluntad, cuando el miedo domina la voluntad para iniciar proyectos de vida se verá afectada.

Para la relación órgano emoción el cuerpo es un documento vivo, es por eso que es posible detectar externamente el estado de los órganos internos; entonces, el estado del hígado se puede detectar mediante los ojos, las articulaciones y los procesos del sueño. El estado del corazón y el intestino delgado mediante la lengua y los vasos venosos; por su parte, los labios, los músculos y el proceso intelectual hablan del estado del bazo y el estómago.

Del mismo modo, para saber cómo se encuentran el pulmón y el intestino grueso se debe prestar atención a la nariz y a la piel mientras que, para averiguar el estado de los riñones y la vejiga debe ponerse atención a los oídos y a los huesos.

Vemos entonces que las emociones que una persona experimenta a lo largo de su vida a través de los hechos significativos que ocurren en ella van a tener un impacto en su organismo modificando la red de cooperación interna llevándolo, a largo plazo, a construir ciertas enfermedades y/o padecimientos que pueden volverse crónico degenerativos. Así también se modificaran sus sentimientos y sus maneras de actuar.

En el presente análisis se explicara la manera en que los hechos significativos en la vida de M contribuyeron a la construcción de la obesidad.

Su historia de vida comienza con una complicación a la hora de nacer y la pérdida de su hermana gemela a los dos años de edad. A pesar de que ella no recuerda cuales fueron sus emociones al respecto, los datos posteriores permiten concluir que fue tristeza pues

ya para la edad de seis años sus sabores preferidos eran el picante y el salado. Cabe mencionar además que a esa edad es cuando sus padres se divorcian y su mamá se los lleva a ella y a su hermano a vivir a casa de su mamá por lo que su familia pasa de ser nuclear a ser monoparental y extendida pues también sus tíos y primos vivían ahí.

Bajo éstas circunstancias, y tomando en cuenta el hecho de que México es un país capitalista en el que para poder satisfacer las necesidades básicas de una familia se debe cumplir con largas jornadas de trabajo entendemos que la mamá (G) tenía que salir a trabajar para solventar las necesidades básicas de sus hijos, así, el satisfacer dichas necesidades se convirtió en la manera en la que G. le demostraba afecto a sus hijos, esta condición no se estableció en ella de manera consciente, sin embargo, los, besos, abrazos, caricias y palabras de afecto quedaron en segundo lugar y dependientes del tiempo libre del que G pudiera disponer. M y su hermano se quedaban al cuidado de su abuelita la mayor parte del tiempo, aunque su mamá, al volver del trabajo se dedicara a estar con ellos.

Recién ocurrido el divorcio, M seguía frecuentando a su papá y su relación era buena pues él los visitaba con frecuencia, situación que a decir de M. le causaba alegría, sin embargo, ésta emoción no se corresponde con los sabores que refirió como preferidos en esa época: picante y salado; este hecho permite concluir que en realidad sentía tristeza y miedo pues a su mamá sólo la veía unas pocas horas al día y a su papá sólo un día el fin de semana. Estos hechos tuvieron como consecuencia que comenzara a producirse en ella un sentimiento de soledad que se vio incrementado cuando transcurridos unos cuantos meses del divorcio, su mamá decidiera prohibirle al papá que siguiera frecuentando a M y a J, desapareciendo este por completo de su vida, convirtiéndose en la segunda pérdida significativa de M y volviéndose más fuerte en ella la emoción de tristeza al no tener a su papá cerca.

Vemos entonces que el deseo de M era que sus padres pudieran compartir más tiempo con ella, deseo que al no poder ser cumplido por las circunstancias ya mencionadas generaron en M. dos emociones principales: en primer lugar la tristeza de que no pudieran estar con ella y, en segundo lugar el miedo a perder su afecto debido a la poca convivencia.

Hasta aquí se puede ver entonces que M sufrió la carencia afectiva de sus padres y que fueron los abuelitos paternos (C y A) quienes sustituyeron a los papás en las funciones de cuidado y afecto. De acuerdo a la propuesta de la construcción social individual del cuerpo y a la relación órgano emoción, este fue el primer momento en la construcción de la obesidad de M puesto que la carencia afectiva y el sentimiento de soledad generaron la exaltación del elemento fuego que fue dominando poco a poco sobre la alegría de vivir de M, y alterando, en un primer momento, el flujo de energía en la red de cooperación interna.

Además, M se encontraba en ese momento cursando los primeros años de escuela primaria, es decir, debía cumplir con una responsabilidad impuesta por su mamá, tenía la exigencia de sacar buenas calificaciones y ser de las mejores. Al respecto, M. comenta que ella siempre obtuvo buenas calificaciones, hecho por el cual se encontraba sometida a altos niveles de ansiedad generada por el miedo a fracasar. Estas emociones en conjunto con la energía disminuida que el corazón envió al bazo y una alimentación basada en alimentos industrializados de pesada digestión afectaron el funcionamiento de su estómago que ahora trabajaría de manera más lenta comenzando así a almacenarse lentamente la grasa corporal dando como resultado el aumento de peso.

Así, la pérdida de alegría generada por la muerte de su hermana, la carencia del afecto de sus padres y la ansiedad que le generaba la exigencia escolar hicieron que la tristeza y el miedo comenzaran a volverse emociones constantes en su vida a temprana edad pues la energía debilitada del corazón y el bazo al llegar al pulmón y al intestino grueso causo estragos en ellos pues al haber un exceso de fuego se generó un exceso de ceniza o tierra que exaltó la ansiedad, al mismo tiempo el exceso de tierra generó un exceso de metal exaltando los sentimientos correspondientes estos órganos: tristeza y miedo toda vez que la función de los pulmones es sacar lo viejo para dar entrada a lo nuevo mientras que el intestino grueso se encarga de desechar aquello que es tóxico para él cuerpo. Esto significa que al verse afectada la función de los órganos M no puede desechar la tristeza, la ansiedad ni el miedo.

La ira aparecerá también a los seis años como consecuencia de un desajuste del hígado al verse éste afectado por el virus de la hepatitis, M sintió entonces ira de estar enferma, tener que guardar reposo y no poder hacer las cosas que ella quería hacer o comer lo que

quisiera puesto que debido a la enfermedad sólo podía comer cosas dulces. Además sus sabores de preferencia (picante y salado) estaban prohibidos, debiendo comer sólo dulce.

A pesar de que no se registran hechos significativos en la vida de M en los cuatro años siguientes, es decir, de los 6 a los 10 años, la tristeza y el miedo siguieron presentes puesto que su familia le enseñó desde pequeña a través de la comida que consumían, la preferencia por los sabores picante y salado, mismos que constituían la base de los platillos que la abuela preparaba diariamente.

La tristeza provocada por la ausencia de sus padres hizo que M desarrollara un gran apego por su abuelita pues pasaba la mayor parte del tiempo con ella, es por ello que su fallecimiento, cuando M tenía 10 años, le impactó de tal manera que en un principio estuvo en negación y unos meses después se aisló, al respecto, M. comenta que pasó de ser: “una niña muy sociable a ser una niña retraída”. M comenzó a ser consciente del fallecimiento de su abuela y comienza a extrañarla mucho, haciéndose presente una vez más la tristeza y el miedo pues como se recordará era muy poco el tiempo durante el cual podía disfrutar del cariño de sus padres y al morir su abuela perdió el afecto que ella le daba, tal fue la intensidad de sus emociones que a los tres meses del fallecimiento ella deja de hablar con las personas, es decir, se aisló del mundo exterior hasta que su mamá la llevó a terapia psicológica para que pudiera superar este evento.

El fallecimiento de su abuelita marca el fin de una etapa en la vida de M y el inicio de otra pues sólo un años después de ocurrido éste, su mamá conoce a Mi en la imprenta en la que ambos trabajaban y comienzan una relación sentimental. Así, Mi convivió con M y J en casa de sus abuelos, misma de la que se mudaron para vivir como familia al año de iniciada la relación, es decir, transcurridos dos años del fallecimiento.

A decir de M, este hecho le produjo alegría por ver a su mamá contenta, sin embargo, al revisar las preferencias de sabor en ese momento: picante y salado, se puede observar que la tristeza y el miedo eran dos emociones que ya estaban instaladas en el organismo de M. Además, el hecho de que los cuatro vivieran solos implicó dos cosas: 1) M se enfrentó al hecho de comenzar a vivir con Mi y asumirlo como el reemplazo de su papá biológico, pues debía pedirle ahora permiso a su mamá y a él, lo que en un principio le costó trabajo y 2) que M tuviera que hacerse cargo del cuidado de su hermano J puesto

que su mamá y Mi salían a trabajar quedándose los dos solos en casa; una vez más, el sentimiento reportado por M respecto al hecho no corresponde con los sabores de preferencia mencionados, hecho que permite pensar que M sentía miedo por ser la responsable del cuidado de J, además seguía sintiéndose triste por la ausencia de sus padres. Al mismo tiempo, M ingresa a la secundaria y comienza una etapa de cambios de casa constantes, razón por la que realizó los estudios de secundaria en tres escuelas distintas.

Estos hechos son significativos puesto que es en ésta época cuando los primeros síntomas de obesidad comienzan a aparecer, M comienza a subir de peso. Al parecer, las emociones dominantes en M: miedo y tristeza han generado hasta este punto en ella el sentimiento de melancolía al no tener el afecto de sus padres ni de su abuelita así como la actitud de querer llenar este vacío por medio de la comida, estableciendo así la relación comida = afecto. Vemos entonces que ya para los once años de edad, la tristeza y el miedo constantes en la vida de M generadas por las pérdidas de sus seres queridos más cercanos: su hermana, su papá y su abuelita habían causado estragos en su organismo y modificado así la red interna de cooperación y su flujo energético, mismos que, en consecuencia con el principio de vida del cuerpo generaron la obesidad.

Empiezan a aparecer los primeros síntomas, es decir, M comienza a aumentar de peso de manera gradual. Sin embargo, la tristeza, la ansiedad y el miedo seguirán estando presentes en su vida pues la tristeza que M sentía por perder a sus seres queridos más cercanos generó a su vez el miedo a perder el afecto de aquellos a quienes aún tenía cerca, a saber, su mamá y su hermano. Este miedo a perder el afecto hizo, al mismo tiempo, que se generara en ella una actitud de complacencia hacia su mamá, motivo por el cual se presionaba por obtener buenos resultados en la escuela y enfermaba de gripe y tos en época de exámenes y trabajos finales.

Dicha complacencia es el mismo motivo por el cual M no pudo expresarle a su mamá el coraje que sintió cuando tuvo que alejarse de su abuelito, (quien fue para ella una figura paterna) a raíz de la pelea que sostuvieron él y su mamá hasta el día en que él murió. Y el mismo por el cual tampoco se ha atrevido a expresarle sus sentimientos acerca del hecho de que le prohibiera a su papá que mantuviera contacto con ellos y tuviera que dejar de convivir con él.

Sin embargo, éstas no serán las únicas pérdidas que M tuvo que enfrentar, a los 18 años comienza su primer noviazgo formal, su novio le llevaba seis años de edad y la relación duró cuatro años. En los primeros dos años de relación no se presentaron problemas, sin embargo, en los últimos dos, el chico tuvo conflictos por el hecho de tener que pedir permisos y respetar las reglas que la mamá de M impuso respecto a la relación, es decir, cumplir con un horario, frecuentarse ciertos días y las libertades que ella consideraba pertinente concederle en ese momento. El hecho nos permite observar, otra vez, la actitud de complacencia que se generó en M pues hasta los dos años de relación A cumplió con las reglas impuestas por la mamá de M, en los siguientes dos años comenzaron los problemas ya que A deseaba que M pudiera llegar más tarde a su casa, verla más días y poder salir a donde quisieran cuando quisieran, M se vio obligada a ceder en más de una ocasión a los deseos de él, incluso al deseo de tener relaciones sexuales pues éstas no se presentaron sino hasta el último año de la relación; sin embargo, la situación se tornó desagradable para ella así que decidieron poner fin a la relación. M sufrió una pérdida más que le causó un gran dolor y depresión de aproximadamente tres meses durante los cuales ella lloraba casi todo el tiempo y se sentía muy triste.

Si vamos a la historia de M, sabemos que utilizaba la comida para suplir el afecto de sus seres queridos, así, entendemos que tras la ruptura se refugiara una vez más en la comida. De este modo el problema de obesidad que se hizo visible a los 11 años de edad, no sólo se había mantenido, incluso se había agravado a los 22.

Se dijo con anterioridad que las actitudes que se derivan de las emociones llevarán a una persona a actuar de una forma u otra en la vida, la tristeza, la ansiedad y el miedo constantes provocados por las pérdidas y la carencia afectiva en la vida de M la llevaron a asumir que ella no podía hacer algo ante los hechos que se le presentaban y la lastimaban, tuvo que aprender a vivir con su sentimiento de soledad pues su mamá debía trabajar para darle lo que necesitaba así que no podía ni debía reprocharle su ausencia; su hermana murió, su papá se fue, sus abuelitos murieron, su novio se fue y ella no pudo hacer nada para no perderlos. La actitud que se generó en ella a raíz de estos hechos es de conformidad pues no se puede hacer nada para evitar aquello que lastima.

Dicha conformidad se hace presente en sus no intentos por bajar de peso al manifestar que a pesar de que el médico le ha recomendado que lo haga por la preservación de su salud ella nunca lo ha intentado argumentando que su obesidad es genética pues toda su familia materna es obesa, parece decirse a sí misma: “Así son las cosas y yo no puedo cambiarlas.”

Esta actitud, generará al mismo tiempo un sentimiento de enojo y frustración por lo alejada que ella se encuentra del modelo de belleza, dicho sentimiento, en conjunto con un hígado y una vesícula biliar que han sido alterados por la disputa de energía que los órganos han llevado a cabo en su interior tienen como consecuencia una constante segregación de bilis que al depositarse en el estómago y los intestinos generaron molestias estomacales y estreñimientos desgastando al estómago y al bazo; además la ansiedad que M experimentaba la llevó a comer de manera constante por lo que el sistema digestivo necesitó cada vez más energía para trabajar volviéndose más lento en sus funciones almacenando cada vez mayores cantidades de grasa. Así, el exceso de grasa acumulada en el cuerpo de M no es más que un escudo para protegerse de aquello que no quiere enfrentar así como para esconder la frustración que le produce el hecho de resignarse a que las cosas pasen sin que ella pueda hacer algo al respecto.

Vemos entonces que ante el miedo, la ansiedad, tristeza, enojo y soledad que M ha experimentado su cuerpo transformó su estructura para convertirse en una armadura para defenderse contra todo lo que la lastima.

Se recordará que a los veintiún años M. decidió realizar sus estudios universitarios en la Universidad de Pachuca, para lo cual debía trabajar de lunes a jueves en el Distrito Federal trasladándose a Pachuca los viernes y regresando el domingo. M experimentó una gran ansiedad en ésta época de su vida por el ir y venir constante y por la presión de trabajar para poder pagarse la escuela. Allá, compartía departamento con tres amigas y de acuerdo a lo dicho por ella fue una época en la que subió aún más de peso pues comían demasiado.

Se recordara también que a los seis años de edad M sufrió la primera pérdida de su papá, desde ese momento se generó en ella el deseo por saber de él, mismo que se concretará a los 19 años, cuando ella lo busca y establecen contacto vía telefónica y por e-mail. Este

hecho generó en M dos sentimientos encontrados: alegría por haber encontrado a su papá y tristeza puesto que a su mamá éste hecho le molestó y le reclamó por haberlo buscado.

Una vez más la tristeza se hace presente. Sin embargo, aparecerá de nuevo la ira, ya que es por medio de este contacto que establece con su papá que ella se entera de que fue su mamá quien le prohibió a él que estuviera cerca de ellos; este hecho le generó una ira hacia ella que una vez más, no se atrevió a expresarle.

Los siguientes dos años fueron difíciles para M. puesto que sufrió dos pérdidas más: cuando tenía 22 años fallece su abuelito con quien tenía seis años de no convivir a causa de la pelea que su mamá tuvo con él. El hecho le generó tristeza, sin embargo, ella menciona que no fue tan doloroso debido a la interrupción de la convivencia.

Un año más tarde, sufrirá por segunda ocasión la pérdida de su papá biológico pues éste falleció en el 2010 a consecuencia de una operación de cálculos renales. El hecho le generó, una vez más, tristeza e ira pues al momento del fallecimiento faltaba sólo un mes para que ella viajara a Culiacán para encontrarse con él tras dieciocho años de no verse; además, tras el fallecimiento, perdió el contacto telefónico que había establecido con algunos de los familiares de su papá.

A ésta nueva pérdida le siguen dos más, esta vez, serán relaciones amorosas; la primera con M, que sólo duró cuatro meses y terminó debido a que él vivía en Pachuca y ella, al terminar la universidad ya no podía verlo pues no tenían tiempo de visitarse. La segunda relación fue con D, ésta terminó debido a que él se fue a Guadalajara y ella no deseaba mantener una relación a larga distancia, motivo por el que decidió darla por terminada.

Una vez revisados los hechos significativos y los sabores de preferencia se puede ver que el problema de obesidad de M comenzó gracias a la tristeza que generaron en ella las pérdidas de sus seres queridos sufridas desde temprana edad, el miedo que experimentó de perder el afecto de su mamá y su hermano y ha sido mantenida hasta la actualidad por la ansiedad, el miedo, la tristeza y el enojo que experimenta de manera constante debilitando cada vez más el flujo energético de su red de cooperación interna, dañando y alterando cada vez más el funcionamiento del estómago y aumentando el número de kilos

de sobrepeso gracias a la actitud de resignación y conformismo de M respecto a su problema al considerarlo genético así como a la ocurrencia de más pérdidas significativas que han contribuido para que el problema se agrave. Contando actualmente con aproximadamente 30 kilos de sobrepeso, y habiendo transcurrido 16 años desde el inicio de su padecimiento M continúa sin accionar al respecto.

3.4 CONCLUSIONES

El trabajo realizado permitió analizar el padecimiento de la obesidad a través de dos aproximaciones teóricas diferentes, por un lado, la aproximación fragmentaria que sustenta al modelo biomédico vigente en el cual el exceso de energía acumulada es la principal causa de obesidad y por el otro, una aproximación integral que propone entender al cuerpo humano como un todo y a las emociones como catalizadores del proceso de enfermedad. Una vez finalizado el análisis se concluye, en primera instancia, que la agudización del problema de obesidad en México se relaciona con la realidad emocional derivada de la realidad política, económica, cultural y social que vive la población, así mismo se concluye que el mantenimiento de la problemática se debe al hecho de que la intervención realizada por el sector salud es fragmentaria y se centra tan sólo en controlar la ingesta y el gasto calórico mediante la administración de dietas y rutinas de ejercicio dejando así de la lado la realidad antes mencionada del paciente.

La información revisada para la elaboración de este trabajo indica que para el caso de la sociedad mexicana, la realidad actual tiene sus orígenes en el siglo XIX, cuando la industrialización llegó al país y con ella toda una serie de transformaciones en las condiciones de vida de las personas que dejaban atrás la tranquilidad de la vida rural y entraban a un nuevo sistema político, cultural y social que tenía como principal característica la competencia y con ella, altos niveles de ansiedad y estrés que derivaron en un proceso emocional complejo experimentado por las personas. Aunado este a la aparición de una gran variedad de alimentos industrializados de pesada digestión y de bajo contenido nutricional el cuerpo de los mexicanos sufrió una serie de transformaciones apareciendo así la obesidad. La obesidad es una herencia de nuestros antepasados.

La información histórica manejada en el primer capítulo y los datos obtenidos de la historia de vida de la participante ponen de manifiesto que la obesidad no es tan sólo un problema de exceso de grasa corporal tal y como lo sugiere el

modelo biomédico imperante, este sólo es su principal síntoma pues como permiten ver los resultados, es un padecimiento que se construye en el cuerpo desde los primeros años de vida de una persona a partir de las emociones generadas por las experiencias al vivir dentro de una geografía, una sociedad, una cultura y una familia específicas. Este hecho nos lleva a la conclusión de que cada caso de obesidad es único y no se pueden generalizar sus causas; lo que si puede generalizarse, y no sólo para el caso de la obesidad, es que las emociones son el principal material de construcción de las enfermedades pues mediante la relación órgano-emoción modifican la red de cooperación interna del organismo así que no debe minimizarse el papel que éstas juegan en el proceso salud-enfermedad.

Así mismo, entender la obesidad desde la relación órgano emoción nos lleva a entender que para combatir la obesidad no basta con hacer dieta y realizar ejercicio puesto que, como se pudo observar en los resultados, en una persona obesa son varios los órganos y funciones corporales que se han visto alteradas, bloqueadas o modificadas por la acción de una o varias emociones; al mismo tiempo, el ser obeso genera aún más emociones que complejizan el padecimiento, por lo tanto, la obesidad desaparecerá al trabajar con dichas emociones así como con las alteraciones que éstas realizaron al interior del cuerpo.

El proceso se complejiza pues al haberse asociado la obesidad con un modelo de fealdad y fracaso y a la delgadez con la belleza y el éxito, la persona obesa experimentará continuamente tristeza y enojo pues su imagen corporal no corresponde al patrón de belleza sino al de fealdad y fracaso. Este sentimiento le llevará a consumir una gran cantidad de productos milagrosos que prometen acabar con la obesidad pero que lo único que hacen es poner en riesgo la salud de aquellos que los consumen sin ser conscientes de los daños que estos pueden generar a su organismo.

Así, el conocimiento de las emociones experimentadas por una persona a lo largo de su vida así como la significación que les da a las mismas se vuelve una labor fundamental para el psicólogo que trabaja con una persona obesa.

Desde ésta propuesta para entender las enfermedades un psicólogo que trabaja con una persona obesa debe conocer a fondo la historia de vida de la misma, es decir, en dónde nació, quién es su familia, en dónde vivía, cuáles eran sus costumbres, como fue educado, como aprendió a amar, cómo se alimentaba, entre otras cosas puesto que únicamente lograra buenos resultados al entender cómo se construyó la enfermedad en ese cuerpo y trabajando con dichas emociones.

La herramienta más efectiva con la que contara para lograrlo es a través del uso de metodologías cualitativas, en específico, la historia de vida; por ésta razón se vuelve indispensable para la formación de los futuros psicólogos el desarrollo de habilidades para realizar entrevistas a profundidad así como para la adecuada obtención y manejo de datos cualitativos. El trabajo realizado nos deja ver que el uso de metodología cuantitativa puede ayudarnos únicamente a conocer las cifras de la obesidad más no pueden ofrecernos una explicación completa del fenómeno.

Sin embargo, no sólo debe trabajarse el aspecto metodológico, debe formarse a los futuros psicólogos desde otra epistemología, una integradora, una que no separe al hombre en cuerpo y mente y que no pretenda entenderlo como una máquina, una epistemología que no separe al cuerpo de su geografía, de su historia, su cultura su familia y de sus emociones pues todo esto es lo que conforma a un ser humano.

Este tipo de formación se vuelve indispensable para la sociedad de nuestros días puesto que además de enfrentarse actualmente con la problemática de la obesidad, se enfrenta además con el surgimiento de nuevos padecimientos para los cuales, desde la fragmentación, el modelo médico no ha podido ofrecer soluciones efectivas pues deja de lado el papel que las emociones juegan en su construcción, emociones que son el resultado de un estilo de vida que cada vez se torna más competitivo y de una realidad política social cada vez más compleja. El resultado de esta acción son pacientes que pasan años y años tomando medicamentos que sólo palearan por un tiempo los síntomas pero que no logran erradicar el problema de raíz por lo que el padecimiento

se vuelve crónico degenerativo; entendemos entonces que un psicólogo formado desde una epistemología integradora constituye una valiosa herramienta para la sociedad mexicana puesto que estará facultado para ofrecer soluciones reales y definitivas a las problemáticas de salud a las que ésta se enfrenta.

Por todo lo anterior, tras la realización de este trabajo se concluye que la propuesta de la Construcción Social Individual de lo Corporal representa no sólo una alternativa eficaz de solución al creciente problema de la obesidad en México sino también para la formación de los futuros psicólogos y para la atención y tratamiento de los padecimientos crónico degenerativos.

BIBLIOGRAFÍA

- Berman (1987). El reencantamiento del mundo. Chile: cuatro vientos.
- Campos, J. (2011). El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas explicativas del cuerpo humano. México: CEAPAC. 392 pág.
- Cañamares, E.(2002). ¿Por qué no puedo adelgazar?. Madrid: Algaba. Pp.268.
- Casariego, Calleja, Palacio, Ballesteros y Cano (2010) en Román, Bellido, García (2010)
- Capra, F.(1982). El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente en Herrera (2009). La obesidad: un proceso psicosomático.
- Chavarria A., S. (2002). Definición y Criterios de obesidad. *Nutrición clínica*.5(4). Pp. 236-240.
- Díaz en Sandoval, G., M. (2010). Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico.
- Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. España: Diaz de Santos. 880 páginas.
- Druker, René (2005). «Regulación del apetito y control hormonal del peso corporal». *Fisiología Médica*. México DF : El Manual Moderno.
- Durán A. M. D. (2011). La pedagogía de lo corporal y de la salud. Una filosofía para vivir. Historia de las ideas psicológicas y pedagógicas de Sergio López Ramos
- González, (2002) en Fausto, Valdez, Aldrete y López (2008). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Medigraphic. Artemisa en línea* .2(2).pp. 91-94.
- Herrera, B., N.(2009). La obesidad: Un proceso psicosomático. Tesis. Fes Iztacala.

López, Herrera, Solís y Durán. (2006). Hacia una nueva epidemiología psicológica. En Una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala. México: UNAM. Pp. 33 – 43

López, R., S.(2006). La globalización, la psicología, la sociedad mexicana y el cambio curricular en una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala. México: UNAM. pp. 15-32.

López, R., S.(2006). Órganos, emociones y vida cotidiana. México: Los Reyes.pp. 13 – 39.

López, R., S. (2000). Zen y cuerpo humano. México: CEAPAC. Pp 37 - 45.

López, R., S.(coordinador). Historia de la psicología en México. México: CEAPAC.Tomo1.pp.484.

López, R., S.(2011). Lo corporal y lo psicosomático. Aproximaciones y Reflexiones VII. México: CEAPAC. Pp. 295.

Luckie, A., Cortés, F. e Ibarra, S. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 14(4). Pp. 191-201

Martínez, Moreno, Marques y Martí, (2002). Causas de obesidad. *Anales*. 25(1). Pp. 17-27.

Mesa, M (2008). Métodos de estimación de la composición corporal II. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación.

Morris en Herrera 2009.

Ortiz, Nava, Muñoz y Veras en Sandoval (2010). Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico.

Órtiz, Vázquez y Montes (2004)

Peña, S., E.(2010). El enfoque biopsicosocial aplicado a la investigación epidemiológica sobre obesidad. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 11(2). Pp.1-4.

Peña-Manuel y Bacallao (2000)

Pujadas, M.J.J. (1992). El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Cuadernos metodológicos núm.5.España:Centro de Investigaciones Sociológicas.

Rivera, E.Instituciones y psicología en la década de 1940 – 1950 en López, R., S.(coordinador) (2005). Historia de la psicología en México. México: Centro de Estudios y Atención Psicológica A.C.Tomo1.pp.484

Rodríguez, M. I. Conceptualización de la psicología (1850 – 1860) en López, R., S.(coordinador) (2005). Historia de la psicología en México. México: Centro de Estudios y Atención Psicológica A.C.Tomo1.pp.484

Romeo, Wärnberg y Marcos (2007). Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes. *Pediatría Integral*. XI(4).PP. 297-304.

Sandoval, G., M. Obesidad: definición, clasificación, sintomatología y diagnóstico en Morales, G., J. (2010). Obesidad: un enfoque multidisciplinario. México: Ciencia al día.pp. 400.

Solís, A. (2007) Obesidad, construcción social de un cuerpo. México: CEAPAC.