



Psic-Obesidad

ISSN: 2007-5502



Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

Volumen 4, Número 14

Abril - Junio de 2014

N.R. 04-2010-100813543100-203

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Editorial	Contenido	
		1
1. Trabajos de difusión en investigación		4
<i>Trastornos alimentarios y la imagen corporal</i>		
2. F54 Factores psicológicos ... [316]		7
<i>¡Qué vergüenza! F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)</i>		
3. Acérquese... ricos tamales		9
<i>Alimentación para personas con diabetes</i>		
4. Como, luego existo		11
<i>La educación en personas con diabetes</i>		
5. Colaboraciones		14
<i>El apego evitativo como factor psicológico de la obesidad en la mujer: Un estudio transpersonal.</i>		
6. Próximas reuniones científicas		19

Editorial

En la primera mitad del presente año se llevaron a cabo importantes eventos académicos a nivel mundial que señalan el rumbo científico y tecnológico, para los próximos años, sobre el estudio y tratamiento del sobrepeso y la Obesidad. Como el llevado a cabo en el mes de febrero del presente año en la Ciudad de México, el Congreso Latinoamericano de Obesidad, bajo la presidencia de profesores de la FES Zaragoza, UNAM, la Dra. María Luisa Ponce López y el M.C. Concepción De La Torre. El evento propone el redoblar esfuerzos en la atención integral bajo perspectivas multidisciplinarias. Por su parte el M.C. Mauricio Barahona Cruz, Director del Instituto de Metabolismo, ex-presidente de FLASO, señaló que los *factores incidentes en la obesidad son sociales, laborales (trabajo y escuela), personales y familiares (WEB Alimentación, 11-02-2014)*. En el mes de marzo de 2014, del 17 al 21 de 2014, se llevó a cabo el 12 congreso mundial de Obesidad en el centro de convenciones de Kuala Lumpur, Malasia. El programa científico tuvo ocho ejes temáticos, 1 Nivel celular y biología de los sistema; 2. De los genes y el medio ambiente a la fisiopatología; 3 Del peso saludable a las patologías relacionadas con el peso corporal; 4 De la nutrición, el ejercicio y la psicología, sobre el estilo de vida; 5 De la intervención del estilo de vida a la farmacoterapia y la cirugía; 6 Del entorno familiar a la sociedad: causas y

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

DR. OMAR VIVEROS TALAVERA
Jefe de la División de Ciencias de la Salud y el Comportamiento

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
Jefa de la Carrera de Psicología

MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS
Coordinador del Área de Psicología Clínica

DIRECTORIO Psic-Obesidad

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING
Editora

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA
LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA
DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES
M.C. E. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO
Consejo Editorial

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS
LIC. MARÍA DEL SOCORRO GARCÍA VILLEGAS
Equipo de colaboradores

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correo electrónico:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

TANIA VARELA LÓPEZ
GLADYS HERNÁNDEZ VELA
ANA ROSA RANGEL ROSAS

Psic-Obesidad, Año 4, No. 14, abril—junio de 2014, periodicidad trimestral, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México con domicilio en Ciudad Universitaria, c.p. 04510, Delegación Coyoacán, México D.F., por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, domicilio Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F., Tel: 56230612, Correo electrónico: boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx, Editor responsable: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING, Reserva de Derechos al uso exclusivo No. 04-2010-100813543100-203, ISSN: 2007-5502, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Mtro. Mario Israel Prado Jiménez del Departamento de Comunicación y Difusión Académica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, fecha de la última modificación el día 12 de junio de 2014. El presente boletín es elaborado sin fines comerciales para favorecer la difusión de la información contenida. Son señaladas las referencias de los documentos contenidos en direcciones web que fueron publicados electrónicamente. Los documentos literarios y gráficos incluidos han sido compilados desde sitios web de acceso público en los que no se hace mención a la necesidad de una autorización previa para su divulgación. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores. Todos los derechos están reservados. Queda prohibida la reproducción parcial o total, directa o indirecta del material publicado, sin contar previamente con la autorización por escrito de la Editora, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor, y en su caso de los tratados internacionales aplicables.

consecuencias; 7 Del cambio individual a la prevención de la población: las soluciones e intervenciones; y 8 De la evidencia a la política: entre los que se encuentran los sistemas de salud, las cuestiones éticas y las prioridades de investigación. En este marco se conformó la Federación Mundial de Obesidad que conjunta a la Asociación Internacional para el Estudio de la Obesidad (IASO por sus siglas en inglés) y a la International Obesity Taskforce (IOTF)(Fuerza de Tarea Internacional sobre obesidad). Las cuales representan a los miembros profesionales de las comunidades científicas, médicas y de investigación de más de 50 asociaciones de obesidad tanto nacionales como regionales. A través de esta comunidad se aglutinan los esfuerzos globales para hacer frente a la obesidad en la reducción de sus niveles y en los esfuerzos para su prevención y tratamiento. En la ciudad de Bruselas Bélgica del 30 de abril al 3 de mayo se realizó el 6o. Congreso de la Federación Internacional de Cirugía de la Obesidad y Trastornos Metabólicos, Sección Europa. En mayo de 2014, la Organización Mundial de la Salud refiere que desde el año de 1980, la obesidad se ha más que duplicado en todo el mundo. Hace 6 años (2008), 1,400 millones de adultos presentaba sobrepeso. De aquí, más de 500 millones (200 de hombres y 300 de mujeres) eran obesos. El 65 por ciento de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la condición de bajo peso (percentil de IMC menor a 18.5.). En 2012, más de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. Y enfatiza: La obesidad se puede prevenir (WHO, 2014). Ng et al (2014) señalan en su estudio de 1980 a 2013 que la proporción de adultos con un índice de masa corporal (IMC) de $25 \text{ kg} / \text{m}^2$ o más, se incrementó en un 28.8 a un 36.9 por ciento en los hombres y del 29.8 al 38 por ciento en las mujeres. Mientras que la prevalencia de sobrepeso se ha incrementado considerablemente en los niños y adolescentes de países desarrollados; 23.8 por ciento de niños y el 22.6 por ciento en las niñas. En menores de edad de países en desarrollo también se incrementó del 8.8 por ciento al 12.9 por ciento (Ng, Fleming, et al. 2014).



Fuente: www.somospacientes.com Epidemia Mundial de Obesidad, 14 de abril de 2012

Debido a los riesgos de salud establecidos y los aumentos sustanciales en la prevalencia, la obesidad se ha convertido en un importante problema de salud global. No sólo está aumentando la obesidad, pero no hay éxito nacionales se han reportado en los últimos 33 años. Se necesita una acción mundial urgente y liderazgo para ayudar a los países a intervenir con mayor eficacia: "... el problema del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, se ha convertido en un problema de salud pública de naturaleza prioritaria cuyo impacto económico representa casi el 1.3 por ciento del PIB... la única forma de combatir este problema es de manera coordinada entre los tres niveles de gobierno y la sociedad en su conjunto" (Juan, 2014). Por otra parte en el año 2016 se llevará a cabo el 13vo. Congreso Internacional de Obesidad en la Ciudad de Vancouver Canadá del 1 al 4 de mayo de 2016. Contacto: ico@worldobesity.org.

REFERENCIAS

- Paho, (2014). OPS/OMS participa del foro nacional sobre combate al sobrepeso, obesidad y diabetes de la CONAGO. Nota disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=658:opsoms-participa-del-foro-nacional-sobre-combate-al-sobrepeso-obesidad-y-diabetes-de-la-conago&Itemid=411
- Ng. M., Fleming, T. et al. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980—2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, Early Online Publication. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60460-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/fulltext). Acceso 3-06-2014.
- WHO (2014) Obesidad y Sobrepeso, nota descriptiva No. 311. Disponible en: [informativahttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/). Acceso 5-06-2014.

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE PSIC-OBESIDAD:

La Editora y el Consejo Editorial invitan a los autores a publicar en Psic-Obesidad y presentan las Normas de Publicaciones actualizadas.

Psic-Obesidad con ISSN: 2007-5502, es una Revista Electrónica con difusión vía red de cómputo, trimestral de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Resultado de la Línea de investigación: Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual (LI-FESZ-170909). Se destacan los aspectos psicológicos y socioculturales en torno a las enfermedades crónico degenerativas, particularmente la Obesidad. Puede ser consultada por académicos, alumnos, integrantes de asociaciones profesionales y por el público en general

Los trabajos para ser publicados requieren ser novedosos e inéditos, no habrán sido presentados ni total ni parcialmente para su publicación ni para su evaluación en otra revista o medio de difusión. Puede tratar de

Artículos de investigaciones originales, que abarquen aspectos psicológicos asociados a la obesidad y a la persona obesa: datos epidemiológicos, análisis y discusiones, informes de casos clínicos.

Aspectos socioculturales relacionados a la alimentación.

Propuestas para apoyar las estrategias dirigidas al fortalecimiento de conductas alimentarias sanas.

Reseñas de artículos o libros.

Colaboraciones e información sobre reuniones científicas.

En su contenido y estructura deberá adecuarse a las normas de la American Psychological Association (APA), en su sexta edición del inglés y tercera en español: <http://www.apastyle.org/>. Los artículos deben presentarse en procesador de textos Word, en fuente tipo Times New Roman y a 12 puntos de tamaño, a doble espacio y con 3x3 cm de márgenes, con alineación a la izquierda. Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación. La información de otros autores deberá ser citada y la información de la fuente incluirla en las referencias. Pueden enviarse por correo electrónico: boletínpsicobesidad@yahoo.com.mx o entregarse personalmente con la Editora Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling.

ARBITRAJE

Recibido el trabajo, será comunicada su recepción por la Editora quien se encargará junto con su equipo de colaboradores, de realizar la primera revisión para examinar la pertinencia como el cumplimiento de las pautas de presentación. Se considerará la originalidad, consistencia temática, aporte al desarrollo o conocimiento del tema y al avance del área de la Psicología a la que pertenece. La calidad de los artículos será evaluada de manera anónima por dos árbitros. En caso de desacuerdo entre los evaluadores se asignará un tercer árbitro para la revisión y dictamen. El proceso de arbitraje se realizará bajo la modalidad del doble ciego, es decir, los autores desconocen la identidad de los árbitros y los árbitros desconocen la identidad de los autores. El Consejo Editorial se reserva el derecho de realizar la corrección de estilo y los ajustes que considere necesarios para mejorar la presentación del trabajo sin que el contenido se vea afectado.

El resultado del proceso de evaluación podrá ser:

- a) Que se publique sin cambios.
- b) Que se publique con los cambios sugeridos.
- c) Que se realicen cambios sustanciales por el autor o autores y posteriormente sea sometido a una nueva evaluación.
- d) Que no se publique.

El dictamen de los artículos será informado, vía correo electrónico a los autores quienes recibirán el artículo con las observaciones indicadas y el formato de evaluación con el dictamen. Los trabajos aceptados, luego de recibir la revisión del corrector idiomático, se remiten a sus autores para que expresen su conformidad para su publicación.

1. Trabajos de difusión en investigación

TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y LA IMAGEN CORPORAL

En la actualidad se han incrementado los trastornos alimenticios y la imagen corporal, esto se debe al cambio cultural en donde el estereotipo de belleza es la mujer delgada y hombres delgados pero musculosos, principalmente los más afectados son los adolescentes, deportistas y adultos jóvenes este tipo de prejuicios que manejan los medios de comunicación como: televisión, revistas y películas actuales. Se ha desarrollado en este campo varias teorías para explicar este tipo de trastornos principalmente son: teorías sobre el desarrollo, preceptuales y socioculturales. A últimas fechas el tratamiento se basa no solo en un aspecto medico sino también requiere un trabajo psicológico para ellos y su familia. En años anteriores el estereotipo de belleza femenina eran: mujeres que no les interesaba su peso corporal solo tener una figura curvilínea, es decir, tener un “cuerpo llenito” y una breve cintura. Ahora lo que se presenta como modelos de belleza son modelos muy altas y delgadas. Esto trae como consecuencia los trastornos alimenticios y los mas frecuentes son: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los desordenes en los hábitos alimenticios (la obesidad); y por ultimo pero no muy frecuente es el desorden morfológico del cuerpo.

ANOREXIA NERVIOSA: Se presenta en mujeres especialmente, en donde por el no querer subir de peso, presentan un temor al comer por tal motivo cuentan las calorías diarias que comen, hacen ejercicio excesivo, llegan a el uso de laxantes y presentan una desnutrición severa. Por lo regular estas chicas adolescentes son susceptibles a imitar lo que se les presenta en los medios de comunicación y tienen un refuerzo social cuando sus compañeros, amigos y familiares les dicen: “que bien te queda la ropa, por estar delgada o que bien te ves, como le haces para bajar de peso o no subir”. Su autoestima es baja y presentan una distorsión en su imagen corporal, ya que estando muy delgadas se sienten gordas.

BULIMIA NERVIOSA: Las personas que presentan este tipo de trastorno tienen una insatisfacción con su cuerpo pero ellas al comer sienten una culpa y entonces su conducta compensatoria es el provocarse el vomito para no subir de peso, al igual que la anorexia nerviosa presentan una autoestima baja y son susceptibles al bombardeo de los medios de comunicación, presentan un estrés porque se comparan con el ideal de belleza expuesto, por lo regular en chicas adolescentes. Deagle menciona que anorexia and bulimic simples where no found to differ in size estimation leves (citado en Thompson, 1996, p. 5). Entonces en ambos trastornos podemos mencionar que presentan una distorsión con su imagen corporal y cierto nivel de estrés por estar delgados.

COMER EN EXCESO: Es un síndrome independiente de la bulimia y necesita ser estudiado pero en este la conducta compensatoria no es el vomito sino el ayuno prolongado. Estos están considerados en el Diagnostic and Statistical of Manual Disorders-IV por la *American Psychiatric Association*. En donde se presentan una serie de características para diagnosticar este tipo de trastornos.

OBESIDAD: Es una acumulación excesiva de grasa que se traduce en un aumento de peso corporal por encima de los límites adecuados, se presenta en individuos que ingieren más calorías de las que gastan, ya que en la actualidad hay un incremento de alimentos (especialmente con muchos conservadores, grasa y harina) y un bajo costo. También se ha dejado de hacer ejercicio por la tecnología actual (televisión, juegos electrónicos, etc.) y trabajos que son detrás de escritorios y trabajando con computadoras.

La obesidad también puede ser por un factor psicológico de estrés, por ocio, o problemas emocionales. Esto es preocupante, ya que la obesidad ha incrementado drásticamente y ataca a todos los individuos desde niños hasta los adultos no importando la etnia ni las clases sociales, ya que la vida últimamente se ha vuelto muy sedentaria.

Thompson (1996) menciona tres factores importantes en el desarrollo de los trastornos alimenticios que son:

- ◆ **Factor biológico:** En donde es prácticamente imposible alcanzar el ideal de belleza sociocultural.
- ◆ **Factor social:** Donde hay un descontento con su cuerpo ya que no es como el de modelos de televisión.
- ◆ **Factor psicológico:** Forman un ideal entre lo normal y la imagen corporal.

La interacción de estos factores y la presión por bajar de peso se transforman en una ansiedad y una autovaloración negativa. En cuanto a lo obesidad las burlas juegan un papel importante ya que las personas se siente incapaces de bajar de peso y recaen en los tratamientos. En cuanto al género, las mujeres comúnmente presentan trastornos como la bulimia y anorexia nerviosa, en cambio los hombres presentan obesidad, sin embargo, en la actualidad vemos en los medios de comunicaron que tanto hombres como mujeres, sufren de anorexia o bulimia y mueren por ello. La imagen corporal también tiene que ver el género, ya que las mujeres heterosexuales y homosexuales varones se preocupan más por su aspecto físico que los hombres heterosexuales y lesbianas. Sin embargo en la actualidad tanto hombres como mujeres no importando la preferencia sexual que tengan, ambos se preocupan por la imagen corporal. Los trastornos alimentarios han generado en las personas que lo padecen: depresión, presión sociocultural a la imagen corporal y estrés o ansiedad por bajar de peso y verse como los modelos que presentan los medios masivos de comunicación. En cuanto al género quienes presentan mayor depresión son las adolescentes y mujeres adultas.

Con esto las industrias en medicamentos, aparatos de ejercicio, dietas, videos de ejercicios han tenido millonarias ganancias, ya que solo ofrecen remedios milagrosos para la perdida de peso (esta es momentánea y existe el efecto del rebote, llegan a subir mas de lo que bajaron) y en la desesperación de las personas por bajar de peso intentan todo y gastan cantidades exageradas de dinero con esto en mucha ocasiones ponen su vida en riesgo por no acudir con un especialista y obtener un tratamiento adecuado.

TEORIAS PSICOLOGICAS

Las teorías que hablan de los trastornos alimenticios y la distorsión de la imagen corporal de las personas principalmente son tres: teorías perceptuales (el aspecto subjetivo de las personas con este tipo de trastornos en relación con la realidad), teorías del desarrollo (como es su desarrollo en la imagen corporal desde la infancia hasta la adultez) y teorías socioculturales (la influencia que ejercen los medios de comunicación en la sociedad, modelos de belleza delgados (Heinberg, en Thompson, 1996).

TEORIAS PERCEPTUALES

Dentro de las teorías perceptuales esta una explicación donde hay un “*déficit cortical*” por el cual la persona no puede verse como es realmente, la habilidad visual tiene una influencia cognitiva y afectiva interactúan y producen una estimación de la talla corporal, estas personas tienen un déficit en este proceso; esto se mide con una prueba neurológica. Este trastorno neurológico esta asociado con la irritabilidad del lóbulo parietal por epilepsia o migrañas, esto se da en la anorexia nerviosa; ya que sufren alucinaciones o espejismos importantes en su imagen corporal.

Otra hipótesis es la del “*fracaso adaptativo*” en donde las personas al perder peso no cambia el concepto de imagen corporal que tienen, a este tipo de personas recomendaría un tratamiento a parte del medico, uno psicológico.

La ultima hipótesis es la del “*artefacto perceptual*” lo que trata de explicar es la relación que hay entre la talla actual y lo que ellos perciben, aquí se sienten gordos a pesar de la delgadez de los sujetos, como las personas con anorexia nerviosa y la distorsión de la imagen.

TEORIAS DEL DESARROLLO

Lo que tratan de explicar este tipo de teorías es la importancia que juega el rol de la infancia y adolescencia en el desarrollo posterior del los trastornos alimenticios y la distorsión de la imagen corporal.

La pubertad y el momento de maduración: en la pubertad hay muchos cambios físicos y psicológicos que experimentan los adolescentes en algunos se desarrollan antes y otros después pero todos pasan por esta etapa de maduración. En cuanto al momento de la maduración de los adolescentes si esta se da tempranamente tienen riesgo de ser objetos de burla al igual que si se retrasa esta maduración y los comentarios verbales negativos que reciben de los demás tienden a afectar en como se perciben y pueden llegar a ocasionar un trastorno en la imagen corporal.

Comentarios negativos y burlas: estos tienen un papel importante para la formación de la imagen corporal. Las burlas tienen una relación significativa con los trastornos alimenticios, el amor propio, y la satisfacción corporal; las personas que presentan una historia a lo largo de su vida (especialmente en la infancia) con burlas tienden a desarrollar el trastorno alimenticio, distorsión de la imagen corporal y son personas que presentan la bulimia nerviosa y una baja autoestima y tienen miedo a la desaprobación social.

Principios de abuso sexual: se ha propuesto una relación entre el abuso sexual y el desarrollo de trastornos alimenticios, pero no se ha encontrado que sea un factor significativo, ya que personas que no han tenido historia de abuso sexual, presentan trastornos alimenticios (Pope & Hudson, 1992)

TEORIAS SOCIOCULTURALES

Estas teorías han sido de gran importancia y por su relación entre los medios de comunicaron influyen con la imagen corporal de los individuos. Investigaciones han demostrado que hay una fuerte influencia en el desarrollo de imagen corporal y los trastornos alimenticios con los factores socioculturales. Las ideas socioculturales lo que es bello es bueno y ser delgados es sinónimo de belleza.



Una mirada

© Archivo personal de la Editora

El rol que juegan los medios de comunicación: Lo que se propone es que los medios masivos de comunicación como las revistas, televisión y las películas muestran un estereotipo de belleza en el cual la mujer debe ser “delgada y atractiva para se feliz” y las personas “obesas son denigradas e infelices”, estas ideas socioculturales afectan de manera significativa la idea propia y lo que te exige la cultura en cuanto al estereotipo de belleza. Esta comparación social lleva a las personas a presentar una distorsión en la imagen corporal y con esto un trastorno alimenticio que si no se detecta a tiempo puede ocasionar la muerte.

Teorías feministas y rol de género: lo que tratan de exponer estas teorías es que las mujeres tienen mayor presión por estar delgadas que los hombres, esto hace que ellas sufran por bajar de peso y los trastornos alimenticios son resultado de estrategias inadecuadas de afrontamiento hacia el sexismo, racismo, abuso y pobreza.

REFERENCIAS

- Pope, H.G. Jr, & Hudson, J.I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am J Psychiatry*, 149(4), 455 - 463.
- Thompson, J.K. (1996) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity*. Washington: American Psychological Association.

LECTURAS RECOMENDADAS

- American Psychological Association* (2013). DSM V Washington: American Psychological Association.
- Anuel, A., Bracho, A., Brito, N., Rondón, J.E., & Sulbarán, D. (2012). Autoaceptación y mecanismos cognitivos sobre la imagen corporal. *Psicothema*, 24(3), 390-395. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/4028.pdf>. Acceso 19-06-2013.
- Hernández-Cortés, L.M., Londoño Pérez, C.,(2013). Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios. *Anal. Psicol.* [revista en la Internet], 29(3), 748-761.
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J.C., & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México*, 48(2), 94-103
- Ramos, P., Pérez, de Eulate, Lourdes, Liberal, S., Latorre, M. (2003). La imagen corporal en relación con los TCA en adolescentes vascos de 12 a 18 años. *Revista de Psicodidáctica [en línea]* 2003, () : [Fecha de consulta: 5 marzo de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1750160>.

Gladys Hernández Vela

2. F54 Factores psicológicos... [316]

¡QUÉ VERGÜENZA! F60.6 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN (301.82)

La emoción de vergüenza es una emoción moral, de auto consciencia dado el aprendizaje social. El juicio de los otros frente a las conductas o acciones realizadas de manera inadecuada o errónea. El individuo puede presentar mal estar, inseguridad, rechazo o deshonor. La vergüenza como factor de riesgo de los trastornos de la alimentación y de la Obesidad se muestra en conductas y cogniciones: conductas de aislamiento social, cansancio crónico, labilidad emocional y respuestas violentas en las relaciones interpersonales cercanas. Además las conductas alimentarias de carácter emocional es más común en obesos que en personas con normopeso. (Patel & Schlundt, 2001). Para Moral (2002), la vergüenza (y la culpa) se muestra en personas con el trastorno del atracón: la ingesta la realizan en forma oculta, al ser descubiertos les provoca vergüenza. Por la condición de peso, los obesos muestran vergüenza por su aspecto físico, e idealización de la figura corporal ideal (Spitzer et al., 1993). El desorden de la ingesta excesiva, se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en corto o largo tiempo, la persona carece de control sobre su ingesta. Marin (2002) señala que la persona puede comer solo por vergüenza.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM, en su versión de 2013, se propone la evaluación multidimensional a partir de dimensiones de rasgo en lugar de los síndromes. Con esta perspectiva, se consideran seis dimensiones:

- 1) Emocionalidad negativa: como facetas afectivas como la depresión, ansiedad, la vergüenza y la culpa.
- 2) Introversión: considera la evitación de la interacción social.

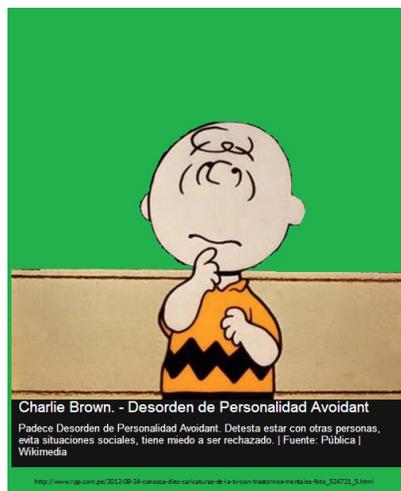
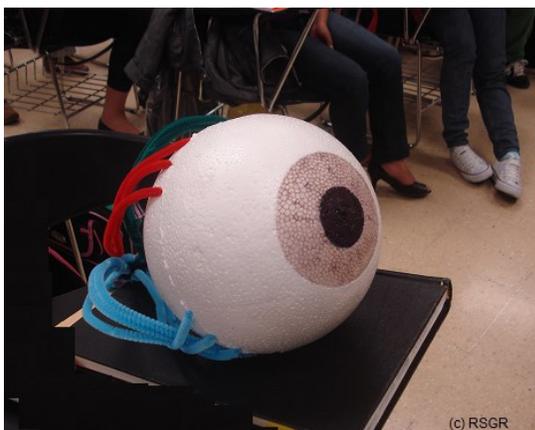
- 3) Contradicción: incluye el sentido exagerado de sus propias acciones.
- 4) Desinhibición: conductas impulsivas y fuera de control
- 5) Compulsión: integrando el perfeccionismo y la rigidez.
- 6) Esquizotipia: incluye alteraciones cognoscitivas en percepciones y en creencias extrañas (DSM IV-TR, 2013; Shedler et al, 2010).

En el DSM V continúan los trastornos de la alimentación de: Pica, Trastorno de rumiación, evitación o restricción en la ingesta de alimentos (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Trastorno por atracones, otros trastornos alimentarios específicos y trastornos alimentarios no especificados.

En el Trastornos de la personalidad del grupo C , F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82), los criterios diagnósticos son:

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al inicio de la adultez y se dan en diversos contextos, como lo indican en cuatro o más de los siguientes rubros. La persona:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. Es renuente a implicarse con la gente si no está seguro de que les va a agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA)(2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV -TR*. Barcelona, Masson
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *D,S,M, V*. Disponible en www.DSM5.org. Acceso 23-03-2014.
- Marín, B.(2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Rev Chil Nutr*, 29(2), Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-751820020002_00002&script=sci_arttext.
- Moral de la Rubia, J. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria, un complejo fenómeno biopsicosocial. *Respyn*, 3(3). Disponible en <http://www.respyn.uanl.mx/iii/3/ensayos/ trastornos.html>
- Patel KA, Schlundt DG. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite*, 36, 111–118.

- Shedler, J., Beck, A., Fonagy, P., Gabbard, G.O., Gunderson, J., Kernberg, O., Michels, R., & Westen, D. (2010). Personality Disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1026 - 1028. Disponible en <http://saludmental.cl/index.php/trastornos-de-personalidad-dsm-5?showall=1>.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Stunkard A, Allison K, Lundgren J. (2008). Issues for DSM-V: Night Eating Syndrome. *Am J Psychiatry*. 165(4), 424.
- Volkow ND, O'Brien CP. (2007). Issues for DSM -V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder? *Am J Psychiatry*, 164(5), 708-710.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

ALIMENTACIÓN PARA PERSONAS CON DIABETES

De manera inicial, Lerman (1998) menciona que la dieta es la piedra angular del tratamiento, es uno de los elementos fundamentales para la persona diabética. Brito, Aguilar, Pull y Gómez (2004) señalan que una alimentación adecuada es lo que proporciona al organismo las cantidades de nutrimentos que requiere para su buen funcionamiento. Por ello, la dieta debe de ser una alimentación adecuada y de por vida, así se convierte en un estilo de vida para tener un mejor control glucémico y evitar complicaciones que trae consigo la diabetes por no tener un control adecuado o lo mas posible a lo requerido dentro de lo normal. La alimentación adecuada es indispensable para un estilo de vida saludable, cantidades balanceadas, inclusión de nutrientes para el funcionamiento óptimo de nuestro organismo, favorecen a un estado de salud para desarrollar nuestras actividades cotidianas.

Del Rey y Calvo (1998) mencionan que la alimentación del diabético debe cumplir los siguientes objetivos:

Adaptar la dieta a las costumbres de las comunidades en que vive el paciente.

Adaptar las comidas al régimen de insulina, evitando aumentos y decesos de la glucemia.

Asegurar un correcto equilibrio entre minerales y calorías, asegurando así un crecimiento y desarrollo normal.

Mejorar los hábitos dietéticos, evitando el exceso de grasas y aumentando la ingestión de fibras.

En las personas con Diabetes, la alimentación es un componente muy difícil de cumplir por sus costumbres y tradiciones. Por ello es indispensable educar a los pacientes por medio de especialistas en nutrición y en procesos sociales: nutriólogos, dietistas y psicólogos, para poder conocer los alimentos que se necesitan y que pueden comer de todo un poco, evitar los excesos y modificar los hábitos o patrones alimentarios inadecuados, ricos en alimentos de alto contenido energético y en azúcares, independientemente del Nivel socioeconómico de la persona (WHO, 2003)

Se puede recurrir a un plan alimentario individualizado que incluyan suficientes nutrientes que permitan mantener la salud, como el *Plato del Buen Comer* (NOM, 2005), donde los nutrientes se dividen en carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas minerales y agua. Para que el régimen alimenticio sea eficaz, es necesario que sea agradable y variado para evitar la monotonía.

Enseñar las porciones es muy importante, para ello se cuenta con tablas que responden al tamaño y cantidad de los alimentos. Una "taza de leche" puede tener varios tamaños: desde una taza de café expreso hasta un litro y por igual se le describe como "tacita de leche por la mañana" (Nota de la Editora).

EJERCICIO

Junto con la insulina y la dieta, el ejercicio constituye una parte importante del tratamiento de la diabetes, ya que este favorece la entrada de glucosa en la sangre, disminuyendo la necesidad de insulina. Loo & Hernández (2007) mencionan que el ejercicio es el movimiento corporal producido por los músculos, el cual es estructurado, programado y repetido. Son acciones diseñadas para mejorar de manera progresiva la tonicidad, la fuerza de uno o varios grupos musculares, mantener las articulaciones en buen estado, fortalecer el corazón y los pulmones, además de ayudar a controlar el estrés. El ejercicio es recomendable a los diabéticos porque incrementa la sensibilidad a la insulina y mejora el control de la glicemia, el perfil de lípidos, mejora la presión arterial y favorece la pérdida de peso, produce acondicionamiento cardíaco y sensación de bienestar. Se debe optar por el ejercicio aeróbico con períodos de calentamiento, con una frecuencia mínima de tres veces por semana idealmente en días alternos (Lerman, 1998; Brito, Aguilar, Pull & Gómez, 2004).

Tabla de equivalencias en medidas de uso habitual *

Vaso de agua o taza de leche	200 ml
1 yogur	125 ml
1 cucharada sopera de aceite	10 ml
1 cucharada sopera (colmada) de azúcar	20 g
1 cucharada sopera de arroz (crudo)	20-25 g
1 cucharada sopera de harina	20-25 g
1 cucharada de postre de aceite	5 ml
1 cucharada de postre de azúcar	10 g
1 sobre de azúcar	10 g
1 terrón de azúcar	5 g
1 cucharada sopera de mermelada	20-25 g
1 envase individual de mermelada	15 g
1 porción individual de mantequilla	15 g
1 puñado (con la mano cerrada) de arroz o pasta pequeña	20-25 g
1 taza de café de arroz o pasta pequeña	80-100 g
2 cucharadas soperas de lentejas en crudo	20 g
3 cucharadas soperas de garbanzos en crudo	40 g
20 unidades de macarrones	15 g
1 plato hondo de verdura	200-300 g
1 pieza de fruta tamaño normal	150 g
1 vaso de vino habitual	100 g
1 papa un poco mayor que la medida de un huevo	100 g

* Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Mellitus Tipo 1. Disponible en guiasalud.es/GPC/GPC_513_Diabetes_1_Osteba_compl.pdf pág. 280
www.fisterra.com/material/dietetica

REFERENCIAS

- Brito, G.; Aguilar C.; Pull, J. & Gómez F. (2004). *Alimentación en la Diabetes una Guía Práctica para la Prevención y Tratamiento*. México: McGraw- Hill Interamericana.
- Del Rey, J. & Calvo, J. (1998). *Como cuidar la Salud su educación y promoción*. España: Harcourt Brace
- Guía Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo I*. (2012). País Vasco, Disponible en: http://guiasalud.es/GPC/GPC_513_Diabetes_1_Osteba_compl.pdf. Acceso 5-10-2013.
- Lerman, I. (1998). *Atención Integral del Paciente Diabético*. México: McGraw- Hill Interamericana.
- Loo, I. & Hernández, G. (2007). *Educación y Autocuidado de la Persona Diabética*. Proyecto PAPIME EN216503". México: UNAM.
- Plato del Buen Comer:
- Secretaría De Salud (23 de enero de 2006). «Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005» (pdf). *DIARIO OFICIAL*. Consultado el 30 de diciembre de 2011.
- ENLACE WEB: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf
- WHO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation; Technical Report Series 916.

Ana Rosa Rangel Rojas y Dolores Patricia Delgado Jacobo

4. Como, luego existo

LA EDUCACIÓN EN PERSONAS CON DIABETES

La obesidad como factor de riesgo, está fuertemente asociada a la insulinoresistencia, a la alteración metabólica de la glucosa forzando al organismo a la sobreproducción de insulina al torrente sanguíneo como mecanismo homeostático a los niveles de glucemia. También se asocia al daño renal. Estudios muestran que la Diabetes Tipo I tiene un gran componente hereditario ya que el páncreas no produce suficiente insulina para nivelar la glucosa. Por su parte la Diabetes Tipo 2 tiene un mayor componente ambiental y de desarrollo, al estar asociada a enfermedades crónico - degenerativas como la obesidad (Justo et al, 2005). Uno de los factores a los que no se le ha dado mucha importancia es el hecho de que las personas con obesidad transmiten su cultura a través de patrones o hábitos como los de la conducta alimentaria y de actividad física. La probabilidad de transmitir la obesidad a los descendientes tiene mayor influencia que su prevención, de aquí que se puedan desarrollar alteraciones en los genes o y dar como consecuencia trastornos (Sepulveda Medina et al, 2006)

La educación en diabetes solo se enseña en cursos de especialización médica, pero no se hace hincapié en los objetivos de la enseñanza, ni en su aplicación en función con la psicología, ni en la situación social de los diabéticos. Por lo que es necesario una instrucción específica en las áreas de medicina, enfermería, nutrición y psicología para poder otorgar un mejor servicio ya que, lamentablemente en las instituciones de salud oficial, el impacto es mínimo porque carece de programas de enseñanza estructurados, o si los hay no son difundidos de manera masiva (Pardo, 2006).

En los adolescentes el aprendizaje es un aspecto importante, debido a que están pasando por cambios físicos y psicológicos, por tanto al enterarse de que tienen una enfermedad incurable como la diabetes, ya que solo se puede controlar, pueden tender a estar en depresión y actuar con indiferencia ante la enfermedad. La importancia de tener un conocimiento adecuado de la diabetes ayuda a llevar un buen control de la enfermedad, para ello el tratamiento debe ser individual con esto se planifica adecuadamente las comidas y ejercicios, se resuelven inquietudes y dudas que lo alejen de interpretaciones populares distorsionadas.

Se le indicará como actuar en situaciones de urgencia, que le permite evitar o retardar complicaciones, para llevar un mejor estilo de vida, tanto de él como de su familia. El impacto social que causa la enfermedad es muy fuerte, ya que la diabetes es una enfermedad incurable, y solo se da la información de las complicaciones y no se enfocan a la educación del paciente diabético (Islas y Lifshitz, 1993).

Valorar el impacto social y económico de la diabetes requiere enfocar los estudios de personas diabéticas en una dimensión macro social sin excluir los componentes micro sistémicos: biológico, psicológico y social.

Islas y Lifshitz (1993) mencionan que para considerar este impacto, se debe analizar y valorar a la persona en su contexto de salud-enfermedad y la interrelación familiar, educacional, recreativa. En forma paralela, sus repercusiones en costos unitarios y globales que ocasiona la enfermedad. Así que, el paso inicial, es la aceptación de la diabetes con su carácter de incurable, que requiere un tratamiento permanente y las limitaciones variables del estilo de vida, donde el apoyo emocional de la familia es fundamental para facilitar la adherencia al tratamiento y se obtengan las menores repercusiones que una enfermedad trae.

En la persona con Diabetes tipo, se originan cambios estructurales en su personalidad y en la de sus padres, que pueden obstaculizar o favorecer la adaptación a la enfermedad con sus respectivas limitaciones.

El modelo para la descripción y modificación de la conducta (MDMC), es interactivo y ofrece paso a paso los atributos que se requieren para esta. Este modelo es una alternativa, representa una síntesis de conceptos que se han encontrado en la literatura de ser efectivos en las conductas de salud. Contiene varios procesos conductuales (estímulos, procesamiento y factores facilitadores), para cada uno de estos procesos hay una breve definición la cual pone los parámetros entre los cuales se puede aplicar (Rodríguez, 1999; GPC-DT-I, 2012).

AMBIENTE EXTERNO: los factores externos con los cuales participa la persona.

AMBIENTE INTERNO: son los factores conductuales físicamente internos a cada persona que incluye la confianza, las emociones y las habilidades (Bandura, 1977; Weiner, 1987; Rodríguez, 1999).

APTITUD CONDUCTUAL: con las conductas y destrezas necesarias para la realización de cierta conducta.

AYUDAS SOCIALES Y CULTURALES: se refiere a que necesitamos el apoyo de la familia, amigos y compañeros con los que se convive a diario y grupos a donde haya personas con el mismo problema y así no sentirse solos.

CREENCIAS: las personas tienen ciertas conductas que aprenden, algunas de ellas no muy adecuadas para el tratamiento, con lo cual no pueden adherirse bien a este. Utilizan recursos indeseables para recuperar su salud.

ENSAYOS CONDUCTUALES: son los esfuerzos iniciales para ejecutar la nueva conducta en partes sencillas y manejables para que la persona tenga éxito; con estos éxitos repetidos se logra una mejor adherencia.

ESTÍMULO: se refiere a la definición acción u objeto que activa la mente e incita a ejecutar cierta conducta. El control del estímulo requiere una manipulación del ambiente para presentar información nueva para cambiar una conducta por otra o extinguir las conductas indeseables.

EXPECTATIVAS: es la evaluación de los resultados que puede proporcionar cierta conducta propuesta y la probabilidad subjetiva de dirigir la conducta a estos resultados.

FACTORES FACILITADORES: es cualquier característica del ambiente la cual contribuya a que se facilite la conducta, por medio de habilidades o destrezas adquiridas.

INTRAPSÍQUICO: son los factores psicológicos de cada persona para manejar ciertas conductas emocionales.

MANEJO DE RECURSOS: es la manera de manipular el tratamiento a las condiciones necesarias del paciente, para facilitar y simplificar las conductas al ambiente externo.

MOTIVACIÓN PARA CUMPLIR: esta se refiere a que cada individuo tiene ciertos grupos de referencia para cumplir con lo establecido, ya que la presión social y el impacto que cada individuo sienta es diferente y con ello va aunado el grado de motivación que se tenga.

NORMAS SOCIALES: es el conjunto de creencias que tienen las personas que rodean al enfermo y con ello lo que creen que pueden hacer o no para llevar a cabo cierta conducta.

PROCESAMIENTO: es un proceso activo en el cual la persona piensa acerca de la información externa que reciben y hacen juicios acerca de la calidad e importancia de la información.

Con lo anterior se puede lograr una intervención de manera completa, sin dejar afuera algún aspecto importante de la persona. Para una buena adherencia al tratamiento es necesario trabajar con el adolescente con diabetes, para que comprenda su enfermedad y con ello cambien sus conductas sin dejar de disfrutar su vida.

REFERENCIAS

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New York: General Learning Press.

Guía Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo I. (2012). País Vasco, Disponible en: http://guiasalud.es/GPC/GPC_513_Diabetes_1_Osteba_compl.pdf. Acceso 5-10-2013.

Islas, S. & Lifshitz, A. (1993). *"Diabetes Mellitus"*. México: interamericana McGraw- Hill.

Justo Roll Iván, Orlandi González Neraldo. Diabetes y obesidad: Estudio en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2005 Dic [citado 2014 Ago 10]; 21(5-6): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500006&lng=es.

Pardo, C. (2006). *"El Arte de Vivir con Diabetes"*. México: Trillas.

Rodríguez, G. (1999). "Fortalecimiento de la adherencia terapéutica". México: Facultad de Psicología UNAM; Porrúa.

Sepúlveda Medina, A., Jiménez Lara, M., et al. (2006). Relación entre obesidad y diabetes mellitus. *Episteme*, 8-9 (2), Disponible en http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-06/jovenes/a_obesidad.asp. Acceso 22-09-2010.

Weiner, B. (1987). The role of emotions in a theory of motivation. En F. Halish & J. Kuhl, *Motivation, Intention and Volition*, pp. 21-30, Berlin: Springer-Verlag.

Ana Rosa Rangel Rojas



5. Colaboraciones

EL APEGO EVITATIVO COMO FACTOR PSICOLÓGICO DE LA OBESIDAD EN LA MUJER: UN ESTUDIO TRANSPERSONAL.

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

Introducción

En la mujer, la obesidad tiene una connotación diferente al hombre, ya que se ve más como un sinónimo de “fealdad” o “enfermedad” debido a un mundo consumista, en donde la imagen de una mujer delgada es sinónimo de “pulcritud” y “belleza”, lo que relega a la mujer a un punto de discriminación y rechazo al propio cuerpo. Penna & Rivarola (2006) conciben que la insatisfacción con la imagen corporal, las dietas sobrevaloradas de un cuerpo delgado son factores prevalentes en la mayoría de las adolescentes y jóvenes actuales.

Existen muchas investigaciones en torno al tema de la obesidad, principalmente sobre la herencia y desde la perspectiva médica, sin embargo, se ha encontrado que influye más el sedentarismo, malos hábitos alimenticios, algunas enfermedades y problemas psicológicos como la depresión y baja autoestima. También la relación de los patrones de apego y la obesidad infantil, debido a que muchos de los adultos obesos fueron niños con obesidad. Sara Anderson propuso que el estilo de apego evitativo (sienten incertidumbre sobre cuándo y cómo sus madres responderán a sus necesidades debido a la conducta errática e incoherente de las progenitoras) es generador de la obesidad en un 30% más frecuente que si un niño tuvo un apego sano (es decir, que sienten confianza con ellas y por ende una relación cercana). Esto quiere decir, que el estilo de apego inseguro tiene como consecuencia un desequilibrio en la regulación de las emociones y por tal motivo también con la alimentación debido a que está regulado por las emociones (Anderson, 2001, en Ponson, 2011). El objetivo de la presente investigación fue establecer la relación entre la teoría del apego con la teoría transpersonal para entender cómo el apego evitativo es factor psicológico de la obesidad en la mujer y a partir de ahí hacer recomendaciones para la intervención psicológica.

Psicología transpersonal

Se tomará como referencia la psicoterapia transpersonal debido a que permite visualizar cualquier enfermedad física o psicológica desde un punto de vista holístico y complejo. Debido a que la sociedad ha llegado a ser complejamente industrializada y se han evitado las emociones y sentimientos, esto proviene desde la idea newtoniana-cartesiana en donde hay diferencia entre el alma y el cuerpo, porque así se podía sistematizar el estudio de las enfermedades teniendo como consecuencia el deterioro de lo emocional y espiritual. (escribir lo de la psicología transpersonal que puse en mi presentación).

La relación médico paciente fue cambiando en donde el paciente tal cual como la palabra lo dice, es quien espera las indicaciones del médico. La sabiduría que tienen las personas se fue haciendo cada vez menos importante a tal grado que el cuerpo enfermo se llama en los hospitales por la enfermedad y no por el nombre, las personas han perdido sus nombres cuando están hospitalizadas, son el cáncer de la cama tal o cual. Lo peor es que no solamente los pacientes han salido afectados sino también los médicos con largas jornadas laborales, son los primeros que fallecen por problemas cardiacos, como si metafóricamente estuvieran endureciendo su corazón para no sentir y por tal motivo la misma enfermedad les dice qué es lo que tienen que hacer.

Nuevo paradigma: La Salud Integral

Se puede vislumbrar que se necesita ver a las enfermedades en todos sus aspectos, tanto médico, psicológico social y espiritual, visualización que apoya el paradigma holístico-transpersonal. Se nombran varios puntos importantes para llegar a este nivel:

- La enfermedad nos hace curables
- La enfermedad es un evento espiritual
- La enfermedad nos orilla a hacer cambios en nuestra vida de una forma inmediata, es un foco rojo.

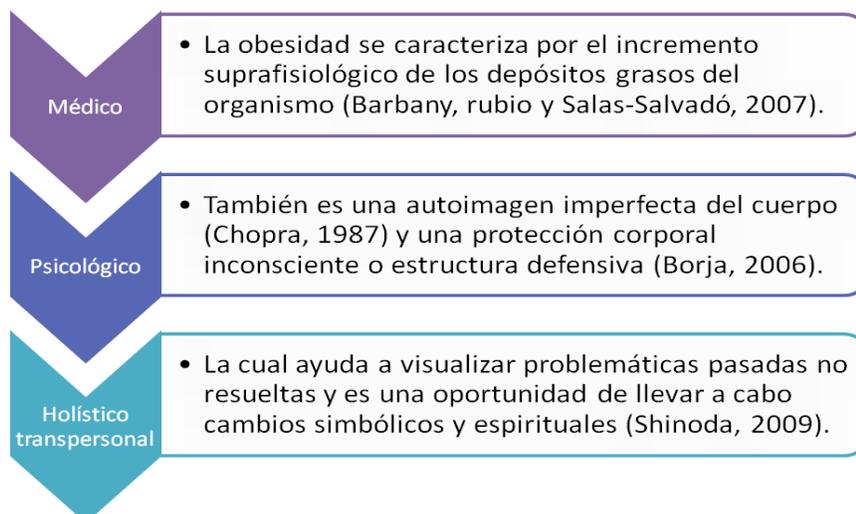
Las crisis en una enfermedad pueden tomarse como una oportunidad que la vida nos brinda para cambiarla y modificarla.

La enfermedad, vista desde este paradigma, es una metáfora de algún problema psíquico o emocional; es un significante. En este sentido, la obesidad es una metáfora, la cual se tiene que leer y comprender el aprendizaje que brinda. Es como un lapsus, que puede ser corporal (parapraxia) emocional o lingual, pues un lapsus “es un decir que el sujeto dice sin saber lo que dice” (Nasio, 2004, pág. 77), “es un lenguaje indirecto por medio del cual el individuo dice lo que no dice verbalmente” (Manuel Morales, comunicación personal, marzo de 2009).

La obesidad desde el punto de vista holista-transpersonal

En la concepción médica, se considera únicamente el peso y la grasa corporal, pero es importante tomar en cuenta una definición psicológica y emocional, para poder tratarla con un respeto más allá del padecimiento y poder encontrar una solución personalizada. En esta investigación se pretende ir más allá, por lo cual se propone una definición en tres niveles desde un punto de vista holista transpersonal:

Al tomar en cuenta las tres definiciones existe una complementariedad, cada una busca una solución a cierto nivel de salud y son inseparables. Por cada nivel descendente se encuentra una mayor profundidad de conciencia. Si solamente se observa desde el primer nivel, el tratamiento estará concentrado en la reducción de peso, por lo que solamente se buscará mejorar la apariencia y no tanto la salud (Cash Sarwer & Thompson, 2005). Aquí se encuentran las personas que solamente se centran en realizar ejercicios arduos y diferentes tipos de dietas, solamente son cuerpo, por lo cual se cierran a conocerse más profundamente.



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

El segundo nivel, ayuda a conocer los factores que llevaron a que la persona con obesidad tenga una autoimagen diferente y una coraza corporal para protegerse. Se observa desde un punto de vista más profundo, debido a que en ese nivel no solamente hay deficiencias individuales, sino también cualidades que permitirán encontrar recursos psicológicos. De acuerdo con Montero (2001), las creencias y percepciones de las personas obesas acerca de la obesidad que tienen es importante, porque de esta manera se desmitifica la obesidad como una enfermedad crónica y degenerativa que no tiene “cura” y así se ve más al paciente que a los tratamientos médicos de dietas, ejercicios y fármacos que dañan al organismo. Afirmó que las personas con obesidad, tienden a sentirse discriminados y rechazados por sus hábitos alimenticios, consumiendo más alimentos como una actitud desafiante. En el tercer nivel de análisis, se ve a la obesidad desde un punto de vista positivo, como una oportunidad que la vida brinda para poder integrar y resolver experiencias pasadas no resueltas, y que permita realizar cambios significativos, para que se pueda escuchar el lenguaje del cuerpo y tener esa sabiduría. La obesidad en la mujer, es un signo de que su cuerpo le está diciendo algo que no se encuentra en la conciencia. Así, cuando una mujer desde niña tiene obesidad tenderá a percibirse con una autoimagen imperfecta, pero no se dará cuenta del potencial que existe para cambiar su estilo de vida.

Estudio de caso

Magali tiene 19 años de edad, nació el 8 de agosto de 1994 en el municipio de los Reyes la Paz, Estado de México. Tiene la secundaria terminada, dos años de casada y es ama de casa. Pesa actualmente 94 kilogramos y mide 1.65 m por lo que tiene un Índice de masa corporal (kg/m²) de 34.52, lo que indica que tiene obesidad tipo I de estructura de manzana. No tiene enfermedades crónicas-degenerativas.

Integración de los resultados

Main (2000) describe que ninguna persona tiene un estilo de apego en particular, Magali se inclina hacia un estilo de apego evitativo invertido. Ella comenta que sus padres la ven como una “persona independiente”, contrariamente tiene un concepto negativo de sí misma y un pobre autoconcepto corporal. Por lo general, las personas que tienen un apego evitativo, suelen tener falta de expresión de la angustia y el sufrimiento pueden llevar a una valoración errónea de la actitud aparentemente independiente que es catalogada como positiva, así más que una ausencia de angustia, es una estrategia de adaptación a la angustia de separación (Dio, 2005).

El apego invertido o como lo llama Juri (2011) un “hijo sostén”, tiene lugar cuando el padre o madre toma al hijo como figura de apego, invirtiendo la asimetría. Esto se confirma cuando Magali anotó que acepta todas las órdenes que le da su madre “...porque se enoja si no las hago”. Los padres con apego invertido, pueden interferir en el desarrollo autónomo del hijo, al intentar retenerlo como un apoyo. Entre los modos de retener al hijo existen las culpabilizaciones y/o responsabilizaciones, el control, los reproches, la intrusión en la mente del hijo necesitado. Estos vínculos generan una psicopatología intersubjetiva (Juri & Ferrari 2011).

Por ejemplo, en la película “*Como agua para chocolate*” (1992) se muestra un apego invertido, en donde la madre de Pita la obliga a no tener novio ni casarse porque “la obligación” de la hija más pequeña es la de cuidar a su madre.

Magali sigue las instrucciones de su madre porque siente que puede encontrar su cariño por ese medio, así tiene que cuidarla al ayudarla con sus hermanos pequeños. En su infancia comenta que “Esperaba a mamá en la escuela, pero mi hermana me traía un regalo por parte de ella, lo que yo quería era verla a ella”. En este sentido, el temor a encontrarse en función de los deseos ajenos (como en su época de los deseos de los padres necesitados de apoyo) llevan a ciertas formas de defensa, como la distancia físico o emocional, la evitación de la intimidad profunda o la agresividad que intenta evitar la invasión (real o imaginaria) del otro, y defender la representación del sí mismo como autónomo (Juri & Ferrari 2011).

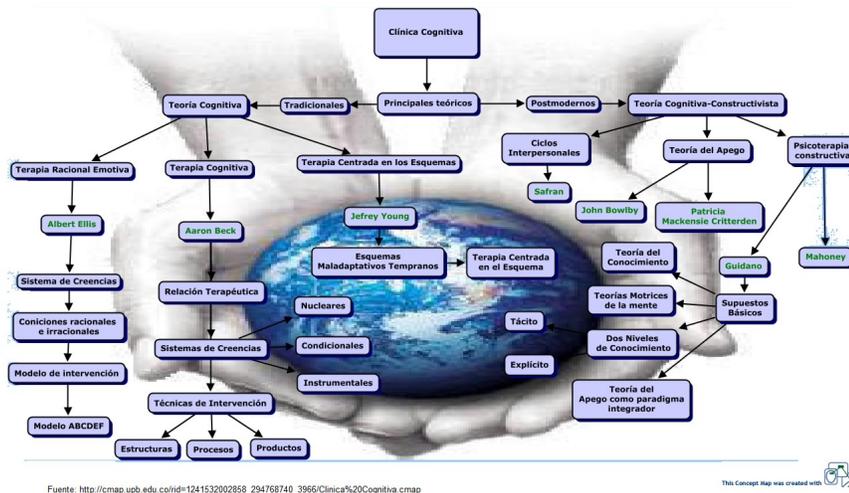
Otro punto en la Historia Clínica, es que tiende a comer comida con alto contenido en calorías como dulces y grasas. Dethlefsen & Dahlke (2011) comentaron que “El que tiene hambre de cariño, y no puede saciarla, manifiesta este afán en el aspecto corporal en forma de hambre de golosinas. El hambre de golosinas siempre expresa un hambre de cariño no saciada. El amor y lo dulce tienen una estrecha relación. El deseo de golosinas en los niños es claro indicio de que no se sienten lo bastante amados... el que come caramelos anhela amor y seguridad. Es más fiable esta regla que la valoración de la propia capacidad de amar” (pág. 152). También tiene insomnio y náuseas matutinas, por lo cual, le hace falta darse cuenta de lo que su cuerpo y sus necesidades emocionales le están diciendo, leer ese “lapsus físico”, para que así pueda ver que puede sentirse acompañada, no con otras personas, aunque también es importante, sino con ella misma.

Cualquier enfermedad, es una oportunidad para cambiar hábitos tóxicos en la vida, en este caso, el sobrepeso, el insomnio, las náuseas matutinas, son puntos importantes que el cuerpo de Magali le está enseñando para realizar cambios en su vida. Por eso es necesario que pueda ver a la enfermedad no como un mal, sino como una oportunidad para vivenciar e integrar componentes separados y escondidos de su ser, debido a que al evitar sus sentimientos se va alejando de ellos y los oculta por medio de la sombra.

Recomendaciones psicoterapéuticas

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

La obesidad, se puede abrazar, aceptar, porque es como un cuerpo de bebé, que se quedó fijado en esa infancia, porque no pudo crecer sanamente. Al aceptarla, se acepta a la niña interior de la paciente. Con esto no se quiere decir que se debe aceptar la obesidad en un sentido de pesimismo, de no aceptar que se puede cambiar, sin un sentido de valorar lo que la enfermedad dice y habla. Se necesita trabajar la base segura de la paciente, quizás por medio de recuperar y sanar las heridas emocionales de desamparo y abandono que tiene para que pueda aceptar tanto su cuerpo como sus sentimientos y pueda expresarlos no solamente por medio de un lenguaje corporal, sino por un lenguaje oral.



Fuente: http://cmap.upb.edu.co/id=1241532002858_294768740_3966/Clinica%20Cognitiva.cmap

This Concept map was created with

REFERENCIAS

Barbany, M., Rubio, M. & Salas-Salvadó, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica [Versión electrónica]. *Revista Española de Obesidad*, 5(3), 135-175.

Borja, G. (2006). *La locura lo cura: Manifiesto terapéutico* (3ª ed.). México, Cuatro vientos.

Cash, T. Sarwer, D. & Thompson, K. (2005). Imagen corporal y obesidad en el adulto [Versión electrónica]. *Psiquiatría Clínica*, 28, 69-87.

Chopra, D. (1987). *Cómo crear salud: más allá de la prevención y hacia la perfección*. México, Grijalbo.

Dethlefsen, T. & Dalkhe, R. (2011). *La enfermedad como camino*. Argentina, De bolsillo.

Dio, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Barcelona, Paidós.

Juri, L.J. (2011). *Teoría del apego para psicoterapeutas*. Madrid, Psimática.

Juri, L. & Ferrari, L. (2011). *Reseña: Teoría del apego para psicoterapeutas*. Luis J. Juri. Madrid, Editorial Psimática. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000736>. Acceso 20-10-2012.

Main, M. (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego [Versión electrónica]. *Aperturas psicoanalíticas: Revista Internacional de psicoanálisis*, 8:1055-1127.

Manuel Morales, comunicación personal, marzo de 2009.

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

Nasio, J. (2004). *Los gritos del cuerpo*. México: Paidós.

Como agua para chocolate (1992). México Color (Eastmancolor). Arau Films Internacional, Instituto Mexicano de Cinematografía (IMCINE), Fondo de Fomento a la Calidad Cinematográfica, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA), Gobierno del Estado de Coahuila, Aviaca, Fonatur y Secretaría de Turismo (SECTUR)

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

Ponson, A. (13 de mayo de 2011). Falta de apego materno eleva en un 30% riesgo de obesidad en preescolares [Versión electrónica]. *Revista La tercera*. Revisado el 10 de noviembre de 2011 de: diario.latercera.com/2011/05/13/01/contenido/tendencias/16-68861-9-faltadeapego-materno-eleva-en-un-30-riesgo-de-obesidad-en-preescolares.shtm

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

Shinoda, J. (2009). *El sentido de la enfermedad: un viaje del alma*. Barcelona. España: Kairós.

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

6. Próximas reuniones científicas



CONVOCAN

A investigadores, profesores, estudiantes de la comunidad universitaria y de Instituciones Públicas y Privadas a participar en el

10º Congreso de Investigación en la FES Zaragoza

"La generación de conocimiento, motor del desarrollo académico"
13 al 17 de octubre del 2014

OBJETIVOS

- Difundir resultados de investigación
- Intercambiar experiencias científicas
- Promover la vinculación entre la docencia y la investigación en pregrado y posgrado

ÁREAS TEMÁTICAS

1. Físico-matemáticas y de las Ingenierías.
2. Químico-Biológicas.
3. Salud.
4. Comportamiento.
5. Social.
6. Educativa.

ACTIVIDADES

- Conferencias magistrales
- Minicursos y Talleres
- Mesas redondas
- Simposia

TRABAJOS LIBRES (SOLO EN CARTEL)

Los interesados en participar habrán de llenar y enviar el formato de registro y resumen del trabajo.

Tanto el formato de registro como el instructivo para hacer el Resumen están disponibles en: <http://congresofeszar.blogspot.mx/>

RECEPCIÓN DE TRABAJOS desde la publicación de esta convocatoria hasta el viernes 1 de agosto de 2014.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS. Un mes después de la recepción de cada contribución.

- Se emitirá una constancia por trabajo registrado
- Se aceptará un máximo de 6 participantes por trabajo

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN:

Hasta el 8 de agosto del 2014	Después del 8 de agosto de 2014
Alumnos \$ 450.00	Alumnos \$ 600.00
Académicos \$ 650.00	Académicos \$ 850.00
Público en general \$ 800.00	Público en general \$ 1000.00

1. El pago se realizará en cajas de la Facultad. El comprobante de pago original, se entregará en la Coordinación de Investigación.
2. También puede cubrir la cuota de inscripción realizando transferencia electrónica consulta la siguiente URL: <http://congresofeszar.blogspot.mx/p/ficha-de-registro.html>
3. La cuota de inscripción cubre la asistencia a los talleres.

En ambos casos, favor de enviar el comprobante de pago en formato digital al correo electrónico del congreso sin desecharlo porque **deberá entregarse el original** a los organizadores del Congreso.

INFORMES: Coordinación de Investigación de la FES Zaragoza (Batalla 5 de mayo s/n Col. Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, CP 09230, México D.F., tel. 5623 0724, días hábiles de 10:00 a 18:00 h.

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 25 de abril de 2014
EL COMITÉ ORGANIZADOR

obesityweek.com

obesityweekSM

November 2-7
Boston Convention and
Exhibition Center
Boston, MA

XIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica

XIII CONGRESO ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA BIOLÓGICA

Centro Patrimonial Recoleta Dominica
Recoleta #683, Santiago de Chile

15 al 18 de octubre de 2014

página www.antropologiabiologica.org/alab2014.

La Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología

CONVOCA

A estudiantes y profesionales de la Psicología a participar en el

3º CONGRESO ALFEPSI
INTEGRACIÓN Y COMPROMISO SOCIAL DE LA PSICOLOGÍA LATINOAMERICANA

A efectuarse del 22 al 25 de Octubre de 2014
En la UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI
www.uicui.edu.mx

www.congresofeszar.blogspot.mx



XXII
CONGRESO
MEXICANO DE PSICOLOGÍA
El papel del psicólogo
en una sociedad violenta:
Retos y aportaciones.
15-16 y 17
DE OCTUBRE DEL 2014
BOCA DEL RÍO VERACRUZ

www.psicologia.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=57

<http://www.amepso.org/membresia.php?memstatus=2>

La Asociación Mexicana de Psicología y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán les extienden una cordial invitación al XV Congreso Mexicano de Psicología Social y al VII Congreso Internacional de Relaciones Personales, los cuales se realizarán del 10 al 12 de septiembre de 2014 en la ciudad de Mérida, Yucatán, México

<http://www.sipd.org/novedades-del-v-congreso-sipd/>

<http://www.worldobesity.org/>

