



Psic-Obesidad

**Boletín electrónico de Obesidad desde
una perspectiva cognitivo conductual**



**Volumen 6, Número 22
abril-junio de 2016**

Psic-Obesidad

Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual

Volumen 6, Número 22
abril-junio de 2016

N.R. 04-2010-100813543100-203
www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad



Contenido



	Editorial	2
1	Trabajos de difusión en investigación	4
	Perspectiva cognoscitivo conductual del servicio social de obesidad en la FES Zaragoza <i>Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling</i>	
2	F54 Factores psicológicos... [316]	6
	Una mirada estudiantil desde la psicología de la obesidad <i>Elías Guzmán Fernández</i>	
3	Acérquese... ricos tamales	10
	Acorde con el hábito saludable, es la porción del alimento <i>Lic. Maricruz Morales Salinas</i>	
4	Como, luego existo	12
	Revisión de las emociones de enojo y tristeza y el índice de masa corporal <i>Dolores Patricia Delgado Jacobo y Raquel del Socorro Guillén Riebeling</i>	
5	Colaboraciones	15
	Prevención de la obesidad en niños con orientación cognoscitivo-conductual <i>Brenda Carolina Tello</i>	
6	Próximas reuniones científicas	18
	Normas de publicación	19

Psic-Obesidad, Año 6, No. 22, abril - junio de 2016, 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: Lic. Sandra Ruth González Terrones 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 26 de julio de 2016. 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.

DIRECTORIO UNAM

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Secretario Administrativo

Dr. Alberto Ken Oyama Nakagawa
Secretario de Desarrollo Institucional

Dr. César Iván Astudillo Reyes
Secretario de Servicios a la Comunidad

Dra. Mónica González Contró
Abogada General

Lic. Néstor Martínez Cristo
Director General de Comunicación Social

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

Dr. Víctor Manuel Mendoza Núñez
Director

Dr. Vicente J. Hernández Abad
Secretario General

Dra. Rosalinda Escalante Pliego
Secretaría de Integración, Promoción y Desarrollo Académico

M. en C. Faustino López Barrera
Secretario de Planeación

Lic. Sergio Silva Salgado
Secretario Administrativo

Dr. Edelmiro Santiago Osorio
Jefe de la División de Posgrado e Investigación

Dra. Mirna García Méndez
Coordinadora de Trayectoria Escolar de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento

Dra. Bertha Ramos del Río
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

Dr. Lucy María Reidl Martínez
Dra. Mirna García Méndez
Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona
Lic. Felix Ramos Salamanca
Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes
M.C. Dolores Patricia Delgado Jacobo
Consejo Editorial

Lic. Maricruz Morales Salinas
Lic. María del Socorro García Villegas
Psic. Elias Guzmán Fernandez
Equipo de colaboradores

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

Lic. Brenda Carolina Téllez
Lic. Maricruz Morales Salinas
Lic. Claudia Ahumada
Psic. Elias Guzmán Fernandez
Lic. Carlos Raziel Leños Castillo

Colaboraciones e informes: Teléfono: 56 23 06 12

Correos electrónicos:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx
raquelguillen2010@gmail.com

Editorial

abril-junio 2016

En materia de la obesidad, las campañas en promoción de la salud en la reciente transición de 2015 a 2016, refuerzan el cuidado a la alimentación de tipo saludable y el incremento hacia la actividad física. El punto central de estos programas se encuentra en el Estilo de Vida. A principios de 2010, se plantearon dos grandes programas que abarcaron dos sectores, el de la Salud y el Educativo, cuyos materiales de apoyo aún son vigentes.

El **Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia para el Sobrepeso y la Obesidad**, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, publicado en el Diario Oficial el lunes 23 de agosto de 2010, considerado como un progreso a través del Programa de Acción en el contexto escolar (2010), constituye el avance: *...de manera coordinada con otros sectores gubernamentales y los productores para disminuir los tamaños de porción y los contenidos de sodio, grasas totales, grasas saturadas, grasas trans y azúcares de los alimentos, mientras que por otro lado se aumenta el contenido de cereales de grano entero y de fibra dietética (Programa de Acción en el Contexto Escolar, 2010: 4).*

Programa 5 pasos (2010), campaña a través de la cual se promueve el cambio de conductas y la adopción de hábitos saludables para personas mexicanas (5pasos.mx, 2010). Las características de este programa se encuentran en el cuadro 1.

Cuadro 1: Elementos del programa de 5 pasos de la alimentación saludable.

Principal Concepto	Entorno	Características	Metas
<i>Actívate</i>	La escuela	<i>Basado en evidencia científica</i>	Poco claras
<i>Come verduras y frutas: 5 por día</i>	El parque	<i>Fácil de entender y posible de aplicar</i>	
<i>Comparte</i>	La familia		
<i>Mídete</i>	El municipio		
<i>Toma agua</i>	El trabajo		

Proyecto 5 veces frutas y verduras, campaña elaborada por La Fundación Campo y Salud, A.C., DE 2003. Su objetivo consistió en motivar a la población a consumir por lo menos 5 porciones de verduras y/o frutas al día, a través de un programa llamado 5 x Día (FCS, 2006).



Y recuerda, cinco verduras y frutas hay que comer...
para fuerte y sano, poder crecer!

PASOS: Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para la Prevención de la Obesidad y el Sobrepeso, en el marco del Gobierno de Nuevo León, 2010, su objetivo general es limitar el problema del sobrepeso y la obesidad en las familias nuevoleonenses mediante políticas y acciones integradoras, interinstitucionales y sociales que incidan en una mejor nutrición y práctica del ejercicio, con el subprograma “Salud para Aprender”, con seis objetivos específicos. Destacan la importancia de los aspectos psicosociales.



Cuadro 1: Componente de educación y cultura para la salud del programa PASOS ENL, 2011. Disponible en: www.saludnl.gob.mx/drupal/sites/default/files/PRIMER%20INFORME%20Y%20MODELO%20PASOS.pdf. Página 9.

Programa de Acción Específico (PAE): Alimentación y Actividad Física 2013 - 2018, en el marco de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, *generando acciones multisectoriales que promueven estilos de vida saludables, estrategias educativas e intervención en los diversos entornos sociales, monitoreo y evaluación de las acciones, bajo el principio de concientización tanto del personal de salud como de la población involucrada; además, de la importancia de la participación de las autoridades, sociedad civil e industria, para promover una alimentación correcta y una mayor actividad física* (página, 16). Además este programa pretende *hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud y con ello alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente* (Juan-López, 2014: 8). Este Programa contribuye al mejoramiento de los hábitos alimentarios y de actividad física de la población en general, a través de la promoción y fomento de estilos de vida saludables en diferentes entornos. Se apoyan en estrategias de Salud Pública y de Atención Médica.

El PAE plantea como objetivo específico: *Impulsar el conocimiento sobre bebidas saludables, alimentación correcta y prácticas de actividad física que generaran hábitos y cambios para detener el incremento de la obesidad y las enfermedades no transmisibles* (página 23).

Promueve:

1. La correcta alimentación en diferentes entornos.
2. La actividad física en todos los grupos de edad.
3. Estilos de vida saludables con la implementación de campañas educativas
4. Lactancia materna exclusiva y la adecuada alimentación complementaria.

5. El rescate de la cultura alimentaria tradicional.
6. Fortalecer las aptitudes del personal de salud en materia de salud alimentaria.
7. La supervisión y evaluación de las acciones desarrolladas.

Programa: Muévete y Métete en Cintura, llevado a cabo por la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, incluye la detección, referencia y atención del sobrepeso y la obesidad, con planes alimentarios y tratamiento médico: *“un movimiento social informado y organizado para promover estilos de vida saludables, a través de orientación alimentaria y fomento de la actividad física”* (GDF.COM, 2015). Sus objetivos específicos son: Incidir en la modificación de los determinantes del sobrepeso, obesidad y sedentarismo y fomentar la incorporación de la actividad física en la vida cotidiana de la comunidad capitalina, enfatizando en niños y adolescentes.



La población se encuentra en 2014 con más de una tercera parte de adolescentes, tanto hombres como mujeres con exceso de peso (PAAF, 2014: 34). En 2016, la promoción a la salud alimentaria por la Secretaría de Salud (México), cuentan con documentos de acceso libre que apoyan la promoción a una adecuada alimentación y un estilo de vida saludable (SS, 2016).

En este año, la Secretaría de Salud, a través del Instituto Nacional de Salud Pública, lleva a cabo la encuesta de nutrición 2016, de mayo a agosto, denominada *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT-MC), 2016*, a la población mexicana y los resultados mostrarán el estado del sobrepeso y la obesidad en sus diversos sectores.

Referencias

- *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.* (2010). México, Secretaría de Salud.
- *Entornos y comunidades saludables: orientación alimentaria* (2016). México, Secretaría de Salud. Disponible en www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/comunidades_orientacion.html. Acceso: 09-14-2016.
- Fundación Campo y Salud (2006). 5 X Día Verduras Y Frutas, México. *Revista Chilena de Nutrición*, 33 (suppl.1), 316-317. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182006000300016&script=scj_arttext. Acceso 10-03-2016.
- *PASOS: Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física para la Prevención de la Obesidad y el Sobrepeso* (2011). México, Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.
- *Programa de Acción en el Contexto Escolar* (2010). ACUERDO mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica. México, Secretaría de Educación Pública.- Secretaría de Salud.
- *Programa de Acción Específico Alimentación y Actividad Física 2013-2018* (2014). Programa Sectorial de Salud. México. Secretaría de Salud.
- *5 pasos* (2010). México. Secretaría de Salud. Disponible en: <http://5pasos.mx/index.php>. Acceso 3-11-2014.

1. Trabajos de difusión en investigación

Perspectiva cognoscitivo conductual del servicio social de obesidad en la FES Zaragoza

La obesidad es una enfermedad multifactorial y compleja en cuyo desarrollo intervienen factores genéticos, conductuales y ambientales. Es un problema biológico asociado con lo psicológico, social y educativo del individuo que la presenta. De progreso lento y gradual, la obesidad es el resultado del desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y el gasto de energía (Reidl y Guillén, 2014).

Una aproximación psicológica al problema de la obesidad, obliga a canalizar si los comportamientos que emiten las personas que padecen el problema, difieren de los individuos que no lo sufren. Es posible que los sujetos obesos tengan hábitos diferentes de los sujetos con peso normal que incidan directamente en el mantenimiento de este problema. La literatura referida a los patrones comportamentales de los obesos es amplia y variada, llegando así a aislar los factores básicos que se pueden estudiar como (Guillén, 2001):

- Estilo de alimentación.
- Influencias de los estímulos externos en el consumo excesivo nutricional.
- Patrones de actividad física.

En cuanto a las características cognitivas del obeso se ha encontrado un tipo de pensamiento mágico sobre su problema, pues intenta bajar de peso con dietas, ejercicio, masajes, entre otros, y al no lograr su objetivo vuelve a comer compulsivamente, reiniciando su problema con resultados aún más negativos (Guillén, 2001).

Teóricamente, el tratamiento para la obesidad debería ser muy simple; comer en menor cantidad, sobretodo en grasas y carbohidratos y realizar ejercicio físico regularmente. La realidad es que en la obesidad ocurren muy variados factores de orden cultural, psicológico, genético y antropológico, que hacen que su enfrentamiento no sea tan fácil y simple como pareciera a primera vista (García, en Guillén 2001).

Los tratamiento disponibles en el mercado responden a todas las posibles expectativas de las personas obesas; sin embargo, lo que realmente ha sido eficaz en el control y pérdida de peso es un tratamiento basado en una dieta equilibrada, ejercicio y modificación de las conducta. El éxito de una terapia de modificación de la conducta dependerá así mismo de muchos factores, la personalidad del paciente y el deseo de cambio, la historia familia, su nivel de habilidades sociales o la presencia de trastornos psicológicos asociados como la depresión. Un buen programa, ayudará a reforzar la autoestima y enseñará a los pacientes como enfrentar sus problemas sin incurrir en conductas autodestructivas (García, en Guillén 2001).

En la segunda mitad del siglo XX, se diseñaron tratamientos contra la obesidad bajo el modelo conductual, con el costo de respuestas, autocontrol y castigo. Anteriormente el psicoanálisis había destacado al cuerpo obeso como síntoma de conflicto intrapsíquico. Mientras que la psicología de la personalidad refiere características distintivas del tipo obeso como pereza, inmadurez y torpeza. Para el aprendizaje social, la obesidad es la consecuencia de dificultades en la adquisición de conductas y cogniciones adecuadas, sea por causas individuales y/o sociales (Guillén, 2001).

Bajo el modelo del aprendizaje social las técnicas de intervención cognitivo conductuales, integran los elementos de las teorías que van desde el conductual hasta el cognitivo y dan un marco conceptual a la investigación de la obesidad y sus factores psicológicos asociados (Guillén, 2014).

La intención del método es lograr la modificación real de la conducta y los hábitos alimenticios de las personas, estableciendo objetivos alcanzables y, sobre todo, posibles de medir mediante diversos sistemas. El éxito se alcanza cuando el paciente consigue un resultado previsto que debe haber sido previamente definido en función de lo posible y del beneficio que produce. Entendido como lo que realmente se podría conseguir y no aquello considerado como ideal, porque eso frecuentemente es un concepto teórico. Tampoco debe considerarse exitoso conformarse con cambios si éstos no producen beneficios.

En términos generales, el procedimiento de las estrategias cognitivo conductuales como apoyo en el tratamiento de la obesidad sigue el mismo proceso general de este tipo de terapia, ya que combina los aspectos de la terapia tradicional y la modificación de conducta. Este método requiere de conocimiento, desafío de conductas y tipos de pensamiento autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta (García, en Guillén 2010).

La terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la obesidad tiene las siguientes características:

- Intensificar el conocimiento de los pacientes sobre sus propios patrones de pensamiento y conducta.
- Enseña a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos con pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Examina la validez de ciertos pensamientos y creencias.
- Sustituye las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Combina gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

En términos generales en un primer momento se realiza una evaluación que incluye una entrevista clínica, aplicación de pruebas psicológicas y la obtención de medidas de peso. Una vez realizada la evaluación se construye un plan de intervención que incluya técnicas cognitivo conductuales, a las cuales se les da un seguimiento y finalmente una constante evaluación de los resultados obtenidos.

Enfoque cognoscitivo conductual

La perspectiva cognoscitivo conductual, está conformada por la combinación de premisas y técnicas integradas del enfoque conductista, basado en las teorías del aprendizaje, del enfoque cognitivo, que enfatiza el rol de los aspectos medicinales en el aprendizaje y la conducta de las personas, y del multidisciplinario, con la incorporación de la perspectiva de salud. Está orientada hacia el presente y a la resolución de conflictos (García, Rojas y Vargas, 2001).

El énfasis de esta teoría está puesto en el "Cómo me puse como estoy? ¿Qué hay que hacer para cambiar? en vez del "Soy culpable de comer", "Me da vergüenza mi aspecto". Se incorpora la relación terapeuta-paciente de manera colaborativa y con enfoque didáctico, por lo que el paciente y el terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común: cuidar la salud.

Se tiende a fomentar la independencia del paciente. Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades.

Esta psicoterapia opera en tres grandes campos:

- Cognitivas: en este aspecto se tiene que abordar una multiplicidad de "distorsiones" del pensamiento que interviene en la aparición del trastorno.
- Conductual: se ocupa de ayudar en forma operativa a que el paciente recupere la posibilidad de desenvolverse en forma normal en su vida cotidiana. Se utilizan tareas programadas de exposición progresiva, cuyo diseño debe ser "a medida" de acuerdo al tipo y gravedad del trastorno y a las características de personalidad de la persona que lo padece.
- La integral: Con la visión de las siete modalidades planteadas por Guillén-Riebeling (2007) y los aspectos médico-biológicos en la evaluación y diagnóstico integral de la condición de salud del paciente, de sus hábitos alimentarios, la actividad física y el pronóstico de recuperación.

Características:

- Tiende a fomentar la independencia del paciente.
- Está centrada en los síntomas y su resolución.
- Define sus objetivos concretamente.
- Pone el énfasis en el cambio.
- Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias.

Utiliza planes de tratamiento:

- Propone una continuidad temática entre las sesiones.
- Trabaja con la participación activa del paciente.
- Tiene como herramienta diferentes tareas.

Habilidades curriculares y desempeño académico

La formación de estudiantes bajo la Línea de Investigación Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual se ha desarrollado con el sustento de los en los Planes curriculares 1985-2009 y 2010, en el aspecto modular y formación por competencias.

Las actividades se llevan a cabo en el Programa de Servicio Social el cual tiene tres objetivos primordiales encaminados a la temática de la obesidad desde la perspectiva psicológica del paradigma cognitivo conductual en las tareas sustantivas de la UNAM: docencia, servicio e investigación. Entre las actividades se encuentran las siguientes:

- Revisión teórica de la obesidad: conceptos, estrategias de intervención y casos clínicos.
- Atención en la clínica Zaragoza bajo el programa Tratamiento Integral de la Obesidad.
- Aplicación de la Evaluación multimodal ERIC-PSIC con calificación de pruebas psicológicas Salud.
- Diagnóstico en base al DSM-V , CI-10.
- Ferias de Psicología de la Obesidad.

Entre las técnicas con enfoque cognoscitivo conductual que pueden emplearse en el tratamiento de pacientes obesos se encuentran:

- Autocontrol.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Estrategias de afrontamiento y solución de problemas.
- Reestructuración cognitiva.
- Inoculación al estrés.
- Relajación progresiva (sólo para pacientes cuyo diagnóstico de diabetes e hipertensión ha sido descartado).

Las actividades antes descritas me permitieron adquirir conocimiento teórico y práctico sobre el manejo clínico de pacientes obesos desde la perspectiva cognitivo conductual, que incluyen la evaluación y diagnóstico, el desarrollo de un plan de intervención, seguimiento y evaluación de resultados. Tania Aguirre Hidalgo, 2010, Prestadora de Servicio Social.

Referencias

- *American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (2013). Usa. APA.
- García, M., Rojas, M., & Vargas, I. (2001). *Psicología clínica y salud: Perspectivas teóricas*. México, D.F., FES Zaragoza, UNAM.
- Guillén-Riebeling, R.S (Coord) (2001). *Nuevas Dimensiones en Obesidad*. México. UNAM, FES Zaragoza.
- Guillén-Riebeling, R.S. (2007). *Manual de Evaluación Multimodal ERIC-PSIC*. UNAM, FES Zaragoza: México.
- *Organización Mundial de la Salud*. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor.
- *Plan de Estudios 2010: Licenciatura en Psicología Área de Conocimiento: Ciencias Biológicas Químicas y de la Salud*. Aprobación por el Consejo Académico del Área de las Ciencias Biológicas, Químicas y de la Salud: 28 de septiembre del 2010. México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING

2. F54 Factores psicológicos... [316]

Una mirada estudiantil desde la psicología de la obesidad

Hoy en día, la obesidad es considerada como un problema de salud en la mayoría de los países desarrollados y aun en aquéllos en vías de desarrollo, como es el caso de nuestro país. Este problema cobra mayor interés cuando se analizan los efectos deletéreos que tiene la obesidad sobre diferentes órganos y sistemas como son el endocrino, cardiovascular, gastrointestinal, ginecológico, reproductor, respiratorio, músculo-esquelético, sistema nervioso central, etc. (Méndez y Uribe, 2002).

La obesidad es una enfermedad de larga duración. Es la enfermedad de nutrición más importante en los países desarrollados, en donde su prevalencia ha aumentado en las últimas dos décadas (Méndez y Uribe, 2002).

Las primeras representaciones de seres humanos obesos se remontan a figurillas de piedra donde se observa una silueta femenina marcadamente redonda, como la Venus de Willendorf. Sin embargo, este tipo de figuras con connotaciones religiosas la mayoría de las veces representaban la realidad o la diosa grávida (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002).

El establecimiento de la agricultura, modificó profundamente las condiciones de vida de la humanidad, en particular su alimentación y su actividad física, y dichas modificaciones se han acentuado y han alcanzado grados extremos en los últimos decenios. Por lo que toca a la actividad física, se ha estimado que el ser humano actual realiza en promedio la mitad o menos de la que acostumbraban sus antepasados (González, 2004).

Hipócrates, por otro lado, comentaba en sus textos que “la muerte súbita es más común en gordos que en delgados”. También decía que la obesidad era causa de infertilidad en mujeres y reducía la frecuencia de las menstruaciones. Surgió el tratamiento de la obesidad realizando trabajo intenso antes de cada comida, acompañándose de vino diluido, así como, comer una sola vez al día (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002).

Homero describió a Elena de Troya como “la bien redondeada”. La Venus de Milo mide alrededor de 1.52m de altura, aunque sus medidas son 93.9-63.5-96.5cm, con un muslo de 57.1cm y casi 33cm de brazo. Una mujer con estas medidas en la sociedad actual estaría bajo régimen dietético (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002).

Galeno, identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada, la primera se clasificaba como natural y la segunda como mórbida. En la edad media, la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y al peso corporal. Por un lado, la obesidad era poco frecuente, ya que la comida era escasa y las

plagas comunes. Sin embargo, la obesidad era un regalo de dios, pero la gula era considerada un pecado capital (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002).

En el México prehispánico, en numerosos pueblos, el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible. A medida que los conquistadores españoles se adentraron en territorio mexicano se fue generando una serie de cambios en la alimentación. Por un lado, la comida tradicional indígena se integró con animales hasta entonces desconocidos en América, como los pollos, ganado vacuno, ovejas, cabras y cerdos. También se integró el uso de granos como el arroz, cebada, garbanzo, centeno, ajonjolí, lenteja, avena y principalmente el trigo. Además de verduras y especias nuevas. Por cual nuestra cocina hoy es producto del mestizaje. La verdadera cocina mexicana es el resultado de la mezcla de la alimentación indígena con la europea (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002).

Se puede mencionar que a través de la historia ha habido un cambio importante en el estilo de vida de la humanidad, el cual en cierta forma ha sido influenciado por los cambios en el ambiente en interacción con la genética de cada individuo, dando como resultado el desarrollo de la obesidad (Méndez y Uribe, 2002). La obesidad puede definirse como una enfermedad compleja, multifactorial, que resulta de la interacción entre el genotipo y el medio ambiente. Sin embargo, en la actualidad aún se desconoce con exactitud cómo y porqué ocurre. Se ha propuesto que es el resultado de la integración de varios factores como: medio ambiente, cultura, fisiología, metabolismo y genética (Méndez, Pichardo, Guevara y Uribe, 2002).

Aunque la predisposición es heredada, la obesidad sólo aparece en determinadas circunstancias ambientales entre las que destaca la combinación de una vida sedentaria (que reduce el gasto energético y hace así menos precisa la regulación de la ingestión) con una amplia disponibilidad de alimentos y costumbres alimentarias que favorecen un consumo excesivo (dietas ricas en grasas y deficientes en fibras) (González, 2004).

La obesidad puede definirse como la masa excesiva de grasa corporal (tejido adiposo) que se presenta cuando se consume más energía de la que se gasta en un periodo prolongado, lo que ocasiona un aumento del peso corporal. El parámetro que se utiliza con más frecuencia en estudios epidemiológicos es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$ (Méndez y Uribe, 2002).

La acumulación de la reserva energética excesiva que define a la obesidad se debe por fuerza a que la ingestión de energía

es, en forma sostenida, mayor a la requerida, dando lugar a un balance excesivo. Es este exceso de ingestión relativo al gasto, no favorecido por la vida urbana actual y no determinado sólo por alimentos, platillos o productos, lo que produce obesidad. La ingestión de más energía que la necesaria implica que el sistema fisiológico de control de la ingestión de alimentos no funciona correctamente o que los factores psicosociales exceden su capacidad de regulación. La obesidad puede verse como la manifestación común (fenotipo) de un gran número de diferentes combinaciones de factores genéticos y ambientales que alteran la capacidad del organismo de regular la ingestión de energía y el contenido de grasa corporal (González, 2004).

El grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal que viene estandarizado en las tablas de peso ideal de Ángel A. (citado por Saldaña en 1988). Cuando el individuo está un 110% y un 120% arriba de su peso ideal se considera que tiene sobrepeso, y por encima del 120%, obesidad.

Existen diversas formas de clasificar la obesidad:

En función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo: se distinguen en dos tipos diferentes, la obesidad hipertrófica, que se caracteriza por el aumento del contenido lipídico en las células del tejido adiposo, y la obesidad hiperplásica, que se caracteriza por el aumento en el número de células adiposas con o sin contenido lipídico.

En función a la edad de comienzo: que se distinguen dos formas, la obesidad infantil, que comienza en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta, que comienza después de la adolescencia en función de la distribución anatómica del tejido adiposo. Describen dos tipos de obesidad según la distribución corporal de la grasa: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo, o tipo manzana, y la obesidad predominio de la grasa en la mitad inferior, o tipo pera. El primer tipo sería característico de los hombres, que también se denomina obesidad androide, y el segundo más característico de las mujeres, que también se le conoce como obesidad ginecoide. O según la causa, como serían: genético-hereditario, factores psicosociales e histórico culturales.

Psicología cognoscitiva

La psicología cognoscitiva, trata de explicar cómo obtenemos la información del mundo, cómo esta información es representada y transformada en conocimiento, cómo es almacenada y cómo este conocimiento, se utiliza para dirigir nuestra atención y conducta. Implica el rango total de procesos psicológicos, desde la sensación a la percepción, a través de reconocimiento, atención, aprendizaje, memoria, formación de conceptos, pensamiento, imaginación, recuerdo, lenguaje, emociones y procesos evolutivos y su relación con todos los diversos campos de la conducta (Ibarra y Arnaiz, 2003, pág. 1).

Para entender completamente la conducta humana, es necesario entender los mecanismos que subyacen a la misma. La persona es protagonista y hay tres momentos básicos en el pensamiento:

- Interpretación del estímulo.
- Transformación y procesamiento apoyándose en el estado actual del organismo y la experiencia pasada.

Planificación y ejecución de la respuesta

En la conducta hay una relación entre estímulo y respuesta, esto se ajusta bien a la ciencia positivista con los rigores de la comprobación y operacionalización, manejados por la postura conductista.

Complementando lo antes dicho, un aspecto que no se toma en cuenta y que también es importante en los individuos son los sentimientos, emociones y deseos internos retomados de la teoría psicoanalítica. En suma, la perspectiva teórica que se retoma implica la incorporación de algunos puntos de estas posturas, siendo pues los procesos cognitivos entendidos por medio de conductas sin dejar de tomar en cuenta las emociones inherentes a los individuos.

Factores psicológicos asociados con la obesidad

Los aspectos conceptuales que aborda una teoría cognitiva, según Lazarus (1991) incluyen dos tareas principales: la primera, especificar las actividades cognitivas y de afrontamiento que hacen posible la traducción emocional de la interacción con el medio para incorporar los cambios que han tenido lugar en esa interacción y en las que sigan. La segunda labor principal es pasar de la descripción a la determinación de las causas y las consecuencias, especificando las variables o condiciones bajo las cuales se efectúa una evaluación con todas sus consecuencias emocionales-, así como el modo en que se hallan relacionados funcionalmente el individuo, los antecedentes causales de la situación, los procesos y los resultados.

Vera y Fernández (1989) señalan que la obesidad o el exceso de peso es un problema de salud que afecta en mayor o menor medida una gran parte de la población. Curiosamente el problema no ha disminuido en los últimos años sino que cada vez más acusado. Sin embargo, esto podría deberse más a un incremento en la toma de conciencia acerca de la gravedad del problema que a un aumento real de sobrepeso en la población.

Se pretende estimular estilos de vida más sanos con una investigación multidisciplinaria encaminada a determinar los factores psicosociales y del comportamiento que influye en la elección de una dieta correcta y equilibrada.

Los factores de riesgo en la obesidad son: hipertensión, diabetes, artritis, venas varicosas y trastornos cardiovasculares en general, con respecto a la salud física, y los psicológicos están asociando los cánones estéticos de delgadez, exagerados con frecuencia en nuestra sociedad.

Tanto el niño como el adulto obesos, pueden sentirse marginados del mundo donde "la moda es estar delgados", lo que más frecuentemente da lugar a problemas de depresión, ansiedad, hostilidad y preocupación excesiva por la comida y por la opinión ajena.

La obesidad es un fenómeno complejo, donde no hay sólo una causa, sino una interacción de factores genéticos, biológicos, sociales y comportamentales que influyen en el individuo que la padece.

Es importante realizar una evaluación personalizada, para poder saber qué metas puede alcanzar la persona en cuestión y con qué tratamientos podemos alcanzar de forma más eficaz. Una propuesta de evaluación es precisamente la de Guillén (2007), Manual de Evaluación Multimodal ERIC-PSIC.

La Obesidad desde la psicología

Como parte de las actividades desarrolladas dentro del Programa Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual y en el Tratamiento Integral de la Obesidad (TIO), por Guillén-Riebeling y Delgado-Jacobo, 2001, se encuentra la evaluación de causas que dieron origen al problema de la obesidad de la persona, así como los factores que la mantienen, ya que su adecuada detección permite el diseño y la planeación de estrategias de intervención óptimas para cada caso y la aplicación de consideraciones generales para las personas obesas.

El marco conceptual empleado es el cognitivo-conductual que concuerda con los planteamientos propuestos por Kolb (1973, citado en Guillén, 2001) referentes a la atención de la obesidad: para tratar con éxito a la persona obesa es necesario conocer toda su personalidad, de modo que el objetivo del tratamiento vaya más allá de la mera reducción del peso.

Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo o precipitan o exacerban los síntomas de una enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés. Así, nos encontramos con tipos de personalidad, estados emocionales, desordenes conductuales, cognitivos o actitudinales por mencionar algunos.

La codificación que presenta el DSM-IV (1996, citado en Guillén, 2001) es:

- Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III).

Factores psicológicos que afectan negativamente a la enfermedad en alguna de estas formas:

- Los factores han influido el curso de la enfermedad como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad, o el retraso de su recuperación.
- Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.
- Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.
- Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad.

De acuerdo con la naturaleza de los factores psicológicos se eligen:

- Trastorno mental que afecta a...
- Síntomas psicológicos que afectan a...
- Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a...
- Comportamientos desadaptativos que afectan a...
- Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a...
- Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a...

En el caso de la persona obesa, un ejemplo de codificación de los factores psicológicos es el siguiente:

La presencia de enfermedad física = obesidad e hipertensión arterial.

Factores que han influido: Estrés, depresión, preocupación excesiva de las dietas y ansiedad constante.

Procesos psicológicos anómalos:

1. Ansiedad y depresión
2. Temor excesivo o fobias
3. Conductas de evitación
4. Trastornos de personalidad
5. Conductas compulsivas
6. Creencias irracionales
7. Déficits en la autorregulación

Se ha considerado que los obesos tienen esa condición porque comen demasiado, y desde este punto de vista el interés de la psicología se ha centrado en formular modelos teóricos que expliquen a que se debe este comportamiento. Saldaña (1988) nos habla de que las distintas explicaciones teóricas se han planteado desde una perspectiva psicológica pueden agruparse en los siguientes enunciados:

- Los obesos tienen problemas de personalidad que alivian mediante la conducta de ingesta.
- La ansiedad juega un papel fundamental en la conducta de la ingesta. Los obesos comen más ante situaciones de elevada ansiedad, utilizando la sobre ingesta como un mecanismo para reducir la activación emocional.
- La conducta de comer en los obesos está bajo el control de estímulos externos (control ambiental), mientras que en los sujetos con normopeso está bajo el control de estímulos internos (control fisiológico)
- El peso y masa corporal están determinados por una programación biológica preestablecida, siendo mayor en los sujetos obesos que en los que no los son.
- Las personas obesas tienen un estilo de alimentación diferente del de las personas delgadas.
- El desequilibrio energético causa de la obesidad se debe fundamentalmente a un déficit de actividad física.

Con respecto a la actividad física, Vera y Fernández (1989), mencionan que el peso corporal es una función de la energía consumida versus la energía gastada; la forma en cómo se mide en el ámbito clínico la energía gastada es a través de la actividad física. Saldaña y Rossell (1988, citado por Vera y Fernández, 1989) mencionan que existen claros indicios de que el ejercicio físico puede incrementar el ritmo metabólico. Así mismo, la literatura apunta que las personas obesas son menos activas que las no obesas. Sin embargo, la energía gastada a través de la actividad física es solo una pequeña cantidad del total de energía gastada, por ejemplo el metabolismo basal es el responsable de la energía que gasta el cuerpo en estado de reposo, por tanto el metabolismo consume una cantidad de energía muy superior a la del ejercicio físico en sí mismo.

Las estrategias cognitivas son procedimientos que la persona emplea para la adquisición o aprendizaje de conocimientos. Pueden presentarse en forma de habilidades, actitudes o pensamientos que refuerzan las ideas y los recuerdos (Chadwick,

1987). Se pueden clasificar en tres categorías: de ensayo, elaboración y de organización (Pozo, 1996).

El integrar un tratamiento psicológico para el tratamiento de la obesidad, nos ayuda a entender al paciente y su bienestar a través del progreso en el cambio de hábitos alimentarios con las estrategias de afrontamiento proporcionadas.

En cuanto al aspecto psicológico, las mejores formas de intervención son las cognitivo-conductuales, donde se les da a los pacientes una explicación sobre lo que se realiza para que se modifiquen los pensamientos irracionales que presentan y también estrategias de afrontamiento para que los cambios sean parte de un estilo de vida y no sólo bajar de peso y regresar después a sus hábitos alimenticios, lo que los hará volver a subir de peso.

El autocontrol de pensamientos irracionales es una técnica que puede ayudar al obeso a controlar la ingesta del alimento. Durante todo el programa se utilizan técnicas psicológicas específicas tales como los contratos conductuales, la ruptura de cadenas de conducta, la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, etc. (idem, p. 254).

Se han desarrollado muchas formas para bajar de peso por el incremento de la obesidad y el estereotipo de belleza que se busca en la actualidad, pero lo importante es saber si se tiene algún trastorno para atenderlo con gente profesional y no ir con cualquier persona o comprar fórmulas milagrosas que hacen que pierdas peso.

Lo recomendable es una intervención multidisciplinaria, ya que se le enseña a la persona a cambiar sus hábitos alimenticios por

otros más saludables, pero de por vida, no sólo bajar de peso y regresar a lo anterior, porque de esta manera no sirve, y también no excederse haciendo ejercicio o no hacerlo, se debe realizar un cambio completo, no será algo rápido y milagroso pero si efectivo, en donde la persona puede sentirse bien consigo misma y así poder bajar satisfactoriamente de peso.

Referencias

- Chadwick, C. B. Estrategias cognitivas y afectivas del aprendizaje. *Rev Lat Psicol.* 1987;18 (3):1-31.
- González, J. (2004). *Obesidad*. México: McGraw-Hill
- Guillén, R. (2007). *Manual de Evaluación Multimodal ERIC-PSIC*. UNAM FES Zaragoza: México.
- Guillén, R. y Delgado, P., en Guillén (2001) *Nuevas Dimensiones en Obesidad*. México. UNAM FES Zaragoza:
- Hollis, J. (1991). *La obesidad es un problema familiar. Guía para personas que padecen desordenes alimentarios y para aquellos que comparen su vida*. México. Promexa.
- Ibarra, E. y Arnaíz, V. (2003). *Psicología Cognoscitiva* México: Instituto de Terapia Racional Emotiva en México. México, ITRE.
- Lazarus, R. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. México. Ediciones Roca.
- Méndez Sánchez, N. y Uribe, M. (2002). *Obesidad. Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México. Manual Moderno.
- Pozo, J. (1996). La psicología cognitiva y la educación científica. *Investigações em Ensino de Ciências.* 1 (2), 110-131.
- Saldaña, C. Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Martínez Roca. Barcelona
- Guerra-Ibáñez, E. *Intervención psicológica en la obesidad*.
- Vera, N. y Fernández, C. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. España: Martínez Roca.

ELÍAS GUZMÁN FERNÁNDEZ



3. Acérquese... ricos tamales

Acorde con el hábito saludable, es la porción del alimento

Resumen: En la actualidad se presentan hábitos alimenticios que han favorecido el aumento de padecimientos o enfermedades no transmisibles que son mortales y que se encuentran relacionados con porciones de alimentos más grandes. Por ello este escrito aborda cómo el cambio de estos hábitos es un gran reto debido a que se encuentran asociados a factores internos del sujeto: estados de ánimo y emociones, así como a factores sociales que animan al sujeto al consumo de porciones más grandes sólo por mostrar educación, el papel del aprendizaje y las experiencias previas gratificantes y la percepción que el sujeto tiene, también son factores de permanencia de estos hábitos poco saludables.

Palabras clave: Hábitos saludables, porción, educación, factor de riesgo.

Cada vez es más frecuente, y se ha convertido en un hábito, que los tamaños de las porciones de alimentos han aumentado de forma significativa y, por el contrario, la calidad nutricional de los alimentos que se ingieren disminuye, lo que ocasiona efectos negativos en aspectos nutricionales he incluso en la inclinación a padecer enfermedades no transmisibles como diabetes, obesidad, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedades cardiovasculares.

En el ámbito del autocuidado, es un gran reto la modificación de hábitos que constituyen riesgos a la salud, ya que se presenta resistencia, a pesar de los objetivos que se plantean y aún con los beneficios que estos aportarán (Breinbauer & Maddaleno, 2008, en Campos & Romo, 2014). Ya que la alimentación es un proceso complejo y que se encuentra relacionado con cuestiones ambientales, sociales y, también por la influencia de la experiencia y el aprendizaje, el arraigo de los hábitos es muy fuerte.

De nuevo, ¿qué son los hábitos alimenticios?

García (1994, en Solís, 2014) define los hábitos alimentarios como costumbres que se adquieren por la repetición de acciones consecutivas y rutinarias, y éstos son adquiridos por medio de una educación nutricional, que es enseñada por el ambiente que rodea a la persona, comenzando por la familia, los amigos, medios de comunicación y el círculo social. Además se encuentran involucrados aspectos como experiencias, necesidades, creencias y tabúes, tradiciones, disponibilidad de los alimentos, el acceso económico que tenga la familia y el conocimiento sobre nutrición.

Campos & Romo (2014) consideran que son comportamientos que se repiten con frecuencia, en tiempo y en ambientes similares y que no sólo es la repetición de conductas sino también se encuentran implicadas secuencias de actos reforzados por

experiencias que han sido gratificantes de forma interna al sujeto o que han sido dadas por el medio ambiente, que pueden ser hechos y pensamientos, lo que da paso a un comportamiento activado de manera automática por señales específicas que escapan al actuar consiente del sujeto.

Los hábitos alimenticios tienen como antecedente la selección, la compra y la preparación de los ingredientes, así como la cantidad y la frecuencia con la que se ingieren (Bak-Sosnowska & Skrzypulec-Plinta, 2012; Ganasegeran et al., 2012; Osorio et al., 2002; Thompson et al., 2011; Worsley, Wang & Hunter, 2010 en Campos & Romo, 2014).

Se ha hablado de hábitos alimentarios y como es que éstos son reforzados, entonces es necesario especificar ahora qué es ración o porción alimentaria. La ración o porción alimentaria es la cantidad habitual de alimento que se suele consumir en un plato, expresada en gramos o en medidas caseras. Teniendo en cuenta estos conceptos se puede observar que la cantidad y/o tamaño de la porción alimentaria va a variar en cada individuo o población, ya que la percepción del tamaño de la ración se ve afectada por factores biológicos, socioeconómicos y culturales (Escuela de Nutrición, 2012; Vásquez de Plata et al., 2006 en Solís, 2014).

De acuerdo al estudio de Solís (2014) los factores de riesgo psicosociales que están involucrados en la identificación del tamaño de la porción que se consume son:

La falta de claridad y de pertinencia de la orientación del tamaño de porción sugerida: por la cantidad de información dada por nutricionistas, publicidad y el propio etiquetado de los productos y no saber cuál de ellas es verídica.

Las distracciones al comer: el utilizar la televisión, la computadora o el celular, provoca que no se tenga conciencia de lo que se come en cuanto a cantidad, ya que la atención está enfocada en otra tarea.

La presión social: el hecho de ser un buen invitado al comerse todo lo que se les ofrece independientemente del agrado o desagrado que provoque el alimento y considerando que es por educación, para no ofender al anfitrión.

Ingenuidad al comer: en el que existe una asociación de los tamaños de porciones grandes respecto a las emociones, considerando que dichas porciones generan un alza en el estado de ánimo cuando los sujetos se sienten rechazados, deprimidos, decepcionados o estresados. Lo que tiene relación

con lo mencionado por Adriaanse et al. (2009, en Campos & Romo, 2014) quien menciona que determinados estados emocionales llevan a la emisión de conductas habituales para el sujeto. Por ejemplo, sentirse triste o con ansiedad lleva a excesos en la alimentación o a preferir el consumo de alimentos con alto contenido calórico.

La falta de autocontrol sobre la saciedad: no se para de comer hasta estar saciado sino hasta terminar el producto o alimento.

Los determinantes biológicos: se encuentra relación o influencia del estado nutricional, específicamente el índice de masa corporal superior (sobrepeso y obesidad), con la presencia de subestimación del tamaño de las porciones de alimentos.

La percepción: Garín (1999) considera la percepción como el conocimiento de una realidad más o menos estructurada que integra datos provenientes de diversos sentidos y no de uno sólo. En el caso de la alimentación, los estímulos internos son el conocimiento que se tiene sobre la comida que se va a consumir, si son alimentos preferidos o rechazados, en el caso de los estímulos externos son todos los percibidos por los sentidos y la sensación que estos originan desde el aspecto, los colores, los olores, el sabor y la cantidad.

Teniendo en cuenta que los hábitos se presentan en circunstancias que son comunes para el sujeto (Wood et al., 2005), la propuesta para la modificación de dichos hábitos va enfocada a modificar los estímulos ambientales relevantes o inhibir la respuesta que se considera habitual a través de incentivo o censura (Van't Riet et al., 2011), pero independientemente de cual de las dos opciones, el punto de partida es la toma de consciencia del hábito y los estímulos ambientales que lo evocan lo que hará posible detenerlo y modificarlo (Campos & Romo, 2014).

Además, es importante que la población tenga conocimiento suficiente y adecuado sobre el tema para que consideren no sólo la calidad si no también la cantidad de los alimentos que se van a consumir, ya que las necesidades nutricionales son diferentes en los diferentes periodos de vida de un ser humano. Las necesidades nutricionales de las mujeres en edad reproductiva

no es la misma que la de los varones entre 15 y 60 años, es decir, no todas las personas necesitan la misma cantidad de alimentos (Latham, 2002).

Aunque el comer está asociado no sólo con aspectos físicos sino también, como se mencionó anteriormente, con aspectos y afectivos, ya que nos reunimos para celebrar acontecimientos, estrechar lazos o crear reuniones laborales, es necesario ser conscientes de no forzar a comer, ya que esto dificulta, en especial a los niños, a que aprendan a confiar en sus sensaciones internas, ya que se impide que se perciba sus sensaciones de hambre o saciedad y no identifiquen cuándo y cuánto debe comer (Alimentación saludable: Guía para familias, 2007).

Acorde con la obtención de un hábito saludable le permitirá elegir el tamaño de la porción alimenticia que le permita a usted:

- Realizar un adecuado proceso desde el gusto por los sabores pasando por todo el proceso digestivo.
- Aprovechar de los alimentos los *buenos* nutrientes y eliminar los inadecuados.
- Utilizar de manera óptima el tiempo como reducir el tiempo de consumo y el aumentar tiempo de otras actividades.
- Incrementar la sensación de bienestar integral.
- Llevar a cabo actividades orientadas a pensamientos, conductas y emociones, positivas y constructivas.

Referencias

- Latham, M. (2002). Nutrición durante periodos específicos del ciclo vital: embarazo, lactancia, infancia, niñez y vejez. En *Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo*. (51-66). Disponible en <http://www.fao.org>
- Campos-Uscanga, Y. & Romo-González, T. (2014). La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. *Revista Psicología Científica*, 16, 1-9. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/267098354>
- Solís Ruiz, D. (2014). *Factores que afectan a los tamaños de porciones de alimento*. Trabajo de grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias, Carrera de Nutrición y Dietética.
- *Alimentación saludable: Guía para familias*. (2007). España. Secretaría General Técnica del MEC.

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS
UNAM ENP 3 "JUSTO SIERRA"

4. Como, luego existo

Revisión de las emociones de enojo y tristeza y el índice de masa corporal

La condición de peso corporal se puede mostrar a través de los trastornos de la alimentación (DSM V, 2013), obesidad y sobrepeso, la medición antropométrica del índice de masa corporal (IMC) y las autorreferencias ante estímulos gráficos. Como factor psicológico de riesgo asociado a la condición de peso corporal están las emociones: como las morales, negativas o en su carácter de desorden (Reyes-Hernández, 2013). Fox & Froom (2009) señalan la importancia de las emociones en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Entre estas emociones básicas se encuentran el enojo y la tristeza: la importancia que tiene para la persona el ser percibido con sobrepeso u obesidad, genera tristeza. La tristeza es un variable predictora de los TCA; asociada con la anorexia (Fox, 2009); de la depresión (Power & Tarsia, 2007), y la obesidad es un factor de riesgo asociado con la depresión (Preiss et al, 2013.; Hoare et al., 2014); la obesidad y la atención de las expresiones faciales de tristeza (Cserjesi et al., 2011). La percepción de individuos con sobrepeso u obesidad de ser juzgados por su peso por otras personas es una influencia negativa para la pérdida de peso (Gudzune et al., 2014). La tristeza se vincula más a las mujeres que a los hombres (Kelly & Hutson-Comeaux, 1999).

Alcázar-Olán et al. (2012), elaboran el inventario para la medición del enojo en niños mexicanos bajo el modelo de Spielberger (2009) y evaluaron a 592 niños. Mostraron cuatro factores ira estado; temperamento-rasgo; ira-externa; y control de la ira, con alfas de .776, .73 y .88, respectivamente. El enojo es emoción predictora de la agresión en niños y adolescentes (Ayala, Pedroza, Morales, Chaparro & Barragán, 2002). Los niños en que predomina el enojo tiene mayor riesgo de conductas violentas, dificultades en sus relaciones interpersonales (Fabes & Eisenberg, 1992; Strayer & Roberts, 2004) y padecimientos psicobiológicos (Goleman, 1998). De la Serna (1998), observa que el paciente con bulimia nerviosa, después del periodo de atracón, se enoja consigo mismo, pudiendo actuar contra él mismo. Zeeck et al., (2011), afirman que quienes presentan atracón tienen sentimientos de soledad, disgusto, agotamiento, vergüenza o enojo. Spielberger et al. (2009) evalúan la emoción de enojo junto con la ansiedad, la depresión y la curiosidad. Crane (1981) encontró que los pacientes hipertensos tuvieron puntajes significativamente altos en la escala de enojo.

Platas & Gómez-Peresmitré (2013) en la Escala de Factores de riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios en preadolescentes, de 9 a 12 años de edad, el factor 1 de sobre ingesta por compensación psicológica, se encuentra la emoción de enojo.

En 2014, Alcázar-Olán et al., desarrollaron una escala para evaluar el pensamiento de enojo en adultos mexicanos, utilizaron

el IMC autorreportado (Stunkard & Albaum, 1981). Rodríguez & Rodríguez (2001), encontraron correlaciones de 0.64 y 0.82, entre el IMC reportado y la percepción de la imagen corporal con las figuras de Stunkard (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983). La Satisfacción de la imagen corporal (Guillén-Riebeling, 2015) y el Pictograma de Stunkard (Stunkard et al. 1983). Guillén-Riebeling (2015) empleó el IMC autoreportado con el pictograma de Stunkard, (Stunkard, Sorensen & Schulsinger, 1983), La emoción de culpa con el pictograma del grupo de adolescentes ($p < 0.05$; 0.500), con adultos ($p < 0.05$; 0.526), y adultos de la tercera edad ($p < 0.05$; 0.635); La emoción de vergüenza ($p < 0.05$; 0.306) con el IMC percibido en los adolescentes. El pictograma de Culpa del grupo de niños con el pictograma de vergüenza de adultos de la tercera edad ($p < 0.01$; 0.215).

La presión sociocultural por estar bajo el estilo de una figura ideal delgada, mantener una condición físico-atlética y un peso corporal bajo, lleva a los individuos, tanto hombres como mujeres, a generar evaluaciones cognoscitivas, procesos emocionales y acciones finales para hacer frente a tal presión poniendo en riesgo su salud y bienestar integral. Estos procesos adaptativos están relacionados con el aprendizaje y la experiencia; el proceso emocional y las emociones negativas tienen un papel muy importante en el desarrollo de trastornos psicológicos y de la conducta alimentaria (Tanofsky et al, 2007; Zeeck et al, 2010). Ante la inadecuación o fracaso a lo impuesto por la cultura, la sociedad sanciona al individuo que está fuera de la norma (Crandall & Martínez, 1996); la persona, ante la incapacidad para cubrir la norma planteada por la cultura, genera enojo autopunitivo o se autojustifica. Hacia el interior al enfocarse en una autoevaluación negativa al no cumplir con la norma; hacia el exterior al enfocarse en el juicio de los otros (Gilbert, 1998). El aprendizaje adquirido en las diversas etapas del desarrollo posibilita al individuo el hacer frente a los requisitos del ambiente, de sus propias necesidades y de su propio autoconocimiento.

Particularmente el enojo es un concepto que señala un estado emocional, que incluye sentimientos que varían de intensidad, desde una leve molestia o irritación hasta la furia o la ira, que es acompañado de la excitación del sistema nervioso autónomo. Grieger (1986, en Ortega, Duran, Arrieta, Rivera & García, 2013), consideraba que la mayor parte de las reacciones de enojo son producidas por la baja tolerancia a la frustración (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Cordel, 1985; Sánchez, Retana y Carrasco, 2008, en Ortega, Duran, Arrieta, Rivera & García, 2013). Se puede considerar entonces, que ante situaciones que se perciben como frustrantes, el enojo propicia una fuerza que impulsa a superarlas. Bisquerra (2000, en Murillo, 2008), menciona que ante la emoción de enojo, se presenta una impaciencia por

actuar, una respuesta inmediata e irrefrenable, que en algunas ocasiones puede llegar a convertirse en un ataque físico o verbal.

Hansberg (1996, en López, 2013) clasifica al enojo en un grupo de emociones, entre las que se encuentran el enfado, la cólera, el furor, la rabia, la ira, el resentimiento, el rencor y la indignación. Y establece que dichas emociones no pueden distinguirse claramente unas de otras, la única diferencia radicaría en la intensidad que evoca cada una (por ejemplo, tener rabia es estar muy enojado) y las reacciones corporales que las acompañan, por las que se logra deducir la emoción que el individuo experimentó, es decir, el comportamiento o conducta es la única posible de percibir.

La manera en que las personas enfrentan sus emociones y las situaciones que las provocan se denominan estrategias de enfrentamiento (Lazarus y Lazarus, 2000). El enfrentamiento se considera como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que se evalúan como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. El mejor enfrentamiento es el que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla (Lazarus y Folkman, 1986). Si bien estas emociones se dan ante una valoración moral y tienen que ver directamente con el ámbito social y cultural, actualmente son escasos los estudios relacionados con la condición corporal clasificada por el índice de masa corporal o IMC (Guillén-Riebeling, 2014).

La emoción de tristeza se caracteriza por un embotamiento general de la persona, sentimientos de pesimismo, desesperanza y desamparo. La tristeza puede presentarse como profunda, crónica, patológica (con alteración de la afectividad, falta de ánimo y de motivación a la acción); sus síntomas son: llanto, estrés y abatimiento moral.

De acuerdo con Fregoso (2009), la tristeza es un dolor psíquico evocado por un sentimiento de vacío, después de experimentar una herida o pérdida (la muerte de un ser querido, una separación o el despido del trabajo), y la característica de la tristeza es que las situaciones que la generan son conscientes.

Algunas situaciones provocadoras de la emoción de tristeza son la separación, la pérdida, la desilusión, así como el fracaso en alguna meta (Izard, 1991, en Nájera, 2011).

La reacción del individuo ante una situación desafortunada, puede manifestarse de diferentes formas, una de ellas es encubriendo la tristeza con otras emociones como la rabia o ansiedad, o permaneciendo en un estado de tristeza o angustia permanente (Fregoso, 2009).

Las alteraciones fisiológicas presentes en el organismo ante la emoción de tristeza afectan al sistema nervioso autónomo, provocando la disminución general de la energía vital, así como debilitamiento del sistema inmune. Si este estado emocional es intenso y prolongado, tendrá como consecuencia un círculo vicioso, entre la fisiología y la emoción, en el que el individuo tendrá la sensación de que sus desdichas o problemas están enlazadas unas con otras (Fregoso, 2009), ocurriendo una baja en los niveles de motivación, la cual ayudaría al sujeto a la

recuperación frente al dolor, y la actividad mental para resolver problemas, debido a ello, la tristeza induce a la apatía y al llanto (Frijda, 1986).

Nájera (2011) menciona que las emociones de enojo, tristeza, miedo y alegría, comparten patrones específicos como:

- Las tendencias de acción.
- La activación fisiológica.
- Causas o situaciones que las provocaron.
- La evaluación de la situación.
- La experiencia subjetiva o sentimiento.

El enojo, la tristeza y el miedo son emociones negativas que advierten de la existencia de un problema y motivan a realizar conductas para enfrentarse o alejarse de los objetos que constituyen una amenaza. En el caso de la alegría es una emoción considerada positiva que motiva al individuo a acercarse a un objeto agradable (Arnold, 1970, en Nájera, 2011).

La función social que cumple la tristeza está relacionada con la conducta altruista o de ayuda de otros miembros del grupo social hacia el individuo que la experimenta, ya que la tristeza se puede interpretar como una petición o demanda de ayuda. La función individual que cumple esta emoción es permitir que el individuo reflexione y haga un análisis sobre su situación, su futuro y su vida en general. La evaluación de la situación vivida influye en la intensidad de la tristeza, debido a que el individuo acepta los hechos ocurridos con resignación y cree que poco o nada puede hacer para cambiarlos o resolverlos (Palmero et al., 2002; Lazarus, 1991, en Nájera, 2011).

López (2009) menciona que la tristeza es una de las emociones que experimenta todo ser humano, pero si esta emoción es dominante, el estado saludable del individuo se pierde y es incapaz de responder, lo que hace la distinción entre un sujeto deprimido y otra condición emocional.

Por ello, la tristeza que se considera patológica se diferencia de la tristeza reactiva, por el hecho de que el individuo no puede deshacerse de ella, aun siendo de forma momentánea, para experimentar una situación agradable, es un dolor moral que se asocia con el pesimismo y la autodevaluación, en el que el sujeto se siente incapaz, inútil y vacío, por ello la tristeza influye en el autoconcepto y la percepción que el individuo tiene del mundo (Juárez, 2000).

Cuando un individuo experimenta tristeza, tiende a presentar conductas en las que se aísla y es inactivo, es decir, un menor nivel de ejercicio, así como una mayor tendencia a "picar algo" es decir a tomar sólo pequeñas cantidades de alimento. En cuanto al pensamiento, cuando se experimenta tristeza, se tiende a pensar que cualquier objetivo o acción a realizar es más difícil e inaccesible, si esto se asocia al seguimiento de una dieta, es posible que el individuo no haga el esfuerzo por seguirla, ya que no valdría la pena porque no se conseguirá nada. Cuando se siente tristeza, se tiende a buscar algo que haga sentir mejor al individuo de forma inmediata, en este punto la comida, en especial la que es abundante en hidratos de carbono y azúcares, logran la sensación de estar satisfecho, mejorando también el estado de ánimo, calmando la sensación de vacío interior (Guía Obesidad, 2014).

Las emociones de enojo y tristeza son básicas y tienen funciones adaptativas para el individuo: enojo como autodefensa, movilización de energía e inhibición de conductas socialmente inadecuadas.

Tristeza como reintegración: aumenta la cohesión con otras personas, posibilita la valoración de otros aspectos de la esfera de la vida, reclama el apoyo de otras personas y fomenta la aparición de la empatía. Emociones discretas: por afrontamiento, expresión facial, adaptación e independencia atribucional.

Se requiere profundizar en el papel que ejercen estas emociones en la condición de peso corporal en su origen y mantenimiento, para así comprender mejor al paciente y la intervención oportuna.

Referencias

- Alcázar-Olán, R.J., Deffenbacher, J. L., Reyes Pérez, V. & Pool Cibrián, W.J. (2012). Desarrollo de un Inventario para la Medición de la Ira en Niños Mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(2), 303-313.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (V ed.). Washington, DC.
- Ayala, H., Pedroza, F., Morales, S., Chaparro, A., & Barragán, N. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar *Salud Mental*, 25 (3), 27-40.
- Crandall, C. S. & Martinez, R. (1996) Culture, ideology, and antifat attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1165–1176.
- Crane, R. S. (1981). *The role of anger, hostility, and aggression in essential hypertension*. Doctoral dissertation, University of South Florida. Dissertation Abstracts International, 46, 3212B
- Cserjesi, R., Vermeulen, N., Lenard, L., and Luminet, O. (2011). Reduced capacity in automatic processing of facial expression in restrictive anorexia nervosa and obesity. *Psychiatry Res.* 188, 253–257
- De la Serna, I. (1998). *Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad*. Madrid: Litofinter.
- Fabes, R. A. & Eisenberg, N. (1992). Young children's coping with interpersonal anger. *Child Development*, 63 (1), 116-128.
- Fox, J.R. & Froom, K. (2009). Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 328–335
- Fox, J.R.E. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 276–302.
- Fregoso, A. (2009). *Diferencias de hostilidad, ansiedad y tristeza entre dos muestras de mujeres de diferente condición social*. (Tesis inédita). Facultad de psicología, UNAM, México.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3-38). New York, NY: Oxford University Press.
- Goleman, D. (1998). *Inteligencia emocional*. México: Javier Vergara Editor.
- Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., and Bleich, S. N. (2014). Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: a cross-sectional study of overweight and obese patients. *Prev. Med.* 62, 103–107.
- Guillén-Riebeling, R.S. (2014) *Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción del índice de masa corporal en mujeres y hombres*. México, FES Zaragoza, UNAM.
- Herrero-Virto, G. (2014). La tristeza y comer en exceso. Guía Obesidad. com Disponible en <http://www.guiaobesidad.com/sobre-nosotros>.
- Hoare, E., Skouteris, H., Fuller-Tyszkiewicz, M., Millar, L., & Allender, S. (2014). Associations between obesogenic risk factors and depression among adolescents: a systematic review. *Obes. Rev.* 15, 40–51.
- Juárez Hernández, G. (2000). *Asociación de tristeza y escala de depresión geriátrica (GDS)*. (Tesis para subespecialidad). Facultad de Medicina, UNAM, México.
- Kelly, J., and Hutson-Comeaux, S. (1999). Gender-emotion stereotypes are context specific. *Sex Roles* 40, 107–120
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, S. & Lazarus, B. (2000). *Pasión y razón: la comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós.
- López López, G. (2009). *La depresión como un proceso de construcción corporal*. (Tesis inédita). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, Estado de México.
- López-Jaramillo, O. (2013). Las creencias sobre las emociones en familias antioqueñas. *Revista Facultad de Trabajo Social*, 29(29), 195-216.
- Murillo-Aguilar, O. (2008). El enojo en madres y padres de hijas adolescentes: propuesta de intervención desde la TREC y la inteligencia emocional. *Revista Electrónica Instituto de Investigación en Educación*, 8(2), 1-30. Disponible en <http://revista.inie.ucr.ac.cr>
- Nájera Nájera, C. (2011). *Estrategias de auto-regulación en niños de 9 a 12 años para las emociones de enojo, tristeza, miedo y alegría*. (Tesis inédita). Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Palmero, F., Breva, A. y Landeta, O. (2002). Hostilidad defensiva y reactividad cardiovascular en una situación de estrés real. *Ansiedad y Estrés*, 8, 115-142.
- Platas-Acevedo, R.S. & Gómez-Peresmitré, G. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA-II) en preadolescentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 251-259.
- Power, M.J., & Tarsia, M. (2007). Basic and complex emotions in depression and anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 19–31.
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obes. Rev.* 14, 906–918.
- Reyes Hernández U (2013). *Patrones y culpa asociados en el desarrollo del comportamiento disocial en niños con normopeso y obesidad*. Tesis Licenciatura, México, Fac. de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM
- Rodríguez, L.M. & Rodríguez, R. (2001). Percepción de la imagen corporal, índice de masa corporal y sobrepeso en estudiantes universitarios del Sureste. *Rev Mex Pediatr*, 68, 135-138.
- Spielberger, C. D. & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied psychology: Health and Well-being*, 1, 271-302.
- Spielberger, C.D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R.J., Jacobs, G. A. & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an Anger Expression Scale. In M.A. Chesney y R.H., Rosenman (Eds.) *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- Stunkard A, Sorensen T, & Schulsinger F. (1983). Use of a Danish adoption register for the study of obesity and thinness. *The genetics of neurological and psychiatric disorders*. Research publications (Association for Research in Nervous and Mental Disease). (pp 115–120). New York. Raven Press.
- Stunkard, A. J. & Albaum, J. M. (1981). The accuracy of self-reported weights. *Am J Clin Nutr.* 34(8), 1593-1599.
- Tanofsky-Kraff M, Goossens L., Eddy K. T., Ringham R., Goldschmidt A., Yanovski S. Z., Braet C., Marcus M. D., Wilfley D. E., Olsen C., Yanovski J.A. (2007). A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 75, 901-913.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H.W., Joos, A., Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19, 426–437.

DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO Y
RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING

5. Colaboraciones

Prevención de la obesidad en niños con orientación cognoscitivo-conductual

Los niños tienen más necesidad de modelos que de críticos.
Carolyn Coats

De generación en generación, la educación se transmite de padres a hijos. Las hijas y los hijos van adquiriendo progresivamente las herramientas para adaptarse a sus necesidades y a las de su entorno, conservarán aquellas con las cuales han salido avantes y tenderán a desechar aquellas que les han representado un obstáculo o les han sido adversas. En este progresivo intercambio, el estilo de la alimentación se convierte en el medio de contacto: afectivo o emocional, conductual, reflexivo o cognoscitivo, así como el de la obtención de tranquilidad biológica con el cese del hambre, del frío o la obtención del reposo. Con esto la alimentación adquiere en el menor un significado con dirección (emocional), representado por el entorno social-familiar, el ambiente, los olores, sabores, temperatura, posición corporal, en términos freudianos: *se centra alrededor de la boca y la necesidad fisiológica asociada, esta es, la alimentación y el placer que se deriva de ella (Freud, 1905). La actividad de nutrición proporciona las significaciones electivas mediante las cuales se expresa y se organiza la relación de objeto; así, por ejemplo, la relación de amor con la madre se hallaría marcada por las significaciones: comer, ser comido (Laplanche, 1994).* Bajo el modelo del aprendizaje social, son las interacciones sociales y la elaboración de esquemas cognoscitivos que se van instaurando en la persona a lo largo de su desarrollo. Es importante considerar qué enseña el tutor del menor, que recursos utiliza para moldear las conductas y los medios que emplea. Bajo este enfoque es de considerar al desarrollo como el resultado de diversos factores -internos como externos-, en una condición integral con capacidades y habilidades que lo distinguen en comparación a los demás. De esta manera, es

elevado el número de variables que influyen en una persona; en alguien que presente obesidad se requiere una explicación particular, ya que un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro (Silvestri & Stavile, 2005).

La exploración de los procesos involucrados en el desarrollo que incide en dimensiones (o módulos) tanto biológicas, emocionales o afectivas y de vínculos relacionales, así como conductuales y cognitivas como lo señalan Enríquez, Padilla & Montilla en 2008:

... así como en el desempeño y estado emocional de los padres y del sistema con el objetivo de orientar y proveer al menor y al núcleo del sistema familiar, del apoyo y recursos necesarios para afrontar las peculiaridades y/o dificultades provenientes de la presencia de riesgos... de la primera infancia o situaciones que requieren atención y seguimiento... Es importante evaluar los organizadores tempranos, hitos evolutivos, factores de riesgo y de alarma... en el marco de referencia y con los sistemas significativos de la niña o el niño, para que se posibilite la planificación de objetivos y estrategias para coadyuvar en la mayor adaptación del menor y de sus padres, considerando no sólo mecanismos de vulnerabilidad sino también de protección: apego seguro, reciprocidad y atención conjunta, expresividad y comunicación, como se encuentran en la figura 1.

Conforme pasan los años, la presencia de obesidad en el menor se mantiene o se diluye, de acuerdo con el fenotipo, el estilo de

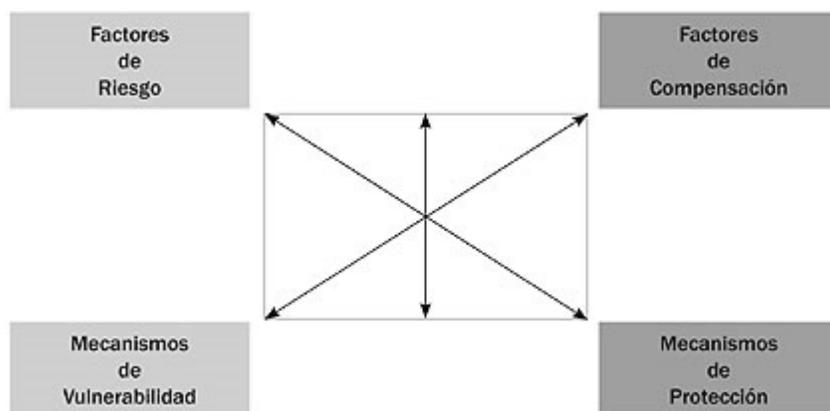


Figura 1: Modelo de apego y desarrollo. Modificado de Enríquez, Padilla & Montilla, 2008.

alimentación, de las condiciones ambientales de la obtención de los alimentos y de las cogniciones o conductas del individuo: comer para sobrevivir, comer por entretenimiento o caminar por hábito. De aquí se encuentra la influencia del ambiente en la generación de conductas alimentarias de riesgo; de los estilos corporales o *cultura corporal dominante*, que favorece cierta imagen que se tiende a imitar. El vínculo afectivo social promoverá conductas de autocuidado y autoprotección. En cuanto a al desarrollo de obesidad, Dávalos propone cinco puntos basados en la alimentación y el ejercicio, dejando de lado los procesos cognoscitivos y conductuales del desarrollo:

- Evitar la sensación de hambre.
- Facilitar una pérdida rápida de peso sin repercusiones metabólicas.
- Preservar la masa magra.
- Asegurar una actividad física regular.
- Modificar la conducta.

Pearce (1995) señala que los sentimientos influyen en la conducta alimentaria lo que constituye un hábito básico en constante transformación.

Estilo de Vida

La sociedad moderna en la que nos encontramos, promueve realizar un menor gasto energético e influye positivamente en la tendencia hacia la obesidad, la disminución del gasto energético es más importante que el incremento en la ingesta calórica como causa de obesidad. Al mismo tiempo estas observaciones de predicción de ganancia de peso en niños y adultos con una reducción en el gasto energético, indica la importancia de los cambios de patrones en la actividad física, es decir, la modificación de hábitos alimenticios y conductuales.

Los hábitos alimenticios son un conjunto de patrones elaborados por la interacción de los aprendizajes y los ambientes: de salud, social y cultural. De adquisición paulatina, van a depender de su facilitación, como el consumir con la boca cerrada, estar sentada, su rapidez al masticar, el jugar con la comida, o ejercicios distractores: en ocasiones, la misma instrucción se refiere a otras conductas como no jugar mientras come, usar el tenedor y masticar más los alimentos (Gavino, 1995).

De acuerdo con Saldaña (1991) los hábitos alimenticios que los obesos comparten se relacionan con el consumir de manera rápida los alimentos, reciben el mensaje de saciedad (retroalimentación); con un gran consumo de alimentos se sienten satisfechos.

Para López (1998), el consumo de alimentos lo basan en estímulos externos como: olor, color, sabor. Tienden a comer aquéllos que les resultan atractivos a sus sentidos más que contemplar si son alimentos que les nutran de manera balanceada.

Gómez & Ávila (1998), señalan que la dieta es un factor de mantenimiento de la obesidad, ya que la persona al tratar de controlar o reducir su peso corporal, tiende a una falta de control sobre el alimento y a una sobrealimentación, llegando a generar un desorden alimentario asociado a una psicopatología.

El denominado ambiente obesogénico influye en la obesidad infantil (y adulta), pero la persona es quien le abre la puerta a su

hábitat. En el caso de los niños quien lo mantiene en el nivel de salud y su condición de riesgo al tener obesidad es el ambiente familiar y afectivo.

Grinker (1981, citado en Parra, 1994) encontró que las madres obesas ofrecían a sus hijos una mayor cantidad, pero sobre todo mayor variedad de alimentos en comparación con las madres de peso normal. Con relación al horario de alimentación, la distribución de los alimentos del día y de las características del menú están sujetas a las actividades escolares.

García (1996) menciona que en muchas familias se tiene como regla no hablar en la mesa, privando de esta manera a los niños de ser un espacio de expresión donde se averigüe que está haciendo cada miembro de la familia, donde en los temas de que se hable se eviten los regaños a los niños por sus notas escolares, o bien que los padres arreglen sus diferencias, porque esto puede generar un ambiente tensión y poco tolerante entre los miembros que se sientan a la mesa a disfrutar de un momento ameno.

En síntesis, los patrones alimenticios que se siguen en la edad adulta, devienen del seno familiar donde los padres enseñan la manera de comer y qué comer, lo que llega a ocasionar problemas de alimentación porque no se cuenta con una educación de aquellos patrones y hábitos alimenticios que deben transmitirse a los niños. De ahí que encontremos problemas alimenticios generados por ciertas pautas de comportamiento que sigue enseñándose de padres a hijos y que en el mejor de los casos son cambiados cuando surge una enfermedad que lo amerite, en caso contrario continúan a lo largo de la vida sin que exista un cambio en el comportamiento alimenticio:

La hora de la comida debe ser un espacio donde los miembros que integran la familia encuentren un espacio para expresar sus deseos, planes y no para tratar posibles diferencias que puedan tener entre los padres o bien, aprender a los hijos, pues, se convierte la hora de la comida en un lugar de tensión y agresión entre sus integrantes (Sánchez, 2004, pág. 46).

Como señala Bermúdez-Capaz (2012):

En los niños con obesidad es útil establecer metas realistas y orientar a los padres, pues ellos juegan un papel importante, en ayudar a superar esta situación a sus hijos. Educar a los padres para la prevención de obesidad en niños bajo el modelo cognitivo-conductual pretende que a partir del enfoque aborde desde sus cuatro dimensiones actividades donde los padres de familia adquieran y aprendan las herramientas para enfrentar y prevenir la obesidad infantil, llevándolas a cabo con sus hijos, además de ponerlas en práctica para ellos mismos. Siendo una manera de no sólo prevenir obesidad y mostrar cambios en su peso corporal sino modificando ideas irracionales que mejoren su calidad de vida diaria, tanto en alimentación como en relaciones interpersonales evitando así otro tipo de conflictos como ansiedad, depresión, entre otros.

Referencias

- Bermúdez-Capaz, P. (2012). *Educación a los padres para la prevención de Obesidad en niños bajo el modelo cognitivo-conductual*. Tesis Licenciatura en Psicología. FES Zaragoza, UNAM. México.

- Enríquez, A., Padilla, P., & Montilla, I. (2008). Apego, vinculación temprana y psicopatología en la primera infancia. *Informaciones Psiquiátricas*, 193. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2008/03_193_03.htm. Acceso 04-02-2011
- Freud, S. (1905), *Tres ensayos de teoría sexual*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- García, M. (1996). *Estilo de vida y obesidad: un estudio exploratorio sobre algunos indicadores de asociación*. Tesis Licenciatura en Psicología. Iztacala. México. UNAM.
- Gavino, L. (1995). *Problemas de alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Colombia. Editorial Labor.
- López, A. (2003). Factores Sociales y Psicológicos de la Obesidad. *Revista Universidad Iberoamericana*. 6 (2): 3-7.
- Parra, C. (1994). Factores de riesgo para la obesidad en la infancia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 51 (2) 141- 147.
- Pearce, J. (1995). *Como ayudar a su hijo a controlar su agresividad*. Madrid. Paidós
- Saldaña García, C. (1991). Intervención en obesidad en niños y adolescentes. En G.B. Casal & V. E. Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. (págs. 99-118). España.
- Sánchez, L. (2004). *Niños que comen mucho o poco. Propuesta Psicoeducativa para padres*. Tesina Licenciatura en Psicología, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Silvestri, E., Staville, A. (2005). Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Importancia de su Identificación y abordaje en un enfoque Interdisciplinario. *Universidad Favaloro: Córdoba*. 2 (3). Disponible en: www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf Acceso 2-01-2015.

BRENDA CAROLINA TELLO

Tres generaciones



Fuente: *Tres generaciones*, Tato
El Universal, Sección Cultural 3. Jueves 6 de octubre de 1994

6. Próximas reuniones científicas



25 ANIVERSARIO
PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL:
Obesidad desde una perspectiva cognitivo-conductual

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
Ciudad de México:
14 y 15 de noviembre de 2016
9.00 a 18.30 horas
Sala de Seminarios 1

CIUDAD UNIVERSITARIA
Ciudad de México:
23 y 24 de noviembre de 2016
9.00 a 18.30 horas



12º CONGRESO de INVESTIGACIÓN

Del 17 al 21 de Octubre de 2016
8:00 a 19:00 horas. Auditorios de los Campi I y II

www.zaragoza.unam.mx/congreso_investigacion

ISSN 2007-5502



Normas de publicación

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. Pueden tratar de artículos acerca de:

1. Aspectos socioculturales relacionados a la alimentación.
2. Colaboraciones e información sobre reuniones científicas.
3. Investigaciones que abarquen aspectos psicológicos asociados a la obesidad y a la persona obesa: datos epidemiológicos, análisis y discusiones, informes de casos clínicos.
4. Propuestas para apoyar las estrategias dirigidas al fortalecimiento de conductas alimentarias sanas.
5. Reseñas de artículos o libros.

En su contenido y estructura deberá adecuarse a las normas de la American Psychological Association (APA), en su edición más reciente.

FORMATOS

- a) 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.
- b) Título del artículo: máximo 15 palabras en idiomas español e inglés.
- c) Nombre (s) de (los) autor(es), filiación institucional, correo electrónico
- d) Resumen en español y en inglés, máximo 300 palabras.
- e) Cinco palabras clave.
- f) Máximo de 10 páginas, incluyendo gráficas, tablas y bibliografía. Los márgenes izquierdo y derecho medirán dos centímetros y medio.

- g) Los trabajos de investigación incluyen: introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas.
- h) Los trabajos de ensayo, reseña bibliográfica comentada o revisiones incluyen: título, subtítulos y apartados, dependiendo del contenido y referencias bibliográficas.
- i) Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación.
- j) 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 los autores, 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.