



Psic-Obesidad

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



**Volumen 8, Número 32
octubre-diciembre de 2018**

Psic-Obesidad

Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual

Volumen 8, Número 32
octubre-diciembre de 2018

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



Contenido

	Editorial	2
1	Trabajos de difusión en investigación	4
	El papel del psicólogo en el tratamiento de la obesidad <i>Lic. Maricruz Morales Salinas</i>	
2	F54 Factores psicológicos... [316]	7
	Pesadez mental... y corporal <i>Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling</i>	
3	Acérquese... ricos tamales	11
	Para estar saludable ¿tomar un juguito? <i>Lic. Brenda Carolina Téllez Silva</i>	
4	Como, luego existo	13
	La relación del factor psicológico con el estrés en la prevalencia de obesidad <i>M.C.P.S.S. Karen Carmina Hernández Rojas</i>	
5	Colaboraciones	17
	La alimentación en el sobrepeso y obesidad a través del tiempo <i>Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona y M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo</i>	
6	Próximas reuniones científicas	21
	Normas de publicación	22

Psic-Obesidad, Año 8, No. 32, octubre - diciembre de 2018, 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, Ciudad de México, 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 10 de febrero de 2019. 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. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Asuntos Estudiantiles

Dra. María Susana González Velázquez
División de Planeación y Desarrollo Académico

Mtra. Gabriela C. Valencia Chávez
Jefa de la Carrera de Psicología

Mtra. Guillermina Netzahuatl Salto
Coordinadora de Psicología Clínica y de la Salud

DIRECTORIO Psic-Obesidad

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling
Editora

Dra. Lucy María Reidl Martínez

Dra. Mirna García Méndez

Lic. Félix Ramos Salamanca

Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes

M.C. Dolores Patricia Delgado Jacobo

Consejo Editorial

Lic. Maricruz Morales Salinas

Lic. Carlos Raziel Leañes

Lic. Claudia Ahumada Ballesteros

Equipo de colaboradores

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

Lic. Maricruz Morales Salinas

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Lic. Brenda Carolina Téllez Silva

M.C.P.S.S. Karen Carmina Hernández Rojas

Mtra. Ana Lilia Muñoz Corona

M.C.E.D. Dolores Patricia Delgado Jacobo

Colaboraciones e informes: Teléfono: 56 23 06 12

Correos electrónicos:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

raquelguillen2010@gmail.com

Editorial

octubre-diciembre 2018

A finales de 2018, la población mexicana mantiene unos altos índices de Obesidad, a pesar de las campañas de atención de instituciones de Salud, tanto públicos como privados. Si bien las causas de la obesidad son multifactoriales, su intervención es dirigida en la multidisciplinaria, el estilo de vida se mantiene en patrones maladaptativos con el consecuente deterioro en la calidad de vida de las personas. A dos años de emitida en noviembre de 2016 la "Declaratoria de Emergencia Epidemiológica" para enfermedades crónicas degenerativas, no infecciosas, el panorama de la presencia de la obesidad en la población mexicana no ha cambiado de forma sustancial. La población consume para sobrevivir los alimentos a los cuales tiene acceso de acuerdo por su economía más que por su gusto. Se continúan ofreciendo alimentos de baja calidad nutricional: altos en grasas, sales o azúcares; las actividades físicas cada vez son más restringidas por la disposición de tiempo libre y espacios públicos seguros en oposición a mayor frecuencia de conductas sedentarias -descanso, trabajo o recreativas-, hábitos inadecuados, cogniciones evasivas a la condición de riesgo a la salud con sus respectivas emociones. Los Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016) muestran la proporción de la obesidad en la población en adultos, jóvenes y niños (Cuadro 1).

El reforzamiento se ha dado en la promoción de estilos de vida saludables, las cuales proponen que el cambio conductual solo puede suceder si existe un ambiente facilitador:

... si las condiciones de desarrollo de comportamientos saludables existen o se generan, venciendo barreras, sociales, culturales y económicas... los esfuerzos nacionales se han encaminado al desarrollo de políticas públicas que han mostrado impactos modestos pero importantes en algunas variables mediadoras, como los impuestos a la venta de refrescos azucarados y la modificación de raciones de alimentos con alto contenido energético (INSP, 2014); así mismo, de una estrategia nacional para la capacitación del personal de salud y la promoción de estilos de vida saludables (SS, 2013). Si bien estas estrategias pueden incentivar prácticas de alimentación y actividad física necesarias para contrarrestar el desarrollo de la obesidad en el mediano y largo plazo, es imperativo el trabajo desde los ambientes del hogar, comunidades, lugares de trabajo y escuelas que potencien los esfuerzos institucionales (C.C.C., 2017).

El enfoque centrado en la persona obesa "responsable" de su propia condición de sobrepeso, ha mostrado ser inefectivo y poco comprometido para el cuidado de la salud de las personas y la población. Apoyado en el rechazo cultural de estas personas por estar "fuera de línea o de las tendencias de la moda", se les estigma, intimida y se les ofrecen precarios cuidados a la salud. La enseñanza que otorga este enfoque, genera comportamientos maladaptativos que se muestran en la distorsión de la imagen corporal, rechazo al estereotipo, resistencia al cambio en el estilo de vida, consumos frecuentes, baja actividad física y emociones negativas por encima de las emociones positivas. Enfoque que propicia la obesidad y a su vez, ofrece métodos de tratamiento donde *no existe, por lo mismo, el éxito total o el fracaso completo y así debe comprenderlo el paciente* (Unikel et al, 2010, página 252).

Las disciplinas pueden aplicar cuidados a la salud de manera más comprometida y participativa: bajo el enfoque humanista y multidisciplinario; la reducción de "ambientes obesogénicos" por la aplicación de políticas públicas saludables que influyan en los sistemas alimentario y económico.

Cuadro 1: Distribución de resultados de la población de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016).

Población	Distribución de IMC clasificación Obesidad							Otros IMC			Porcentajes
Población Adulta	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	70 a 30
Adultos	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	70 a 30
Jóvenes	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	40 a 60
Niños	1			1			2			33 a 66	

REFERENCIAS

Ortega-Vélez, M.I., Ballesteros-Vázquez, M.N., Grijalva-Haro, M.I., Islas-Rubio, A.R., Montoya-Ballesteros, L.C., Camou-Arriola, J.P., Sandoval-Godoy, S., Ramos-Clamont-Montfort, G., Taddei Bringas, C., Contreras-Navarro, A.L., Laprada-Villegas, A.N., Wong-González, P. (2017). *Obesidad en México: antecedentes, retos y oportunidades*. Disponible en: <http://www.cciencias.mx/es/fichas/item/502-obesidad-mexico-retos.html?highlight=WyJvYmVzaWRhZCJd>.

Shamah Levy, T., Cuevas Nasu, L., Rivera-Dommarco, J., & Hernández-Ávila, M. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016* (ENSANUT MC 2016). México: INSP, SSA.

Unikel-Santoncini, C., Vázquez-Velázquez, V., Kaufer-Horwitz, M. (2010). Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad. En: J. Rivera-Dommarco, M. Hernández-Ávila, C. Aguilar-Salinas, F., Vadillo-Ortega, & C. Murayama-Rendón, C. *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. (pp- 236-262). México: UNAM.



1. Trabajos de difusión en investigación

El papel del psicólogo en el tratamiento de la obesidad

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS
ENP 3, UNAM

A dos décadas de la norma oficial para el tratamiento de la obesidad (NOM) el papel de la disciplina psicológica en el tratamiento de la obesidad ha evolucionado desde la ayudantía a otras disciplinas de la salud a formar parte del equipo multidisciplinario en el tratamiento integral. Este desarrollo se debe al reconocimiento de los factores asociados a la condición corporal de sobrepeso u obesidad. A través de este trabajo se aborda el papel del profesional de la psicología en la atención de la obesidad y la identificación de los factores psicológicos asociados a la condición obesa.

INTRODUCCIÓN

Una gran variedad de tratamientos, médicos, psicológicos, comerciales o sensacionalistas, o muchos de estos combinados unos con otros, se han ido creando para la reducción del sobrepeso, pero en casi todos, el problema del abandono hace que no se pueda alcanzar la meta de la alimentación balanceada y la conservación de la salud. El problema de la obesidad y sus tratamientos es la falta de claridad en la atención por parte de los profesionales de la salud y de la participación del paciente en su propio proceso. El enfoque de la alimentación a la condición de peso corporal ha dado como resultado el desarrollo de estrategias para la atención de factores relacionados como los fisiopatológicos (Wadden y Stunkard, 1993); o mecanismos emocionales asociados (Gold, 1976; Mahoney, 1985; Saldaña y Rosell, 1988).

La obesidad en sí misma puede considerarse un estado patológico, atacada por los estigmas sociales, contra las cualidades emocionales y de personalidad del individuo afectando a cualquier tipo de población y edad.

En 2001, desde la disciplina médica, Chiprut et al., consideran los avances en la etiopatogenia y el tratamiento de la obesidad en el inicio del siglo XXI.

El psicólogo es un apoyo complementario al que hacen los expertos en Nutrición y Endocrinología, que tiene como finalidad identificar cuáles son los mecanismos por los que una persona come de una manera inadecuada; qué factores del estilo de vida contribuyen a la obesidad; qué factores pueden estar implicados en que la persona utilice la comida como un modo de compensar el estrés, o qué factores de tipo emocional

pueden estar implicados en comer de manera inadecuada (página 332).

Para el paciente:

Donde la persona ...que logre desarrollar un estilo de vida con relaciones afectivas satisfactorias en el hogar y en el trabajo, actividad física cotidiana y placer en su quehacer ordinario, no necesitará de las grasas u otros medios poco adaptativos para manejar su estrés, habrá conseguido el autocuidado de la salud (página 333).

Aunque los trastornos psicológicos casi nunca son la causa principal de la obesidad, las modificaciones de conducta basadas en el análisis de las circunstancias en las cuales una persona tiende a sobrealimentarse y su significado particular puede ser de gran ayuda para bajar de peso.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN

El apoyo psicológico es esencial para el éxito de un programa de reducción de peso. El contacto cercano con el terapeuta y la participación de la familia son técnicas útiles para reforzar los cambios en la conducta del paciente y evitar el aislamiento social.

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos (NOM.OB, 1998).

ROL DEL PSICOTERAPEUTA

El psicólogo requiere conocer y aplicar los enfoques inter e intra multidisciplinario en el tratamiento del paciente obeso. Modelos como el de Pender (1996/2011) y Valek et al (2015) muestran el avance del diseño de la intervención en la promoción de la salud:

Desde la psicología, se añaden las siguientes estrategias:

- Plantear objetivos y metas con logros en diversos periodos (corto, mediano o largo plazo), tomando en cuenta al mismo tiempo el proceso de atención.

Recibido el 27 de noviembre de 2018.
Aceptado el 8 de enero de 2019.

- Independientemente del esquema del programa de alimentación, se procede a incorporar el modelo de intervención disciplinar favoreciendo el cuidado a la salud y al mejoramiento de la calidad de vida.
- Más allá de trabajar en la modificación de hábitos de vida insanos, se realiza una evaluación diagnóstica integral para identificar el patrón de factores relacionados con la condición corporal de sobrepeso y poder plantear las circunstancias de cada paciente y la implementación de situaciones donde se pueden llevar a cabo las posibles transformaciones encaminadas a la salud. Por ello, el tratamiento que propone el cambio de hábitos como pilar del tratamiento integral, es erróneo. Por ello, enfocar la obesidad en la conducta alimentaria descarta el resto de factores psicológicos y socioculturales relacionados con la condición obesa.
- Enseñar a la persona que haga un estilo de alimentación (dieta) saludable, es labor del profesional de la nutrición. El profesional de la psicología toma en cuenta la conducta humana en su sentido más amplio, cuyos componentes interactúan e identifican a cada persona por su personalidad, la propia conducta, su pensamiento, memoria, desarrollo, cognición, emoción, entre otras (Guillén-Riebeling, 2018).

Vázquez-Velázquez (2004) propone la atención psicológica del paciente obeso en cinco estrategias:

1. Incrementar la empatía entre el terapeuta y el paciente.
2. Fomentar en el paciente y su familia, la conciencia de enfermedad.
3. El paciente, reconocer las consecuencias positivas y negativas del tratamiento.
4. El terapeuta, reconocer las inconsistencias previas entre los objetivos y las conductas de los pacientes en los tratamientos previos. Y
5. El paciente debe adquirir un papel activo en su cambio conductual.

No importa qué tipo de terapia o tratamiento para la obesidad haya sido escogido, la manera en que el psicólogo discute el tratamiento con los pacientes puede tener potencialmente un efecto profundo en el resultado (Vázquez-Velázquez, 2004, página 2004).

La combinación de modelos clínicos (psicodinámico y conductual), da a este tipo de estrategias, un eclecticismo poco objetivo y útil para el paciente (incluso para el terapeuta).

NORMATIVIDAD PARA EL PSICÓLOGO EN MÉXICO

En México se han emitido normas para el tratamiento de la Obesidad, en la consideración de la salud de la población por profesionales y en la prevención de tratamientos nocivos que incluso ponen en riesgo la vida de las personas como automedicación, dietas extremas o exceso de ejercicio, entre otros.

La Norma Mexicana para el tratamiento de la Obesidad (1998); señala el papel del psicólogo en el tratamiento, señalados en los siguientes apartados:

5.3.8 Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud, asimismo, se deberá instalar un programa de actividad física, de acuerdo a la condición clínica de cada paciente.

5.4 El médico y el psicólogo clínico deberán elaborar a todo paciente, un expediente clínico, conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998, Del expediente clínico (modificada por la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico).

El enfoque en los hábitos alimentarios se sostenía por los siguientes apartados:

9.1.1 El manejo para la modificación de hábitos alimentarios;

9.1.2 El apoyo psicológico, y

9.1.3 La referencia a Psiquiatría, cuando el caso lo requiera.

En la Norma para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad de 2010 y la emitida en mayo de 2018, el papel del psicólogo en el tratamiento de la obesidad es de psicoterapeuta, formado en psicología clínica y cuya participación en él y tratamiento integral es que:

La Norma Mexicana para el tratamiento de la Obesidad de 2010 señala:

5.2.8. Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutriólogicas para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud. Asimismo, se debe incluir un programa individualizado de actividad física y ejercicio adecuado a la condición clínica y física de cada paciente, tomando en cuenta las normas NOM-015-SSA2-1994 y NOM-030-SSA2-2009, referidas en los numerales 3.1. y 3.2. de esta norma;

Las Normas Mexicanas para el tratamiento de la Obesidad de 2010 y 2018:

6.3.1 Debe contar con título y cédula profesional de psicólogo legalmente expedida por la autoridad educativa competente en términos de lo previsto por las disposiciones aplicables, y

6.3.2 Contar con formación en el área clínica y conocer el tratamiento integral de pacientes con obesidad.

Del tratamiento psicológico:

9.1.1 Realizar la valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias; así como de la adherencia terapéutica;

9.1.2 Indicar el tratamiento y manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso u obesidad, y

9.1.3 Referir al paciente con el nutriólogo o médico, cuando el caso lo requiera. (NOM-OB, 2018)

A manera de conclusión, es de destacar la importancia del papel del psicólogo en este 2018 en el tratamiento de la enfermedad crónica degenerativa, en particular del sobrepeso y la obesidad. El reconocimiento de la profesión en su papel disciplinar abre el campo de interacción con otras disciplinas en aspectos poco estudiados y cuya importancia es determinante para la recuperación de la salud en la población.

REFERENCIAS

Chiprut, R., Castellanos-Urdabay, A., Sánchez Hernández, C., Martínez-García, D., Cortéz, M.E., Chiprut, R., & del Conde-Ovadia, P. (2001). La obesidad en el siglo XXI avances en la etiopatogenia y tratamiento. *Gac Med Mex*, 137(4), 323-334.

Gold, D. (1976). Psychological factors associated with obesity. *American Family Physician*, 13, 87-91.

Guillén-Riebeling, R.S. (2018) Tratamiento integral de la Obesidad, Comunicación personal. México. Inédita.

Mahoney J. (1985) Control de peso: una solución total al problema de las dietas. México: Trillas.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México:

Diario Oficial de la Federación. México: Secretaría de Salud NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. DOF: 18/05/2018. Diario Oficial de la Federación México: SEGOB. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5523105&fecha=18/05/2018

NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la obesidad. Diario Oficial de la Federación. México: Secretaría de Salud Federal.

Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing practice*. Stanford, Connecticut

Pender, N.J., Murdaugh, C., & Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Saldaña C, Rossell R. (1988) *Obesidad*. Madrid: Martínez-Roca: 53-81.

Valek, R.M., Greenwald, B.J., & Lewis, C.C. (2015). Psychological Factors Associated with Weight Loss Maintenance: Theory-Driven Practice for Nurse Practitioners. *Nursing Science Quarterly* 28(2), 129-135.

Vázquez-Velázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4 Supl. 3), S136-S142.

Wadden T, Stunkard A. (1993) *Psychopathology and obesity*. *Ann NY Acad Science*, 499, 55-65.



2. F54 Factores psicológicos... [316]

Pesadez mental... y corporal

RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

*Con la Culpa se resarce el remordimiento
Con la vergüenza se desquita*

Con frecuencia se abordan a la angustia y a la depresión como emociones asociadas a la condición obesa. Otras emociones como la culpa y la vergüenza, se encuentra más asociadas al índice de masa corporal de bajo peso y sus categorías diagnósticas de anorexia, alexitimia o vigorexia. En el sobrepeso y la obesidad la emoción de culpa se muestra relacionada con la cultura alimentaria al ser disparadora de la emoción de culpa en adultos, con o sin trastornos de la conducta alimentaria (Guillén-Riebeling, 2015).

De esta manera, los Factores culturales en la conducta alimentaria se pueden describir a partir de sus relaciones, donde la Cultura:

- Se trasmite de generación en generación.
- Consiste en compartir creencias, costumbres y conocimientos entre los miembros de una agrupación.
- Vinculada a la identidad y pertenencia del grupo matizada por sus creencias religiosas y distinción racial.
- Se puede diferenciar por los factores económicos, geográficos o ambientales.

El alimento y sus tipos, consolidan la cultural, diversifica los significados simbólicos en relación con las tradiciones familiares, sentimientos de seguridad, expresiones sociales y prestigio. El realizar consumos alimentarios “fuera” de estas consideraciones culturales, pueden llevar al individuo a enfrentarse, cognoscitivamente con la tradición y la ajeno, llevar como consecuencia a estados emocionales adversos, en particular a la culpa o a la vergüenza, o ambos simultáneamente. A continuación se muestran algunos estudios.

La condición corporal y las emociones, destaca la propuesta de De Rivera (1977) quien conceptualiza a las emociones como “una estructura compuesta de un conjunto de transformaciones que alteran el cuerpo de la persona y sus relaciones con el ambiente, que se llevan a cabo con instrucciones que cambian la situación en la que se percibe la persona, una instrucción que funciona para permitirle avanzar en los proyectos con los que está comprometido” (De Rivera, 1977, página 96) Entonces, las emociones consideradas Factores de Riesgo, influyen en:

- a) El logro de pérdidas de peso en personas con sobrepeso,
- b) La aparición de trastornos de la conducta alimentaria y
- c) Aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno clínicamente relevante del Eje I (Burk-Braxton, 1996; DSM-IV-TR, 2000), por categorías diagnósticas (DSM-V, 2013).

Se asocia la vergüenza con la condición de peso corporal y la culpa con la severidad de la sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria (Burney & Irwin, 2000; Frank, 1991; Sanftner, Barlow, Marschall, & Tangney, 1995).

Para Erikson (1950/1983), la vergüenza tiende a aparecer cuando la necesidad de contacto afectivo es superior a la obtenida. La persona al no encontrar retroalimentación en el “otro” se siente devaluado e incomprendido. Como resultado final aparece la vergüenza frente a las situaciones similares de necesidad.

Conradt et al., en 2007, desarrollaron un instrumento para medir la culpa y la vergüenza relacionadas con el peso y el cuerpo; señalan que tanto la vergüenza como la culpa son comunes en esta población por ser discriminada, lo que los puede llevar a sentirse inadecuados y retraerse, como en el caso de la vergüenza; y a sentirse culpables con respecto a circunstancias específicas de su dieta. La emoción es un drama personal que tiene que ver con el destino de las propias metas u objetivos, en un encuentro particular y las creencias acerca sí mismo y el mundo en que se vive; surge como el resultado de la evaluación de la importancia y significado personal de lo que está sucediendo en cada encuentro que se tiene (Reidl & Jurado, 2007).

Guillén-Riebeling (2015) vincula las emociones de culpa y vergüenza, con la condición corporal a través de un modelo de desarrollo paulatino desde el normopeso hasta la obesidad, donde se establece las relaciones emocionales y las estrategias de enfrentamiento empleadas para mitigar sus efectos (Figura 1).

Se encuentra el concepto de “Pesadez” para describir el sentimiento de culpa o remordimiento. ¿Pesa la conciencia? ¿Mortifica?

Diversas explicaciones se enfocan en la evaluación cognoscitiva con el acto realizado (conducta), donde surge la emoción como

Recibido el 27 de noviembre de 2018.

Aceptado el 8 de enero de 2019.

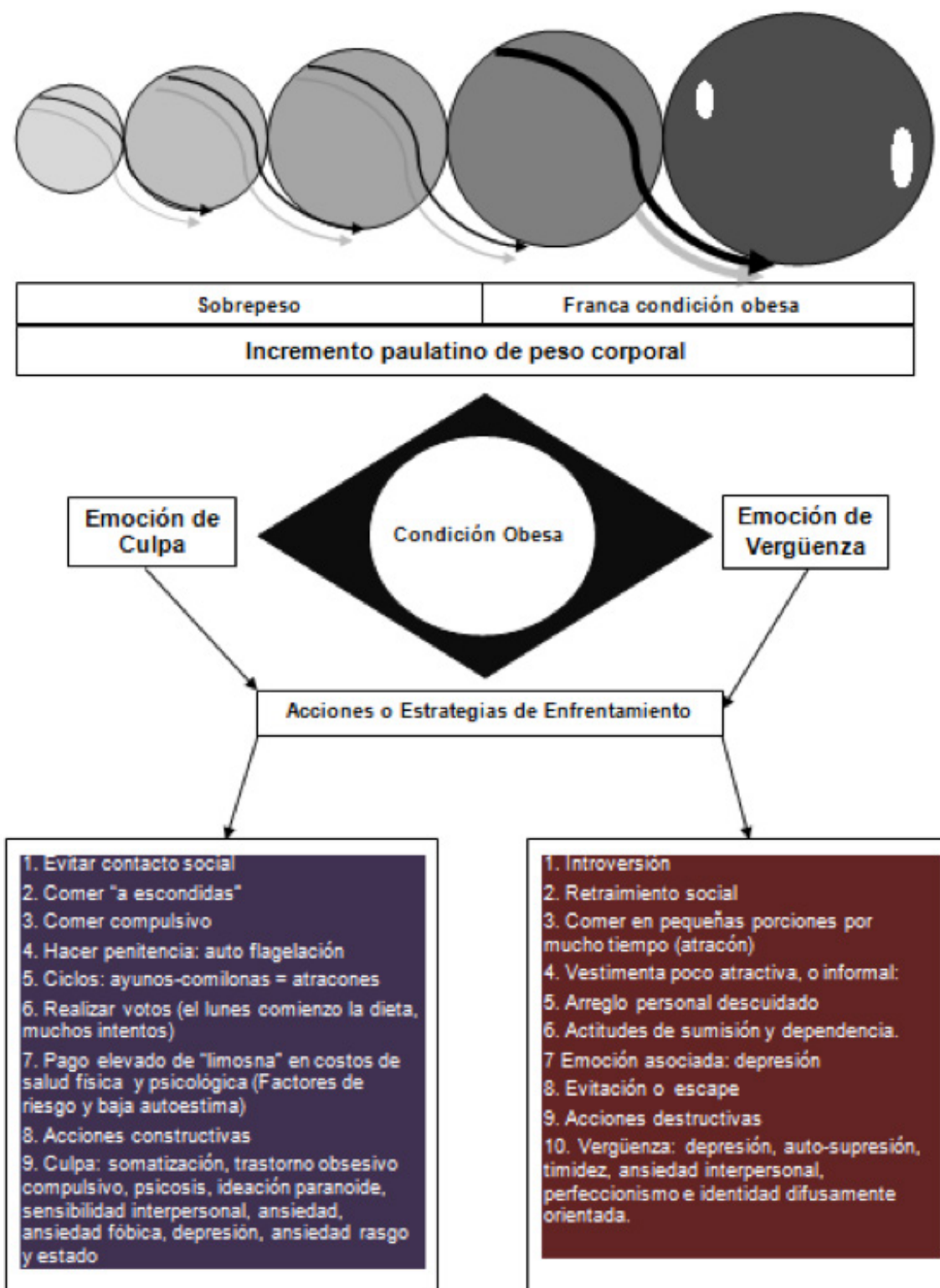


Figura 1: Relación entre la condición corporal de sobrepeso y obesidad, con las emociones de culpa, vergüenza y las estrategias de enfrentamiento.

“reacción” al hecho, en muchos casos tan persecutorios que no deja dormir. Bajo la teoría de la emoción incorporada (Niedenthal et al., 2005), Bajo este enfoque, la representación puede facilitar la experiencia afectiva. Niedenthal en 2007, propone que el patrón puede ocurrir de manera inversa: la experiencia emocional, a través de una activación o recuperación novedosa, puede facilitar la incorporación.

Day & Bobocel (2013), señalan que los sentimientos de disgusto producidos después de actos no éticos, contribuyen a incrementar las percepciones de peso corporal. Se añade la ofensa con pérdida del orgullo, la sensación de hundimiento y aumenta la pesadez subjetiva.

Retomando lo señalado por Reidl y Jurado, 2007, sobre los principios de las emociones de vergüenza y de la culpa, donde ambas:

1. Son emociones “sociales”, ya que la socialización influye de manera central en su desarrollo y el hecho de que otras personas (reales o percibidas), están implicadas de forma importante en cada una de estas emociones.
2. Tienen importantes funciones como reguladoras del comportamiento intrapersonal (regulador interno), y del comportamiento interpersonal (regulador social).
3. Se asocian con evaluaciones particulares en cuanto a la persona y a los otros.
4. Están asociadas con tendencias a actuar de manera particular, cuyo sentido se tiene en término de las apreciaciones y las funciones emocionales que tienen.
5. Ayudan al desarrollo del Yo o self. Ambas emociones se desarrollan durante la primera infancia y la temprana niñez.
6. El desarrollo cognoscitivo contribuye en el desarrollo de estas emociones.
7. La comprensión cognoscitiva no determina la emergencia de estas emociones. .
8. La socialización es crucial en el desarrollo de la vergüenza y la culpa.

Este último punto es muy importante en la evaluación emocional de personas con sobrepeso u obesidad.

Continuando con las emociones de vergüenza y culpa, estas surgen tras el proceso de reflexión individual. Su carácter negativo se debe a la evaluación de las percepciones y actitudes: hacia la propia persona (culpa) como castigadora, destructiva vinculada con la angustia y débil salud mental (Williams y Bybee, 1994).

Entre los mecanismos que se utilizan para regular la propia emoción, conducta o una situación emocional dada, se encuentran diferentes estrategias y habilidades; entre ellas las llamadas estrategias de afrontamiento (Lazarus, 1991; Lazarus y Lazarus, 1994).

Un desafío a la pesadez de la culpa y la exposición de la vergüenza es la situación del “Escaparate”: En 2012, Glòria Guirao escribe: *Dentro, fuera y lo que hay en medio: la vitrina como escaparate de arte*, (Situaciones, 2012). En este artículo hace referencia de la posibilidad de ser visto el espacio

artístico sin restricciones ya que se encuentra disponible al espectador:

... sobre las fronteras entre lo público y lo privado en algunos espacios expositivos y en muchos proyectos artísticos actuales. Es el escaparate, la gran ventana de vidrio que separa el interior de la tienda de la calle, lo que ha dado lugar a un programa independiente de exposiciones que gira alrededor de la idea de la vitrina.(situaciones.info/revista/dentro-fuera-y-lo-que-hay-en-medio-la-vitrina-como-escaparate-de-arte/).

Para descartar las emociones de culpa y vergüenza se muestran otras manifestaciones de la pesadez corporal cuyo papel es importante como síntoma de otras problemáticas Psicobiológicas como:

- La fatiga crónica o el agotamiento físico y mental (signos de la fibromialgia) (Clauw, 2014).
- Agotamiento emocional (pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga), síntoma del Síndrome de Bournout (Aceves, 2006; DSM V, 2013).
- Depresión atípica (DSM V, 2013).
- Trastorno de angustia (DSM V, 2013).
- Trastorno depresivo mayor (Cardenas et al., 2010).

Se puede concluir que las emociones sociales de la culpa y la vergüenza, modulan la conducta humana e influyen en la conservación del estilo de vida. El clínico también se puede encontrar con síntomas que puede prejuzgar secundarios al sedentarismo o asociados a emociones negativas como la depresión y la angustia. Mientras mayores sean los datos que aporte la multidisciplinaria, el diagnóstico oportuno dirigirá la intervención a la atención de procesos emocionales vinculados a la atribución, las estrategias de enfrentamiento y al mejoramiento de la calidad de vida del paciente de manera óptima.

REFERENCIAS

- Aceves, G. A. (2006). *Síndrome de burnout*. *Archivos de Neurociencias*, 11(4), 305-309.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª ed., rev.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, Va: American Psychiatric Association.
- Burk-Braxton, C. L. 1996. Is shame a factor in overweight relapse?. *Dissertation Abstracts International*, 57(6B): 4052
- Burney, J., & Irwin, H. J. (2000). Shame and guilt in women with eating-disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 51–61.
- Cárdenas E., Fera M., Vázquez J., Palacios L., & Peña F. (2010) *Guía Clínica para los Trastornos Afectivos (Depresión y Distimia) en la infancia y adolescencia*. México: IMP
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A clinical review. *JAMA - Journal of the American Medical Association*.
- Conradt, M., Dierk, J.M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J. & Rief, W. (2007). Development of the Weight- and Body-Related Shame and Guilt Scale (WEB-SG) in a Nonclinical

- Sample of Obese Individuals. *Journal of Personality Assessment*, 88(2007- Issue 3), 317-327.
- Day, M. V., & Bobocel, D. R. (2013). The weight of a guilty conscience: Subjective body weight as an embodiment of guilt. *PLoS ONE*, 8, 1-7.
- DeRivera, J. (1977). A structural theory of emotions. *Psychological Issues*, 10 (4, monograph no. 4). Nueva York: International University Press.
- Erikson, E. (1950/1983). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Frank, E.S. (1991). Shame and guilt in eating disorders. *Am J Orthopsychiatry*. 61(2), 303-306.
- Guillén-Riebeling, R.S. (2015). *Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción del índice de masa corporal*. México. UNAM
- Guirao, G. (2012). Dentro, fuera y lo que hay en medio: la vitrina como escaparate de arte. *Revista Situaciones*. Disponible en <http://situaciones.info/revista/dentro-fuera-y-lo-que-hay-en-medio-la-vitrina-como-escaparate-de-arte/>.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834.
- Lazarus, R., Lazarus, B. (1994). *Passion y reason*. Nueva York: Oxford University Press.
- Niedenthal PM (2007) Embodying emotion. *Science* 316, 1002–1005.
- Niedenthal PM, Barsalou LW, Winkielman P, Krauth-Gruber S, Ric F (2005) Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Pers Soc Psychol Rev* 9, 184–211.
- Reidl-Martínez, Lucy y Jurado, Samuel (2007). *Culpa y vergüenza: caracterización psicológica y social*. México: Facultad de Psicología-UNAM.
- Sanftner, J.L., Barlow, D.H., Marschall, D.E. & Tangney, J.P. (1995). The Relation of Shame and Guilt to Eating Disorder Symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 315-324.
- Williams, C. & Bybee, J. (1994). What do children feel guilty about? Developmental and gender differences. *Developmental Psychology*, 30 (5), 617-624.



Perdón, 2017 RSGR Archivo personal

3. Acérquese... ricos tamales

Para estar saludable ¿tomar un juguito?

LIC. BRENDA CAROLINA TÉLLEZ SILVA

Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Debido a las estadísticas actuales, en México, de población con sobrepeso y obesidad, es de un gran interés el abordaje de esta condición, ya que su prevalencia se presenta en todas las edades desde los niños hasta personas de la tercera edad, teniendo enfermedades crónicas degenerativas asociadas, que puede generar deficiencia en la calidad de vida de los individuos que la padecen.

Por ello sean hecho y se siguen haciendo esfuerzos por brindar información oportuna y veraz de las formas de cuidado a la salud, entre las que se encuentran las relacionadas con la alimentación sana por edad, con sugerencias prácticas para aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas y la disminución del consumo de grasas, sal, sodio, potasio, azúcares así como sugerencias prácticas para llevarlo a cabo y también aspectos relacionados con la actividad física (WHO, 2018).

Debido a lo anterior se ha dado mayor importancia la identificación y la promoción de modelos de alimentación saludable, en los cuales se pueden encontrar combinaciones de diferentes alimentos, aunados a otros comportamientos y costumbres, lo que se le conoce como un sistema alimenticio culturalmente heredados y aceptado. Estos sistemas cuentan con un componente nutricional el cual ayuda en la definición de una identidad y la transmisión de a nuevas generaciones (Almaguer, García, Padilla y González, 2013).

Incluso se contempla una relación existente entre el hombre y su alimento, considerada como una de las primeras relaciones, fundamentado lo humano, la cual parte de un nivel de sensorial, que da inicio con un recién nacido no tiene la capacidad de verbalizar su sentir, el recién nacido al alimentarse no sólo obtiene los nutrientes necesarios si no también obtiene seguridad, protección y las sensaciones de ser amado. El acto mismo de comer refiere diversos usos dependiendo de la época y el grupo, que van desde satisfacer el hambre y proporcionar los nutrientes necesarios al cuerpo, satisfacción de las relaciones personales y de negocios, demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales, propiciar ocasiones para actividades comunitarias, la expresión del afecto, la expresión de la individualidad, la demostración de pertenencia a un grupo, en ocasiones es también utilizado para afrontar el estrés psicológico o emocional, como significando de estatus, para el refuerzo de la autoestima y en términos de ganar reconocimiento, recompensas o incluso castigos, presentar seguridad, riqueza, abundancia y buen gusto. Los aspectos

implicados en la alimentación, van desde el aspecto biológico, pasando por lo económico, lo cultural, lo social, lo histórico y psicológico (Santamaría, Escoba, Rodríguez, Tolentino, Barranco, Hurtado y Jiménez, 2015).

En relación al factor asociado a la alimentación con la pertenencia a un grupo social o incluso a un estatus, en la actualidad, se pueden encontrar en el mercado formal e informal productos a base de frutas y/o verduras que presentan "argumentos médicos" y "nutricionales" como elementos efectivos para la reducción de peso y con aspectos extras como lo son la cura de algún padecimiento, además del sobrepeso o la obesidad, como también la referencia de que la desintoxicación del cuerpo traerá muchos beneficios. Esta idea surge de la connotación médica que tiene la palabra "desintoxicar", que se relaciona con un proceso que permite la eliminación de sustancias nocivas para el organismo, como los narcóticos. Pero cuando este proceso se asocia a productos que tendrán un efecto desintoxicante no se habla de sustancias tóxicas si no, los responsables de la lucrativa "industria del detox" no hacen referencia a sustancias tóxicas, sino de ideas que pueden llegar a ser incomprensibles y que no tienen base científica (Revista Consumidor, 2019).

Lo primero que se debe tener presente es que a pesar de que estos productos contengan alimentos saludables, la problemática estriba en dejar la condición de salud a jugos multicolores que prometen soluciones casi instantáneas, dejando sin importancia realizar una revisión de los hábitos alimenticios y factores psicológicos que pudieran estar asociados a la condición de peso, así como el acudir a un profesional de la salud, que pueda dar una asesoría integral de acuerdo a las características particulares del individuo, que permitan así una mejora del estado de salud, no únicamente de la apariencia física, que en muchos casos es lo único que se espera mejorar o modificar.

Rivera, Muñoz, Rosas, Aguilar, Popkin y Willett (2008), especifican que en los últimos años la proporción de energía que se obtiene de las bebidas entre las que se incluyen refrescos, bebidas que contienen jugo de fruta adicionado con azúcar (aguas frescas), jugos de fruta sin azúcar y leche entera, se ha duplicado. Pero las recomendaciones para dieta equilibrada proponen alimentos y porciones que satisfacen la mayor cantidad de las necesidades diarias de líquidos y que pueden ser cubiertas también con agua y otras bebidas con bajo contenido energético y promover un buen perfil nutricional. Por lo que se considera que en una dieta saludable no se necesita líquidos adicionados con otros elementos para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes, lo que permite que el consumo de agua potable en su estado natural satisfaga casi todas las necesidades de líquidos de los individuos sanos.

Recibido el 27 de noviembre de 2018.

Aceptado el 8 de enero de 2019.

Sin duda alguna las frutas y verduras son fuentes de vitaminas y minerales necesarios para el buen funcionamiento de organismo y pudiera existir la incertidumbre de que si estas son saludables por que los jugos no lo son tanto. Sánchez en 2008 dejo a consideración que los jugos de frutas proveen una mayor cantidad de nutrientes que la que se puede encontrar en la fruta es su forma natural, pero también se componen de un elevado contenido energético lo que con mayor frecuencia altera el contenido de fibra, vitaminas y otros beneficios no nutritivos, presentes en la fruta entera y antes de ser licuarla o exprimida. Lo que también se resalta que es que en la industria de bebidas se han empleado estas bebidas como reemplazo de los refrescos, sin embargo, son sustitutos que pueden proveer un número igual o mayor de calorías, lo que anula los posibles beneficios a la salud. Por lo que Murillo y Pérez (2017), sugieren que al no haber una necesidad apremiante para el consumo de jugos, aún de fruta natural, se recomienda el consumo de las piezas de fruta entera ya que contribuye a la saciedad y también al equilibrio energético, evitando la pérdida de nutrientes y otros componentes dietéticos, de estos alimentos, debido al proceso del licuado y a la oxidación y si existe el consumo de jugos, de preferencia que la ingesta sea únicamente de un vaso de 125 ml al día. Ya que incluso se mencionan estudios que relacionan el consumo de jugos de frutas con mayor presencia de obesidad y como un factor para la presencia de diabetes mellitus (Rivera, Muñoz, Rosas, Aguilar, Popkin y Willett, 2008).

Por otra parte, en la década de los años ochenta, proliferó la moda de adelgazar a base de beber jugos, de naranja o de toronja, como sustituto de los alimentos, se cuentan más problemas de salud que beneficios con daños al sistema metabólico y renal.

Sin duda alguna el consumo de frutas y verduras es calificado un factor protector ante el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, claro esta con un consumo en cantidades adecuadas, aportan suficiente fibra dietética, así como una gran cantidad de nutrientes esenciales y no esenciales, sin incrementar demasiado las calorías en la dieta. Pero desgraciadamente, el interés genuino de disfrutar de una vida larga y sana, se ha hecho acompañar de la proliferación de toda suerte de recomendaciones y sugerencias basadas en mitos y creencias que llegan a ser irracionales dejando de lado los conocimientos de expertos y científicos que están documentados y abalados (López y Alarcón, 2018).

A manera de conclusión, la preferencia del consumo de jugos se da por las mañanas y de manera informal mientras que la comida está presente y es una acompañante de encuentros sociales como las celebraciones, en el trabajo, en conmemoraciones, para abrir mercados, cerrar tratos, entre otros, uno de los retos a futuro será reencontrar el buen comer, el buen vivir y también el reencontrar el tiempo de vivir, estudiar sin dejar la parte culinaria como una necesidad sin gusto, arte, ceremonia e incluso emociones (Santamaría, Escoba, Rodríguez, Tolentino, Barranco, Hurtado y Jiménez, 2015).

REFERENCIAS

- Almaguer-González, J. A., García-Ramírez, H. J., Padilla-Mirazo, M. y González-Ferral, M. (2013). La dieta de la milpa: modelo de alimentación mesoamericana biocompatible. Disponible en <http://alianzasalud.org.mx> acceso 26 de marzo 2019.
- López-González, F. y Alarcón-Osuna, M. A. (2018). Cambio generacional del consumo de frutas y verduras en México a través de un análisis de edad-periodo-cohorte 1994-2014. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.28458> Acceso: 19 de febrero de 2019.
- Murillo-Godínez, G. y Pérez-Escamilla, L. M. (2017). Los mitos alimentarios y sus efectos en la salud humana. *Medicina Interna de México*, 33(3), 392-402. Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.mx> Acceso: 18 de febrero de 2019.
- Revista Consumidor. El arriesgado método de los batidos "detox". Disponible en: <http://www.consumer.es> Acceso: 25 de enero de 2019.
- Rivera, J. A. Muñoz-Hernández, O., Rosas-Peralta, M., Aguilar-Salinas, C. A., Popkin, B. M. y Willett, W. C. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población mexicana. *Salud Pública de México*, 50(2), 173-195. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650210> Acceso: 28 de enero de 2019.
- Santamaría-Suárez, S., Escobar-Torres, J. G., Rodríguez-Contreras, V., Tolentino-Ruiz, A., Barranco-Bravo, J. A., Hurtado-Arriaga, G. y Jiménez-López, L. M. (2015). Aspectos psicológicos del hombre y su alimento: transitando de la naturaleza a la biotecnología en pro de la calidad de vida. *Revista científica electrónica de psicología*. Disponible en <http://redalyc.com>
- WHO. 2018. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Alimentación sana. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> Acceso: 18 de marzo 2019.



Fuente de la imagen:<http://imágenes.app.goo.gl/Ep5imZprcP4wZwaF9>

4. Como, luego existo

La relación del factor psicológico con el estrés en la prevalencia de obesidad

M.C.P.S.S. KAREN CARMINA HERNÁNDEZ ROJAS

Las primeras representaciones de seres humanos obesos se remontan a figuras de piedra donde se observa una silueta femenina marcadamente redonda, como la Venus de Willendorf. En la edad Media, la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y el 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, uno de los círculos estaba destinado a los glotones. El ayuno, frecuente en todas las religiones, era una forma de mostrar respeto, pero los placeres del buen comer con la consecuente obesidad eran privilegio de clases sociales como los reyes (Enrique VIII) o cardenales o papas (Méndez y Uribe, 2002).

En el México prehispánico, en numerosos pueblos el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible. Se consideraba que la pérdida de peso corporal, resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia. 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. De verduras como la zanahoria, col, rábano, alcachofa, perejil y chícharo. De especies como pimienta, clavo, nuez moscada, azafrán, canela y algunas plantas como la caña de azúcar. Nuestra cocina hoy en día es producto del mestizaje (Méndez y Uribe, 2002).

Se ha definido a la obesidad como una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta enfermedad se puede categorizar de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC), en este caso, con uno mayor o igual a 30 kg/m². En el 2017, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo

Económico (OCDE, 2017) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa. La definición de la Organización Mundial de la Salud - 2017 (OMS, 2017) es la siguiente: 1) un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y 2) un IMC igual o superior a 30 determina obesidad (OMS, 2017).

La Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral de la obesidad (2016), define la obesidad como “enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina con diferentes puntos de corte de acuerdo con el grupo etario”; y al sobrepeso como una “condición de riesgo para la obesidad que se determina con diferentes puntos de corte de acuerdo con el grupo etario (Norma Oficial Mexicana, 2016).

Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, razón por la que la Organización Mundial de la Salud (OMS), denomina a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. De hecho, el exceso de peso corporal constituye el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3.4 millones de personas adultas a consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44 % de la carga de diabetes, el 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 % y el 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Dávila, González y Barrera, 2015).

México pertenece a las naciones con mayor obesidad en adultos en el mundo, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la cual está compuesta por 35 países, con representación de cada continente. De acuerdo al reporte de Obesity Update de 2017, más de la mitad de los adultos y casi 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad en países asociados a la OCDE. El 19.5% de los adultos de los países que pertenecen a esta organización tiene obesidad y los países con mayor prevalencia son: 1) Estados Unidos con 38.2%, 2) México con 32.4% y 3) Nueva Zelanda con 30.7%. Los países con menor nivel prevalencia de obesidad en adultos son Japón (3.7%) y Corea del Sur (5.3%). Se proyecta que la obesidad en México aumente a 39% y en Estados Unidos a 47% para 2030.

Recibido el 27 de noviembre de 2018.
Aceptado el 8 de enero de 2019.

FACTORES DE RIESGO EN LA OBESIDAD

La obesidad es el resultado directo de un balance positivo y crónico de energía, es decir de una ingestión de energía superior al gasto energético. El balance energético está también modulado por factores fisiológicos, genéticos y epigenéticos. Las causas inmediatas de la obesidad se refieren a una elevada ingestión y un bajo gasto de energía, mediados por la dieta y la actividad física en el trabajo, la recreación y el transporte (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013).

Las comodidades generadas por el progreso económico que redundan en avances tecnológicos, como los medios de transporte mecánicos, la televisión y la computación, entre otros, hace que la población en general, realice un mínimo de esfuerzo en su vida diaria. Es común escuchar al trabajador que las actividades laborales le reducen la cantidad de "tiempo libre" por las demandas que en su trabajo le exigen cumplir; lo que puede ocasionar que el tiempo y la energía que se dediquen a las actividades familiares y recreativas (como la realización de actividad física), se vean disminuidas, alejándose de los beneficios físicos y psicológicos que otorga la práctica regular de la actividad física; afectando su salud, calidad de vida y desempeño laboral. Aunque la mayor parte de las personas realizan la actividad física fuera del campo del trabajo, como en centros fitness o gimnasios, debido al gran número de horas al día que se dedica a las actividades laborales, es común que los trabajadores argumenten la falta de tiempo para realizar la actividad física (Reynaga, Arévalo, Verdesoto, Jiménez, Preciado y Morales, 2016).

A su vez, estas causas inmediatas son influenciadas por causas subyacentes como la alta disponibilidad y accesibilidad de alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas, el mercadeo masivo de alimentos procesados, los bajos precios relativos por caloría tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con aporte calórico. Un factor subyacente reconocido es la pérdida de la cultura alimentaria tradicional, causada por diversas razones, incluyendo el tiempo limitado para la compra, selección y preparación de alimentos, la disponibilidad y accesibilidad a alimentos con alto contenido energético y bajo costo, así como la publicidad de alimentos y bebidas procesados que ha acompañado el fenómeno de la globalización (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013).

Se ha especulado también sobre la posible influencia de factores psicosociales en el consumo de dietas con alto aporte de energía. Es posible que la obesidad esté relacionada con factores psicológicos y con la respuesta del individuo a determinadas experiencias emocionales (negativas o positivas); por otro lado, la propia psicopatología conlleva a la pérdida de la estructura en la alimentación y al sedentarismo, con la subsecuente ganancia de peso, conformándose así un círculo vicioso (Rivera, Hernández, Aguilar, Vadillo y Murayama, 2013).

También existe una relación inversa entre la Condición Socio-Económica (CSE) y la obesidad en la mujer que podría estar mediada por cuatro factores. El primero destaca que las mujeres de CSE alta de sociedades desarrolladas poseen el hábito de hacer dieta y restringir el consumo de alimentos, lo cual no es frecuente en la CSE baja. En segundo lugar, existe una mayor práctica de actividad física en mujeres de CSE alta, producto de mayor disponibilidad de tiempo y mayores oportunidades de hacer ejercicio con fines creativos. El tercer factor asocia la CSE con el aspecto hereditario, lo cual prevalece al parecer en muchas familias de CSE baja. Por último, existe la idea de que adoptar una dieta saludable implica una mayor inversión de recursos económicos, justificando así el incumplimiento (Manrique, 2017).

En el caso de México, a pesar de las diferencias sociales, esta preocupación está presente en todos los sectores urbanos, aunque no se manifiesta del mismo modo. En los sectores más bajos la preocupación por la imagen corporal es importante, como una cuestión de salud y también como un asunto de vanidad. En contraste, en los sectores medios y altos, la imagen y la salud son claramente percibidos como símbolos de bienestar, no sólo por cómo se siente sino, y básicamente, por cómo se ve (Bertrán, 2010).

LA OBESIDAD Y LA RELACIÓN CON EL ESTRÉS

El gran interés actual por la obesidad radica en que ésta genera una gran afectación de la salud a niveles individual y social, y que, además lo hace de una forma severa. Los problemas de salud asociados con la obesidad se ubican fundamentalmente en dos grandes áreas: salud física y salud psicológica (Baile y González, 2013).

El estrés por sí solo estimula al sistema de recompensa vía amígdala/ VTA y a través de las hormonas orexígenas, así como el de opioides endógenos activando todo como un mecanismo de defensa neurofisiológico que hace posible sobrevivir al estrés. Como la ingesta es la forma más accesible y poderosa de reducir la actividad del eje HPA, comer es una solución eficiente que puede ser usada sin necesidad de realizar los procesos psíquicos más complejos que requieren la maduración de las áreas involucradas en la simbolización de la experiencia (Cordella y Moore, 2015).

La especie humana se caracteriza por ser capaz de manejar diversos códigos simbólicos que complejizan la administración fisiológica del cuerpo al anejarle significados culturales. Es decir, podemos regular las respuestas fisiológicas a través de procesarlas en los filtros de significados positivos o negativos que la cultura les tiene preferentemente asignados. Es a través de estos procesos que se traspasan los modos de gestionar estados emocionales, especialmente los relacionados con la alarma ambiental que justamente usan el eje HPA. El sistema de alarma está representado por la amígdala, el sistema CRF distribuido en el cerebro, el hipocampo y la CPF los cuales van siendo moldeados

por la sociedad. Ellos realizan la tarea de mentalizar, es decir, de ir uniendo los estados fisiológicos de la persona con algún referente que le dé significado. Cuando hablamos de relación diádica nos referimos al ambiente social y emocional del desarrollo cerebral-mental. Es el lugar de encuentro desde el cual será regulado el estrés a través de conductas de cuidado y, por otro lado, donde se produce la copia y el acoplamiento a estos procesos. Es desde donde emergen los patrones de conexión regulatoria del estrés y la motivación. También es el lugar donde se produce la evaluación social y como tal puede ser fuente de estrés (Cordella y Moore, 2015).

Se define la IC como una representación mental constituida a partir del tamaño, figura y forma del cuerpo. Dicha representación mental se fundamenta en tres aspectos: 1) las medidas que se le atribuye al propio cuerpo, 2) los pensamientos, sentimientos y valoraciones que provoca la imagen de su cuerpo al propio individuo, y 3) las acciones que realiza el individuo de acuerdo a su autopercepción (Vaquero, Alacid, Muyor y López, 2013).

Raich (2000 en Ramos, Rivera, Soledad, Lara y Moreno, 2016) define la imagen corporal como constructo complejo, que incluye tanto la percepción de todo el cuerpo y sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones, así como los comportamientos derivados de las cogniciones y los sentimientos que experimentan. De este modo, la imagen corporal puede entenderse como un constructo multidimensional en continuo cambio e interacción y comprende tres componentes fundamentales: la percepción global de todo el cuerpo y cada una de sus partes, la satisfacción con la imagen corporal y las consecuencias conductuales.

En la conformación de la imagen corporal y, por tanto, también en la alteración de su percepción, intervienen variados aspectos biopsicosociales. Uno de los aspectos fundamentales en el desarrollo de los estereotipos corporales son los factores socioculturales, entre los cuales destacan el modelo cultural de belleza de nuestra sociedad occidental contemporánea, los patrones estéticos, la clase social, el mundo del modelaje, los medios de comunicación, la publicidad y el culto narcisista al cuerpo. Por otro lado, entre los factores individuales que pueden influir en la apreciación de la imagen corporal, se encuentran las diferencias de género en torno a las actitudes corporales, la feminidad, el factor étnico, los patrones de crianza de la familia, la interrelación con las amistades, las críticas o burlas, el desarrollo físico y el reforzamiento social, la adolescencia, el perfeccionismo y los sitios de internet (Cruzat, Díaz, Lizana y Castro, 2016).

Las investigaciones realizadas evidencian que, en la etapa de la adolescencia, la delgadez está asociada a una valoración socialmente positiva, siendo un símbolo de belleza, éxito y perfección, mientras que la gordura

implica sentimientos asociados con el fracaso y está cargada de connotaciones negativas. A pesar de que este fenómeno puede ocurrir en los adolescentes de ambos sexos, numerosos estudios encuentran mayor impacto en las chicas. El mayor peligro que conlleva el descontento con la imagen corporal es el consecuente control de peso, llegando a utilizar métodos inapropiados y poco saludables, situación además más frecuente en el caso de las chicas (Ramos, Rivera, Soledad, Lara y Moreno, 2016).

Diferentes estudios han señalado que las mujeres muestran mayor preocupación por su cuerpo y su imagen, siendo más criticadas que los hombres y manifestando mayores niveles de estrés asociados a esta presión social. Los modelos de exigencia social basados en los estereotipos del cuerpo perfecto, y la exigencia en proyectar socialmente una imagen de "belleza y delgadez" tienen mucho peso sobre el cuerpo femenino (Linares, Linares, Schmidt, Mato, Fernández y Cruz, 2016). El tamaño, la medida, la forma y el peso, bien del cuerpo en su totalidad o en sus distintas partes, están asociados con la representación mental que cada individuo crea con relación a sí mismo, y engloba pensamientos, valoraciones y sentimientos. Esto convierte a la IC en un constructo complejo de abordar, al incluir la percepción de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como, función, movimientos y limitaciones (Guadarrama, Hernández y Veyta, 2018).

La alteración de la imagen corporal ha sido considerada entre los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria. La distorsión de la imagen corporal puede oscilar desde un grado leve a severo y posee un valor predictor pronóstico. La insatisfacción corporal se ha relacionado con la presencia de obesidad en adolescentes. Un trabajo con estudiantes chilenos de enseñanza media mostró que los adolescentes asocian el concepto de obesidad con calificativos que revelan insatisfacción corporal, además de asociarla a depresión, ansiedad y baja autoestima, entre otros. Otros estudios han encontrado correlación positiva y significativa entre Índice de Masa Corporal (IMC) e insatisfacción con la imagen corporal. En adolescentes con sobrepeso y obesidad se ha observado que las mujeres están significativamente más insatisfechas con su imagen corporal que los hombres. Además, las mujeres sobreestiman más que los varones el IMC autopercebido/real (Cruzat, Díaz, Lizana y Castro, 2016).

Dado el especial impacto que el sobrepeso y la obesidad tienen en la imagen corporal, y, por tanto, en la satisfacción corporal, se considera necesaria la evaluación de esta variable. La evaluación de la imagen corporal nos permite alcanzar diversos objetivos. Por una parte, podemos comprobar si este aspecto se encuentra alterado en el paciente y con ello tener una visión más completa de la situación. También nos puede servir como elemento explicativo, dado que las relaciones entre insatisfacción corporal y sobrepeso u obesidad no son

unidireccionales; no siempre es la obesidad la causa de la insatisfacción corporal, puede haber casos donde un rechazo del propio cuerpo por motivos distintos del peso lleve a una persona a una alteración de hábitos de alimenticios o de otra índole que desemboquen en un problema de obesidad. Por último, puede proporcionar un indicador de <<recuperación psicológica>>, en el proceso de intervención, es decir, podemos utilizar la satisfacción con la imagen corporal como un objetivo terapéutico más y posterior termómetro de recuperación global, dado que el empleo del IMC como único indicador de mejoría no sería adecuado (Baile y González, 2013).

Independientemente de los instrumentos que se utilicen, los resultados ponen de relieve la importancia de tener en cuenta la percepción y la insatisfacción corporal de los pacientes sobre su imagen corporal a la hora de diseñar, desarrollar e implantar programas de intervención destinados a la prevención de tratamiento de trastornos alimenticios. Así mismo, las diferencias de género, apuntan a la necesidad de tener en cuenta las distintas percepciones de mujeres y hombres para aumentar las probabilidades de éxito de las intervenciones.

REFERENCIAS

- Baile-Ayensa, J. y González-Calderón, M. (2013). Intervención psicológica en obesidad. *Manuales Prácticos, Ediciones Pirámide*. Madrid.
- Bertrán-Vilá, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *20(2):387-411*. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000200004&script=sci_abstract&lng=es
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P. y Castro, A. (2016). Comparación por sexo en imagen corporal, síntomas psicopatológicos y conductas alimentarias en jóvenes entre 14 y 25 años. *Rev. Méd. Chile, 144(6): 743-750*. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600008&lng=es
- Cruz-Sáez, M., Pascual-Jimeno, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R. y Echeburúa-Odrizola, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria, 33(4), 935-940*. Disponible en <https://dx.doi.org/10.20960/nh.395>
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc., 53(2), 240-9*. Disponible en <http://www.medigraphic.com>
- Guadarrama, R., Hernández, J., y Veyta, M. (2018). Cómo me percibo y cómo me gustaría ser. Un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 5(1), 37-43*. Disponible en <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/68977>
- Linares-Manrique, M., Linares-Girela, D., Schmidt-Rio-Valle, J., Mato-Medina, O., Fernández-García, R. y Cruz-Quintana, F. (2016). Relación entre autoconcepto físico, ansiedad e IMC en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, España, 16(63), 497-519*. Disponible en http://www.redalyc.org/pdf/542/54247310007_2.pdf
- Manrique, H. (2017). Impacto de la obesidad en la salud reproductiva de la mujer adulta. *Rev. Perú Ginecol Obstet., 63(4), 607-614*. Disponible en http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2036/pdf_493
- Méndez-Sánchez, N. y Uribe, M. (2002). *Obesidad: epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: Manual Moderno. Segunda edición.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2016. (2016). Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469855&fecha=25/01/2017
- Organización Mundial de la salud (OMS). (2017). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). (2017). Obesity Update. Disponible en http://oment.uanl.mx/descarga/obesity-update-2017_ocde.pdf
- Pasca, A. J. y Montero, J. C. (2015). *El Corazón del Obeso*. Buenos Aires: Intermédica.
- Ramos, P., Rivera, F., Soledad-Pérez, R., Lara, L. y Moreno, C. (2016). Diferencias de género en la imagen corporal y su importancia en el control de peso. *Escritos de Psicología, 9(1), 42-50*. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v9n1/informe5.pdf>
- Rivera-Dommarco, J. A., Hernández-Ávila M., Aguilar-Salina, C. A., Vadiello-Ortega, F. y Murayama-Rendón, C. (2013). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. Disponible en <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/Obesidad/obesidad.pdf>

5. Colaboraciones

La alimentación en el sobrepeso y obesidad a través del tiempo

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA
M.C.E.D. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO

El sobrepeso y la obesidad son patologías que se definen como una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y estas enfermedades suelen ser el resultado del desequilibrio entre las calorías ingeridas y las gastadas, lo cual es originado por cambios en los hábitos alimenticios y la inactividad física que a su vez son consecuencia de cambios sociales y culturales que ocurren tanto en poblaciones desarrolladas como en vías de desarrollo. El sobrepeso, entendido como un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor de 25, en 2016 afectó a 1,900 millones de adultos y la Obesidad, entendida como un IMC igual mayor de 30, afectó a 650 millones. Mientras que, en el mismo año, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso a nivel mundial (OMS, 2018).

EPIDEMIOLOGÍA OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, lo que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS en Dávila, González y Barrera, 2015) a denominarla como la epidemia del siglo XXI y es que sólo basta con ver la prevalencia de estas entidades en los últimos años para darse cuenta del grave problema de salud pública que atañe a nuestra sociedad actual. Se estima que actualmente 12% de la población mundial es obesa y cada año mueren 2.8 millones de personas obesas en el mundo (Morales, Gómes, Jiménez, Jiménez, León, Majano, Rivas, Rodríguez y Soto, 2015); (Dos Santos Magalhaes y Sampaio, 2015).

La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en México ha ido incrementando significativamente a los largo de los años y hemos pasado de un 26.9% en 1999 a un 72.5% en 2016 según lo reportado por la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT, 2016) de dicho año, además, estas patologías afectan principalmente al sexo femenino pues la prevalencia de obesidad abdominal en mujeres fue de 87.7% contra un 65.4% en hombres. De igual forma cabe destacar que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad no tienen una diferencia significativa en regiones urbanas y rurales pues en zonas

urbanas alcanzó un 72.9% y en rurales 71.6% (Morales, Godoy, Chacón y Espinosa, 2015).

El problema del exceso de peso no solamente afecta a la población adulta pues México se ha convertido en el país con más niños de 5 a 11 años con sobrepeso y obesidad en el mundo pues se estima que en México hay 4.249.217 niños con esta patología, a pesar de que la prevalencia combinada haya disminuido del 34.4% en 2012 a 33.2% en 2016, cabe señalar que las niñas con las más afectadas (González, Llapur, Díaz, Cos, Yee y Pérez, 2015).

Por otra parte, en los adolescentes de 12 a 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad aumento del 34.9% en 2012 al 36.3% es decir que más de uno de cada cinco adolescentes padece de sobrepeso y uno de cada diez obesidad, además de ello, la prevalencia disminuyo en áreas urbanas, pasando de 37.6% en 2012 a 36.7% en 2016, mientras que en áreas rurales la prevalencia aumentó 8.2% ((Morales, Godoy, Chacón y Espinosa, 2015).

LA ALIMENTACIÓN A TRAVÉS DEL TIEMPO

La alimentación ha ido cambiando conforme la evolución del hombre, pues hemos pasado de alimentarnos sólo de la vegetación con la aparición de los primeros homínidos a alimentarnos de productos procesados, enriquecidos con diferentes sustancias y con diferentes porciones de azúcar, sal y grasa entre otros micro y macro nutrientes. Hace aproximadamente 150 mil años el *Homo sapiens* se convirtió en cazador, modificando así su dieta e ingiriendo alimentos ricos en proteína animal aunado a su ya dieta obtenida de la recolección. Posteriormente se dejaron a un lado los hábitos nómadas para convertirnos en una especie sedentaria, que cultiva y cosecha sus propios productos, cria diferentes especies de animales con la finalidad de poder alimentarse y que mejoró los métodos de conservación de los alimentos, evidentemente esto trajo consigo modificaciones genéticas que han servido para adaptarnos a diferentes condiciones climáticas, geológicas, sociales y políticas (Morales, Godoy, Chacón y Espinosa, 2015).

Antes de que México entrara al TLCAN, se tenía una agricultura autosuficiente, pero poco a poco se ha vuelto

Recibido el 27 de noviembre de 2018.
Aceptado el 8 de enero de 2019.

más dependiente de las importaciones, lo cual se vio reflejado en 2012, cuando el 45% de la demanda de alimentos provinieron del exterior, por consiguiente no sólo se han importado los alimentos, sino también la cultura y los hábitos alimenticios de los países vecinos del norte. La industria alimentaria también se ha visto afectada y es por ello que muchos de los alimentos que anteriormente tenían una preparación doméstica e inclusive artesanal, actualmente tienen un proceso de preparación y conservación industrializado (Dos Santos, Magalhaes y Sampaio, 2015).

HÁBITOS ALIMENTICIOS

En la actualidad ha sufrido una transición de los hábitos alimenticios, pues se ha dejado atrás el consumo preferente de productos regionales para dar lugar a una alimentación multiculturalista por el incremento del flujo comercial de alimentos que cada vez tienen mejores métodos de conservación (Lutz, 2016), sin embargo se debe hacer énfasis en que para obtener un crecimiento y desarrollo adecuado, la alimentación debe proporcionarse en una cantidad acorde a la edad, sexo y actividad física, manteniendo una proporción adecuada tanto de macronutrientes como de micronutrientes (Picos y Pérez, 2015). La mayoría de las enfermedades crónicas degenerativas se presentan en edad adulta pero los factores de riesgo que pueden desarrollarlas pueden ser aprendidos desde la niñez, en donde es importante detectarlos y corregirlos. En la etapa de transición de la adolescencia a la adultez es cuando las malas conductas alimentarias se corrigen o se refuerzan esto debido a una mayor independencia en la toma de decisiones como lo muestran algunos datos recopilados en Estados Unidos, en donde se ha notado que en este rango de edad se incrementan los riesgos de adquirir dietas poco saludables, de disminuir la actividad física y desarrollar obesidad (Llapur y González, 2017). Actualmente se estima que se destina hasta 40% del gasto escolar en comida chatarra ocasionando que ocho de cada diez niños consuman comida poco saludable, además de que el sedentarismo afecta a 85% de los niños de nivel primaria (Oliva y Fragoso, 2013).

Ahora bien, la percepción de la imagen corporal se puede asociar con las conductas alimentarias y esta se ha notado que depende de la raza; en población latina se ha observado que una discrepancia hasta tres veces mayor del peso real y la autopercepción de su imagen corporal lo cual ocasiona que no se identifique el problema y la pérdida de peso se vuelva algo difícil de alcanzar (Sámano, Rodríguez, Sánchez, Godínez, Noriega, Zelonka, Garza y Nieto, 2015).

ESTRATEGIAS Y POLÍTICAS EN MÉXICO CONTRA LA OBESIDAD

Para el manejo adecuado del sobrepeso y la obesidad es esencial la detección precoz y comenzar con estrategias enfocadas a la dieta y la actividad física sin ameritar una intervención farmacológica (Picos y Pérez, 2015).

De igual forma se necesitan medidas regulatorias más eficaces para evitar la disponibilidad de bebidas azucaradas y en general comida chatarra en las calles, en las escuelas y las universidades, pues el 10 de enero del 2011 entró en vigor la legislación federal que impuso restricciones en este tipo de alimentos en centros preescolares, escuelas primarias y secundarias, pero no se han reportado cambios significativos (Oliva y Fragoso, 2013). Asimismo, se requiere prohibir o cuando menos disminuir la cantidad de anuncios implícitos y explícitos en los medios de comunicación, en las salas de cines o en espectáculos que inciten al consumo de estos alimentos (Ramírez, 2016), además es importante promover la actividad física a edades tempranas con la finalidad de establecer un estilo de vida saludable ya que se ha visto que las actividades sedentarias aumentan conforme aumenta la edad (Valdez, Medina, Chacón y Espinosa, 2015).

En México la guía alimentaria que es recomendada es "el plato del bien comer" además la Secretaría de Salud en el año 2010 lanzó una serie de recomendaciones en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria con la finalidad de combatir el sobrepeso y la obesidad, dicho acuerdo menciona las siguientes recomendaciones (Cortés y Buñuel, 2006):

- Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
- Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
- Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
- Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
- Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
- Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos.
- Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
- Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, haciendo accesibles y poniendo a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
- Disminuir el consumo diario de sodio y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

Otra consideración importante es concientizar a la población sobre su verdadero peso corporal así como de todas las complicaciones que se pueden generar, ya que se ha demostrado que la razón que mueve a los adolescentes a realizar dietas para adelgazar no es el peso corporal real, sino la percepción que tienen de su cuerpo y si están satisfechos con él (Ramos, Rivera, Soledad, Lara y Moreno, 2010).

La elección y consumo adecuado de alimentos no sólo mantendrá las concentraciones de glucosa óptimas, también retrasará o ayudará a prevenir complicaciones, ya que el consumo de frutas disminuye la incidencia de diabetes, mientras que el consumo de jugos lo aumenta¹⁶ la actividad física constante y de intensidad moderada puede ser un buen preventivo contra la obesidad y las enfermedades cardiovasculares, diabetes, tipo 2 e incluso algunos tipos de cáncer (Oliva y Fragoso, 2013).

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Uno de los pilares en el tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad es la dieta, de la cual la mayoría de asociaciones y sociedades proponen una ingesta de entre 1,000 a 1,600 kcal de las cuales el 55 al 65% deben ser aportadas por carbohidratos, 20 al 30% de grasas y 15 al 20% de proteínas, tomando en cuenta también la ingesta de fibra. Por otra parte, pueden emplearse otras tácticas como la intervención cognitivo conductual la cual está planeada para modificar comportamientos basado en el reconocimiento de los elementos que intervienen en el desarrollo de la obesidad, para así diseñar un modo de intervención para cada persona. La intervención cognitivo conductual consiste en el registro diario de alimentos que la persona consume, control de los estímulos alimentarios, reestructuración cognitiva (modificación de creencias), soporte social, manejo de estrés y manejo de contingencias (Pasca y Montero, 2015).

Para el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad se usan ejercicios de baja a moderada intensidad en donde la adaptación cardiovascular es del 50 al 60%, la cual tiene una duración de 30 a 50 min por cada sesión, y debe realizarse mínimo 3 veces por semana, pero cabe señalar que estas recomendaciones han producido poca reducción de la grasa corporal y una baja de peso corporal insuficientes para propósitos de salud por lo que se sugiere como alternativa más eficiente el ejercicio de alta intensidad intermitente bajo estricta supervisión médica, el cual ha demostrado un potente estímulo lipolítico mediante la secreción de catecolaminas y péptido natriurético. La liberación de estos factores lipolíticos se hace de manera pulsátil y aditiva y es capaz de durar varias horas después del periodo de ejercicio. El ejercicio de alta intensidad intermitente se caracteriza por periodos cortos de ejercicio que van de segundos a unos cuantos minutos en donde se utiliza el 100% de la capacidad física y seguidos a estos ejercicios se tiene periodos de descanso entre cada serie de ejercicios. Estudios demuestran que con este tipo de ejercicio se logra reducir el peso a corto plazo sin implementar una

dieta hipocalórica estricta (Molina, Cifuentes, Martínez, Mancilla y Díaz, 2016).

Por último es importante enfatizar que el plan terapéutico debe ser individualizado ya que las condiciones sociales, económicas, mentales y disposición de tiempo dependen de cada persona y Aunque existen programas de intervención para la prevención del sobrepeso y la obesidad en la infancia, sus resultados son más bien pobres.^{7,30}

El sobrepeso y la obesidad son un serio problema de salud pública que afecta a todos los estratos sociales y que con el paso del tiempo ha ido incrementando en nuestro país, por tal motivo el gobierno federal ha impuesto diversas medidas para combatir esta epidemia, sin embargo las medidas no han sido suficientes y la prevalencia de estas patologías sigue aumentando año con año, por tal motivo es importante implementar mejores estrategias con la finalidad de educar a la población en temas de nutrición y actividad física ya que se ha demostrado que estudiantes que llevan materias relacionadas con nutrición tienden a padecer menos de sobrepeso y de obesidad. De igual forma es importante destacar que el tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad debe llevarse a cabo con un equipo multidisciplinario y calificado a fin de tener una estrategia individualizada y más sólida para lograr los objetivos terapéuticos y evitar recaídas en estas patologías.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Obesidad y Sobrepeso. Disponible en <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2018). 10 Datos Sobre la Obesidad. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.*, 53(2), 240-249. Disponible en <http://www.medigraphic.com>
- Morales A., Gómez, B., Jiménez, B., Jiménez, F., León, G., Majano, A., Rivas, D., Rodríguez, M. y Soto, C. (2015). Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2(6), 177-182. Disponible en <http://www.redalyc.org>
- Dos Santos J., Magalhaes, T. y Sampaio, R. (2015). Asociación entre exceso de peso y características de adultos jóvenes escolares: contribución para el cuidado de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 250-258. Disponible en <http://www.redalyc.org>
- Morales, M., Godoy, S., Chacón, M. y Espinosa, L. (2015). Enfoque integral de la importancia de la dieta en las condiciones actuales de salud de la población mexicana. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 18(1), 22-31. Disponible en <http://www.redalyc.org>

- Encuesta Nacional de Salud, (ENSANUT). (2016). Informe Final de Resultados. Secretaría de Salud, México. Disponible en <http://www.biblioteca.udgvirtual.udg.mx>
- González, R., Llapur, R., Díaz, M., Cos, I., Yee, E. y Pérez, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 273-284. Disponible en <http://www.redalyc.org>
- Oliva, O. y Fragoso, S. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 4(7), 176-199. Disponible en <http://www.redalyc.org>
- Valdez-Morales, M., Medina-Godoy, S., Chacón-López, A. y Espinosa-Alonso, L. (2015). Enfoque integral de la importancia de la dieta en las condiciones actuales de salud de la población mexicana. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 18(1), 22-31. Disponible en <http://biotecnia.unison.mx>
- Lutz, B. (2016). Alimentación y clases sociales en la CDMX. *Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 49(27), 295-305. Disponible en <http://www.ciad.mx/>
- Picos S. y Pérez, L. (2015). Resistencia insulínica y los componentes del síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(4), 449-459. Disponible en <http://www.medigraphic.com>
- Llapur, R. y González, R. (2017). La enfermedad cardiovascular aterosclerótica desde la niñez a la adultez. *Revista Cubana de Pediatría*, 89(3), 271-277. Disponible en <http://www.redalyc.com>
- Ramírez, R. (2016). El consumo regular de bebidas azucaradas incrementa el perfil lipídico-metabólico y los niveles de adiposidad en universitarios de Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(1), 11-18. Disponible en <http://www.redalyc.org>
- Sámamo R., Rodríguez, A., Sánchez, B., Godínez, E., Noriega, A., Zelonka, R., Garza M. y Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición hospitalaria*, 31(3), 1082-1088. <http://www.redalyc.org>
- Cortés, R. y Buñuel, J. (2006). La Obesidad en Mujeres Adolescentes se Asocia a un aumento de la Mortalidad Temprana en los Primeros Años de la Vida Adulta. *Evidencias en Pediatría*, 2(4), 1-3. Disponible en <http://www.dialnet.unirioja.es>
- Molina C., Cifuentes, G., Martínez, C., Mancilla, R. y Díaz, E. (2016). Disminución de la grasa corporal mediante ejercicio físico intermitente de alta intensidad y consejería nutricional en sujetos con sobrepeso u obesidad. *Revista Médica de Chile*, 144(10), 1254-1259. Disponible en <http://www.scielo.conicyt.cl>
- Pasca, A.J. y Montero, J.C. (2015). *El Corazón del Obeso*. Buenos Aires: Intermedica.



6. Próximas reuniones científicas

<https://www.zaragoza.unam.mx/3-congreso-internacional-de-psicologia-de-la-fes-zaragoza-pagos/>



3er CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA
12 al 15 de FEBRERO 2019

The banner features a large, detailed illustration of a butterfly with blue and black wings, set against a dark blue background with a yellow sun-like shape on the right. The text is in white and blue.



CONGRESO NACIONAL DE DIABETES
FEDERACION MEXICANA DE DIABETES, A.C.

14, 15 y 16 de Marzo
2019

congreso.fmdiabetes.org

The block has an orange background. The logo shows the letters 'X', 'Y', 'Z' in colorful, stylized fonts.



ECO 2019
26th European Congress on Obesity

28 April - 01 May, 2019
Glasgow, Scotland

EASO
European Association for the Study of Obesity

eco2019.org

The block has a light grey background. The ECO 2019 logo features a stylized 'E' and 'O' with 'ECO 2019' in the center. The EASO logo is in blue and black.

ICOCD-2019

4th International Conference on **Obesity and Chronic Diseases**

July 01-03, 2019
San Francisco, CA, USA

unitedscientificgroup.com/conferences/obesity-and-chronic-diseases/



The banner features a scenic view of the Golden Gate Bridge in San Francisco at dusk. The text is overlaid on a yellow and white background.

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: boletinpsicobesidad@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.