



Psic-Obesidad



Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

Volumen 1 Número 2

N.R. 04-2010-100813543100-203

Abril - Junio de 2011

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Contenido:

Editorial	1
1. Trabajos de difusión en investigación <i>Los cuerpos perfectos: riesgo, vulnerabilidad y empoderamiento en jóvenes universitarios</i>	2
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>Diagnóstico F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)</i>	5
3. Acérquese... ricos tamales <i>Historias de Peso, Historias de Personas</i>	8
4. Como, luego existo <i>Actividad Física por tu Salud: ¡Muévete!</i>	9
5. Colaboraciones <i>Qué comen los Psicólogos y la nutrición</i> <i>Novedades Editoriales Relacionadas con la Obesidad</i> <i>Diplomado</i>	10
6. Próximas reuniones científicas	13

Editorial

En el abordaje de la Obesidad en México, entre 2010 y lo que va en este 2011, sobresalen los aspectos políticos y económicos en los costos de la salud. Reiteran a la obesidad como factor de riesgo para la presentación de problemas a la salud individual como hipertensión, colesterol, diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia respiratoria, artritis y algunos tipos de cáncer. Las recomendaciones del 23 de abril de 2010 hacen referencia al crecimiento en el índice de sobrepeso y obesidad en personas adultas en el mundo. Solo por debajo de los Estados Unidos y arriba de Nueva Zelanda, México se encuentra en segundo lugar a nivel de los 34 países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). El promedio de obesidad varía diez veces entre los países de la OCDE con un 3% en Japón y Corea, sobre un 30% en los Estados Unidos y en México. En cinco meses, la misma organización declara que la obesidad en México en primer lugar mundial al representar el 30% de adultos, con obesidad y el 69.5 por ciento con sobrepeso, colocando a los Estados Unidos en segundo lugar.

Entre las causas de la obesidad se encuentran los cambios en la producción alimentaria, en las condiciones de vida y trabajo, reducción de la actividad física y el aumento de los niveles de estrés y de las jornadas laborales. Los individuos con más obesidad son los niños, las mujeres y en aumento los hombres. La población con menores recursos económicos o pobre y la de menor nivel de estudios.

La OCDE llamó a los gobiernos a actuar para "ayudar a la gente a cambiar su estilo de vida" con educación alimentaria, regulación y medidas fiscales. "Estos métodos son una mejor inversión que muchos de los tratamientos proporcionados por los sistemas sanitarios de los países de la OCDE", afirmó hoy la

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

MTRO. NOÉ CONTRERAS GONZÁLEZ
Jefe de División de Ciencias del Comportamiento

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
Jefa de Carrera de Psicología

MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS
Coordinador área de Psicología Clínica

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correo electrónico:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

DIRECTORIO BOLETÍN Psic-Obesidad

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN
RIEBELING
Editora

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
M.C. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO
DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
MTRO. ALBERTO MONROY ROMERO
DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES
Consejo Editorial

LIC. ANA ROSA RANGEL ROJAS
PSIC. MARTHA GRACIELA TORRES AGUILAR
PSIC. NORMA ELIZABETH ARREOLA ZAleta

PSIC. MARÍA DE JESÚS GONZÁLEZ CAMACHO
PSIC. AZUCENA BARRERA GARCÍA
Equipo de colaboradores

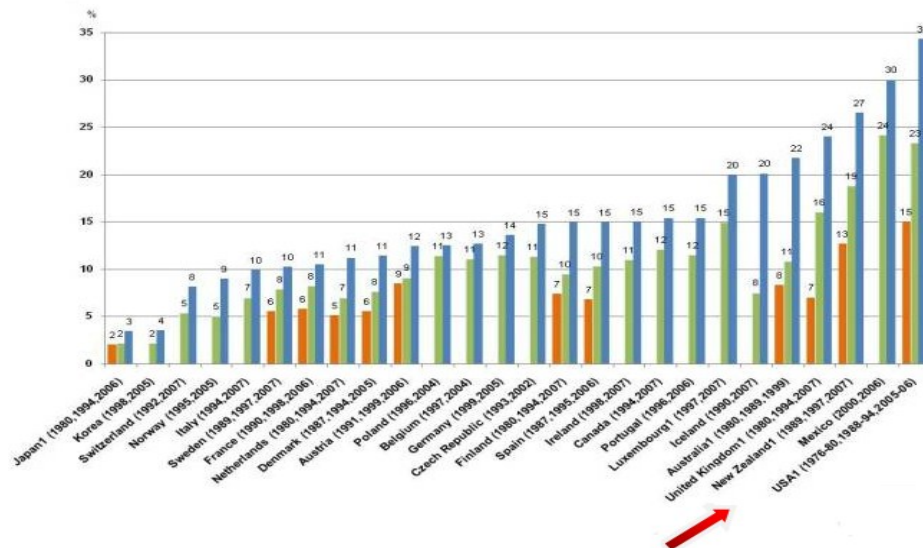
COLABORADORES EN ESTE NÚMERO

Martha Leticia Cabello Garza
María de Lourdes García Ortíz
Perla Elena Hernández Ruiz
Víctor López Segura
Blanca Ríos Martínez

organización. En México, por ejemplo, los programas individuales de prevención podrían evitar hasta 47.000 muertes por enfermedades crónicas.

En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, a través del programa de Servicio Social y el Tratamiento Integral de la Obesidad (T.I.O.), parte de la Línea de investigación Obesidad, desde una perspectiva cognitivo-conductual, se han realizado talleres de Prevención a la Obesidad, dirigido a niños, adolescentes y adultos y ferias de salud. Además de la importancia del conocimiento de la obesidad en torno a sus causas, efectos e intervención psicológica, a través de lo cual se proporcionan elementos básicos para lograr una mejoría integral de quienes la presentan y de quien la conviven como la pareja, la familia, escuela o trabajo. Las actividades más recientes fueron: “Razones de ¿Peso?” y “Estrategias Multidisciplinarias” que se llevaron a cabo el pasado mes de febrero de 2011 en las instalaciones de nuestra facultad por las prestadoras de Servicio Social con la asistencia de estudiantes, profesores y público en general.

Por otro lado, se llevó a cabo el Taller sobre las Clínicas Multidisciplinarias de la FES Zaragoza, “Hacia un modelo integral de docencia, asistencia e investigación”, dirigido por el M.C. Mario Alfredo Rodríguez León, coordinador de las Clínicas Multidisciplinarias, del 28 de Febrero al 4 de Marzo de 2011 en el Centro de Extensión Universitaria Reforma. Entre sus resultados se destaca el interés por la obesidad desde el sistema modular con el enfoque multidisciplinario incluyente, acorde al proceso enseñanza-aprendizaje, la generación de modelos de investigación y la vinculación con la población. Contando con los investigadores de ésta línea de investigación con perspectiva cognitivo conductual y de la propia FES Zaragoza.



Gráfica 1: México en Segundo Lugar a nivel mundial de acuerdo con el índice de obesidad en personas adultas en los países de la OCDE. Fuente: OECD Documentos 23 de abril de 2010. Disponible en http://www.oecd.org/document/19/0,3746,es_36288966_36288553_47081299_1_1_1_1,00.html

1. Trabajos de difusión en investigación:

LOS CUERPOS PERFECTOS: RIESGO, VULNERABILIDAD Y EMPODERAMIENTO EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Comenzamos diciendo que en relación al cuerpo y la sociedad, la noción del cuerpo se remite a una serie de discusiones filosóficas, éticas, económicas, políticas y demás incluyentes de las ciencias sociales. Puesto que más allá de un cuerpo biológico, estamos hablando de un *cuerpo social* en cuya historia se ha depositado ideologías, mandatos, políticas y sobretodo un “deber ser” capaz de cumplir con las demandas sociales propias del momento en que le toco existir. Históricamente plantea Foucault (1926 -1984), que fue en Nombre de Dios, después en Nombre de la Ley y actualmente en Nombre de la Salud.

La serie de discursos que intenta domar el cuerpo, es en una frase tan conocida por todos “Es por tu bien” que encierra una necesidad histórica por tener el control del cuerpo. Lo que vemos en la

actualidad es que el término *cuerpo* está sujeto a una serie de ideas sobre la manera en que refleja la construcción social que hemos hecho de él: 1. El cuerpo como estética; 2. El cuerpo como instrumento de mercadotecnia; 3. El cuerpo como depósito de la salud. En este tenor, vemos como a la población en general nos ha impactado de una u otra manera este manejo discursivo: ya sea para que te veas bien, para que tu cuerpo sea agradable a la vista de los otros; para evitar el rechazo y en su lugar ganar un espacio donde sea reconocido, aceptado y envidiado por los demás; en otro sentido para que te seduzca un cuerpo y lo que vendan es fresco, comida o en la cera para zapato.

Un sector de la población mexicana está siendo impactada con mayor interés: las y los jóvenes, no es casualidad ni se trata de un accidente mercantil. Demográficamente México es un país de jóvenes, la tasa poblacional nos dice que la mayoría es gente en edad productiva y reproductiva en otras palabras es gente que cuenta con ingresos económicos, solo falta orientarlos hacia donde dirigir sus quincenas.

Si bien el ciclo de vida define flancos vulnerables y fortalezas para todos los individuos, puede tener una importancia especial en particular, para las fuentes de vulnerabilidad de ciertos grupos de población como es el caso de los jóvenes. Su identidad se constituye precisamente en torno a la edad y su situación se sobrepone en una fase del ciclo vital depende de tres elementos: *maduración psicosocial incompleta* que entraña una búsqueda de definición del Yo con un proyecto de vida reflexivo en un marco de dudas, ambigüedades y diversidad de opciones que puede conducir a elecciones restrictivas en el extremo de la disolución o inacción y a la desvinculación total. Otros asuntos que alcanzan su cúspide dentro de la vida de las personas, es la exposición a ciertos riesgos como es el caso de las adicciones, en particular a las drogas, la violencia en el noviazgo, el suicidio y la delincuencia, que suelen ser de mayor índice en los jóvenes.

Aunado a lo anterior, un fenómeno reciente el problema de la Obesidad y de los trastornos de la conducta alimentaria de los jóvenes, es el panorama ligado íntimamente a los estilos de vida que tiene esta población.

Los cuerpos imperfectos, factores de riesgo en jóvenes

Clínicamente la obesidad es el resultado del consumo de una cantidad de calorías mayor que las que el cuerpo utiliza, de factores genéticos y ambientales que influyen en el peso del cuerpo, pero su interacción determina el peso de una persona. Existen otros factores que también determinan su aparición como los factores genéticos: Investigaciones recientes sugieren que en término medio, la influencia genética contribuye en aproximadamente un 33% al peso del cuerpo pero esta influencia puede ser mayor o menor en una persona en particular. Sin embargo, vemos mayor interés en las condiciones sociales y los factores económicos que influyen fuertemente en la obesidad sobre todo en mujeres. En países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es más del doble entre mujeres del nivel socioeconómico bajo que entre las del nivel alto. El motivo es que estos factores tienen una influencia tan peligrosa sobre el peso de las mujeres y no se sabe por completo a que se debe. A propósito de la influencia de la mercadotecnia con respecto a la venta de productos comestibles y debido a los malos hábitos dietéticos, la frecuencia de jóvenes con sobrepeso aumenta cada día y conllevan un número importante de complicaciones asociadas a esta enfermedad vejez y muerte prematura.

En cuanto a factores psicológicos, los trastornos emocionales que durante un tiempo fueron considerados como una causa importante de obesidad, actualmente se consideran como una reacción a los fuertes prejuicios y a la discriminación contra las personas obesas. La baja actividad física es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad. En personas en sociedades opulentas como en los Estados Unidos, la obesidad actual es dos veces más frecuente que en el año 1900, aun cuando el término medio de calorías consumidas diarias ha disminuido en un 10%. Las personas sedentarias necesitan menos calorías, el aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero esto puede no ocurrir en las personas obesas.

La obesidad está relacionada con aspectos y consecuencias y nos da una idea a la magnitud del problema en salud pública. El conocer qué dice la sociedad al respecto de los cuerpos imperfectos, el 15 por ciento de la población dedica más de 2 horas diarias a ver televisión, lo que coincide con el porcentaje que

posee un índice de masa corporal (IMC). El 82 por ciento considera que es peor ver a una mujer obesa que a un hombre en la misma situación, un 65 por ciento opina que una persona delgada *la tiene más fácil* a la hora de encontrar un trabajo que una persona con exceso de peso.

Como mencionamos, la juventud solo se coloca en riesgo y vulnerabilidad social también genera resistencias y busca empoderarse, existiendo varias condiciones que le permitan encontrar nuevas formas de vínculos y de estilos de vida. En primer lugar, la centralidad del conocimiento. Posición favorable a los jóvenes que cuentan con una escolaridad promedio mayor que los adultos, que desde su infancia se han familiarizado con las nuevas tecnologías de la información, lo que constituye un componente fundamental de los conocimientos sobre la manera en que se hacen las cosas. Desde su niñez han estado expuestos a contenidos y códigos culturales funcionales y pertinentes al desenvolvimiento en la sociedad contemporánea por lo que el acervo de conocimientos está más nutrido por su educación formal y por su socialización. No hay que dejar de lado que el conocimiento es poder y el primer paso a la toma de decisiones, a las actitudes y a las prácticas sociales.

Además los jóvenes cuentan con una red de apoyo social que no existía en otros momentos lo cual les posibilita proveerse de recursos sociales y por ende personales que les capacita para enfrentar los bombardeos ideológicos a los que se ven expuestos. Por último, ante la incertidumbre sociopolítica que define a nuestro país, las y los jóvenes, están aprendiendo a negociar una realidad cambiante que les permite cuestionar en vez de creer; creer en lugar de repetir y actuar en vez de observar. En suma, se pueden hacer dueños de su propio cuerpo en la medida que no permitan ser un territorio conquistado por intereses transnacionales, económicos y políticos.

Hablando de la Obesidad, diríamos que la obesidad está íntimamente relacionada con un estado metabólico afectado que puede condicionar una enfermedad llamada diabetes mellitus. En los diabéticos recordando ciertas características de personalidad, en la clínica nosotros la atribuimos al paciente diabético como una persona irritable, impaciente e intolerante que en algunos casos siempre tiene prisa o tiene cierta actitud de agresividad cuando está en el acto clínico, cuando está en la entrevista o en la situación de atención médica. De esta manera ya desde el aspecto médico se clasifica, cataloga a estas personas diabéticas, las que tienen hambre o insatisfechos metabólicamente, un malestar interno que tiene que ver con esa condición metabólica alterada. También los obesos en cierto modo tienen un patrón que no siempre es el que nosotros habíamos pensado de que es alguien que siempre está de buen humor, también hay un fondo de insatisfacción que se expresa en su actitud y en el trato con las personas, más allá si esto se relaciona con la diabetes.

Como estrategia de prevención en la literatura médica, todas las rutas apuntan a incrementar la actividad física, y cuando hablamos de ella, pensamos en el ejercicio, en lo deseable, en el ideal para la persona obesa y diabética. Pero, no solamente los obesos o diabéticos tendrían que hacer ejercicio o actividad física lo que esto habla de que hay que modificar estilos de vida, aquí en la Facultad tenemos un reto.

¿Cuál es nuestra propuesta y nuestro manejo? A través de un programa de atención continua a estudiantes, tratando de participar de eventos en donde se haga difusión de los daños que tiene la obesidad a la salud y desde el punto de vista social donde podamos ayudar a cambiar hábitos y estilos de vida.

A la juventud se le llama el *Divino Tesoro.*, juventud que se acaba y hay que cuidarla. La literatura también hace referencia a que dejemos de fumar, comamos mejor y tengamos actividad física; así tenemos la posibilidad -aunque tengamos patrones genéticos de riesgo-, de vivir más y vivir mejor. Inclusive es tan importante esto que estas medidas se relacionan también con la prevención de cáncer, que es de las enfermedades más inoportunas que hay, que aparece en el momento menos deseado e interrumpe proyectos de vida en la situación menos querida.

Para leer más:

- Foucault, M. (1975/1980). Body/Power. Quel Corps? 2: Interview with Michel Foucault. Interviewers: France. *Editorial collective of Quel Corps?* En Colin Gordon. "Body / Power." *Power / Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Brighton. Ed. Harvester, pp. 55-62.
- Foucault, M. (1977). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. *Les rapports de pouvoir passent à l'interview des corps* Entrevista realizada por L. Finas en *La Quinzaine Littéraire*, 247, 1-15, enero 1977: 4 - 6.
- Foucault, M. (1999). Los Anormales. México. Fondo de Cultura Económica.
- Martínez, L. V. (2005, Junio). La Pobreza en México. Recuperado el Marzo 1, 2010, de Observatorio de la Economía Latinoamericana: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/mx/2005/lvm-pobreza.htm>
- Figuroa-Pedraza, D. (2009). Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saúde Soc. São Paulo*, 18(1), 103-117.

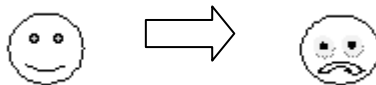
2. F54 Factores psicológicos ... [316]**Diagnóstico F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)**

Hablando de clasificaciones, desde comienzos de la cultura occidental se hizo referencia a las complicaciones de la condición corporal obesa y sus consecuencias en la calidad y esperanza de vida:

Los muy gruesos tienden a morir antes que los delgados: Hipócrates

Las personas obesas fallecen más bien por enfermedades agudas y sofocaciones, y a menudo mueren de muerte repentina; lo que no sucede casi nunca a las personas delgadas: Cornelio Celso

En la época actual: La Curva de la felicidad se ha transformado en la "Curva de la desgracia".



La condición de sobrepeso corporal y de obesidad es semi-estable en la persona que la porta. Aunque la condición de peso corporal presenta variaciones durante el día y la noche; a mediano plazo se mantiene estable gracias al ejercicio biológico que permite llevar a cabo las funciones básicas y la conservación de la vida, evitando de así los peligros de los cambios drásticos. Estas variaciones permiten cambios en el estilo de vida, el cuidado a la salud integral y colaborar con la propia biología el peso corporal adecuado de acuerdo a la edad y al sexo.

Un proceso psicológico donde fluctúan las conductas, las cogniciones y las emociones y se mantiene en diversos plazos es el Obsesivo compulsivo. Este proceso psicológico, relacionado con el sobrepeso nos aproxima a uno de los factores de riesgo asociados: el mantenimiento de la obesidad y la dificultad por realizar los cambios en el estilo de vida (Facchini, 1999; Mangweth, Pope, Kemmler, Ebenbichler, Hausmann, De Col, Kreutner, Kinzl, & Biebl, 2001; Tapia, 2006).

El término Obsesión, proviene del Latín *obsessio*, -ōnis, asedio: Perturbación anímica producida por una idea fija, e Idea que con tenaz persistencia asalta la mente. También se refiere a una idea asociada a un sentimiento penoso en un dualismo ideo-afectivo, que invade la conciencia en forma repetida e incoercible del latín *obsidere*: sitiar, asediar, bloquear. Pero a su vez la palabra *obsedere* está compuesta del prefijo *ob* que significa enfrente, opuesto y del verbo *sedere*, estar sentado. Literalmente obsesión quiere decir "estar sentado enfrente". La compulsión, procede de *compellere*, que significa obligar, es decir, ejercer una fuerza. Definida entonces por las conductas de tipo

repetitiva, tiene dirección intencional y rígida a diferencia de los actos voluntarios ocasionales. Estas conductas repetitivas constituyen las respuestas a la obsesión.

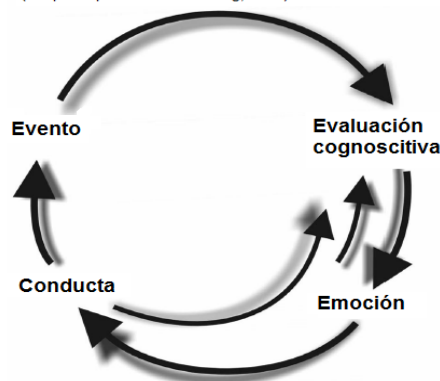
Las primeras explicaciones psicológicas provienen del modelo psicodinámico relacionando la conducta, la cognición y las emociones:

“La actuación (compulsiva) sería una respuesta, una manera de protegerse de una idea, de un pensamiento o de algo que se teme... [en el] pensamiento compulsivo y... a [la] neurosis obsesiva, la distinción entre síntoma de tipo mental y el de actuación no es lo más importante, sino el carácter obligatorio y compulsivo de todas las manifestaciones sintomáticas ya pertenezcan éstas a la esfera de los sentimientos, de las ideas o de la conducta” (Sánchez-Rodríguez de Castro, 2004: 2)

Lo cognoscitivo, lo conductual y lo emocional se vinculan en la llamada obsesión-compulsión: (cognición) y compulsivo (conductual) donde la emoción lo matiza como el miedo al contagio o el orgullo de la limpieza. Como fenómeno obsesivo se coloca entre el control y su pérdida. Teóricos del modelo del aprendizaje social consideran la estructura cognoscitiva como *esquema cognitivo*, *creencias* que en el campo clínico son los “supuestos personales por A. Beck el al., en 1979 e ideas irracionales por A. Ellis en 1989 y 1990 (Lega, Caballo, y Ellis, 1997).

La intervención cognoscitivo conductual considera la evaluación cognoscitiva, la emoción, la conducta y el evento que da lugar al problema psicológico originado por esquemas mal adaptativos o pensamientos automáticos (Wright, 2006).

Figura 1: Modelo básico cognitivo-conductual. Wright, 2006.
(Adaptado por Guillén-Riebeling, 2011)



Retomando la obsesión-compulsión, el DSM IV-TR (2003) la obsesión se define como idea, pensamiento o miedo asociado a una emoción que irrumpe o se presenta a la conciencia de manera invasiva, repetitiva o absurda. La propia persona reconoce que es un pensamiento inadecuado y trata de eliminarlo muchas veces sin poderlo lograr. La etimología de obsesión lleva al polo pasividad y la compulsión al de actividad (Sánchez-Rodríguez de Castro, 2004).

Los criterios diagnósticos son:

Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las Obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las Compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) afecta del 2% al 3% de la población mundial y ejerce un impacto negativo en la calidad de vida de la persona que lo padece así como en la de sus familiares y amigos (Cooper, 1996). En México ha sido reportada desde el 1.4% (Caraveo y Colmenares, 2004). Hay pocos estudios que describen la relación entre la cultura y el trastorno Obsesivo compulsivo en la calidad de vida de personas mexicanas y México-americanas, particularmente en el área fronteriza. De acuerdo con la prevalencia mundial del TOC del 2% al 3%, el estudio podría beneficiar entre 30,000 y 45,000 personas en Ciudad Juárez (población, arriba de 1.3 millones) y entre 15,000 y 22,500 personas en El Paso (población, arriba de 700,000) que se estima sufren de esta enfermedad.

A manera de conclusión, en el caso de la obesidad, se ha hecho referencia a la pérdida en el control de la conducta alimentaria por exceso o compulsión a la repetición, la angustia y miedo al rechazo social y a la propia incapacidad por conservar la figura acorde a la cultura dominante.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression. A treatment manual*. New York. Guilford Press.
- Caraveo, J.J., Colmenares, E. (2004). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City. *Salud Mental, 27*, (2), 1-6.
- Cooper, M. (1996). Obsessive compulsive disorder: Effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*(2), 296-304.
- Facchini, V.I. (1999) Bulimia, cuerpo y autoestima. *Proceedings del Congreso Latinoamericano de Obesidad*. Buenos Aires, 136-139.
- Lega L.I., Caballo, V. E. y Ellis A. (1997). *Teoría y Práctica de la Teoría Racional Emotiva – Conductual*. Madrid y México: Siglo Veintiuno.
- Mangweth B, Pope HG Jr, Kemmler G, Ebenbichler C, Hausmann A, De Col C, Kreutner B, Kinzl J, & Biebl W. (2001) Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psych, 70*(1):38-43.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales(2003). Barcelona, Masson.

Sánchez-Rodríguez de Castro, M.A. (2004). *La obsesión y el par antitético control-pérdida de control*. Disponible en <http://www.micropsicoanalisis.com/pdf/obsesion.pdf>

Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(supl 2), 352-357.

Wright, J.H. (2006) *Cognitive Behavior Therapy: Basic Principles and Recent Advances*. FOCUS, IV(2), 172-178.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

HISTORIAS DE PESO, HISTORIAS DE PERSONAS

A través de las Historia de Peso (Guillén-Riebeling, 2008) podemos aproximarnos a la problemática de la persona obesa, detectar su estilo de vida y sus preferencias alimentarias. Un elemento adicional es la actitud que muestra hacia sí mismo y hacia el ambiente donde la obesidad es parte de sí mismo y de su condición corporal. Doña B.C., describe que es una mujer casada con 5 hijos, dedicada a su hogar. Mide 1.55 de estatura y pesa 92 kilos, obesa mórbida a sus 46 años de edad. Tiene estudios de auxiliar de administración. Asiste a la consulta de Obesidad en búsqueda de apoyo a salud y tratar sus dificultades familiares:

Durante mi niñez siempre fui delgada y a los 12 años de edad, jugando con mi hermano menor, echando competencias de haber "quien comía más tortillas en la comida", empecé a subir de peso. A esta edad como ya me hacía cargo de cuidar a mis hermanos (3) me daba mucha angustia y empezaba a comer muchos chocolates, que son mi delirio y sin darme cuenta seguí subiendo de peso. A esta edad también empecé mi menstruación y me corte mi cabello que lo tenía larguísimo y nunca me lo había cortado...

Al comienzo de su adolescencia y con el desarrollo de las características sexuales secundarias, Doña B.C., involucrada su imagen corporal y la identidad de género evocando emociones negativas:

"...así que al estar pelona y gorda...me empecé a vestir como hombre, dejé de ser una niña delgada y bonita, para convertirme en una marimacha gorda, me deprimía más me veía en el espejo y me ponía a llorar.

Llevando a cabo inicialmente estrategias personales para su condición de peso, pasando por un trastorno de la conducta alimentaria, el fracaso escolar quedando al cargo de las labores domésticas familiares.

Cuando tenía 16 años, ingrese al bachillerato. Pensé en bajar de peso, pero me daba miedo iniciar una dieta, así es que empecé a dejar de comer un día, luego me seguí con 2 días, hasta que empecé a tenerle aberración a la comida. Mi mamá cuando se daba cuenta que no comía me hacía comer a fuerzas. Entonces empecé a bajar de peso, pero no llegué a mi peso ideal. Después de que salí del bachillerato, debiendo 13 materias, ya no entré a la Universidad y me quedé en mi casa. , me encargaba de hacer la comida y volví a subir de peso, pero ya no como antes.

La combinación de la vida: casa, trabajo, familia al paso de los años lleva a la consulta clínica:

Cuando cumplí 20 años de edad ingresé a trabajar al Centro de Salud y acudí con un médico naturista, quien me dio una serie de productos para desintoxicarme, porque para entonces ya tenía gastritis, con esta desintoxicación baje hasta 50 kg., de peso. Me mantuve en este peso y si subía era hasta 54 kg. y volví a bajar a 50 kg.

Ya casada, continua trabajando y en espera de su primer hijo, sin supervisión médica ni laboral:

Cuando tenía 25 años de edad me embaracé de mi primer hijo y tuve problemas con alimentación ya que en las mañanas me iba a trabajar, nada más salía de casa y corría al trabajo. Salía a comer a las 4:00 p.m., y como yo no llevaba comida, compraba gorditas, con la única persona que nos iba a vender comida (sopes, quesadillas y gorditas) y a veces me las llevaba tan picosas que ya no comía hasta las 9:00 p.m. o. que llegaba a mi casa comía. Después de que me alivié, quedé con 7 kg de más y empecé a sufrir porque la leche no me bajaba y en el Centro de Salud no me daban leche para el niño. Entonces empecé a tomar atoles y pastillas de levadura de cerveza y comía el doble y ni así me bajo la leche, pero si estaba más gorda. Cuando se me terminó

mi incapacidad, volví con mi rutina de la casa al trabajo y sin comer más que gorditas y sopes, ya no baje de peso.

Como señala Doña B.C., las complicaciones corresponden a dificultades cognoscitivas y conductuales en: marginación escolar, autoestima, depresión clínica y alteración de la percepción del esquema corporal.

En cuanto los alimentos, muy típicos mexicanos.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Perla Elena Hernández Ruiz

4. Como, luego existo

ACTIVIDAD FÍSICA POR TU SALUD: ¡MUÉVETE!

¿Qué es actividad física? Es Mantener en movimiento el cuerpo.

Un buen nivel de actividad física tiene efectos favorables en el mantenimiento de la salud y una alimentación correcta. Ambas actividades pueden prevenir el sobrepeso y la obesidad, mejorar la distribución de la grasa corporal, y ayudar a tener un mejor control sobre padecimientos como la diabetes, hipertensión o concentraciones elevadas de colesterol y triglicéridos en sangre entre otras.

La realización de actividad física, aumentará el bienestar, la capacidad de trabajo, el disfrute de la vida y la expectativa de un envejecimiento pleno.

¿Para qué?

Para gastar energía. Ejemplos de actividad física: caminar, subir y bajar escaleras, hacer actividades en casa, bailar en reuniones.

De modo que, si un peso saludable y buen estado de ánimo quieres mantener, sigue las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones de actividad física por población específica

Población	Tiempo de actividad Física
Niños y Adolescentes	60 minutos diarios al menos 5 días a la semana de actividad vigorosa (trote, bicicleta, escaladora)
Mujeres embarazadas	30 minutos al menos 2 veces por semana (caminar, nadar, bailar)
Adultos	30 min.- mantenimiento de peso* 60 min.- reducción de peso*
Adultos Mayores	Participación en actividades regulares: Caminata en superficies planas, en condiciones no extremosas, al menos 15 minutos diarios. Se deberán incluir ejercicios de elasticidad y fuerza muscular que fortalezcan las piernas. Ejemplo (1/2 sentadilla y subir y bajar un escalón)

FUENTE: UNEMES ENFERMEDADES CRONICAS SOCIOS POR LA PREVENCION.
SECRETARIA DE SALUD

* Diarios.

Dolores Patricia Delgado Jacobo

5. Colaboraciones

¿Qué comen los Psicólogos y la Nutrición?

En el artículo anterior titulado ¿Qué comen los psicólogos? Se describió aquellos hábitos alimenticios de los estudiantes sin brindar más información respecto al aporte calórico de los alimentos mencionados, es por eso que nos dimos a la tarea de buscar a un especialista en el tema, por lo que se realizó una entrevista a la Lic. María de Lourdes García Ortiz, quien concluyó su carrera en nutrición en la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco con Cédula Profesional: 6052983 y a la cual agradecemos su atención, tiempo y cordialidad.

Tomando en cuenta que los estudiantes están entre los 18 y 24 años de edad ¿Cuál debiera ser la ingesta calórica recomendada?

Para mujeres de 18 a 24 años es de 1400 kcal* diaria; si están embarazadas tienen que tener una ingesta de 1700 kcal diarias. Para varones de 18 a 24 años es de 1800 kcal diarias

* La caloría es la cantidad de energía calorífica necesaria para elevar un grado Celsius la temperatura de un gramo de agua. Se abrevia "cal" y equivale 4,1868 julios (J). Una kilocaloría se abrevia "kcal" y corresponde a 4,1868 kilojulios (kJ). También la caloría es el índice para calcular la energía que proporcionan los alimentos.

Respecto a la información dada en el artículo ¿Qué comen los psicólogos? ¿Nos podría mencionar cuál es el aporte calórico de estos alimentos y bebidas?

Papas fritas: 350 kcal.

Chicharrón: 184 kcal.

Hot dog: 327 kcal.

Hamburguesa: 369 kcal.

Cuernitos [pan]: 612 kcal.

Tacos de Canasta: de chicharrón 253 kcal; de papa 179 kcal; de frijol: 229 kcal.

Tacos de puerco: 208 kcal.

Tortas combinadas: si es de jamón 334.2kcal, si es de salchicha 366.2kcal, si es de huevo 370 kcal, si es de milanesa 317 kcal.

Plátanos fritos: 319 kcal.

Banderillas: 502 kcal.

Quesadillas: Si es de pollo 162 kcal; si es de carne 161kcal; si es de verduras 151 kcal; si es de queso 221 kcal; y si son combinadas 256 kcal.

Tacos de Guisado: Si son de chicharrón en salsa 218 kcal, y si son de carne en salsa 109 kcal.

Tamal: Rojo y verde: 600 kcal; de rajas 610 kcal; y dulce 615 kcal.

Bolillo con tamal [*guajolota*]: 722 kcal.

Galletas de chocolate y vainilla: 273 kcal, de malvavisco con chocolate: 330 kcal.

Chocolate: 128 kcal.

Cacahuete japonés: bolsa pequeña 68 kcal; bolsa grande 136 kcal .

Tamarindo enchilado: 57 kcal.

Chicles (1 pieza): 7.4 kcal.

Dulces: 23.5 kcal.

Paletas: 22 kcal.

Coctel de Frutas: 303 kcal.

Arroz: 195 kcal.

Sopa de Pasta: 114 kcal.

Guisado: Si es pollo empanizado con ensalada 129 kcal; si es de carne de res con verduras 151 kcal; si es de carne de puerco en salsa 160 kcal, y si es de pescado con verduras 131 kcal.

Tortilla: 64 kcal.

Cerveza (1 tarro)[medio litro]:153 kcal.

Michelada [cerveza preparada]:163 kcal.

Vodka(55ml):139 kcal.

Café: 8 kcal; café con leche 106 kcal.

Atole: 116 kcal.

Frappe*: 158 kcal

*Frappé: Voz francesa que refiere a helado de frutas, granizado o enfriado. Temperatura a la que deben servirse algunas bebidas.

Chamoyada*: 230 kcal.

* Agua helada escarchada de sabor chamoy picante.

Refresco Coca- cola: 152 kcal (una lata).

Refresco Manzanita: 172 kcal (una lata).

Refresco de Toronja: 115 kcal (una lata).

Agua de Frutas:93 kcal

Considerando que estos alimentos son consumidos cotidianamente por los estudiantes ¿Qué consecuencias podrían tener respecto a su salud?

A corto plazo empezar a ganar peso, elevar sus niveles de triglicéridos, colesterol, azúcar y ácido úrico; colitis, gastritis, estreñimiento, somnolencia y dolores de cabeza.

A largo plazo obesidad, diabetes, síndrome de colon irritable.

Para evitar estas posibles consecuencias ¿Qué recomienda usted?

Empezar a promover una alimentación adecuada y explicarles cómo se utiliza el plato del buen comer dado que muchos piensan que comer sanamente es solo comer frutas y verduras y piensan también que es caro comer sanamente; porque el comer sanamente es la mejor manera de tener energía durante todo el día, conseguir las vitaminas y minerales que necesitamos, mantenerte fuerte para realizar todas las actividades que realices; si los reeducamos en la alimentación y les damos opciones podemos empezar a prevenir la obesidad, empezando por hacer de 5 comidas un hábito (desayuno, comida, cena y 2 colaciones); comer cuando tengamos hambre y dejar de comer cuando estemos satisfechos y evitar ayunar, por eso es muy importante si tienen dudas sobre su peso o alimentación acudir con un especialista.

Es común que las personas con obesidad hagan dietas populares por ejemplo, la dieta de la luna, de la toronja o de la manzana ¿Cuál es su opinión respecto a esto?

Es muy común, la gente busca bajar de peso con productos milagro, con diferentes dietas lo que la mayoría busca siempre es quitarse kilos de más sin importarles que consecuencias pueden tener en su organismo, lo que deberían tomar en cuenta es que esas dietas o productos milagro en algunos casos si les ayudan a quitar esos kilos de más pero dejan de utilizarlos y se viene el famoso rebote o están subiendo y bajando constantemente; lo que se debe concientizar a la población es que bajar de peso no es difícil lo difícil es mantener el peso; y solo se va a lograr si se mantiene una alimentación adecuada y equilibrada aparte de que si durante más de 10 o 15 años se ha comido de forma inadecuada no queremos bajar esos 20 kilos de más en 1 semana, el tratamiento para sobrepeso y obesidad con alimentación es de 6 meses a 1 año, por eso tenemos que ir un nutriólogo para que nos oriente en forma adecuada.

En el caso de que la persona presente obesidad ¿Qué recomienda usted?

Acudir con un nutriólogo para que los valore y les de orientación. Si ya es una obesidad mórbida entonces que los canalicen con un gastroenterólogo o endocrinólogo para empezar la valoración; aparte de que no todos los metabolismos son iguales y varían mucho los resultados de uno a otro.

Sabemos de la importancia de consumir alimentos que aporten un valor nutricional. Si pudiéramos hacer una lista de los 10 alimentos que aporten los nutrientes necesarios ¿Cuáles serían?

Sándwich de jamón, de pavo, de atún o de pollo (sin empanizar) con lechuga, jitomate, aguacate, cebolla, etc.....

Baguette integrales de jamón, de pavo, de atún o de pollo (sin empanizar) con lechuga, jitomate, aguacate, cebolla, germen de trigo.

Ensaladas con verduras, frutas, semillas de girasol, cacahuate, huevo, jamón, pavo, atún, pollo, cacahuate,

almendra, entre otros.

Coctel de frutas sin crema chantilly (pueden llevar yogurt, miel, granola, linaza, chispas de chocolate).

Licuaos de frutas (con leche semidescremada o deslactosada dependiendo de la persona).

Tacos de guisado (que no lleven tanta grasa, ni carne de puerco, que los guisados contengan verdura).

Tortas de jamón, de salchicha, de pollo, que contengan lechuga, jitomate, aguacate, cebolla, espinacas, solo hay que recomendar que su aceite sea capullo o de soya).

Comida Corrida (se recomienda que se guise en aceite de soya o de maíz).

Hamburguesa (solo que hay que recomendar que su aceite sea de soya o de maíz), y que su carne este en buen estado.

Quesadillas sin freír al comal, de preferencia de pollo, de carne de res, de verduras o de queso.

¿Qué beneficios trae consumir estos alimentos?

Nutrir a nuestro cuerpo, porque estamos incluyendo los nutrimentos que necesitamos para el funcionamiento adecuado y empezar a prevenir enfermedades.

Hay que recordar que un buen hábito de alimentación no se hace de la noche a la mañana lleva un proceso.

Podríamos concluir que el comer sanamente no implica abstenerse de comer, ni comer alimentos insípidos, pues podemos disfrutar desde un buen sándwich hasta una hamburguesa teniendo cuidado sólo en los aceites ocupados, en pocas palabras no es lo que comes sino cómo lo comes y con qué frecuencia. También cabe destacar que es importante acudir con un especialista si se presenta alguna problemática relacionada con la alimentación pues como se mencionó, cada metabolismo es diferente y vale la pena invertir en nuestra salud.

Norma Elizabeth Arreola Zaleta y Martha Graciela Torres Aguilar

NOVEDADES EDITORIALES RELACIONADAS CON LA OBESIDAD

Voces y vivencias de aquellos que sufren y gozan la obesidad. Un estudio fenomenológico.

Dra. Martha Leticia Cabello Garza*

Obesidad y prácticas alimentarias. Impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria.

Dra. Martha Leticia Cabello Garza*

Dra. Sagrario Garay Villegas*

* investigadores de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Nuevo León

"Políticas Al Vapor, Problema De Peso".

Jorge Javier Romero

México, 2010

Psicología de la Obesidad: Esferas de Vida, Complejidad y Multidisciplina

Dra. Raquel del Socorro Guillén-Riebeling. (Editora y Compiladora)

UNAM, FES Zaragoza, 2010

DIPLOMADO

II DIPLOMADO SOBRE PSICOLOGIA BARIATRICA

Coord.: Mtra. en Psic. Blanca Ríos Martínez

Total de horas: 102

Inicia el 6 de mayo del 2011.

www.psicologiabariatrica.org

6. Próximas reuniones científicas

ABRIL 2011

Cumbre Mundial 2011: Diabetes, obesidad y nutrición

Del 1 al 3 de abril de 2011 . Congreso en World Trade Center México

MAYO 2011

2do Congreso Internacional sobre tendencias y avances en Psicología

Constitución de la Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología - ALFEPSI,

Del 19 al 21 de Mayo del 2011, Cajamarca, Perú. www.upagu.edu.pe

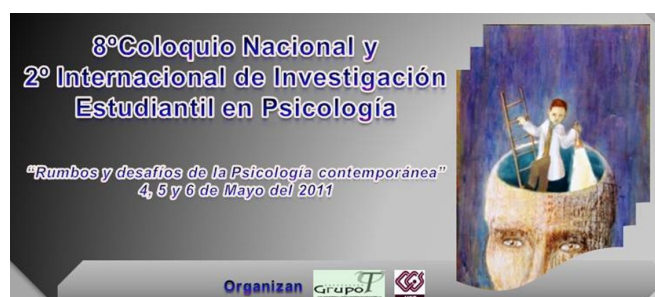
Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud

"Hacia la humanización del cuidado de la salud"

18 al 20 de mayo de 2011 [Xalapa, Veracruz, México](http://www.congresoalapsa.com/index.php) <http://www.congresoalapsa.com/index.php>

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA

"Psicología: ciencia en movimiento", Del 18 al 20 de Mayo, en el Centro de Convenciones de la Cámara Nacional de Comercio (Av. Itzaes), de la Ciudad de Mérida, Yucatán. <http://mx.calendar.yahoo.com/manueltecpeniche>



http://psicologia.iztacala.unam.mx/coloquio_estudiantil/index.html

11ER CONGRESO ESTUDIANTIL DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA DE LA FES ZARAGOZA

17 al 19 de mayo de 2011

<http://201.158.172.28/congresopsicologia/Default.aspx>
Correo: congresoestudiantil.fesz@gmail.com

ECO 2011 - 18th European Congress on Obesity

Estambul, Turquía, del 25 de mayo hasta el 28 de mayo 2011. <http://www.eco2011.org/>

JUNIO 2011



Sociedad de
Psicología
Aplicada, A.C.

<http://www.spap.com.mx/>

XXXIII Congreso Interamericano de Psicología

“Por la salud de los pueblos: Una Psicología comprometida con la transformación social”.

Medellín, 26 al 30 de junio 2011 <http://www.sip2011.org/>

SEPTIEMBRE 2011



**Lunes 5 a viernes 9 de septiembre de
2011 Ciudad de México**

En memoria de *James M. Tanner*
(1 de Agosto de 1920 - 11 de Agosto de
2010)

<http://auxologyxiicong.unam.mx/html/esp.html>

OCTUBRE 2011

World Conference on Social Determinants of Health