



Psic-Obesidad

ISSN: 2007-5502



Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

Volumen 1 Número 4

N.R. 04-2010-100813543100-203

Octubre - Diciembre de 2011

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad

Contenido:

Editorial	1
1. Trabajos de difusión en investigación <i>Programa cognitivo-conductual de modificación de hábitos alimentarios.</i>	2
2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>Trastornos adaptativos</i>	5
3. Acérquese... ricos tamales <i>Disposición de alimentos aledaños a la clínica multidisciplinaria Aurora</i>	8
4. Como, luego existo <i>Comer no engorda</i>	10
5. Colaboraciones <i>Personas en movimiento</i>	12
6. Próximas reuniones científicas	14

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

MTRO. NOE 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

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. AZUCENA BARRERA GARCÍA
Equipo de colaboradores

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correo electrónico:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO

GRAZIELLA CRISTINA ZIEROLD MONTES

MONSERRAT YBARRA CENTENO

AYDEE BAEZ VARGAS

ANA ROSA RANGEL ROJAS

Editorial

Con este número celebramos la culminación del primer volumen del presente Boletín *Psic-Obesidad* con la participación distinguida de colegas y estudiantes, que aborda la condición corporal que es la obesidad. Enfocados en las áreas clínicas y socioculturales, se han aportado fundamentos básicos para la comprensión integral e intervención sistemática en salud por parte del equipo multidisciplinario en la atención de personas obesas. Se destaca la participación de los psicólogos en el tratamiento de la obesidad a través del análisis, evaluación, conceptualización y propuestas de intervención para quienes presentan la problemática. Además, a las personas obesas o con sobrepeso, los contenidos del boletín les han permitido comprender su condición de salud y acercarse a mejorarla participando activamente..

Frente al nuevo año y siguiente volumen, continuaremos trabajando con entusiasmo y constancia para consolidar los diversos aspectos que entraña la vinculación psicología – obesidad; con la formación de psicólogas y psicólogos comprometidos en la salud individual y colectiva; y con la difusión de los resultados alcanzados en la búsqueda del conocimiento científico. Esto último acorde con el marco institucional de docencia de la UNAM, al cubrir las "...tareas de docencia, investigación y extensión de la cultura, las necesidades de los distintos sectores, tanto en la formación de recursos humanos, como en lo concerniente a la generación de conocimientos y su difusión" (Gaceta UNAM, 22 de febrero del 1988).

Psico-Obesidad, Año 1, No. 4, octubre-diciembre de 2011, periodicidad trimestral, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México con domicilio en Ciudad Universitaria, c.p. 04510, Delegación Coyoacán, México D.F., por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, domicilio Av. Guelatao No. 66, Colonia Ejército de Oriente, Delegación Iztapalapa, C.P. 09230, México, D.F., Tel: 56230612, Correo electrónico: boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx, Editor responsable: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING, Reserva de Derechos al uso exclusivo No. 04-2010-100813543100-203, ISSN: 2007-5502, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: Arq. Omar Flores Zubillaga 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 20 de septiembre de 2011. 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.

1. Trabajos de difusión en investigación:

PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL DE MODIFICACIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS

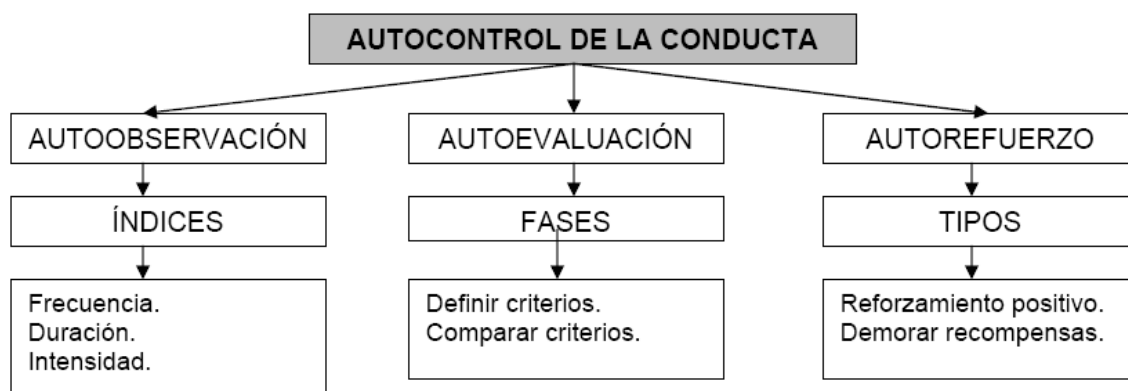
El objetivo principal del Programa cognitivo-conductual de modificación de hábitos alimentarios, es la modificación de hábitos de alimentación y de ejercicio físico inadecuados, basadas en el Autocontrol. Mediante éste programa, el paciente baja de peso y mantiene su pérdida a través del tiempo como resultado de su esfuerzo. La persona que logra involucrarse en él, alcanza a modificar sus hábitos inadecuados de alimentación y de ejercicio físico; baja de peso y se mantiene en un peso corporal adecuado o delgada, objetivo del programa.

El Autocontrol se refiere a los procedimientos terapéuticos que tienen la finalidad de enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de diversas situaciones para alcanzar metas previamente propuestas (Rehm, 1991). Basado en la teoría del aprendizaje social el autocontrol es un proceso individual y expresa la importancia del papel que tiene la persona en la dirección de su propia conducta. Para Kanfer (en Kanfer & Phillips, 1980) se puede dividir en tres etapas:

1. **De auto-observación.** Para aprender a definir y observar la conducta por su frecuencia, duración e intensidad.
2. **De auto-evaluación.** Al observar la conducta, la persona la compara con otras que actúan como motivadora para el cambio.
3. **De auto-refuerzo.** Se refiere a la demora del refuerzo y a la entrega de la recompensa como consecuencia positiva por el logro del objetivo planteado.

A continuación se muestra un diagrama del autocontrol de la conducta humana que muestra estas etapas.

Diagrama 1: Conceptualización del autocontrol de la conducta humana de acuerdo con Martín del Buey, Martín Palacio, Camarero Suárez, & Sáez Navarro, 2007: 5.



Una persona que ejerce Autocontrol se convierte en investigador de su propia conducta: observa conductas y registra resultados y consecuencias. Los pasos a seguir para practicar un Autocontrol eficaz son:

1. Especificar el área general del problema (como la comida).
2. *Implementar la recolección de datos.*
3. *Encontrar regularidades y causas probables del problema.*
4. *Nominar y examinar las opciones y posibles soluciones.*
5. *Escoger una opción y ponerla en acción.*
6. *Iniciar la comparación de los datos actuales con los anteriores.*
7. *Ampliar, revisar o reemplazar la solución obtenida.*

La persona se convierte en el actor y reforzador fundamental, pues influye sobre su propia conducta por medio de las recompensas: ¿Qué recompensa más importante para una persona con sobrepeso que el ponerse en Diciembre un vestido con una talla menos? Puede ser una recompensa muy importante y ya no tanto la comida.

Una clave importante en cualquier programa de modificación de conducta es el uso de algún tipo de retroalimentación sobre la conducta. En este Programa se utiliza, entre otros, el Registro diario de comidas, que ayuda al sujeto a estar alerta sobre lo que come y en las circunstancias en que lo hace. Se dan cuenta de la cantidad y calidad de lo que comen, de la velocidad con que lo hacen y de una gran variedad de situaciones tanto psicológicas como ambientales, asociadas a la comida.

La persona es el sujeto activo de su propio cambio al desarrollar habilidades de autocontrol, al establecer condiciones para poder solucionar el problema. El autocontrol exitoso requiere además de un ambiente adecuado. El poder de la influencia ambiental se hace más evidente cuando la persona se da cuenta de ser receptor de cuando menos tres fuentes: la cognoscitiva, la física y la social. Cada una de ellas tiene un impacto considerable sobre el comportamiento del individuo.

Eliminación de estímulos externos: Dado que los comportamientos son aprendidos, la manera lógica de modificarlos es aprendiendo nuevos comportamientos incompatibles o cambiando el ambiente, de manera que se elimine el comportamiento asociado. El efecto que se pretende es, que al no ser practicados los hábitos anteriores, se tornen débiles y eventualmente sean extinguidos. Al paciente se le pide que:

1. *Elabore un mapa de sus ambientes*
2. *Elija un lugar para comer*
3. *Cambie el lugar en la mesa*
4. *Coma como única actividad*
5. *Acceda a comida con bajo contenido calórico*
6. *Evite la preparación de comidas engordadoras.*

Modificar la forma de comer: En términos generales, una persona con sobrepeso tiende a comer más cantidad de comida en menos tiempo que una delgada. El comer rápido sin hacer pausas o el tragar los alimentos casi sin masticarlos, es un pésimo hábito. Esto lleva a comer demasiado, toma más tiempo la absorción del alimento en el organismo y que baje la sensación de hambre.

Si come despacio hay más posibilidades de disfrutar la comida, y que se sienta satisfecho (a).

En general, Para comer, comemos en todos lados y además comemos tengamos o no, hambre. El apetito surge cuando nuestra mente desea comer, no cuando nuestro cuerpo nos indica que hace falta. El apetito es estimulado por nuestros pensamientos, sentimientos, proximidad con los alimentos, hábitos y virtualmente con cualquier cosa que hemos aprendido a asociar con comida.

Romper cadenas de comportamiento haciendo actividades alternativas: La mayoría de nuestros patrones de alimentación son aprendidos. Nos enseñamos a sentir hambre de muchas maneras diferentes. Sin embargo, esta "hambre aprendida" no es en realidad apetito o "hambre real". Esta última es motivada por la necesidad física de alimento; por lo general, surge después de una comida adecuada después de 6 horas de haber comido, y la experimentamos como debilidad, falta de concentración o dolor de cabeza.

Cualquier experiencia relacionada con la comida puede analizarse como: una serie de opciones en las cuáles son factibles dos acciones, una constructiva y otra destructiva. Por lo tanto, toda aquella acción que nos lleve comer sin el hambre adecuada debe ser analizada como el eslabón de una cadena de decisiones, cualquiera de ellas podrá ser alterada con un resultado positivo. Estas cadenas son una serie de eventos que llevan a la persona a cierto comportamiento, en este caso a comer. Si entendemos cuál es esa cadena podemos prevenir el comer cuando no tenemos "hambre real". Una vez que se comprenden las elecciones que conducen a una elección prudente o imprudente, la persona estará en la posición de planear una acción constructiva.

Otra actividad importante en este programa es la **Solución de Problemas**. Sabemos que para todo hay solución, no solamente existe el blanco y el negro; el todo y la nada; hay tipos de grises en medio y en cuanto a la comida, puede haber una diversidad de solución de problemas.

La manera de resolver los problemas de comportamiento se facilitan si la dividimos en cinco pasos:

1. Considerar el problema en su totalidad.
2. Planteamiento de soluciones.
3. Plan de acción.
4. Retroalimentación.
5. Evaluación.

Hay personas que siempre nos están saboteando: "Hay para que, si estas muy bien" o "Te vas a enfermar si adelgazas"; "*Que tanto es tantito*", "*Empieza el lunes*", "*Empieza el 7 de enero*", "*Ya está el Pan de Muerto*", "*Hombre, ahorita ya vienen las preposadas y las posadas*", y no se cuanto más. Se involucra a algún familiar o alguien de nuestro entorno: a algún amigo, que se convierta en nuestro socio o socia para que nos ayude a modificar nuestros hábitos. Una vez que se tenga el problema y las soluciones, se acude con el socio y se le exponen. Al socio se le puede ocurrir otra o varias soluciones, y el plan de acción lo hacen entre los dos, ya sea proponiendo una solución o una mezcla de ellas.

Para finalizar es muy importante involucrar a la gente que está alrededor nuestro, porque si rechazamos comida es como rechazar afecto. La gente en general nos hace sentir bien por medio de comentarios como "mira lo que te preparé", "mira lo que te hice"; y si los rechazamos, pensamos que estamos rechazando afecto, y esto no es necesariamente cierto.

REFERENCIAS

- Kanfer, F. y Phillips, J. (1980). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas
- Martín del Buey, F., Martín Palacio, M.E., Camarero Suárez, F., & Sáez Navarro, C. (2007). *Procesos metacognitivos: estrategias y técnicas*. Disponible en: Profes.net. En línea. http://www.profes.net/rep_documentos/Monograf/1PEI_ProcMetacognitivos_b.pdf. (Consulta: febrero 2008).
- Rehm, L. (1991). Métodos de autocontrol. En V. Caballo (Ed.). *Manual de modificación y terapia del comportamiento*. pp. 655-683. Madrid. Pirámide.
- Kanfer, F. H. y Phillips, J. S. (1970/1980). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. México: Trillas.
- Kanfer, F. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En R. B. Stuart (Org.). *Behavioral self-management. Strategies: Techniques and Outcomes*. New York: Brunner/Mazel.

2. F54 Factores psicológicos ... [316]

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Al revisar los conceptos psicológicos de la inactividad física y el sedentarismo, en el caso de la obesidad, se encuentran dos referencias adicionales en los ámbitos psicosociales: la dejadez y la conducta sedentaria o sedentarismo. La importancia de la identificación de estos conceptos permite acercar al especialista a entender al paciente y su problemática, y a la persona obesa, a mejorar su estado de salud al implementar cambios hacia un estilo de vida saludable.

DEJADEZ

El Diccionario de la Real Academia Española, señala que la apatía refiere a la impasibilidad del ánimo, dejadez, indolencia y falta de vigor o energía.

La conducta alimentaria inadecuada y una actitud propositiva implica:

Reconozco que llevo una alimentación pésima, pero fruto de la dejadez y no de ningún trastorno (shaiyia/18-09-2011)

Por otro lado, el estigma social de la persona obesa la describe como una persona gorda, débil, con falta de salud. Carente de delgadez es una fracasada, expuesta a duras críticas “al portar sobre sí ciertos excesos que con frecuencia se atribuyen, de forma libre y gratuita, a la simple dejadez y falta de voluntad...”, (Remesal, 2008:413)

El estado de dejadez se asocia con la tristeza y la melancolía, y era un referente cultural del Siglo XVIII para la depresión, señalándola como el “hundimiento por su propio peso y dejadez, empujado hacia abajo”. La idea de sentirse “hundido”: Ajax (Odisea), tiene la “mente hundida”, “Pesadez”. Estar caído o desplomado (John Locke, 1632-1704. En Día-Sahún, 2010).

Desde el enfoque psicodinámico, aún se encuentra la dejadez como síntoma concomitante de la depresión, acompañada de alteraciones del sueño, de la conducta alimentaria, pérdida de la iniciativa, la inactividad y la incapacidad para el placer (Ey, 1995).

En los niños, de acuerdo con Ajuriaguerra y Marcelli (1982), en la depresión se consideran cuatro grupos de síntomas: en el grupo de los sentimientos asociados a sufrimientos depresivos se encuentra la dejadez como una actitud, donde la persona es incapaz de valorar positivamente su apariencia personal.

La dejadez asociada al trastorno de la alimentación, la bulimia, se encuentra con la vergüenza, el temor de la persona a llegar a ser obesa y la distorsión de percepción de la imagen corporal (Szydlo y Woolston, en Wiener & Dulcan, 2006).

En el maltrato psicológico, la dejadez es una actitud acompañada de escasa comunicación, emociones de vergüenza, culpa y temor generalizado (Murphy & O'Leary, 1989).

Por último, la dejadez personal es un síntoma de daño en el lóbulo frontal acompañado de la disminución de la actividad de procesos cognitivos, hipocinesia, apatía, irritabilidad y pérdida de iniciativa. Pensamiento concreto y empobrecido, el embotamiento afectivo con alteraciones en la programación motora, en las funciones ejecutivas y deficiencia en la planificación (Fuster, 1997, En Navas Collado & Muñoz-García, 2003).

SEDENTARISMO

El sedentarismo se define como la carencia de actividad física necesaria que pone al organismo humano en situaciones vulnerables ante enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes. Es un aspecto determinante para el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad, cuya prevalencia es peligrosamente alta en la actualidad (Montenegro, & Rubiano, 2006).

Desde el punto de vista antropológico, el término “sedentarismo” (del Latin “sedere”, o la acción de tomar asiento) se ha utilizado para describir la transición de una sociedad nómada a otra establecida en

torno a un lugar o región determinada (Romero, 2009).

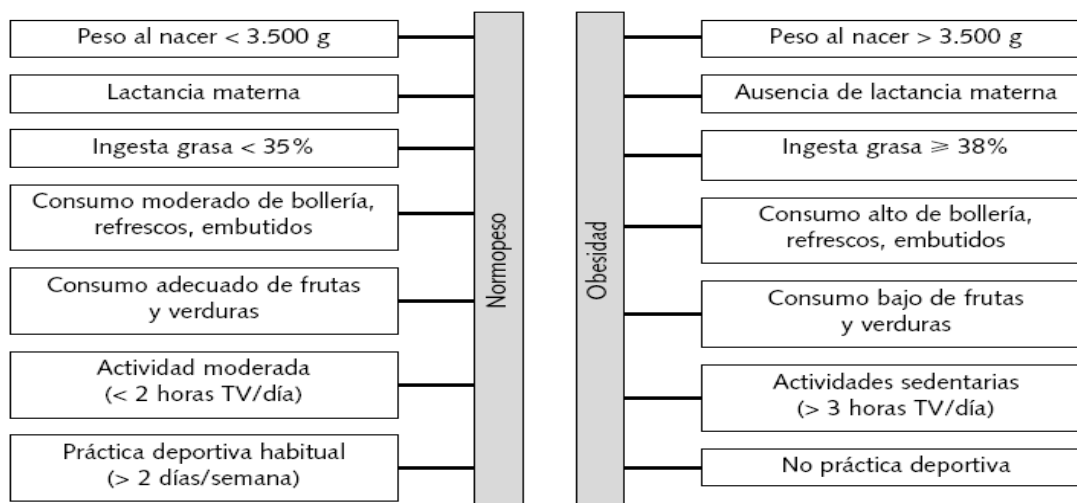
Estudios en niños y adolescentes obesos encuentran entre los factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad la baja actividad física diaria, alta frecuencia de horas frente al televisor, el videojuego o la computadora; actividades que se agrupan en el sedentarismo (Aranceta-Bartrina, et al., 2005; Kain & Olivares, 2001; Poletti, & Barrios, 2007); además de "...mayor frecuencia de antecedentes familiares de obesidad y patrón de alimentación con predominio de cereales, lácteos, alimentos azucarados y granos, además de escaso consumo de frutas, vegetales y pescado (Guerra-Cabrera, et al, 2009: 25).

El uso del concepto sedentarismo en la edad escolar, es apoyado por estudios realizados en población adulta y adolescente, desde diversos enfoques, excepto el conductual (Buhning, Oliva & Bravo (2009).

El estilo de vida es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardio y cerebrovascular; y a menudo se asocia con otros factores de riesgo como la dieta, la elevación de lípidos en sangre, la obesidad, el tabaquismo, la diabetes y la inactividad física o sedentarismo (Aranceta Bartrina, Serra Majem, Ribas Barba, & Pérez Rodrigo2001).

La siguiente figura muestra los estilos de vida asociados a la obesidad infantil en España (2001) y muestra los enlaces con el normopeso y la obesidad, respectivamente.

Figura 1:Estilos de vida asociados a la prevalencia de Obesidad infantil en España (2001), de acuerdo con Aranceta-Bartrina et als.(en Aranceta Bartrina, Pérez Rodrigo, Ribas Barba, & Serra Majem, 2005:18)



Consideraciones acerca de la dejadez y el sedentarismo

En casos particulares, la dejadez se asocia con mayor frecuencia al abandono o negligencia social y a una neuropatología. Para la mayoría de los casos hace referencia a una actitud indiferente que no causa trastornos psicológicos.



Desde el punto de vista sociocultural e histórico, casi toda la población mundial actual es sedentaria, posee medios de transporte más eficiente y oportuno que en otras épocas; la mayor construcción de carreteras y caminos, con la reducción del tiempo de desplazamiento y el esfuerzo individual para trasladarse de un lugar a otro.

Lo señalan de manera enfática Bagrichevsky, Estevão, Vasconcellos-Silva, & Castiel, en 2007:

Otro efecto adverso derivado del énfasis al binomio sedentarismo/estilo de vida saludable se hace presente en las distorsiones de los valores y significados culturales de las prácticas contemporáneas de cuidado con el cuerpo y la salud –incluyendo el deporte y las actividades físicas lúdicas–, sin tener en consideración todo su patrimonio histórico de unión social... (pág. 387)

Para Romero (2009), la desigualdad entre la ingesta y gasto calórico es el mayor rasgo que mejor define al sedentarismo desde el punto de vista de la salud. Lo que concuerda con Buhring, Oliva & Bravo (2009) en que el sedentarismo es un condicionante que contribuye al desbalance energético, que impacta a su vez a la sociedad, originado la pandemia en que se ha convertido la obesidad.



Pasividad



Optar por

LA ACTIVIDAD

La Dejadéz y el Sedentarismo, indicadores de Trastorno Adaptativo

Tomando en consideración los casos particulares de personas con sobrepeso u obesidad, donde la dejadez y el sedentarismo, se identifican como los principales factores asociados a su condición corporal, en respuesta de la presión social por adelgazar, el estigma social de estar obeso o con sobrepeso, entre otros, reflejan que la persona presenta un trastorno adaptativo.

De acuerdo con el D.S.M. IV-TR (2003), la característica principal del trastorno adaptativo es el desarrollo de emociones o comportamientos en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Por ello, se codifican en seis subtipos que se seleccionan de acuerdo con los síntomas predominantes.

1. F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]
2. F43.28 Con ansiedad [309.24]
3. F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]
4. F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]
5. F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]
6. F43.9 No especificado [309.9]

REFERENCIAS

- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1987). *Manual de Psicopatología del niño*. Barcelona, Masson.
- Apatía*: En el Diccionario de la lengua española. Fuente electrónica [www.rea.es]. Madrid, España: Real Academia Española.
- Aranceta Bartrina J, Serra Majem, L.I., Ribas Barba, L. & Pérez Rodrigo, C. (2001). Factores determinantes de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J, eds. *Obesidad infantil y juvenil. Estudio en-Kid*. Barcelona: Editorial Masson: 109-128.
- Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Ribas Barba, L. & Serra Majem, L. (2005). Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 7(Supl 1), 13-20.
- Bagrichevsky, M., Estevão, A., Vasconcellos-Silva, P.R. & Castiel, L.D. (2007). Estilo de vida saludable y sedentarismo en investigación epidemiológica: cuestiones a ser discutidas. Cartas al editor. *Salud Pública de México*, 49(6).
- Buhring, K., Oliva, P. & Bravo, C. (2009). Determinación no experimental de la conducta sedentaria en escolares. *Rev Chil Nutr*, 36(1), 23-30.
- Día Sahún, J.L. (2010). Tristeza. *Reacción depresiva y melancolía*. "Seminario de Psicopatología descriptiva y fenomenología". 23-04-2011. Disponible en <http://sites.google.com/site/jldiasahun2/>
- Ey, H. (1995). *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona. Masson.
- Guerra Cabrera, C.E., Vila Díaz, J., Apolinaire Pennini, J.J., Cabrera Romero, A., Santana Carballosa, I., & Almaguer Sabina, P.M. (2009). Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur*. 7(2), 25-24.
- He estado a punto de no comentar*. 19 de Septiembre de 2011 • 15:44 — electroblog. Disponible en <http://blogs.gamefilia.com/shaiyia/18-09-2011/45435/ana-y-mia-la-autodestruccion-en-internet-bulimia-y-anorexia>. [25 /09/2011].
- Kain B., & Olivares, S. (2001). Validación y aplicación de instrumentos para evaluar intervenciones educativas en obesidad de escolares. *Revista Cubana de Pediatría*, 72(4), 609-615.
- Montenegro, Y.M. & Rubiano, O.F. (2006). Sedentarismo en Bogotá, características de una sociedad en riesgo. *Umbra Científico*, 33-45.
- Murphy, C.M. & O'Leary, K.D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 579-582.
- Navas Collado, E., & Muñoz García, J.J. (2003) El síndrome disejecutivo en la psicopatía. Disponible en <http://www.serviciodc.com/congreso/congress/pass/conferences/Navas.html> (1 of 10) [3/5/2003].
- Poletti, O. & Barrios, L. (2007). Sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, actividad física y uso del tiempo libre en escolares de Corrientes (Argentina). *Rev Cubana Pediatr*. 79(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000100006&lng=es&nrm=iso. [9/10/2010].
- Remesal, R. (2008). Desarrollo evolutivo, personalidad y nivel de adaptación de un grupo de menores obesos. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 411-426.
- Romero, T. (2009). Hacia una definición de Sedentarismo. *Revista Chilena de Cardiología*, 28: 409-413.
- Wiener, J. & Dulcan, M. (2006). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona. Masson.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

Disposición de alimentos aledaños a la clínica multidisciplinaria Aurora

Investigué sobre la condición de peso de las personas en su ambiente a través de sus consumos, preferencias y horarios. El propósito del estudio fue conocer el patrón de alimentación de los pacientes asistentes a la Clínica Aurora, en la consulta de psicología y a los dependientes de los comercios de comidas en la zona aledaña. En todos los casos, se les solicitó su colaboración voluntaria para la aplicación de las entrevistas acerca de sus preferencias alimentarias y los horarios de su consumo de alimentos. Al comenzar a realizarla, descubrí realmente cosas muy interesantes sobre las personas y sus *kilitos de más*.

La tarea más ardua fue convencer a la gente de que no tenía intenciones de entrometerme en su intimidad -porque eso sí, los mexicanos somos muy celosos de exponer nuestros hábitos ¡y el estigma social! Los voluntarios ponían cara de extrañeza cuando los entrevistaba, como esperando otro tipo de preguntas en lugar de sus preferencias gastronómicas y los horarios para degustarlas, por ellos mismos o por los clientes de sus puestos de comida. La rareza se disolvió cuando les puse un ejemplo de cada uno de ellos, lo que permitió que ellos platicaran sobre los temas de interés.

Acerca de las preferencias sobresalen: los tamales, el atole, las verduras cocidas en guisados, el arroz y las tortillas. Los horarios son variados: tomar un café muy temprano; almorzar a las 11 o 12 del día; comer a las 5 o 6 de la tarde, y terminar con una merienda de leche y pan entre 9 y 10 p.m.. En otros casos, hacer dos comidas al día: la primera muy temprano y la segunda por la tarde-noche. Comentarios de alimentación: *“No sé a qué horas, como cuando me da hambre”*; *“En la tarde, de regreso de la escuela, por ahí de las 6 de la tarde”*.

Continué mi recorrido alrededor de la clínica Aurora, perteneciente a la FES Zaragoza, UNAM. En calles aledañas a la clínica no se observan comercios de comida, ya que se concentran en el mercado. Existen dos pollerías y tres tiendas de abarrotes. La clínica colinda con tres escuelas y una iglesia. Al lado de la Iglesia se encuentra un mercado de donde inicié la obtención de datos. Se encuentra una cocina “económica” y preparan “huaraches” (una gran tortilla de maíz de forma alargada sobre la cual untan frijoles, y añaden queso, salsa de chile verde o rojo, nopales, carne, papas o pollo, opcionales). Sobre los horarios de consumo indicaron que no hay hora en la que la gente acuda más. Todo el día llegan a comprar. Se venden más los guisos que los huaraches; y los consumidores tienen mayor predilección por la comida empanizada sea de pollo, bistec o pescado. Consumen más agua preparada de sabor (Jamaica, horchata, naranja, limón, chía melón o sandía, entre otras), que refrescos; y casi no piden postre. Los huaraches tienen un costo desde los 10 pesos el sencillo, hasta los 25 pesos los preparados. La orden de comida cuesta \$ 35.00 pesos.

En un negocio de hamburguesas comentaron que regularmente se les junta más la gente cuando salen de la escuela, entre la una y las tres de la tarde. El costo de la hamburguesa es de 25 pesos.

En el puesto de “C...” se vende la comida corrida a \$40 pesos, pero la gente pide más los antojitos: tortas, quesadillas, tacos dorados (fritos), entre otros. La señora que despacha coincidió en que la clientela prefiere el agua de sabor al refresco, supone que esta decisión es por el costo. El refresco cuesta 10 pesos mientras que el agua es gratis ya que está incluida en los alimentos. Hablando de costos, los sopes se venden a 16 pesos, las quesadillas y pambazos cuestan a 15 pesos. Cerca de ahí, hay un puesto donde venden Carnitas estilo Michoacán los días sábado y domingo. Las personas que asisten a este puesto, refiere el encargado, acuden regularmente en familia por las mañanas. Más adelante hay un puesto de comida donde preparan flautas (tacos de pollo alargados), tortas y hamburguesas.

Como en todo mercado fijo, se vende todo tipo de carnes frutas y verduras con una variación mínima en el precio y calidad. Continué por entre los puestos y llegué a la cocina económica “V...”, con mayor clientela que en otros puestos, vende todo tipo de tortas. La encargada dijo que la gente pide más la de milanesa y la acompañan con agua de sabor. Los precios van desde los 15 a los 35 pesos. Más adelante hay heladerías y pastelerías, pero con menor cantidad de compradores en ese día por la hora.

En la marisquería de adelante del puesto de las tortas, refieren que aproximadamente a las 2 de la tarde tienen muchos consumidores. Lo que más se pide es el cóctel de camarón. Por lo regular la gente que asiste va sola a comer. Pocas veces piden refresco y tardan de entre 30 a 40 minutos en consumir sus alimentos.

Antes de abandonar el mercado, me acerqué a un puesto naturista y el dependiente me proporcionó alguna información. Lo que más se vende para reducir de peso son productos que van desde los 20 a los 150 pesos. Como las pomadas que van desde los 20 a los 120 pesos; y por último los téis que cuestan entre 10 a 40 pesos, entre estos se encuentran los laxantes. Refiere el dependiente que casi toda la persona que compra, regresa y que él ha observado la reducción de peso entre sus clientes, la mayoría son mujeres que sobrepasan los 30 años de edad, y como buen vendedor, quería que yo también comprara sus productos.

Saliendo del mercado, encontré la publicidad: “Masajes reductivos “M...”: *En 45 minutos reduzca de 2 a 10 cm.* Citas al 044 55... Absoluta discreción. Me comuniqué al teléfono y me mandaba al buzón de mensajes.

En este recorrido hay diferencias en los consumos de fin de semana con los de entre semana, las preferencias por los sabores de los antojitos mexicanos con su variedad también de precios. Sobresale la social al consumo de alimentos al cuidar su condición corporal. Se desconoce el vínculo o asociación del comer en exceso que conlleva al sobrepeso, así como los remedios para *adelgazar* y de sus efectos sobre la salud., la figura corporal es la prueba visual de su efectividad.

Lecturas recomendadas

- Bray, G. A., Popkin, BM. (1998). Dietary fat intake does affect obesity! *American Journal of Clinical Nutrition*. 68, 1157–1173.
- Johnson, R.K. (2002). Dietary Intake—How Do We Measure What People Are Really Eating? *Obesity Research*, 10, 63S–68S.
- Public Health Service. (1998). *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults—the Evidence Report*. Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute Bethesda, MD.
- Sherwood, S. (1973). Sociology of food and eating: implications for action for the elderly. *American Journal of Clinical Nutrition*, 26(10), 1108-1110

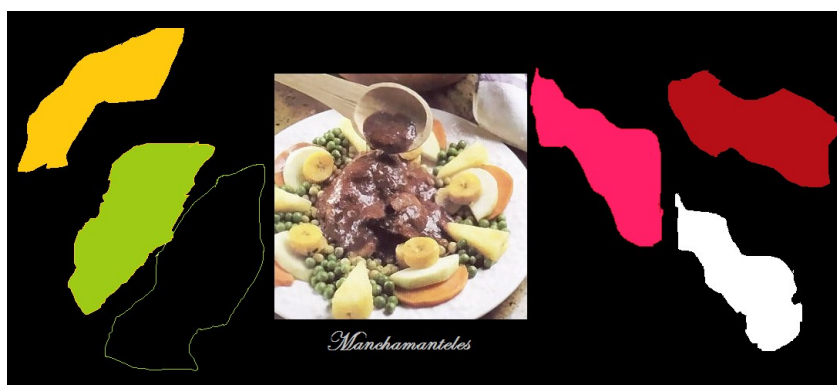
Montserrat Ybarra Centeno

4. Como, luego existo

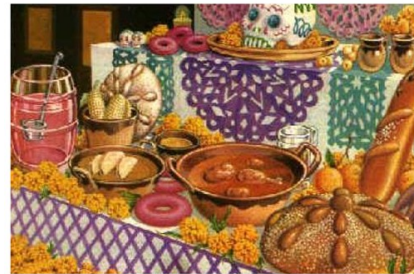
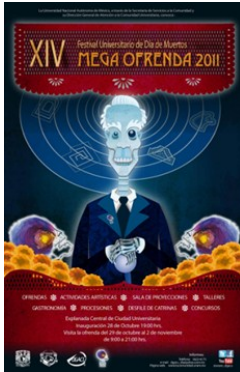
COMER NO ENGORDA

En el último trimestre del año se llevan a cabo en México, grandes celebraciones vinculadas con la conducta alimentaria. En el mes de octubre desde 1977, se degustan los moles de diversos aromas, sabores, y colores, en la “Feria Nacional del Mole” en San Pedro de Atocpan, pueblo de la Delegación Milpa Alta, al sur de la Ciudad de México. Los antecedentes de esta feria datan de 1927, al preparar la población el mole rojo para venderlo en el céntrico mercado de la Merced. Su producción se expandió hacia la segunda mitad del siglo XX. A finales del mismo siglo se incorpora la producción del nopal como principal fuente de derrama económica de la Delegación.

El mole, es un manjar de la gastronomía mexicana. Los moles se pueden clasificar por ingrediente o por Estado de la República Mexicana. Los colores del mole son: negro, rojo, verde, rosa, amarillo y blanco. De Estados como Oaxaca tienen el colorado, rojo, manchamanteles (con intenso sabor de chile ancho, se le añade plátano macho, piña y carne de cerdo); verde, amarillo, chichilo, y negro; de Puebla, el mole poblano y el almendrado; de Taxco, Guerrero, el mole rosa; y de Tabasco, el Huliche guiso indígena cuya receta proviene del mole blanco. (Globedia.com, 2011)



Para el mes de noviembre El Día de Muertos, trata de complacer a los difuntos con sus preferencias en alimentos y bebidas en la “ofrenda”. Durante esta fiesta, los vivos pueden degustar los alimentos al día siguiente. Lo abundante se hace presente. La imagen contrastante de las calaveras, de la “Catrina” o la “huesuda”, frente a los panes, guisados, bebidas, los cráneos se endulzan y se comen en sentido literal y metafórico, en el tributo prehispánico de acompañamiento a los seres queridos. En México, hasta los muertos regresan a comer.



Ofrenda del Día de Muertos

En el mes de diciembre se llevan a cabo las celebraciones religiosas-paganas-gastronómicas con la cena de Nochebuena, la comida de Navidad y Año Nuevo, como principales eventos gastronómicos. Sin embargo en México, el puente “Guadalupe-Reyes-Candelaria” es motivo de celebración más de 30 días continuos se come y se bebe, de acuerdo con las posibilidades económicas de los consumidores con motivo de fortalecer las relaciones sociales y familiares.



Pirámide de la alimentación "Guadalupe-Reyes-Candelaria"

Las recomendaciones para cuidar la salud en esta temporada incluyen:

- Bailar en las fiestas.
- Caminar cada día por 30 minutos.
- Convivir con los semejantes.
- Degustar los alimentos.
- Dejar transcurrir de 5 a 6 horas entre cada comida.
- Elegir alimentos bajos en grasa, azúcares y sales; frutas y verduras.
- Evite ir a la cama después de cenar.
- Recuerde que cada día tiene 24 horas, amanece y anoche: puede volver a desayunar temprano.
- Viva y disfrute cada época del año.



Aydee Baez Vargas

5. Colaboraciones

PERSONAS EN MOVIMIENTO

*Cuando un hombre camina en dirección a su destino,
Se ve forzado muchas veces a cambiar su rumbo.*

Paolo Cohelo.

La obesidad en México es un problema de salud pública. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 (ENSANUT 2006), el 26% de los niños de entre 5 y 11 años de edad, presentan sobrepeso u obesidad. En comparación de la encuesta anterior, de 1999 (ENN, 1999), los niños con sobrepeso u obesidad aumentaron casi el 40% en 7 años, colocando a nuestro país en el primer lugar mundial en obesidad infantil.

El origen de la obesidad es multifactorial, al estar relacionada con factores orgánicos o biológicos, nutricionales, psicológicos y socioculturales.

Las estrategias de prevención e intervención. El tratamiento integral se realiza por un equipo multidisciplinario (incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en su caso, quirúrgico), cuyo objetivo es coadyuvar las acciones realizadas a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, así como corregir las comorbilidades y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se considera la condición corporal del sobrepeso u obesidad como el resultado de
La combinación de malos hábitos alimenticios y de vida,
Llevar una vida sedentaria,
Factores genéticos, metabólicos y emocionales,
La combinación del consumo de alimento sólido o líquido, natural o procesado.

Frente a esta variedad de factores involucrados, tanto en el origen como en el tratamiento de la obesidad, la responsabilidad del cambio o la toma de decisiones sobre la condición de peso y de salud se relegan al propio individuo y a su disposición para enfrentar los cambios en la rutina diaria, entre los que se encuentran realizar 60 minutos de actividad física diariamente (OMS, 2002).

De parte de la sociedad, se promueven los estilos de vida saludables al 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 (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Gobierno Federal, Salud, 2010).

El desarrollo de la actividad física es un indicador de vida saludable que ha existido desde las civilizaciones más antiguas, como los griegos y los romanos. Además, es un pilar del cambio de la condición corporal obesa, por realizar movimientos corporales que consumen energía.

Se tienen tres componentes principales:

“1) El trabajo ocupacional que comprende todas las actividades que se realizan para desempeñar un trabajo;

2) Las labores domésticas y otras tareas que forman parte de la vida diaria, y

3) La actividad recreativa: aquéllas que el individuo elige para desarrollar en su tiempo libre, seleccionadas a partir de sus necesidades e intereses, lo cual incluye el ejercicio y el deporte; en los alumnos, se traduce en prácticas variadas entre las que destacan: juegos –incluye los tradicionales-, caminatas, paseos en bicicleta, patinaje, avalancha, coreografías de bailes y manejo de distintos implementos –pelotas, aros, salto de cuerda...” (Estrategias contra el sobrepeso y la obesidad, 2010: 12-13)

Para modificar el estilo de vida sedentario, la inactividad física, el sedentarismo y la dejadez, se requiere llevar a cabo actividad física y deportiva, hábitos higiénicos y de alimentación adecuados

Figura 1: Guía de activación física Nivel primaria (2008) Secretaría de Salud: 91



Marchar en su lugar con flexión lateral de cuello

Recomendaciones para el cambio:

1. Que la persona deje de estar donde estaba antes, así se ubica en otro lugar, y esto la posibilita a trascender y cambiar su presente, conservando su identidad
2. Incorporar su capacidad cultural, para tomar decisiones sobre sí mismo y su autocuidado, que lo lleva a su superación personal.
3. Conocimiento claro del estado corporal actual, para que la persona identifique el punto inicial de su cambio.
4. Saber cuál es la condición de salud óptima a la cual dirige sus acciones de manera directa.
5. Identificar que la condición corporal actual se transforma a una condición corporal esperada durante un cierto periodo de tiempo, en ciertas circunstancias, con otros comportamientos vinculados a la alimentación
6. Reconocer los logros alcanzados en cada plazo, sean cortos o medianos, como consecuencia de las acciones realizadas
7. Obtener retroalimentación de parte del equipo multidisciplinario frente a los logros alcanzados

REFERENCIAS

- OMS. (2002). Informe Sobre la Salud en el Mundo. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Guía de activación física Nivel primaria* (2008) Secretaría de Salud. Gobierno Federal. México.
- Estrategias contra el sobrepeso y la obesidad* (2010). Secretaría de Salud. Gobierno Federal. México.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006*. Secretaría de Salud. Gobierno Federal. México. Disponible en www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf.

Ana Rosa Rangel Rojas y Raquel del Socorro Guillén Riebeling

6. Próximas reuniones científicas

A fin de optimizar el acceso al video que sintetiza las principales contribuciones de las panelistas del Congreso Internacional “**Las Políticas de Equidad de Género en Prospectiva: Nuevos Escenarios, Actores y Articulaciones**”, realizado del 9 al 12 de noviembre de 2010 en Buenos Aires, Argentina, el mismo ha sido colocado en nuestra plataforma virtual www.prigepp.org

Esperamos sea de su interés. Saludos cordiales,

Gloria Bonder

Directora, Área Género, Sociedad y Políticas
FLACSO – Argentina

The 6th Asia-Oceania Conference on Obesity (AOCO) was held in Manila, Philippines from the 31st of August to the 2nd of September 2011. The campaign title of this conference was "The growing problem of obesity and metabolic syndrome - Asia-Oceania perspectives" (photo below). Nearly 800 experts, clinicians and researchers of obesity gathered together to share their experiences and opinions. At 'fellowship night', members built personal networks, and enjoyed hospitality from the Philippine Association for the Study of Overweight and Obesity. In this congress, "A call to action against overweight and obesity: Asia-Perspective" was pronounced, and the member societies of AOASO agreed to it. AOCO is a biennial event and the next conference will be held in 2013.

DIPLOMADO



Dirigido a: Psicólogas y/o psicoterapeutas.

IV DIPLOMADO PSICOLOGIA BARIATRICA

Coord.: Mtra. en Psic. Blanca Ríos Martínez

- Duración: 7 meses
- Inicia: 13 de abril 2012
- Termina: 9 de noviembre 2012
- Horario presencial: Viernes de 7 a 11 am
- Sede: Hospital Ángeles del Pedregal
- Cupo limitado

Informes: www.psicologiabariatrica.org o psicologiabariatrica@gmail.com

SEMINARIO

Intervenciones cognitivo-comportamentales en Psicología del Deporte -
12 de noviembre y 3 de diciembre de 2011



Informes: **Carlos Giesenow**

e-mail: cg@cimaperformance.com

OCTUBRE

World Conference on Social Determinants of Health

Rio de Janeiro, Brazil 19-21 October 2011 Website: <http://bit.ly/edL4Ts>
Conference Programme Tentative outline: <http://bit.ly/i4VYMC>



<http://www.icph2011barcelona.com/default2.asp?apt=welcome>



<http://www.obesity.org/meetings-and-events/general-information.htm>



La Sociedad Mexicana de Psicología, A. C. y el Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología A. C. se complacen en invitar a la comunidad de psicólogos a celebrar el XIX Congreso Mexicano de Psicología que tendrá lugar en las instalaciones del Cancún Center en Cancún Quintana Roo, los días **19, 20 y 21 de octubre de 2011**.

<http://www.psicologia.mx/>

VII Congreso de Investigación y Posgrado en la FES Zaragoza

“La generación de conocimiento, motor del desarrollo académico”

A celebrarse del **25 al 28 de octubre del 2011**, en las instalaciones de la Facultad. Objetivos:

- Difundir los resultados de la investigación científica
 - Intercambiar experiencias científicas
 - Promover la investigación mediante la vinculación de la docencia y la investigación a nivel pregrado y posgrado
- Esperamos su participación para que este evento sea un éxito para continuar con acciones tendientes al fortalecimiento de la investigación y el Posgrado en la Facultad

La recepción de los trabajos comenzará a partir de la publicación de la presente convocatoria y hasta las 18:00 h del 23 de septiembre de 2011, por vía electrónica al correo: congresoinvestigacion.feszar@gmail.com

Informes: Coordinación de Investigación de la FES Zaragoza (Batalla 5 de mayo s/n Col. Ejercito de Oriente, Delegación Iztapalapa, CP 09230, México D.F., teléfonos 56230724, 57736330) de lunes a viernes en horario de la 10 a la 18 h.

CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE

28 al 30 de Octubre de 2011 <http://www.psicologiajuridica.org/>

NOVIEMBRE



XVI
Coloquio Internacional
de Antropología Física
JUAN COMAS

13 -19 de Noviembre de 2011 / OAXACA, MÉXICO

XVI COLOQUIO INTERNACIONAL DE ANTROPOLOGÍA FÍSICA "JUAN COMAS".
A CIEN AÑOS DEL NATALICIO DE JOHANNA FAULHABER KAMMANN
Y DE JAVIER ROMERO MOLINA



AMAB
Asociación Mexicana de
Antropología Biológica

Oaxaca de Juárez, Oaxaca 13 - 19 de noviembre de 2011

<http://www.amab.org.mx/coloquios/index.php/comas/comas16>



<http://www.epi2011.com.br/inscricoes/index.php>

VI CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, PSICOSALUD 2011



14 al 18 de noviembre de 2011

Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba

<http://www.psicosaludcuba.com/>

Los días **18-19 de noviembre de 2011** se celebrarán las **IV JORNADAS NACIONALES DE MEDICINA DEL DEPORTE - V JORANDA DE RHB, FISIOTERAPIA Y LOGOPEDIA DEL GRUP SAGESSA** el Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Más información en la sección de actividades en la siguiente página web. <http://www.femede.es/>

DICIEMBRE

European Obesity Medico-Surgical Workshop

5-6 December 2011 Munich, Germany

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

International Convention on Science, Education and Medicine in Sport (ICSEMIS).

<http://www.icsemis2012.com/>

Fecha límite para el envío de resúmenes 1 de diciembre de 2011



2012**IX CONGRESO IBEROAMERICANO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA Y GÉNERO**

Martes 31 de enero a viernes 3 de febrero de 2012

Lugar de celebración: Sevilla (España)

Correo de contacto: cictyg@gmail.com

<http://www.psychoinvestigation.com/>**27 al 30 de marzo de 2012****XIII Congreso Nacional y I Foro Mediterráneo de Psicología de la Actividad Física y Deporte**

Del 21-03-2012 al 24-03-2012

Centro Social Universitario. Campus de Espinardo. Universidad de Murcia.

Organizado por Federación Española de Psicología del Deporte y Sociedad Murciana de Psicología de la Actividad Física y Deporte

<http://www.psicologiadeportemurcia.com>**V CONGRESO INTERNACIONAL Y
X NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA****Del 26 al 28 de Abril de 2012**<http://www.ispcs.es/xcongreso/presentacion.html><http://www.eco2012.org/>