



CONTENIDO:

| | |
|--|----|
| Editorial | 1 |
| 1. Trabajos de difusión en investigación <i>Prestación de Servicio Social en el Programa Obesidad cognitivo conductual FES Zaragoza UNAM (Segunda Parte)</i> | 3 |
| 2. F54 Factores psicológicos ... [316] <i>F45.4: Trastornos por Dolor</i> | 6 |
| 3. Acérquese... ricos tamales <i>Cultura Alimentaria y población migrante en la zona oriente de la Ciudad de México (Parte 1)</i> | 8 |
| 4. Como, luego existo <i>Sobre la alimentación y la actividad física, ¿Qué sabe?</i> | 9 |
| 5. Colaboraciones <i>Medios, Estereotipo y Satisfacción de la Imagen Corporal en Adolescentes (Parte 1)</i> | 12 |
| 6. Próximas reuniones científicas | 16 |

Editorial

En el año 2012, la Organización Mundial de Salud (OMS) muestra al sobrepeso y a la Obesidad a nivel mundial como el quinto factor de riesgo en defunciones: 2.8 millones de personas adultas fallecen a consecuencia del sobrepeso o la obesidad: Los porcentajes con riesgos asociados son: 44 por ciento con diabetes, 23 por ciento con cardiopatías, y un 34 por ciento con algún tipo de cáncer. Las cifras de obesidad mundial van en aumento. De acuerdo con Finucane et al (2011), reportan los cambios de la obesidad mundial en los últimos 28 años con 1400 millones de adultos obesos al 2008 presentando 900 sobrepeso, mujeres con obesidad 300, 200 de hombres con obesidad y 40 millones de niños menores de cinco años. En 2012, Stevens et al, reportan cifras de la prevalencia de la obesidad en adultos de 199 países por regiones. En 28 años se ha incrementado en un 9.8 por ciento la población con obesidad en el mundo. La región con mayor incremento en la obesidad en hombres es América del norte (región donde está México) con 6.9 puntos porcentuales por década (Stevens et al, 2012). Entre los países con mayor incremento se encuentra México con 18 millones de obesos. (Cuadro 1).

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 consideró los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 que indican que siete de cada diez mexicanos adultos presentan sobrepeso y obesidad (Cuadro 1). Instituciones de Salud abren

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

LIC. PEDRO VARGAS ÁVALOS
Coordinador área de Psicología Clínica

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

DIRECTORIO BOLETÍN Psic-Obesidad

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN
RIEBELING
Editora

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ
DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA

MTRO. ALBERTO MONROY ROMERO

M.C. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO

LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA
Consejo Editorial

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

VICTOR HIPOLITO BELMONT

ANA ROSA RANGEL ROJAS

SHARONE MONTSERRAT ANDRADE SORIA

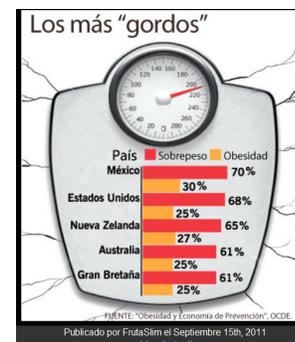
LIZBETH CASTRO AMARO

centros de atención a la Obesidad como el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”; Hospital General de México; Hospital Juárez de México, Instituto Nacional de Perinatología.

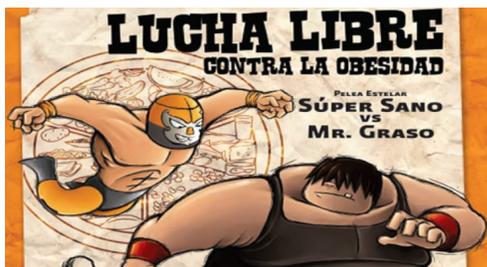
Cuadro 1: Cifras mundiales de la obesidad reportadas al 2012 por los Organismos internacionales de Salud OMS y OPS.

| 2008** | IMC | 2012*** | | 2007** | | Dif |
|-----------------------------|--------------------------|----------------|-------|---------|-------|-------|
| | | 1980 | 2008 | 1988 | 2006 | |
| Adultos 20 años en adelante | | | | | | |
| 1 de cada 10 | Con sobrepeso u obesidad | | | | | |
| 900* personas | Sobrepeso | 24.6 % | 34.4% | | | 9.8 % |
| 200* hombres | Obesos | País | | | | |
| 300* mujeres | Obesas | Estados unidos | 56* | | | |
| 40* niños < 5 años | Sobrepeso | China | 42* | | | |
| | | Brasil | 20* | | | |
| | | México | 18* | 34.5% | 69.3% | 34.8% |
| | | | | Mujeres | 71.9% | |
| | | | | Hombres | 66.7% | |

* Millones; ** Finucane et als, 2011; ***Stevens et als, 2012, ** Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007)



El 31 de julio de 2012, la Secretaría de Salud (México), realiza la Campaña de *Lucha Libre contra la Obesidad*, con la participación de luchadores de AAA “El Elegido”, “El Mesías”: *...es fundamental incluir el ejercicio dentro de nuestros hábitos de vida y no verlo como una tortura o imposición, sino como una oportunidad de pasar momentos de sana diversión* (“Salomón Chertorivski Woldenberg, Secretario de Salud, 31).



Llegamos al final del 2012 la culminación del año y con la tendencia al alza de la obesidad en la población. Las estrategias planteadas sobre el control de los riesgos asociados y la capacitación del personal de salud para la atención de las personas afectadas [obesas] han sido novedosas y poco efectivas. Desde el ámbito social y psicológico, como estrategia de prevención, se requiere mayor énfasis en considerar a la persona obesa con sus emociones, cogniciones y estrategias que le conducen y mantienen su condición corporal. También identificar el ambiente obesogénico que favorece al sedentarismo, la poca variación de nutrimentos, la inseguridad social y a evitar el autocuidado.

Usted, participe en el cuidado de su salud: Consuma más frutas y hortalizas, reduzca la ingesta de grasas saturadas y de sales.

Referencias

- Finucane, M.M., Stevens, G.A., Cowan, M.J., Danaei, G., Lin, J.K., Paciorek, C.J., Singh, G.M., Gutierrez, H.R., Lu, Y., Bahalim, A.N., Farzadfar, F., Riley, L.M. & Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9·1 million participants. *Lancet*, 377(9765), 557-567.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Avila, M., et al. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de Salud (OMS)(2012). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva N°311 Mayo de 2012. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Secretaría de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México,
- Stevens, G.A., Singh, G.M., Lu, Y., Danaei, G., Lin, J.K., Finucane, M.M., Bahalim, A.N., McIntire, R.K., Gutierrez, H.R., Cowan, M., Paciorek, C.J., Farzadfar, F., Riley, L., & Ezzati, M. (2012) *Population Health Metrics*, 10(22), 1-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543235/>.
- A dos de tres caídas, 1 de agosto de 2012. <http://www.brakeover.net/2012/08/a-dos-de-tres-caidas.html>

1. Trabajos de difusión en investigación

Prestación de Servicio Social en el Programa Obesidad desde una perspectiva Cognitivo Conductual FES Zaragoza, UNAM (Segunda Parte)

En el número anterior de este Boletín (año 2, No. 7) se hizo referencia a las actividades desarrolladas en la prestación del Servicio Social. En este número se presenta el análisis de resultados de la exploración de la Conducta Alimentaria en estudiantes de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza. Con esta investigación, se cubrieron los objetivos del programa sobre la identificación de los factores psicológicos y socioculturales asociados a obesidad y el involucramiento del prestador del Servicio Social de la Carrera de Psicología, en actividades propias, enmarcadas dentro del servicio comunitario, la intervención y la investigación. Se aplicó el cuestionario sobre Conducta Alimentaria (Guillén-Riebeling, 2007), que explora las preferencias de consumo en diversos ámbitos. Los resultados obtenidos se describen a continuación:

Preferencia de consumo y ámbito social

El 76 por ciento de los estudiantes prefieren consumir alimentos acompañados de amigos o familia. El 22 por ciento consumen sus alimentos sin estar acompañados. Se encontraron diferencias significativas en el consumo de mujeres y hombres: Las mujeres prefieren consumir alimentos en familia mientras que los hombres prefieren consumir sus alimentos con otras personas o solos.

Preferencia del lugar de consumo:

El 90 por ciento de los estudiantes mencionan que rara vez prefieren comer fuera de casa, sea en el trabajo, el mercado, un restaurante o la calle, ellos prefieren comer en casa. Cuando consumen fuera de casa, los hombres lo hacen con mayor frecuencia que las mujeres.

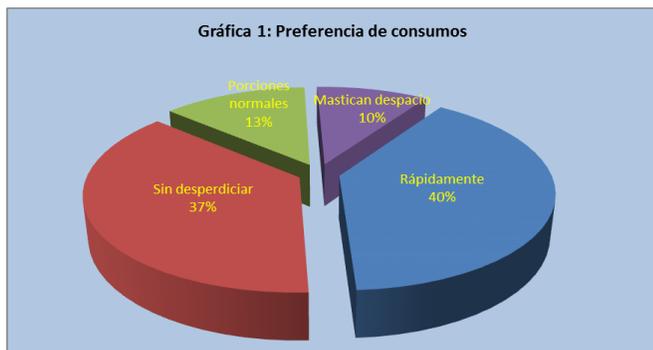
Preferencia de consumo y conducta de ingesta:

El 6.1 por ciento mencionan que en ocasiones consumen alimentos con gusto,

Se encontró que un 24 por ciento casi siempre consumen alimentos de manera rápida; el 95 por ciento de los estudiantes afirman que casi siempre prefieren masticar sus alimentos; el 11 por ciento

suele consumir alimentos en porciones grandes; un 31 por ciento prefiere no dejar restos de comida a la hora de comer (Gráfica 1).

El segundo tipo de preferencias hacen referencia a la pulsión de hambre y la preferencia de consumos: un 3.5 por ciento menciona que casi siempre consume alimentos aunque no tenga hambre mientras que un 51.5 por ciento consume en ocasiones y el 21 por ciento refiere consumir alimentos cuando tienen hambre. Del horario de consumo el 18 refiere consumir alimentos a cualquier hora y el 50 por ciento solo en ocasiones. (Gráfica 2)



La motivación se encontró que el 2.6 por ciento consume alimentos para calmar su ansiedad y el solo el 1.3 por ciento prefiere consumir alimentos “hasta reventar”.

Las diferencias por sexo mostraron diferencias significativas en que los hombres con mayor frecuencia mastican los alimentos pausadamente; las mujeres prefieren consumir los alimentos ocasionalmente en porciones grandes, sin dejan alimento en el plato y comen *hasta reventar*. (Imagen 1):

Imagen 1: Distribución de porciones de consumo ocasional de acuerdo con los resultados por mujeres y hombres.



Preferencia de consumo y tipo de alimento

Los resultados mostraron que el 85 por ciento de los estudiantes encuestados prefieren alimentos azucarados a los salados. El 63 por ciento consumen más carnes que vegetales. De ellos, las mujeres son las que consumen más vegetales que los hombres.



Los verdaderos hombres comen carne, no plantitas...". Referencia cultural de la masculinidad.



Discusión:

La conducta alimentaria se describe a través de las preferencias alimentarias, su socialización y tipos de alimentos que son consumidos por mujeres y por hombres. Los estudiantes de la Carrera de Psicología muestran la mayor preferencia de sus consumos compartidos con la familia, las amistades. La comida de casa: carne para hombres, vegetales para mujeres. Los resultados coinciden con las referencias de la cultura alimentaria de la selección alimentaria por hombres y mujeres; la creencia que el consumo de proteínas proporciona mayor fuerza y resistencia ante el gasto energético. La exploración sobre las preferencia de consumo y manera de ingerir, muestra un patrón flexible: consumen a cualquier hora con o sin hambre, en porciones grandes de alimentos, más carne que vegetales y de manera rápida. Estos resultados representan factores de riesgo psicológicos y culturales más frecuentes involucrados a patrones o hábitos alimentarios de nuestra población.

Lecturas recomendadas

Calvillo-Unna, A. (2011) *México capturado por los monopolios*. Diario La Jornada: lunes 1 de agosto de 2011. Disponible en: <http://archivo.lajornadajalisco.com.mx/2011/08/01/index.php>

Fung, T., Mccullough, M., Van Dam, R., & Hu, F. (2007). A Prospective Study of Overall Diet Quality and Risk of Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care* 30, 1753–1757.

Gómez-Mena, C. (2008) *Burger King no respeta acuerdo*. Diario La Jornada: jueves 6 de marzo de 2008. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/03/06/index.php>.

Hombres vs. Mujeres: Diferentes Necesidades Alimenticias. julio 22, 2008, Equipo de encontrandoDulcinea. <http://www.encontrandodulcinea.com/articulos/Hombres-vs-Mujeres.html>

Kessler, D.A. (2009). *The end of overeating: controlling the insatiable american appetite*. New York, Rodale Inc

Rothgerber, H. (2012). Real Men Don't Eat (Vegetable) Quiche: Masculinity and the Justification of Meat Consumption. En: *Psychology of Men & Masculinity*, Nov 12, S/p.

Samuel M.C., Vugia, D.J., Koehler, K.M., Marcus, R., Deneen, V., Damaske, B., Shiferaw, B., Hadler, J., O'Henao, O.L., & Angulo, F.J. (2007). Consumption of risky foods among adults at high risk for severe foodborne diseases: room for improved targeted prevention messages. *Journal of Food Safety*, 27(2), 219 – 232.

WEB:<http://www.alimentacion-sana.com.ar/Portal%20nuevo/actualizaciones/porcionesdistorsion.htm>

Víctor Hipólito Belmont

2. F54 Factores psicológicos ... [316]

F45.4: TRASTORNOS POR DOLOR

La clasificación del DSM IV-TR (2003) refiere al dolor (psicológico) como un grupo de síntomas que corresponde a un trastorno de los llamados trastornos Somatomorfos pues los síntomas físicos sugieren una enfermedad de carácter médico. Los síntomas ocasionan un malestar significativo en el individuo que afecta su calidad y estilo de vida. Sus tipos son: crónico, neuropático, de somatización, por umbral y la fibromialgia. Este último se encuentra identificado más como enfermedad médica que psicológica por los datos diagnósticos que le apoyan.

Los criterios diagnósticos son:

- a) Dolor localizado en una o varias zonas del cuerpo que requiere atención médica.
- b) Dolor imposibilita al individuo para continuar con su vida activa.
- c) Es asociado a factores psicológicos por el inicio, mantenimiento o exacerbación del dolor.
- d) La manifestación del dolor es real.
- e) El dolor no puede ser explicado por otra problemática.

Los subtipos del criterio “c” son:

[307.80] Asociado a factores psicológicos

[307.89] Asociado a factores psicológicos y enfermedad médica.

Especificaciones: de tipo agudo o crónico.

Los tipos de enfermedades médicas son por sistemas, zonales y funcionales.

La clasificación diagnóstica de “Dolor” se remite a la manifestación corporal o somática de la dolencia específica. Abordar al “Dolor” desde la psicología integral es abordar al individuo que la presenta, al desvincularse de la corporeidad y ampliar su sentido en el ámbito cultural, cuya cognición es dada por la educación y las creencias en valores y religión. Para Hernández-Guzmán (2003) “el dolor es una alteración que afecta negativamente al ser humano y que puede estar asociada a una lesión física o a una experiencia emocional desfavorable. No es el dolor físico el que más afecta a los ancianos sino el dolor espiritual, el que surge de las fibras más íntimas de su ser”. Para Vallejo (2005) el tratamiento psicológico del dolor es considerar las características del paciente.

De las dos posturas - negativa y positiva-, la primera es más enfática en la Clínica y la Salud. La enfermedad, el dolor y la muerte poco a poco se fueron considerando indeseables, dentro de la cultura occidental, donde la disciplina de la medicina ha tenido un impacto casi determinante. Parris (en Prithvi, 2002) señala: “...Los principios fundamentales de la medicina, se basaron en medidas para superar el sufrimiento humano causado por la enfermedad ... “ (pág.. 4). El concepto tribal del dolor procedía de la creencia de que estaba producido por una “intrusión” desde fuera del cuerpo. Se pensaba que esos “intrusos” eran espíritus malignos enviados por los dioses como una forma de castigo, de esta forma la medicina dio un rechazo no solamente al padecimiento del dolor, sino a las ideas religiosas (presentes en culturas occidentales) y de culturas (antiguas) con relación al dolor. En la antigüedad se aceptaba que las personas con dolor estaban recibiendo un castigo en forma de sufrimiento impuesto por los dioses y ofrecido a ellos para aplacarlos después de alguna transgresión.

El significado histórico del dolor ofrecido por Parris (en Prithvi, 2002), es importante recordar el origen del término “paciente”: “...“paciente” deriva del latín *patior*, “el que soporta sufrimiento o dolor... (pag. 4). Por otra parte el “dolor” está relacionado etimológicamente *con dolas*, “fraude o transgresión”.

La clínica ha marcado una influencia predominante en el significado del dolor. Conforme se

desarrolló la sociedad y prosperó la ciencia el público general consideró que el dolor era innecesario e inaceptable. Parris señala que para el estudio del dolor surgió la teoría de la especificidad, que describe la conducción del dolor desde la lesión periférica, a través de los nervios, hasta el encéfalo, en palabras de Bakan señal en 1975: "...La doctrina de la etiología específica refiere que para cada mal hay una causa específica" (pag. 20). Según Parris (en Prithvi, 2002), las consecuencias de esta teoría es primero que se buscaron nuevas técnicas quirúrgicas capaces de interrumpir las vías del dolor y la otra que mantuvo la creencia de los clínicos por más de medio siglo a pensar que las vías del dolor y su interrupción, constituían la única respuesta al rompecabezas del dolor.

Del conocimiento del dolor, Bakan (1975) señala que la mayoría de las enfermedades que acarrear el dolor, intervienen varios factores biológicos donde la dolencia específica puede considerarse un síntoma. Hay diferencias entre el dolor físico y el dolor relacionado a la vida emocional del individuo, en ocasiones llamado pena. El dolor no físico es consecuencia de la experiencia emocional desfavorable o adversa a los recursos del individuo.

Así, la definición del dolor es compleja ya que en su significado se encuentran diversos factores tanto biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La manera en que se define el dolor es influida por la misma cultura. Las soluciones "rápidas", "evitativas" o "distractoras" tienen su componente cultural por encima de la percepción de la propia persona, de sus significados y sus experiencias de aprendizaje que pueden resultar de él.

Se realizó una búsqueda de dolor, sobrepeso y obesidad del 2011 al 2012 en la Biblioteca Virtual de Salud (cuba) la cual mostró 93 referencias. De ellas se seleccionaron las temáticas más vinculadas con factores psicosociales que se describen a continuación:

- ◆ Asocian obesidad y falta de ejercicio con el dolor crónico.
- ◆ El sobrepeso aumenta el riesgo de desarrollar osteoartritis de rodilla
- ◆ Obesidad y fibromialgia.
- ◆ Malos hábitos en la infancia aumentan la incidencia de dolores lumbares
- ◆ Ser obesa y levantar mucho peso eleva riesgo de problema pélvico
- ◆ Malos hábitos aumentan riesgo de adolescentes a padecer jaquecas
- ◆ Demasiados pacientes de artritis reumatoide son sedentarios
- ◆ Las mujeres necesitan más ayuda después de ataque cardíaco
- ◆ Diagnóstico y rehabilitación en enfermedades ortopédicas
- ◆ Infarto del miocardio en edades tempranas de la vida (Fuente: BVS, cuba, 2012).



*"El Grito" de Klaus Ohnsmann,
cuadro ganador del
I Premio de Pintura Grüenthal.*

Las imágenes de personas obesas se describen sentadas, sonrientes, acompañadas de un alimento o bebida. ¿Son alegres y bonachonas las personas obesas? Como cualquier persona tienen derecho de expresarse. Los enfoques sociocultural y psicológico, dan explicaciones acerca de los factores entrelazados de los estereotipos, el estigma social y el prejuicio, cuyo objetivo es colocar a la persona obesa en una posición desventajosa frente a la cultura dominante anoréxica y demandante de dietas y ejercicios. La persona obesa será discriminada bajo la creencias irracionales: "no sufre" por su condición; "no le duele" el exceso adiposo y será "poco realista del cuidado personal".

Enfoque no realista del obeso



REFERENCIAS

Bakan, D. (1975). *Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.

Biblioteca Virtual de Salud Región Latinoamérica: http://bvscuba.sld.cu/?read_result=aldia-12275&index_result=0.

Gómez-Sancho, M. (1998). Dolor y sufrimiento. El problema del sentido. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 5, 144-158.

Hernández-Guzmán, B. (2003). Análisis de los conceptos dolor, sufrimiento, muerte y felicidad en la tercera edad. *Revista Educación Médica*. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_02_03/educamed/em7_v9_0203.htm.

Prithvi, P. (2002). *Tratamiento práctico del dolor*. España: Harcourt

Vallejo, M.A. (2005) Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

Cultura Alimentaria y población migrante en la zona oriente de la Ciudad de México (Parte 1)

La zona del oriente de la ciudad de México está caracterizada por una densa población migrante de diversos estados de la república. En ella sobresalen los estilos de alimentación por sus horarios y tipos: desde Tijuana hasta Yucatán. Esta diversidad cultural es tomada en cuenta en la consulta de Tratamiento Integral de la Obesidad (TIO), a través de la procedencia cultural del paciente en el protocolo de atención para la adecuación de las recomendaciones alimentarias y del fortalecimiento de la terapéutica empleada por el equipo multidisciplinario. La visión del paciente acerca de sus propios consumos, de los valores y sus repercusiones, es tan importante como la indicación de los estudios clínicos y del patrón de actividad física.

Se encuestó a través de la "Historia de Peso" (Guillén-Riebeling, 2008) a mujeres obesas quienes contestaron de manera voluntaria el instrumento y se encontraban en lista de espera a la consulta del TIO. Se describe el primer relato de la Sra S.F.V de 37 años de edad, casada. Se dedica al hogar, tiene dos hijos varones y su esposo trabaja en la carpintería.

Los alimentos forman parte de las celebraciones familiares. Un cumpleaños sencillo en cualquier época del año se compone de alimentos dulces: *refresco, gelatina y pastel*.

En la gran fiesta de muertos, desde el 31 de octubre al 3 de noviembre. La familia se reúne para ayudar a preparar el "altar de muertos". Retratos, flores, agua, mantel, mesa y velas, son básicos. El tipo de comida que se pone en el altar depende del difunto:

Para los grandes se pone lo que más les gustaba en vida: pozole, pan de dulce, frutas, cigarros, pulque, mezcal o ron, a según de quien sea.

Para los niños, se ponen dulces, leche, chocolate y picositos (dulces con chile). Además de la comida se ponen cosas para que juegue como pelotas, muñecos o carritos.

El día 1 de noviembre es para los niños. El día 2 de noviembre es para los grandes. Mis abuelos

acostumbraban cambiar el altar pues los niños “ya se había llevado su aroma [de los alimentos]

Las fiestas decembrinas comienzan el día 11 con las mañanitas a la virgen de Guadalupe.

“Desde la tarde nos preparamos para ir a la iglesia. Comemos por ahí de las 7 de la noche: Después de la novela [de la TV] por ahí de las 10, mi mamá tomamos un pan con café o leche y nos vamos a la iglesia para apartar lugar y cantar las mañanitas a la virgen. El mero 12 vamos a misa y a veces vamos a algún baile que se nos invite. Ese día se guarda con mucha emoción

Antes del 24 de diciembre, la noche buena:

La familia se prepara adornando el árbol de navidad con series, esferas, moños. Se pone el Nacimiento y se junta la cooperación de los grandes para la cena de navidad.

El 24 de diciembre:

Se prepara una deliciosa cena... nos juntamos entre varias familias para celebrarlo, arrullando al niño Dios. Se usan serpentinas, luces de bengala y aguinaldos. La cena es pavo relleno, tostadas, pan, espagueti, ponche con piquete, hay también Sidra y ensalada de manzanas con crema y nueces.

El 31 de diciembre acostumbran cenar:

Pavo con mole, pasta de espagueti, ensalada mixta. Además hay pozole, tostadas de crema, pollo o pata, chiles rellenos, galletas, pan, tortillas, dulces, ponche y la ensalada de betabel, jícama y cacahuates. Sin faltar las uvas, la sidra para las 12 campanadas.

El vínculo entre la cultura y la alimentación sobresale en la cohesión social, la reunión familiar y la trascendencia con los valores. La persona obesa conserva su tradición, gusto y relaciones familiares-afectivas. Considerar las pautas culturales en el tratamiento de la obesidad, favorece la posibilidad de los cambios a la salud.



(R) Archivo personal Raquel Guillén Riebeling

LECTURAS RECOMENDADAS

- Bray, G.A. (1989). *Clínicas médicas de Norteamérica*. Los Ángeles, Universidad de California.
- Contreras Hernández, J. (compilador) (1995) *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*, Barcelona, Universitat de Barcelona, Colección Ciénces Humanes i Socials.
- Cortés Ruiz, J.C. (1995) *La Obesidad: un seguimiento antropológico*. México, ENAH, Inédita.

Ana Rosa Rangel Rojas

4. Como, luego existo

SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA, ¿QUÉ SABE?

La Secretaría de Salud, México, ha establecido varios consejos y medida sencillos sobre el consumo de alimentos según el Índice de Masa Corporal (IMC) y de acuerdo a algunos padecimientos. Expertos sugieren que los alimentos se pueden dividir en los que se pueden consumir todos los días;

otros con moderación en cada comida y consumo limitado. La estrecha relación entre el consumo de alimentos y el peso corporal conduce al plan alimentario y para ello se requiere tomar en cuenta el Índice de Masa Corporal o IMC, y el padecimiento que se tenga.

Para saber qué alimentos son los más adecuados para ti, Inicia con la obtención de tu IMC:

Divide tu peso corporal (en kg.) entre el cuadrado de tu estatura (o talla), es decir, multiplica tu estatura por sí misma. (kg/m²)

Ejemplo:

Peso corporal: 55 kg. Estatura (talla): 1.52 m. $(1.52 \times 1.52) = 2.31$
 $55 / 2.31 = 23.80$ IMC

De acuerdo a tu IMC, observa el semáforo.

Si tu IMC es menor de 18.5 tienes bajo peso

Si tu IMC está en 26 tienes sobrepeso

Si tu IMC es igual o mayor a 27* tienes Obesidad



Fuente: Secretaría de Salud. GDF, 2012

La sugerencia para realizar el consumo de alimentos adecuados debe de ser basado en las leyes de la alimentación y la finalidad de la alimentación esta supeditada a su adecuación al organismo. Debe seguirse un plan alimentario equilibrado e inocuo (NOM-043-SSA2-2005), cuyo consumo habitual no implique riesgos para la Salud ya que está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consume con moderación y debe tener diferentes alimentos. Entender estas leyes como principios fundamentales para resultar en una vida saludable, teniendo en cuenta una nutrición adecuada, de calidad, en cantidades suficientes y con equilibrio:

De la cantidad: La cantidad de alimentación debe ser suficiente para cubrir las exigencias calóricas del organismo y mantener el equilibrio de su balance.

De la calidad: El régimen alimenticio debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo que es una unidad indivisible, todas las sustancias que lo integran. En la dieta hay nutrimentos dispensables e indispensables, son aproximadamente 45 nutrimentos en cantidades que varían.

De la armonía: Las cantidades de los diversos principios que integran la alimentación deben guardar una relación de proporciones entre si.

De la adecuación: La cultura y el gusto deben ser ajustadas a los recursos económicos sin que modifique cambiar sus características. Se requiere adecuar al peso corporal de la persona, a la edad, su estado de salud y a su actividad física y/o trabajo.



(Fuente: Guía Actividad Física, pág. 46)

Recomendaciones para la Actividad Física

| Si tienes ... | Realiza: | | | | | | | | | | |
|---|--|------|-------------|--------|--------------|--------|-------------------------|-------------|-------------------------|------|-------------|
| <p>PESO NORMAL IMC 18.5-24.9 kg/m²</p> | <p>Cada día 30 minutos de actividad física. Camina a paso moderado, nada, baila, entre otras actividades</p> | | | | | | | | | | |
| <p>SOBREPESO IMC 26 kg/m²</p> | <p>Inicia con 15 minutos de caminata o baile ligero e increméntalo poco a poco.</p> | | | | | | | | | | |
| <p>OBESIDAD IMC >27* kg/m²</p> | <p>Inicia tu programa de actividad física, bajo supervisión clínica y de salud por un especialista</p> | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center; color: green; font-size: small;">Recomendaciones del consumo de bebidas para una vida saludable para población mexicana</p>  <p style="font-size: x-small;">Cuenta con 6 niveles, en los que se ubican diferentes bebidas y se sugieren las cantidades que debe tomar un adulto cada día. La recomendación de las bebidas se basa en los beneficios que le proporcionan al cuerpo, por lo que la cantidad sugerida se encuentra en el lado derecho del gráfico en forma de vasos o tazas.</p> <p style="font-size: x-small;">Fuente: ¿Sabes cómo llevar una buena alimentación? Folleto. Instituto Nacional de Salud Pública: 6</p> | <p style="text-align: center;">Recuerda tomar por lo menos 1.5 litros de agua simple todos los días.</p> | | | | | | | | | | |
| <p>Además, puedes consultar a un especialista si tienes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diabetes, hipertensión arterial u otro padecimiento. Presión baja. Problemas en articulaciones Problemas respiratorios (asma, enfisema, neumonía, entre otros). | <p style="text-align: center;">Es importante tu presión arterial</p> <p style="text-align: center;">Indicadores de Presión arterial:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Baja</td> <td>90/60 mm/hg</td> </tr> <tr> <td>Óptima</td> <td>120/80 mm/hg</td> </tr> <tr> <td>Normal</td> <td>120 a 129/80 a 84 mm/hg</td> </tr> <tr> <td>Normal-Alta</td> <td>130 a 139/85 a 89 mm/hg</td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td>140/90 mmhg</td> </tr> </table> | Baja | 90/60 mm/hg | Óptima | 120/80 mm/hg | Normal | 120 a 129/80 a 84 mm/hg | Normal-Alta | 130 a 139/85 a 89 mm/hg | Alta | 140/90 mmhg |
| Baja | 90/60 mm/hg | | | | | | | | | | |
| Óptima | 120/80 mm/hg | | | | | | | | | | |
| Normal | 120 a 129/80 a 84 mm/hg | | | | | | | | | | |
| Normal-Alta | 130 a 139/85 a 89 mm/hg | | | | | | | | | | |
| Alta | 140/90 mmhg | | | | | | | | | | |

* La clasificación mundial del IMC es de 27 a 29.9. De acuerdo a la población mexicana es de 27. (Nota de la Editora)

REFERENCIAS

Barquera Cervera, S., Rivera Dommarco, J., Campos Nonato, I., Hernández Barrera, L., Santos-Burgoa Zarnacki, C., Durán Vidaurri, E., Rodríguez Cabrera. L., & Hernández Ávila, M. (2010) *Bases técnicas del Acuerdo Nacional*.

Bourges, H., Casanueva, E.,& Rosado, J.L. (2008). *Recomendaciones de Ingestión de Nutrientes para la población Mexicana*. Bases Fisiológicas. T.2. México, Panamericana.

de la Gestión e Innovación Educativa de la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación

Pública a través del Programa Escuela y Salud. México.

<http://www.nhlbi.nih.gov>

La *Guía de Activación Física. Educación Secundaria*. (2010). Dirección General de Desarrollo

Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria: NOM-043-SSA2-2005 para la Salud Alimentaria. México, Secretaría de Salud.

¿Sabes cómo llevar una buena alimentación? Folleto. México. Instituto Nacional de Salud Pública.

Your Guide to Physical Activity and Your Heart. (2006). National Heart, Lung, and Blood Institute. NIH Publication No. 06-5714. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health

www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=209&Itemid=127

Dolores Patricia Delgado Jacobo

5. Colaboraciones

MEDIOS, ESTEREOTIPO Y SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES (PARTE 1)

Este estudio tuvo como propósito explorar los medios, estereotipos femeninos y su relación con la satisfacción de la imagen corporal en mujeres adolescentes a través de la revisión de conceptos.

Las presiones sociales para adecuar el desarrollo personal y corporal con las imágenes mostradas por los medios masivos de comunicación, los productos de consumo y los referentes culturales extranjeros inciden en la cultura de los adolescentes. Las consecuencias se muestran en la distorsión de la imagen corporal, trastornos afectivos, de la alimentación y el desarrollo de hábitos perjudiciales a la salud. La revisión conceptual permite enfocar en un esquema teórico el estereotipo y la satisfacción de los adolescentes acorde con el desarrollo.

Medios de Comunicación

Los medios masivos de comunicación constituyen un proceso de socialización muy importante. El desarrollo tecnológico diversificó los medios en las formas de difusión y los accesos, con ellos el impacto en la conciencia y en las formas de comportamiento humano (Gerbner, 1979, en Castro, 2000). La efectividad de los medios de comunicación es una expresión que poseen para alcanzar un objetivo e indicar un objetivo previo o intencional sobre las cogniciones (sobre el conocimiento y la opinión); los motivos (que remiten a actitudes y sentimientos); y sobre los comportamientos (McQuail, 1993). Para Klapper (1960) distingue los cambios menores y el reforzamiento a través de la concordancia con la intención del emisor de la información, el cambio en la forma, intensidad y confirmación, por parte del receptor, de sus creencias y opiniones.

Salazar (1986) considera que los mensajes actúan sobre el individuo (o grupo) *pasivo*, que asimila de manera acrítica el mensaje en un proceso de aprendizaje por imitación u observacional: el individuo recibe los contenidos y tiene la posibilidad de modificar sus valores, creencias, actitudes o conductas.

Gherardi & Arribas (1986) señalan que los medios de comunicación pueden tener distintos efectos en distintos niveles, en un plano estrictamente psicológico se pueden estudiar los siguientes aspectos:

Percepción: mecanismos perceptuales implícitos en los distintos medios, atención y retención de mensajes. La presentación audiovisual provoca retención que la auditiva o visual separadas; sin embargo, lo auditivo es mejor que lo visual cuando los contenidos son sencillos.

Conducta. Imitación de patrones de comportamiento inducidos por modelos presentados en los medios de comunicación; formación, modificación o eliminación de patrones de comportamiento.

Actitudes, Creencias y Valores: formación o modificación de actitudes, consecuencias directas e indirectas al nivel de creencias o valores, asimilación de sistemas de valores.

Motivacionales: formación de expectativas y metas, aprendizaje secundario de valores incentivos de distintos objetos o situaciones, formación de motivaciones secundarias.

Cognoscitivos: formación, ampliación o modificación de los conocimientos respecto a la realidad; contacto mediado respecto a situaciones o problemas.

Un aspecto positivo atribuible a los medios de comunicación es la difusión de mensajes innovadores dentro de la sociedad (Wright, 1978), al presentar nuevas formas de concebir los fenómenos, enfrentar la realidad o los cambios tecnológicos en los hábitos de conducta. A manera de sustituir un esquema o procedimiento tradicional, por otro considerado más adecuado para el propósito del emisor.

Maletzke (1965) propone cuatro criterios para diferenciar las relaciones entre el medio y el receptor:

Principio del todo o nada: quien utiliza el medio de comunicación por encima del promedio, también utilizará los otros medios de la misma forma.

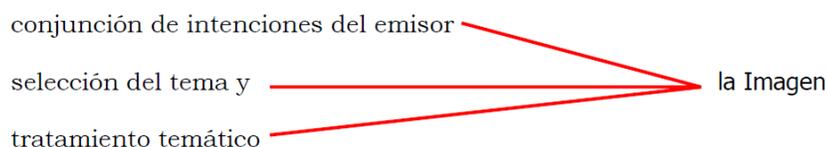
Educación: a mayor nivel educativo, mayor utilización de los medios.

Económico: el uso de los medios de comunicación incrementa el nivel de ingreso.

Edad: a mayor edad, mayor uso con fines de información o educación y menos edad sus propósitos son de entretenimiento.

Estas relaciones toman en cuenta las diferencias que representan los medios: visuales (libros, revistas, prensa), los auditivos (radio, discos, cassettes), o audiovisuales (cine, televisión, video-cassettes) en el ámbito de los procesos perceptivos, motivacionales y cognoscitivos.

La Teoría de la Imagen de Maletzke (1965) hace referencia al análisis del mensaje en tanto se estudia su producción como:



Fuente: Deligdisch, 1999: 47

En cada uno de los medios masivos Lasswell (1948), se utiliza alguno de los siguientes aspectos:

Percepción. Según la modalidad sensorial implícita; visual, auditiva, audiovisual.

Libertad y Obligación de la Conducta. El medio crea un patrón de comportamiento para recibir el mensaje. Por ejemplo, para contemplar una película en el cine, debe la gente permanecer en la oscuridad, sentados ante la pantalla, al escuchar un disco o una emisora de radio, le permite al receptor realizar otras actividades.

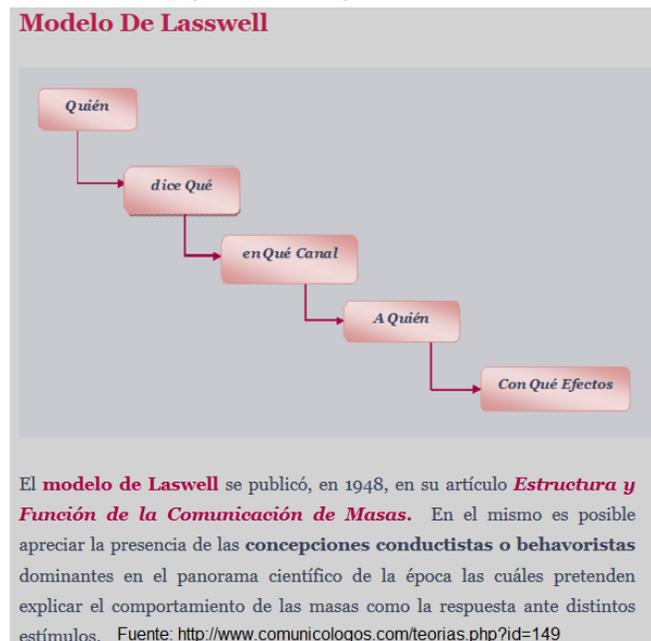
Libertad Temporal: El momento de presentación o recepción del mensaje puede ser fijado por el comunicador (radios, televisión, cine) o seleccionado por el sujeto receptor (periódico, revista o grabación). Esto supone la posibilidad o no de repetir el mensaje voluntariamente y la probabilidad de someter a los sujetos a la influencia.

Situación Espacial. El ambiente en el cual se realiza la transmisión o recepción: sin lugar definido, independientemente, hogar, sitios espaciales.

Situación Social. Como individuo, en grupo íntimo o como público presente o disperso.

Mensajes en Conserva o en Vivo. Contemporaneidad del mensaje, simultaneidad y oportunidad de los mensajes.

El modelo teórico se describe en la siguiente imagen:



La comunicación de masas, llevada por los medios masivos (televisión, revistas, periódicos, radio, cine, entre otros) va a ser un proceso social, cuyas funciones están determinadas por la estructura social económica y política del país.

De acuerdo con Shamm (citado por Salazar, 1978) el mensaje es empleado para:

Informar: Esta función se cumple presentando datos sobre aquellos aspectos de la realidad con las cuales el público no tiene contacto directo o posee información incompleta. Las instituciones de la comunicación se convierten en intermediarios entre la realidad y el público. Este hecho es importante en la medida en que amplía el dominio de la experiencia del sujeto, proporcionándole información sobre lugares, eventos, problemas, sucesos o situaciones inaccesibles de otra manera.

Enseñar: Se puede hacer de manera formal que tiene relación directa con la función de la información, incluyendo además los aspectos de difusión de mensajes estéticos o relacionados con los productos culturales.

Entretener y Distraer: A medida que se avanza en el desarrollo económico y social aumenta el tiempo libre de los grupos humanos, diversos estudios han demostrado que gran parte del tiempo de ocio se invierte utilizando los medios de comunicación masiva. Muchos de estos medios se dedican total o parcialmente al entretenimiento o distracción lo cual permite satisfacer necesidades importantes, como son el descanso, la eliminación de monotonía y el aburrimiento, escapar de la realidad, etc.

Persuadir: Los sistemas de comunicación en toda sociedad funcionan dirigidos por grupos o sectores que persiguen ciertos fines: políticos, económicos, sociales, culturales, etc. El propósito básico es el de ganar adeptos, mantenerse en el poder o lograrlo, tratando, en lo posible, de aumentar el área de influencia y ampliar el consenso alrededor del grupo.

Particularmente la persuasión conlleva gran cantidad de elementos de índole psicológica debido a que cualquier forma de control o influencia de una persona sobre otra, además describe el manejo de símbolos, apela al intelecto y al sentimiento para tener algún tipo de consentimiento psicológico de la persona a la cual se persuade (Lerbinger, 1979). La fuerza de la persuasión: con ciertas señales y signos representan la potencia de la fuerza y son estímulos suficientes en la comunicación (Kagelmann, 1986).

La persuasión posee la propiedad psicológica de la libertad: quienes son persuadidos sienten que están actuando de acuerdo a sus propias metas y pautas establecidas. Por lo que utilizan mejor sus capacidades y alcanzan un nivel mayor de productividad (Merani, 1980). Los diseños de persuasión detallan y coordinan todos los pasos y aspectos de la comunicación con el fin de alcanzar el cambio deseado en las actitudes y comportamientos del público receptor (Bernays, en Lerbinger, 1979) son de estímulo – respuesta, cognoscitivo, motivacional, social y de personalidad. En resumen, el uso de los diseños de persuasión en los medios de comunicación han logrado enviar mensajes a los receptores y constituyen uno de los medios más importantes para la transmisión de valores en las sociedades (Guinsberg, 1985).

Estereotipos

El estereotipo es un concepto relacionado con la cognición y las relaciones sociales, ya que son creencias que se dan sobre los grupos y a su vez se crean y comportan entre los grupos de cultura (Morales, 2007). Las definiciones de estereotipos se pueden agrupar en dos dimensiones: la errónea-normal y la individualidad-social. La primera es considerar al estereotipo en una forma errónea o inferior de pensamientos (Millar, 1982, Ashmore & Del Boca, 1981, en Morales, 2007). La forma inferior de pensamiento alude a que son erróneos o irreales, ya que no coinciden con la realidad. Obedecen a una motivación defensiva, por tener un carácter de sobre-generalización, vinculados al etnocentrismo, sobrevaloración del propio grupo y al rechazo y hostilidad hacia los otros (exo-grupos). La segunda dimensión se refiere al acuerdo o consenso social en su definición y se limita a considerar las creencias que sostienen los individuos.

Lippman en su obra *Opinión pública* (1922, en Morales, 2007), presenta la primera conceptualización de estereotipos. Los denomina *Pictures In The Head*” (imágenes mentales) y los caracteriza como un tipo de *pseudo ambiente* que media entre las personas y la realidad, influyendo en su percepción. Refiere al mundo antes de verlo, se define primero y luego se ve (Lippman, 1922, en Morales, 1999). Los estereotipos suponen una forma de economía y de simplificación en la percepción de la realidad, permiten reducir la complejidad a través de la categorización y dominio de un grupo sobre otro.

Para Allport (1954, citado por Morales, 2007), el estereotipo es una creencia exagerada asociada a una categoría. Su función es justificar la conducta humana en relación con dicha categoría.

Para Campbell (1967, citado por Morales, 1999) los estereotipos son factores externos que corresponden a las características de un grupo. Son internos, motivacionales, y hábitos del grupo. Así, los estereotipos reflejan el carácter del grupo descrito y proyectivamente el de aquel que lo describe.

Como conjunto de creencias, los estereotipos muestran las características de todos los miembros de un grupo en particular. Un estereotipo de género es un conjunto de creencias acerca de las lo que significa ser hombre o mujer: la apariencia física, actitudes, intereses, rasgos psicológicos, relaciones sociales y ocupaciones (Golombok, en Benavides, 1998).

Bustos en 2001, define al estereotipo como un conjunto de rasgos comunes atribuidos a un grupo de personas, producto de tradiciones históricas, modismos, historia cultural, marginación social, crisis o conflictos sociales de quienes tienen el poder y los medios para crearlos y difundirlos.

Por su parte, Webster (en Benavides, 1998) define al estereotipo como: imágenes mentales estandarizadas que representan una opinión simplificada o juicios críticos, que ofrece una economía de pensamiento, así como una economía y simplificación en la percepción de la realidad.

(Continúa en el siguiente número)

REFERENCIAS

- Benavides, H. (1998). *La comunicación general entre padres-hijos adolescentes y su relación con la comunicación en temas de sexualidad*. Inédita. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Bustos O. (2001). *Percepciones sobre la Situación Política Mexicana: Análisis con Perspectiva de Género*. Psicología Social: Investigaciones y Aplicaciones en México. México. FCE.

- Castro, S. (2000). *Estereotipos y roles de género en la publicidad televisiva*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología: UNAM.
- Deligdisch, A. (1999). *Espejismo. El Stronismo desde la óptica del diario PATRIA 1954-1989*. Paraguay. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción".
- Gherardi, E., & Arribas, J. (1986). *Estructuras básicas de la comunicación oral. Método sistemático y secuencial para la adquisición del lenguaje* Madrid. CEPE.
- Klapper, J.T. (1960). *The effects of mass communication*. New York. Free Press.
- Lasswell, H.D. (1948). *Power and Personality*. New York. Norton.
- Lerbinger O. (1979). *Diseños para una comunicación persuasiva*. México: Manual Moderno.
- Maletzke, G. (1965). *Psicología de la comunicación colectiva*. Quito, CIESPAL.
- McQuail, D. (2000). *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*. España, Paidós
- Merani A. (1980). *Carta abierta a los consumidores de psicología*. México. Grijalbo.
- Morales, J.F. (comp.)(2007). *Psicología Social*. España, McGraw-Hill.
- Salazar J. (1986) *Psicología social*. Venezuela: Trillas.
- Wright C. (1978) *Comunicación de masas, una perspectiva sociológica*. Buenos Aires: Paidós.

Sharone Montserrat Andrade Soria y Lizbeth Castro Amaro

6. Próximas reuniones científicas

VI Curso Avanzado en Obesidad

San Antonio, Texas, Estados Unidos.

Del 15 al 17 de noviembre de 2012.

Informes: office @amcien.com

2013

13° Congreso Mundial de Terapias Cognitivas y Comportamentales

Lima, Perú

Julio 22 - 25

Deadline Diciembre 7, 2012

XXXIV Congreso Interamericano de Psicología (SIP)

Brasilia, Brasil

Julio 15 - 19

Deadline Diciembre 15, 2012



VI CURSO INTERNACIONAL DE OBESIDAD, ATROSCLEROSIS Y NUTRICIÓN
11, 12 y 13 JULIO 2013



VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica

Santiago de Compostela, España

Junio 6 - 8

Deadline Marzo 15