



Psic-Obesidad

ISSN: 2007-5502



Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

Volumen 4, Número 16
Octubre - Diciembre de 2014

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

Editorial	Contenido	
		1
1. Trabajos de difusión en investigación		4
<i>La prevención de la obesidad en adolescentes y sus conceptos</i>		
2. F54 Factores psicológicos ... [316]		8
<i>Diagnóstico del Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez: 307.59</i>		
3. Acérquese... ricos tamales		9
<i>Cena o desayuno: consumos de energía</i>		
4. Como, luego existo		11
<i>Conceptos acerca de la conducta sedentaria</i>		
5. Colaboraciones		14
<i>La culpa como sentimiento y obesidad</i>		
6. Próximas reuniones científicas		19

Editorial

El 70 por ciento de los adultos mexicanos tiene sobrepeso u obesidad de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, señala que los adolescentes entre 12 a 19 años, 35% presentan sobrepeso u obesidad. Uno de cada cinco tiene sobrepeso y uno de cada 10 presenta obesidad. Los Adolescentes de entre 15 y 18 años, 22.7% son inactivos, 18.3% son moderadamente activos y 59% realizan alguna actividad física. Los adultos reportan el 81.8% (casi 16 horas) de las actividades al día son de tipo sedentario o inactivas (dormir, estar sentado frente a una pantalla, transporte inactivo). El porcentaje de inactividad es ligeramente menor en las localidades rurales con un 78.3% (14 horas). Para el 33% de las personas pasa dos horas diarias o menos frente a una pantalla, mientras que 39.3% dedicaba más de 2 y menos de 4 horas diarias y 27.7% cuatro o más horas al día en esta actividad sedentaria.

En noviembre de 2013, la FAO informó que México en el 2008 tiene el índice de obesidad mayor que los Estados Unidos de Norteamérica en la población adulta 32.8 frente al 31.8, respectivamente (págs. 78-79). Muy por debajo de los países de Islandia como Las Islas Cook que tiene un índice de 64.1. Independientemente del lugar mundial de México en Obesidad, destaca su incremento en las estadísticas nacionales de las Encuestas Nacionales del 2006 y del 2012 (Tabla 1). La Revista del Consumidor (2014), señala en su Reporte Especial que México aborda la Obesidad y su impacto a la salud, por lo que es necesario su prevención a través del cambio en los hábitos alimenticios inadecuados por hábitos sanos y la consecuente recuperación de la salud integral de los individuos. En el último tercio de 2014 la campaña gubernamental "mídete, chécate y

DIRECTORIO FEZ-ZARAGOZA

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NÚÑEZ
Director

DR. VICENTE J. HERNÁNDEZ ABAD
Secretario General

DR. OMAR VIVEROS TALAVERA
Jefe de la División de Ciencias de la Salud y el Comportamiento

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
Jefa de la Carrera de Psicología

MTRO. PEDRO VARGAS ÁVALOS
Coordinador del Área de Psicología Clínica

DIRECTORIO Psic-Obesidad

DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING
Editora

DRA. LUCY MARÍA REIDL MARTÍNEZ

DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ

MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA

LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA

DR. MARCO EDUARDO MURUETA REYES

M.C. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO
Consejo Editorial

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS

LIC. MARÍA DEL SOCORRO GARCÍA VILLEGAS
Equipo de colaboradores

Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

Correo electrónico:

boletinsicobesidad@yahoo.com.mx

COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

LIC. JORGE ULISES REYES HERNÁNDEZ

LIC. MARICRUZ MORALES SALINAS

ADRIANA CASTAÑEDA MARTÍNEZ

GLADYS HERNANDEZ VERA

Psic-Obesidad, Año 4, No. 16, octubre - diciembre de 2014, 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: boletinsicobesidad@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: Mtro. Mario Israel Prado Jiménez 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 17 de noviembre de 2014. 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.

muévete” aborda el tema de la Obesidad en México, a través de los medios de difusión masiva. Por primera vez en nuestro país, la prevención de la obesidad “suena” y se ve” en todas las regiones y condiciones sociales. La población derechohabiente a los Servicios de Salud tiene la posibilidad de ser atendida por un equipo multidisciplinario, el resto de la población puede acudir a otros servicios de salud como los regionales, privados, particulares, universitarios o a una orientación médica o psicológica. Como buen hábito aunque inadecuado, tiene su historia y su “razón de ser”. Se dejan los cambios “para mañana”, “el lunes comienzo”, “ahora que empiece el año”. O simplemente los cambios no se realizan por las costumbres y por los mismos hábitos, llegando a consolidarse “el círculo perfecto” de la conducta alimentaria. Si bien la aparición de la obesidad y el sobrepeso es por múltiples factores, las propuestas “mídete, chécate y muévete” son tres buenas razones para comenzar a romper el círculo perfecto de los hábitos inadecuados, apoyados con orientación psicológica y nutricional, por un estilo de vida saludable.

Tabla 1: Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición en México, porcentajes de peso corporal en niños menores de 5 años. Fuente: WHO (2014). *Nutrición infantil* | Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/node.main.55?lang=en>.

			Children aged <5 years underweight (%) ⁱ			Children aged <5 years overweight (%) ⁱ			Children aged <5 years stunted (%) ⁱ		
			Male	Female	Both sexes	Male	Female	Both sexes	Male	Female	Both sexes
			Mexico	2006	NLIS_312786 ⁱ	4.3	2.6	3.4	8.4	6.7	7.6
	2012	NLIS_313139 ⁱ	2.8	2.8	2.8	9	9	9	15.1	12.1	13.6

REFERENCIAS

- Food And Agriculture Organization Of The United Nations (2013). Italia. WHO. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/018/i3300e/i3300e.pdf>. Acceso 9-05-2014
- Reporte Especial: México número uno en obesidad [Revista de Consumidor TV 49.1] <https://www.youtube.com/watch?v=bbLSa2zeMLo&x-yt-ts=1422579428&x-yt-cl=85114404>
- Rivera Dommarco, J. & Gutiérrez J.P. (Coord.) (2012) La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT2012). México, INSP. Disponible en <http://ensanut.insp.mx/>. Acceso 13-05-2014.
- WHO (2014). *Nutrición infantil*. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-MEX?lang=en>. Acceso 09-05-2014.



Mural del Centro Universitario Ixtlahuaca, Edo de México, México

NORMAS DE PUBLICACIÓN DE PSIC-OBESIDAD:

La Editora y el Consejo Editorial invitan a los autores a publicar en Psic-Obesidad y presentan las Normas de Publicaciones actualizadas.

Psic-Obesidad con ISSN: 2007-5502, es una Revista Electrónica con difusión vía red de cómputo, trimestral de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Resultado de la Línea de investigación: Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual (LI-FESZ-170909). Se destacan los aspectos psicológicos y socioculturales en torno a las enfermedades crónico degenerativas, particularmente la Obesidad. Puede ser consultada por académicos, alumnos, integrantes de asociaciones profesionales y por el público en general

Los trabajos para ser publicados requieren ser novedosos e inéditos, no habrán sido presentados ni total ni parcialmente para su publicación ni para su evaluación en otra revista o medio de difusión. Puede tratar de

Artículos de investigaciones originales, que abarquen aspectos psicológicos asociados a la obesidad y a la persona obesa: datos epidemiológicos, análisis y discusiones, informes de casos clínicos.

Aspectos socioculturales relacionados a la alimentación.

Propuestas para apoyar las estrategias dirigidas al fortalecimiento de conductas alimentarias sanas.

Reseñas de artículos o libros.

Colaboraciones e información sobre reuniones científicas.

En su contenido y estructura deberá adecuarse a las normas de la American Psychological Association (APA), en su sexta edición del inglés y tercera en español: <http://www.apastyle.org/>. Los artículos deben presentarse en procesador de textos Word, en fuente tipo Times New Roman y a 12 puntos de tamaño, a doble espacio y con 3x3 cm de márgenes, con alineación a la izquierda. Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación. La información de otros autores deberá ser citada y la información de la fuente incluirla en las referencias. Pueden enviarse por correo electrónico: boletínpsicobesidad@yahoo.com.mx o entregarse personalmente con la Editora Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling.

ARBITRAJE

Recibido el trabajo, será comunicada su recepción por la Editora quien se encargará junto con su equipo de colaboradores, de realizar la primera revisión para examinar la pertinencia como el cumplimiento de las pautas de presentación. Se considerará la originalidad, consistencia temática, aporte al desarrollo o conocimiento del tema y al avance del área de la Psicología a la que pertenece. La calidad de los artículos será evaluada de manera anónima por dos árbitros. En caso de desacuerdo entre los evaluadores se asignará un tercer árbitro para la revisión y dictamen. El proceso de arbitraje se realizará bajo la modalidad del doble ciego, es decir, los autores desconocen la identidad de los árbitros y los árbitros desconocen la identidad de los autores. El Consejo Editorial se reserva el derecho de realizar la corrección de estilo y los ajustes que considere necesarios para mejorar la presentación del trabajo sin que el contenido se vea afectado.

El resultado del proceso de evaluación podrá ser:

- a) Que se publique sin cambios.
- b) Que se publique con los cambios sugeridos.
- c) Que se realicen cambios sustanciales por el autor o autores y posteriormente sea sometido a una nueva evaluación.
- d) Que no se publique.

El dictamen de los artículos será informado, vía correo electrónico a los autores quienes recibirán el artículo con las observaciones indicadas y el formato de evaluación con el dictamen. Los trabajos aceptados, luego de recibir la revisión del corrector idiomático, se remiten a sus autores para que expresen su conformidad para su publicación.

1. Trabajos de difusión en investigación

LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES Y SUS CONCEPTOS

Desde el ámbito psicológico se pueden llevar a cabo actividades para la prevención de la obesidad en adolescentes a través de talleres o cursos que tiene por objetivo proporcionar información acerca de la obesidad, de la conducta alimentaria, de los estilos de vida no saludables y de la imagen corporal en la adolescencia brinda a las personas el conocimiento de las opciones para mejorar su salud. Para llevar a cabo la actividad, se organizan las temáticas por introducción y desarrollo. Se establecen las sesiones de exposición, discusión y resultados. La selección de temáticas son:

A manera de introducción, la obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal.

Causas de la obesidad:

- Ingesta excesiva de alimentos
- Enfermedades endocrinas, por ejemplo el hipotiroidismo
- Lesiones hipotalámicas
- Síndromes genéticos
- Posible origen genético

Origen metabólico: Se pone énfasis en la ingesta excesiva de alimentos y el origen metabólico, ya que entre estos, el cuerpo necesita un equilibrio entre lo que una persona come y lo que gasta energéticamente.

Ahora bien, en la etapa del desarrollo que es la adolescencia se hace referencia a una correcta y equilibrada alimentación que aporte los nutrientes necesarios que requiere el cuerpo, ya que éstos varían de acuerdo a las variables de sexo, a la edad y a las actividades que un adolescente realiza.

¿Qué es la adolescencia? Es la etapa del desarrollo, en la que se inicia el cambio físico acelerado; como es el aumento de estatura, se adquieren rasgos de madurez física, así como de personalidad. Este periodo inicia entre los 11 y 12 años de edad y termina entre los 16 y 17 años de edad.

En muchas ocasiones, los padres de familia están habituados a pensar que lo que sus hijos requieren es que coman mucho para que estén sanos, o a veces los adolescentes, piensan que el no comer es lo mejor para guardar la línea. Sin embargo cabe destacar que existen dos extremos similares y distintos a la vez: similares porque ambos dañan la salud; y distintos porque actúan de forma diferente en el organismo. Estos son la ingesta excesiva de alimentos y la desnutrición, pero para poder hablar de ellos, es importante mencionar también lo que es la nutrición.

Adolescentes con desnutrición e ingesta excesiva de alimentos

La nutrición consiste en el consumo variado de alimentos que contienen proteínas, minerales y vitaminas. La alimentación consiste en proporcionar al cuerpo los nutrientes que necesita no solo para estar en forma sino, ante todo, para vivir. Las principales clases de nutrientes son proteínas, grasas y carbohidratos, los cuales dan energía al cuerpo y le permiten crecer y subsistir.

La subalimentación es el consumo de demasiadas grasas y féculas y pocas proteínas, minerales y vitaminas.

Desnutrición: Condición a consecuencia de una alimentación deficiente, a la falta de sustancias nutritivas que son necesarias para que el organismo funcione adecuadamente, un ejemplo de ello es cuando una persona obtiene menos calorías de las que se necesita, lo primero que ocurre es que se

adelgaza porque va quemando las grasas acumuladas para obtener energía.

Lo importante es tener una alimentación variada que contenga por lo menos porciones de verduras, frutas, carnes o lácteos.

Comer a deshoras

Un conflicto que no sólo los adolescentes presentan, sino la población en general, es que no tiene un hábito de tener un horario para comer, tanto vivir aceleradamente, tener mucho trabajo, no comer en casa o comer alimentos que no contienen nutrientes, son algunas de las razones por las que no se tiene un horario fijo para comer. Entre los adolescentes, se encuentran los que no desayunan y al paso del día suelen ingerir alimentos con muchas calorías. Las adolescentes de entre 12 y 14 años de edad y que pesan más de lo normal tienden a saltarse más comidas y a consumir alimentos sin nutrientes que las adolescentes de peso normal. Al suceder esto, es probable que en éstas adolescentes pasen por la sobre nutrición que acelera su crecimiento en talla (estatura) y de peso corporal, acelerando el estirón; en el caso de la desnutrición, se retarda el estirón.

El estirón

Con frecuencia algunos padres de familia, llegan a pensar que sus hijos se están poniendo “gordos” y que por lo tanto ya no deben de comer demasiado. Les comienzan a evitar la comida y esto les causa conflicto a los adolescentes pues en su gran mayoría, realizan una actividad física y por lo tanto al gastar energía, tienen hambre y recurren a consumir alimentos sin nutrientes como lo son las papas fritas, pastelitos y refrescos. Es importante que conozcan el proceso del estirón que consiste en que un muchacho de entre 9 y 15 años de edad crezca rápidamente en casi todas sus dimensiones corporales y se pueden dar periodos de crecimiento lento o rápido, esto dependiendo de la alimentación que el adolescente tenga, como ya se mencionó anteriormente, si se está sobrealimentado, se acelera el proceso y si se está desnutrido, se retrasa. Conocer los procesos por los que pasa un adolescente, puede ayudar a eliminar ideas que pueden llegar a perjudicar el desarrollo y su salud, así mismo, puede ayudar a aclarar dudas para que de ésta forma se estimule un desarrollo óptimo.

¿Qué tanto se preocupan por su cuerpo?

Hoy en día, las adolescentes tienden mucho a cuidar su figura para verse delgadas y a los adolescentes varones les llama la atención tener un cuerpo musculoso.

Algunos estudios han dado cuenta de la preocupación de los adolescentes por su figura física y se ha encontrado qué tan importante es la imagen corporal para las mujeres que para los hombres, puesto que la sociedad da más relevancia a la figura femenina. Ahora bien, los adolescentes que tienen sobrepeso, llegan a preocuparse extremadamente por su aspecto, por su imagen y su tamaño corporal, llegan a sentir temor exagerado a engordar o seguir engordando, son rígidas en su pensamiento, y llegan a abandonar sus actividades normales o acostumbradas. Se remarca la importancia de evaluar la manera en la que los adolescentes se preocupan por su aspecto y de qué manera dicha preocupación está afectando su salud, su bienestar personal y su interacción hacia otros adolescentes y hacia la sociedad en general. A los padres de familia se les orienta a conocer un poco más la situación de sus hijos para ayudarlos en caso de que se encuentren en una situación dañina para su cuerpo y su bienestar, sobre todo si este presenta obesidad u otro trastorno de la conducta alimentaria.

Estereotipos y medios de comunicación.

La sociedad actual vive una presión cultural hacia la delgadez: el ser delgado se asocia con la belleza, la salud y la riqueza, mientras que el sobrenombre de “gordo” contiene un significado ofensivo, relacionado con debilidad, dejadez y falta de salud. De este modo, es fácil encontrar cómo adelgazar se ha convertido en metáfora del éxito y engordar en fracaso. Desde las revistas, la televisión y el internet, se bombardea con imágenes en las que se destaca el peso, la altura, la figura,

estructura corporal, tonalidad de la piel, color del pelo o textura.

La imagen que muestran los comerciales y anuncios, de cosméticos, perfumes, de personajes de novelas y películas, se convierten en un estereotipo tanto de hombres como de mujeres. ¿Cómo son físicamente? Se pueden hacer referencias de las actitudes, creencias, juicios de valor, emociones en relación con el cuerpo:

¿Te gusta cómo eres?

La necesidad de aprender a convivir con el propio cuerpo, aceptando las limitaciones, proponiendo actitudes para cambiar y sugiriendo la necesidad de estar a gusto “físicamente” con uno mismo. La adolescencia es un periodo muy sensible, en lo que refiere a esta cuestión, es un período muy sensible. Las actitudes de rechazo del propio cuerpo perjudican las habilidades sociales y tiñen negativamente las emociones de las personas. Ya que los pensamientos producen emociones y estas a su vez producen comportamientos formando así un ciclo difícil de romper si no se identifica.

Se toma en cuenta la importancia de los pensamientos y las emociones, y de sus contradicciones “o soy atractiva o soy fea” “peso lo que quiero o soy gorda”. Del impacto del ideal social como un estándar de apariencia aceptable. Si normalmente la gente se compara con aquellas personas, si usualmente la comparación está llena de prejuicios y si se compara sólo con aquellas personas que tienen las características que le gustaría tener.

La comida como suplemento afectivo o emocional

Algunos padres obtienen del alimento una herramienta para saciar sus propias necesidades afectivas, dando excesiva importancia a la alimentación, principalmente en la infancia. De esta forma se crean conductas alimentarias que favorecen a la obesidad.

Por ejemplo las madres que encuentran incomodo e ingrato el papel materno, suelen compensar su antipatía proporcionando alimento en exceso.

Las que se sienten inseguras respecto de su rol pueden ver al hijo como fuente de consuelo y servirse del alimento, especialmente de los dulces, para sustentar una relación demasiado estrecha.

Un pueda de ello son los premios que consisten en dulces o la promesa de llevarlos a la tienda a comprar frituras. Convirtiéndose así la comida chatarra en un vehículo de emociones positivas como el amor.

Hay padres que incitan a que coman demasiado, no importando la edad y condición física o necesidades que su organismo requieren. Esperan que adolescente, se alimente igual o más que el adulto, basando sus parámetros en la cantidad y no en la calidad de los alimentos. A la par que el adolescente necesitado de afecto puede considerar al alimento como símbolo de afecto y dedicarse a comer en exceso.

Es importante identificar los patrones de este tipo que se realizan en casa, para cambiar la dinámica que hasta ahora se ha estado llevando. Identificar la verdadera razón de la alimentación que no es más que, para dotar al cuerpo de la energía suficiente para realizar actividades y seguir viviendo. Y no convertirla en una fuente de placer que satisfaga las necesidades emocionales.

Autoestima

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima ya que es la etapa en la que la persona necesita una firme identidad, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Son los años en que el niño pasa de la dependencia a la independencia y a la confianza en sus propias fuerzas. La autoestima influye en; cómo se siente, que piensa de él, cómo se valora, cómo se relaciona con los demás, cómo se comporta.

Proveer de hojas blancas y un lápiz y se les pide que hagan una lista de:

- 1.- Dos cosas que hago bien.
- 2.- Un logro reciente.

3.- Una pequeña frase que me gustaría que se hubiera dicho

Después de que todos hayan concluido, las personas podrán aclarar cualquier información dada acerca de ellos, se les pide que opinen acerca de los factores que tienen influencia en dar y recibir elogios. Por último se marca la importancia de desarrollar la conciencia de los propios logros y practicar mediante el reconocimiento público de otros. Ya sí concientizarse de sus propias respuestas en reconocimiento de otros.

Conocerse y aceptarse

A menudo el adolescente vive inmerso en un mar de dudas cuando afloran emociones y sentimientos, que hasta ese momento le eran desconocidos. En una situación extrema, estos nuevos sentimientos lo pueden superar y tener como consecuencia conductas inadecuadas. Por ello requiere ser orientado y encausado hacia el aprendizaje de su conocimiento y control.

El análisis de las diversas emociones debe enfocarse como un proceso de autoconocimiento es fundamental destacar que las emociones en si mismas carecen de algún valor moral, ni son buenas ni malas, sino que simplemente son respuestas complejas de conducta. A los individuos se les puede pedir que platicuen los sentimientos que experimentan con más frecuencia (lluvia de Ideas). El los anota en hoja pizarrón (depresión, amor, celos, coraje, miedo, vergüenza o compasión). Al terminar de expresar los sentimientos todos los miembros del se analizan cuáles son los sentimientos que mejor expresan y en cuales tienen mayor dificultad.

Una emoción es un estado afectivo que se experimenta, es una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos Las emociones tienen una función adaptativa del organismo a lo que le rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras.

Todas las personas nacen con características especiales y diferentes, pero muchas veces la manera que tienen de comportarse o de enfrentar los retos de la vida es aprendida. Se adquieren sin darse cuenta, ya que desde el momento en que se nace se comporta el individuo como se le ha "enseñado" y por la herencia. Fortalecer el que la persona se quiera a ella misma, el ser más generosa con los demás, aceptar los fracasos y superarlos, el ser capaz de seguir aprendiendo para una mejor adaptación y un estilo de vida saludable.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Alvarado Sánchez, A.M., Guzmán Benavides, E., & González Ramírez, M.T. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417 - 428.
- Mahoney, M. & Mahoney, K. (1999). *Control permanente de peso*. México: Pegaso.
- Navas, M (2004). *Procesos psicológicos básicos*. Madrid.Edit. McGraw-Hill.
- Palmero, F., Fernández, P., Martínez, F., & Chóliz, M. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid. Edit. McGraw-Hill.
- Robles V.C., y Altamirano B.N. (2004) Obesidad mórbida en adolescentes. La generación extra-extra grande. *Acta Pediátrica de México*. 25 (2), 103-116.
- Díaz Barriga, F. & Hernández, G. (2002). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista*. México, McGraw-Hill.
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Ultima década*, 12(21), 83-104. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362004000200004&lng=es&tlng=es). Acceso 04-03-2014.
- Guía de Intervenciones de enfermería en sobrepeso y obesidad (2013). Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-690->. Acceso 04-04-2014.

2. F54 Factores psicológicos... [316]

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA O LA NIÑEZ: 307.59

*A veces tengo temor, lo sé, a veces vergüenza...
estoy sentado en un cráter desierto, sigo aguardando el temblor...*

Gustavo Cerati y Soda Stereo, 1985.

Las intervenciones psicológicas para el sobrepeso y la obesidad se encuentran en constante actualización (Brennan et al, 2014), así como el diagnóstico psicológico:

La Terapia Conductual es un componente importante en un programa de reducción de peso. Se basa en el principio de que las emociones del ser humano, su personalidad, su pensamiento y su conducta están determinados por los principios del aprendizaje. El aprendizaje de nuevas conductas debe ser el objetivo de todo programa de pérdida de peso y es a través de los principios científicos de la psicología cognitivo-conductual que se ponen en práctica diversos modelos para lograr un reaprendizaje en el sujeto y, con ello el cambio de conducta (Korbman de Shein, 2010: pág. 145).

Las alteraciones psicológicas reportadas en personas obesas son: dependencia, pasividad, baja asertividad, bajo nivel de introspección y baja autoestima (Calzada et al., 2002) por la discriminación y la sensación propia del individuo de sentirse inferior al ideal cultural (insatisfacción corporal).

Estas referencias psicopatológicas tienen características distintivas para personas menores de edad (niños y adolescentes) y para adultos (mayores de 18 años de edad). El DSM IV (2002) refiere en los menores de edad, los cambios progresivos o simultáneos de modalidades psicológicas como la atención, la percepción, la evaluación de la realidad y la motricidad. Otros como el miedo a la separación parental, la evitación del contacto con extraños conductas temerosa y tímida.

En los casos de trastornos de la alimentación, se observa en los menores de edad baja de peso en lapsos cortos de tiempo.

Criterios diagnósticos

A. Alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso durante por lo menos 1 mes.

B. La alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra enfermedad médica asociada (p. ej., reflujo esofágico).

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de rumiación) o por la no disponibilidad de alimentos.

D. El inicio es anterior a los 6 años de edad.

Estudios en niños y adolescentes muestran el incremento de la obesidad (Stice et al., 2002; Zimetkin et al. 2004; Tanofsky-Kraff et al., 2006) por factores ambientales como la alimentación y la actividad física. Si bien pudieran estar vinculados al trastorno por atracón, la revisión realizada por Devlin en 2007 del DSM V (2013), muestra la poca consistencia por clasificar la obesidad infantil en los trastornos de la conducta alimentaria, por lo que se mantiene como un tipo de enfermedad médica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)* (2002). España, Masson.
- Brennan L, Murphy K, Shaw K, McKenzie J. (2014). *Psychological interventions for overweight or obesity (Review)* (Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad. Cochrane Database of Systematic Reviews). The Cochrane Collaboration. USA, John Wiley & Sons.
- Calzada, R, González, D, Martínez, M, & Gutiérrez, M. (2002). Etiología y fisiopatogenia de la obesidad. En: *Obesidad. Consensos*. (pp. 11-24). México: McGraw-Hill.
- Devlin, M.J. (2007) Eating Disorder Not Otherwise Specified: Is There a Place for Obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*, 40, S83–S88.
- Korbman de Shein, R. (2007). *Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes. Guía Práctica para Psicólogos, Nutriólogos, Padres y Maestros*. México. Trillas.
- Korbman de Shein, R. (2010). Obesidad en adultos. Aspectos médicos, sociales y psicológicos *Anales Médicos*, 55(3), 142-146.
- Stice, E., Presnell, K., & Shaw, H. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: A prospective study. *J Consult Clin Psychol*, 73, 195–202.
- Tanofsky-Kraff, M., Cohen J.L., Yanovski, S.Z., Cox, C., Theim, K.R., Keil, M., et al. (2006). A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*, 117, 1203–1209.
- Zametkin, A.J., Zoon, C.K., Klein, H.W., & Munson, S.. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43, 151–153.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

3. Acérquese... ricos tamales

CENA O DESAYUNO: CONSUMOS DE ENERGÍA

El patrón alimentario mexicano se distribuye en tres lapsos: desayuno, comida y cena. De acuerdo con la región, estos consumos se denominan almuerzo o merienda.

El 22 de agosto de 2012, la Revista del Consumidor, propone varios menús (http://www.consumidor.gob.mx/wordpress/?page_id=10440). El primero de ellos, muestra las calorías similares para el desayuno y la cena, con 510 Kcal., mientras que la comida es mayor, con 608 Kcal.

- ✓ Muchas frutas y verduras crudas y cocidas, con cáscara si es posible
- ✓ Cantidad moderada de frijol, haba, lenteja, soya, garbanzo y cereales
- ✓ Poca cantidad de alimentos de origen animal, de preferencia desgrasados (pollo sin piel, carne magra)
- ✓ Poca grasa
- ✓ Muy poca sal

RECUERDE

Comer diariamente alimentos de los tres grupos

En el desayuno, comida y cena comer alimentos ricos en fibra

Menú # 1				
Menú para 4 integrantes: 2 niños menores de 12 años y 2 adultos.				
Desayuno: 510 Kcal. Comida: 608 Kcal. Cena: 510 Kcal.				
Costo total del menú para 4 personas: \$ 65.54				
Costo total del menú por persona: \$ 16.39				
Total de Kilocalorías: 1628/día por persona				
Tiempo de comida	Menú 1 (Medida casera por persona)	Cantidad (gramos o ml)	Precio por alimento	Aporte nutrimental
Desayuno	Sandía picada 2 tazas	320 g	1.81	Este desayuno contiene los tres grupos de alimentos del Plato del bien comer. En el caso de los frijoles, pueden sustituirse por lentejas.
	Tortillas de maíz 1pza	30g	0.35	
	Frijoles cocidos de la olla 1/2 tza	35g	0.75	
	Leche descremada 1 tza.	250 ml	3.74	
Comida	Arroz blanco cocido 1/4 de tza.	20g	0.18	Aporta calcio y Hierro, así como vitaminas y minerales.
	Tortilla de maíz 1 pza	30g	0.35	El arroz puede sustituirse por avena, suministrando los mismos nutrimentos.
				El pollo se puede cambiar por: sardinas, atún, queso panela o carne de cerdo, proveyendo todas estas proteínas de origen animal. Y yodo a través de la sal.
	<u>Pollo con calabazas :</u>			El agua de limón, puede sustituirse por otro cítrico como naranja, toronja o mandarina, todos aportan vit. C a la dieta.
	Pollo entero 1 pza chica	80g	2.62	La sandía puede intercambiarse por otra fruta como melón, papaya o mango, todas aportan vitaminas y fibra a la dieta.
	Calabaza 1 tza	100g	1.33	
	Cebolla 1 trozo pequeño	40g	0.4	
	Sal 1 pizca	1g	0.01	
	Frijoles de la olla ½ tza	35g	0.75	
	<u>Agua de limón:</u>			
	Limón 1 pza	53g	0.37	
	Azúcar 1 cucharadita	10g	0.12	
	Tortilla de maíz 1pza	30g	0.35	
Sandía 1 taza	160g	0.9		
Cena	Guayaba chicas 1 pzas	45g	0.89	En esta cena se puede cambiar la guayaba por 1 pza de manzana y los frijoles por habas, aportando los mismos nutrimentos: vitaminas, calcio y fibra a la dieta.
	Tortillas de maíz 2 pzas	60g	0.7	
	Frijoles cocidos ½ taza	35g	0.75	

Fuente: Revista del Consumidor http://www.consumidor.gob.mx/wordpress/?page_id=10440.

Cuidar de la salud requiere hábitos sanos y de alimentación:

La actividad física realizada en el transcurso del día favorece el gasto de energía. De acuerdo al menú anterior, es recomendable realizar ejercicios cerca del medio día y/o por las tardes, comenzado con baja intensidad hasta llegar a un rendimiento óptimo a las condiciones de salud.

Lecturas recomendadas

Entornos y comunidades saludables: orientación alimentaria (2010). Secretaría de Salud. México Dirección General de Promoción de la Salud.

OMS-FAO (2013). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Ginebra. OMS Pérez Lizaur, A.B., Palacios González, B., & Castro Becerra, A.L. (2008). Sistema Mexicano de Alimentos equivalentes. México, Fomento de Nutrición y Salud AC.

Revista del Consumidor (2012). Plato del bien comer PROFECO. Disponible en http://www.consumidor.gob.mx/wordpress/?page_id=10440. Acceso internet: 19-07-2013.

WHO (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation; Technical Report Series 916.

Dolores Patricia Delgado Jacobo

4. Como, luego existo

CONCEPTOS ACERCA DE LA CONDUCTA SEDENTARIA

Si se considera que el impacto del sedentarismo en la población no deja de ser importante, y que es una de las condicionantes que contribuye a que por medio del bajo gasto energético de un individuo, a la par de una ingesta alimentaria normales o elevadas, se provoque un desbalance energético que se puede traducir en alteraciones del estado de salud, como la malnutrición por exceso. Todo esto recrudece el impacto en la comunidad, originado de la pandemia en que se ha convertido la obesidad (Buhring, Oliva & Bravo, 2009).

Del sedentarismo como conducta no se ha llegado a una definición consensuada a nivel mundial, lo que dificulta su diagnóstico y por lo tanto también su intervención, sin embargo existen algunas aproximaciones que suelen aceptarse por la comunidad médica, en base a las cuales se han creado algunos sistemas de medición de esta conducta tanto de manera experimental (los cuales intentan objetivar el gasto energético de una forma directa o indirecta) y no experimental, entre los que se encuentran las escalas y/o cuestionarios que buscan cuantificar el tiempo que se dedica a actividades de bajo gasto energético, a nivel individual y colectivo (Buhring, Oliva & Bravo, 2009).

El sedentarismo es “la poca agitación o movimiento” según la OMS, considerándose una persona sedentaria la que no gasta más del 10% de su metabolismo basal. El trabajo físico insuficiente es aquel que dura menos de 30 minutos diarios. Dentro de los factores de riesgo para el sedentarismo se encuentran las personas mayores de 40 años, amas de casa y el vivir en áreas urbanas (Zafra, Millones & Retuerto, 2013).

Las conductas sedentarias son cada vez más universales y motivadas por el entorno. Los contextos económico, social y físico actuales en los que el ser humano se mueve muy poco y está mucho tiempo sentado en sus actividades cotidianas se han establecido rápidamente, sobre todo desde mediados del siglo pasado. Estos cambios en los transportes personales, la comunicación, el lugar de trabajo y las tecnologías de ocio doméstico se han asociado a una reducción significativa de las demandas de gasto de energía humana, puesto que en todas estas actividades se requiere largo tiempo de permanencia en sedestación. Estos cambios ambientales y sociales han sido identificados como la causa del bajo nivel de actividad física que caracteriza la forma de vida habitual de las personas en los medios urbanos, suburbanos y rurales. (Genevieve & Neville, 2010).

Existen diferentes definiciones para conducta sedentaria, algunas de ellas son:

Las conductas sedentarias se refieren a la inactividad existente al realizar actividades como ver televisión, usar computadora o jugar videojuegos. (Hidalgo, Ramírez & Hidalgo, 2013).

La conducta sedentaria (CS) hace referencia a actividades que no incrementan sustancialmente el gasto energético por encima del nivel de reposo (conllevan un ritmo metabólico de entre 1 y 1,5 MET). Las definiciones operativas más estudiadas son tiempo sentado, horas de televisión y horas de pantalla en algún dominio en particular, como el tiempo libre o el trabajo (Farinola & Bazán, 2011).

Las conductas sedentarias son las que requieren muy poco gasto de energía. Incluyen conductas que comprenden estar sentado o recostado (pero no de pie) y se dan en ámbitos de trabajo (remunerado o no), viajes y tiempo de ocio. El tiempo empleado en esas conductas se considera tiempo sedentario. Entre las conductas sedentarias más frecuentes se encuentran el tiempo empleado en ver la televisión (TV), estar sentado en la escuela o utilizar computadoras (Genevieve & Neville, 2010).

Por comportamiento sedentario se entiende toda aquella actividad que implica un gasto de energía menor a 1,5 mets (Buhring, Oliva & Bravo, 2009, en Ureña, Araya, Sánchez, Salas & Blanco, 2010). Entre los comportamientos sedentarios preferidos por los niños (as) y jóvenes se reportan: ver televisión, los videojuegos, las actividades sociales y educativas (Goreley, Marschall & Biddle, 2004, en Ureña, Araya, Sánchez, Salas & Blanco, 2010).

El estudio de la conducta sedentaria ha tomado mayor relevancia debido a que cada vez más

actividades de la vida cotidiana se resuelven estando sentados, dando como resultado el interés por estudiar si estar sentados puede perjudicar la salud. La CS se asoció en forma significativa con el sobrepeso y la obesidad en varones y mujeres adultos. Esta asociación se mantiene con independencia del nivel de actividad física de los participantes. Lo mismo ocurre con el síndrome metabólico. Es decir, el riesgo de padecer síndrome metabólico y/u obesidad aumenta conforme aumenta la CS y esto es así se realice o no actividad física (Farinola, 2011).

Recientemente se ha sugerido que cuatro horas o más de CS en el tiempo libre, elevan al doble el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Con este punto de corte se requiere identificar a otras conductas llamadas sedentarias para atribuir este diagnóstico: por ejemplo, a un deportista profesional y a un oficinista que en sus tiempos libres miran televisión.

La vida sedentaria es frecuente durante la adolescencia, se ha sugerido que los niveles de actividad física de manera global tienden a disminuir durante esta etapa de la vida lo que hace al paciente más proclive llegar a la edad adulta con una conducta sedentaria (Buhring, Oliva & Bravo, 2009).

En la adolescencia se recomienda realizar diariamente una hora de actividad física moderada o vigorosa y no exceder de 2 horas al día dedicadas a ver televisión, jugar videojuegos o usar la computadora por diversión (Hidalgo, Ramírez & Hidalgo, 2013).

La calidad de vida es considerada por la Organización Mundial de la Salud como: la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Considera diversas dimensiones del entorno vital como el estilo de vida, el ambiente, el hogar, la vida escolar, laboral y la situación económica principalmente. La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la salud física y psicológica percibida a lo largo de tiempo. El sedentarismo aumenta la aparición y desarrollo de enfermedades crónicas como la enfermedad coronaria, diabetes, cáncer y reduce la esperanza de vida. Asimismo las actividades como ver TV, jugar videojuegos y usar computadoras se asocian a una menor calidad de vida (Hidalgo, Ramírez & Hidalgo, 2013).

A pesar de que las enfermedades crónicas asociadas con la inactividad física raramente se manifiestan antes de la adultez media, en la etapa adolescente ya se encuentran algunas relaciones con el sobrepeso y la obesidad, la salud músculo-esquelética y la salud mental. Hay evidencias del papel de la actividad física en el bienestar psicológico, fortaleciendo la autoestima, el autoconcepto y la percepción de sí mismo y de valores, protegen contra la depresión, obesidad y diversos comportamientos maladaptativos, como abuso de sustancias y violencia (Trong et al., 2005; Sonstroem, 1997; Park, 2003 en Ramos, Rivera, Moreno & Jiménez, 2012)

Por otro lado, algunos estudios han puesto de manifiesto un progresivo y alarmante deterioro en la capacidad aeróbica de los adolescentes respecto a lo que ocurría en décadas anteriores. Existen varias hipótesis para explicar estos resultados, siendo las más citadas el incremento del sedentarismo en las sociedades industrializadas y, por otra parte, la falta de tiempo para dedicar a la práctica deportiva, ya sea por la presión del éxito en la actividad escolar y futuro profesional o bien por la gran cantidad de actividades sociales o individuales que hoy día compiten con el tiempo y la energía que los jóvenes pueden dedicar a la práctica deportiva (Suris, Michaud, Chossis & Jeannin, 2006; Tomkinson, Olds & Gulbin, 2003; Suris et al., 2006, en Ramos, Rivera, Moreno & Jiménez, 2012).

Teniendo en cuenta el importante papel que toman los valores y actitudes en la práctica de los estilos de vida saludables, estas desigualdades de sexo en el nivel de actividad física podrían entenderse por la actitud diferencial que chicos y chicas tienen hacia esta actividad. Concretamente, los chicos consideran las actividades deportivas como congruentes con el rol masculino y adquieren prestigio a través de la competición, mientras que en el caso de las chicas es menos probable que relacionen la actividad deportiva con el proceso de ser mujer, por lo que podrían evitar participar en aquellas actividades que puedan percibir como amenazantes para su feminidad (Coakley y White, 1992). Así mismo, tal y como explican Inchley y Currie (2004), siempre han existido menos normas que restrinjan las actividades de los chicos en comparación con las chicas, de hecho puede que en muchos contextos aún los chicos obtengan permiso para estar fuera de casa de manera no supervisada con más frecuencia que las chicas. (Ramos, Rivera, Moreno & Jiménez, 2012).

Instrumentos de medición del sedentarismo

El cuestionario de actividades sedentarias (ASAQ). Este instrumento está compuesto por 11 actividades sedentarias típicas, las cuales son agrupadas en 4 categorías: Pantalla chica, educacionales, culturales y sociales. El procedimiento de respuesta consiste en anotar la cantidad de horas y minutos que se invierte diariamente en cada una de las actividades enlistadas en el instrumento. Se alcanzan correlaciones test -retest superiores a 0,79 y coeficientes de correlación intraclase de 0,57 (Hardy, Booth y Okely, 2007 en Ureña, Araya, Sánchez, Salas & Blanco, 2010).

Acelerómetro (Abarca, Zaragoza, Generelo & Julián, 2010).

El cuestionario de Ledent, Cloes y Piéron (1997) que recoge información sobre las siguientes variables: tiempo de visionado de televisión, tiempo de uso del ordenador para ocio y tiempo de estudio, para los días entre semana y para los días de fin de semana. (Abarca, Zaragoza, Generelo & Julián, 2010)

El cuestionario HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) recopila información acerca de diversos temas relacionados con el estilo de vida de los adolescentes su salud y sus contextos de desarrollo. (Ramos, Rivera, Moreno & Jiménez, 2012).

Por último se encuentra el Cuestionario Mundial de actividad física o el GPAQ, Global Physical Activity Questionnaire (2002)(OMS, 2002) que evalúa la actividad física en un rango de Alto, Moderado o Bajo, de acuerdo con las recomendaciones de salud para la actividad física (Farinola & Bazán, 2011).

REFERENCIAS

- Abarca-Sos, A., Zaragoza Casterad, J., Generelo Lanaspá, E. & Julián Clemente J. (2010). Comportamientos sedentarios y patrones de actividad física en adolescentes. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 10 (39), 410-427. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54223002005>
- Buhring B. K., Oliva M., P. & Bravo C., C. (2009). Determinación no experimental de la conducta sedentaria en escolares. *Revista Chilena de Nutrición*, 36(1), 23-30. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=46911435003>
- Farinola M. & Bazán N. (2011). Conducta sedentaria y actividad física en estudiantes universitarios: un estudio piloto. *Revista Argentina De Cardiología*, 79(4), 351-354.
- Genevieve N. H. & Neville O. (2010). Conducta sedentaria y biomarcadores del riesgo cardiometabólico en adolescentes: un problema científico y de salud pública emergente. *Revista Española de Cardiología*, 63(3), 261-264. Disponible en <http://www.revespcardiol.org>
- Hidalgo-Rasmussen, C., Ramírez-López, G. & Hidalgo-San Martín, A. (2013). Actividad física, conductas sedentarias y calidad de vida en adolescentes universitarios de Ciudad Guzmán, Jalisco, México. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 18(7), 1943-1952. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990009>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *El método STEPwise de vigilancia*. Disponible en <http://www.who.int/chp/steps/es/> . Acceso 15-02-2014.
- Ramos, P., Rivera, F., Moreno, C. & Jiménez-Iglesias, A. (2012). Análisis de clúster de la actividad física y las conductas sedentarias de los adolescentes españoles, correlación con la salud biopsicosocial. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 99-106. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235124455013>
- Ureña P., Araya F., Sánchez B., Salas J. & Blanco L. (2010). Perfil de calidad de vida, sobrepeso-obesidad y comportamiento sedentario en niños (as) escolares y jóvenes de secundaria guanacastecos. *Revista Electrónica Educare*, 14(2), 207-224. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194115606015>
- Vidarte Claros, J. A., Vélez Álvarez, C., Parra Sánchez, J. H. (2012). Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(3), 2012, 415-426.
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. WHO Technical Report Series
- Zafra Tanaka, J. H., Millones Sánchez, E. & Retuerto Montalvo, M. A. (2013). Factores sociodemográficos asociados a actividad física y sedentarismo en población peruana adulta. *Revista Peruana de Epidemiología*, 17(3), 1-6.

5. Colaboraciones

LA CULPA COMO SENTIMIENTO Y OBESIDAD

De manera introductoria, las emociones (positivas o negativas) desempeñan una función adaptativa en el ser humano y constituyen una respuesta afectiva transitoria de la persona y la predispone a realizar una acción congruente con ella.

El *miedo*, por ejemplo, aparece cuando el organismo percibe un peligro y se activa con el objetivo de mejorar el rendimiento ante una tarea que exige un especial cuidado (realizar un examen, hablar en público o huir). La *tristeza*, por poner otro ejemplo, que surge cuando se experimenta algún tipo de pérdida afectiva, facilita la compasión y el apoyo de las personas que rodean al sujeto afectado. A su vez, la *ira* tiene un valor energizante y permite adoptar una conducta de ataque o de defensa cuando una persona percibe la existencia de una amenaza. Y por último, la *culpa* permite el reconocimiento de algo que se ha hecho mal y facilita los intentos de reparación (Avia & Vázquez, 2001; Tangney, 1996).

La culpa es un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber infringido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta de una persona ha derivado un daño a otra. Desde el punto de vista jurídico, la culpa alude al acto transgresor, por ello un Código Penal contiene el control del comportamiento humano e impide la transgresión de las normas válidas de convivencia, es la conciencia moral, considerada como un código no escrito que abarca todo el repertorio de conductas de la persona dotándola del sentido de responsabilidad. Si existe una violación de un principio ético se genera una sensación de malestar emocional profundo, el sentimiento de culpa por lo realizado. La función reguladora que tiene la culpa, es una alarma interna emocional que suplente la necesidad de otros controles externos, consiste en la evitación de las situaciones que la generan o en las conductas de reparación, cuando se reconoce haber hecho algo mal, para eludir el remordimiento experimentado. Ahora bien, desde el área psicológica la culpa se refiere a la mala conciencia y al afecto negativo o remordimiento, que el sujeto experimenta (Baumeister, Reis & Delespaul, 1995; Castilla del Pino, 2000). Es decir, una vez que las normas sociales forman parte de los valores y los principios de una persona, el castigo y el sentimiento de culpabilidad se generan desde lo más profundo del individuo, desde su conciencia. La mayoría de las personas tienen la capacidad para juzgar los propios actos desde la conciencia, así como para autocastigarse por ellos como reprimenda.

Para Pérez, Martín, Bulbena & Berrios (2000), son tres los elementos que integran la culpa:

- a) El acto causal (real o imaginario);
- b) La percepción y autovaloración negativa de tal acto por parte del sujeto (la mala conciencia); y
- c) La emoción negativa derivada de la culpa propiamente dicha (el remordimiento).

La familia como núcleo educativo

Es un grupo de pertenencia primario, conformado por personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, donde se establecen una serie de lazos afectivos y sentimentales.

La familia es la institución que conecta a las personas con la sociedad, cumpliendo una función esencial, forjando expectativas, se aprenden y afianzan valores, creencias y costumbres. Dentro de este grupo se da el primer proceso de socialización, que va a facilitar en las siguientes etapas del desarrollo del individuo, la adquisición de una serie de conductas que le van a servir en posteriores estadios de su existencia. Estas conductas aprendidas en el proceso de socialización temprana dentro de la familia, son denominadas conductas precurrentes, es decir, comportamientos que servirán de fundamento y en base a ellas se van a insertar conjuntos de conductas más complejas que van a ir incorporando en sus posteriores procesos de socialización y en las diversas áreas que le brinda su entorno, los cuales a la vez serán aplicables en etapas más avanzadas de su vida (Estrada, 2003).

De los sucesos que puedan ocurrir en esta etapa temprana dentro de la familia, el niño va a moldear e incorporar diversos sistemas de comportamientos, sentimientos, ideas y creencias, así como a establecer diferentes modalidades de reaccionar conductual y fisiológicamente ante los eventos de su entorno (Papalia, 2004).

Este grupo es una especie de unidad de intercambio, que generalmente tiende a estar en equilibrio, gracias a un proceso de acciones y reacciones llamado dinámica familiar y que de acuerdo con Jackson (1984) es la colección de “fuerzas” positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia, haciendo que esta como unidad funcione bien o mal. Un ejemplo de esta búsqueda del equilibrio dentro de la familia, es la reacción que se tiene ante el nacimiento de un nuevo integrante o la inclusión de un nuevo miembro (matrimonio de uno de los hijos, adopción, convivencia), modifican muchos de los elementos que en ésta subsiste, desde la forma de ubicarse en la estructura familiar, hasta la manera como se comunican entre ellos, el desempeño de roles formales y roles complementarios, el tiempo de permanencia en casa y el lugar de permanencia en ella, las actividades que se venían realizando, la distribución racional del tiempo, por ejemplo, permitiendo así la subsistencia del grupo.

Constantemente se están produciendo este tipo de cambios en la organización interna de la familia, pero existen también cambios que son propiciados por el medio que la rodea, es decir, la dinámica familiar puede cambiar debido a un ambiente social amistoso, haciendo que se fomente la movilidad social. En cambio, en un ambiente lleno de peligros puede hacer que la familia se desintegre o bien se unifique aún más, como una respuesta defensiva.

Los patrones funcionales o disfuncionales de crianza y en lo que concierne a su estructura, dinámica y normas vienen a ser sólo algunos de los elementos relevantes que van a facilitar la evolución de ésta y por ende la realización y desarrollo de sus integrantes en su correspondiente proyecto de vida. También contradictoriamente sus fallas y conductas van a contribuir al surgimiento de patologías en sus integrantes.

La Familia funcional

La funcionalidad de una familia será vista desde la perspectiva emocional de lo saludable o la tendencia hacia lo saludable. Las características de la funcionalidad tendrán que ver entonces con: estructura de la familia (familia completa o incompleta), bienestar, formas de intercambio afectivo, formas de resolver problemas, enseñanza de reglas (Martínez, 1986). De esta manera, las familias funcionales son las que cumplen, en mayor o menor grado, las obligaciones que tiene cada miembro del sistema.

Ackerman (1977) menciona seis requisitos que se deben cumplir para que la familia tenga funcionalidad:

- Fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual
- Promover la identidad personal ligada a la identidad familiar. Ser el vínculo de identidad que proporciona la seguridad para enfrentar nuevas experiencias.
- Promover la identidad que ayuda a aceptar la responsabilidad social.
- Promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura.
- Proveer alimento, abrigo y otras necesidades materiales que preservan la vida.
- Ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos.

A mayor cumplimiento de estos rasgos, menor será la frustración, mayor satisfacción y mayor índice de funcionalidad.

Hay familias que guardan un equilibrio mediante conductas o patrones no precisamente saludables y frecuentemente hay alguien que tiene que sacrificar algo para que este equilibrio se mantenga. Un ejemplo frecuente es dentro de una familia en donde existe un hijo que se comporta de

manera inadecuada para que los padres ocupen su atención en corregirlo y no peleen entre ellos. Este tipo de familias son disfuncionales pero están en equilibrio. Hay que recalcar que la funcionalidad se maneja en base a lo saludable o condiciones ideales de funcionamiento (Walsh & Mcgoldrick, 1991).

En una familia funcional los sentimientos de amor y ternura se expresan de manera libre así como la rabia, el temor, la tristeza y el enojo, y se tiene la convicción de que nadie será destruido por un pleito temporal. Si todos estos sentimientos y emociones se expresan con todo el grupo de manera libre puede ayudar a reforzar la unificación familiar, ya sea enfrentándolos, solucionándolos reconfortando o simplemente contagiándolos.

Las familias que comparten este rasgo, reconocen que cada miembro es diferente y que son individuos con aptitudes e intereses distintos y por lo tanto no condenan el no compartir todo. Los padres que son parte de estas familias se preparan a lo largo de los años para la separación de los hijos del hogar. Igualmente la funcionalidad tiene que ver con el tipo de comunicación, es decir, debe ser clara y directa y el comportamiento debe estar dirigido por los roles desempeñados por cada uno de los miembros (Herrera, 1997).

La Familia disfuncional

Cuando se hace referencia a lo "disfuncional" en el sistema familiar, se hace referencia a como el mantenimiento de un deficiente funcionamiento en la familia a través del tiempo, un quebrantamiento de las funciones culturalmente establecidas, el desempeño de roles complementarios extraños, una carencia, desorden, alteración. Una contradicción, lo cual en el campo de la salud mental podría considerarse como un funcionamiento no saludable de un sistema familiar cuyas características clínicas se mantienen a través de un tiempo indefinido afectando de manera específica o inespecífica a sus miembros (Vacca, 1997).

La familia disfuncional: se hace cuando no se tiene la capacidad de llevar a cabo cambios por su rigidez; pobres relaciones intrafamiliares o incumplimiento de las funciones básicas. También como un conjunto de características constantes que son inadaptables con el propio contexto cultural de la familia (Walsh, 1982).

Ausencia de los valores familiares

La capacidad de sentir culpa es fundamentalmente humana y empieza a desarrollarse durante la infancia. Se describe como el guardián de la conducta y como una emoción universal innata del ser humano; forma parte del aprendizaje y del desarrollo personal. Como señala Rey (2010), aunque el sentimiento es similar en todas las personas, sus causas y sus consecuencias pueden ser muy distintas.

Ya desde una fase temprana, en el transcurso del proceso de socialización, los niños adquieren la capacidad de empatía o la aptitud de ponerse en el lugar de los otros para comprender mejor lo que piensan y sienten y lo que puede originarles sufrimiento. No se trata de una mera empatía cognitiva (comprender lo que le ocurre a otra persona), sino de una auténtica empatía emocional (sentir lo que realmente le sucede). Ello supone que hacer algo indebido (o no hacer lo debido) le hace a una persona sentirse culpable. Si esto no ocurre, hay una anomalía en el funcionamiento psicológico (Rey, 2010).

La aparición del sentimiento de culpa está vinculada al desarrollo de la conciencia moral. La mayor o menor intensidad de las respuestas emocionales de culpa deriva de las diferencias individuales y de las pautas educativas. Las personas introvertidas y con rasgos obsesivos tienden a vivir la culpa con más intensidad. Los estilos educativos centrados en el castigo físico provocan respuestas agresivas; por el contrario, los castigos psicológicos (por ejemplo, "ya no te quiero", "no ves cómo sufrimos", "así correspondes a los sacrificios hechos por ti") suscitan sentimientos de culpa intensos (Bybee, 1998).

El sentimiento de culpa es sano cuando evoluciona del malestar personal, al remordimiento por haber causado daño, lo que incita a la rectificación y a la reparación. Se trata de una culpa sana

cuando el sujeto siente pesar y arrepentimiento por las transgresiones cometidas y plantea subsanarlas para, de ese modo, lavar las culpas (Zabalegui, 1997).

Culpa, Familia y Obesidad

Tomando en consideración que la culpa excesiva o patológica se encuentra relacionada con problemas psicológicos o de salud mental como la depresión, ansiedad, mayor probabilidad de intentos suicidas, angustia personal y mayor tendencia a problemas de alimentación. Algunos autores como Ferguson, Stegge, Millar & Olsen (1999), Braaten & Rosen (2000) así como Menesini, Fonzi & Sánchez (2002 en Reidl & Jurado, 2007), refieren que los niños con mayor nivel o presencia excesiva de culpa, tienden a tener altos niveles de empatía, sentido de responsabilidad exagerada, ideas poco realistas de sus habilidades para reducir el dolor a otros, son menores agresivos en la escuela y encontraron también que se relaciona con niños que han sido diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad.

Ahora bien, los trastornos de alimentación en la infancia, en lo que tiene que ver con lo psicológico, están vinculados con la relación que hay entre madre-hijo, esto es debido a que comúnmente es ella quien se encarga de la alimentación de los hijos. De esta forma la actitud materna que se tenga sobre la alimentación, así como la manera de presentar y proporcionar los alimentos repercute directamente en los infantes (Díaz, 2012).

Dentro de la educación no formal la familia es el principal ambiente de aprendizaje para el niño, ya que se logra a través del ejemplo de los adultos, la retroalimentación y la instrucción constante sobre los hábitos alimenticios apropiados y la actividad física (Gutiérrez, 2013).

Como señala Herrera Santi (1997), los cambios en el estilo de vida se encuentran vinculados a la familia y el logro a la salud:

La familia funciona adecuadamente cuando es flexible y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros... este indicador de funcionamiento o sea, la capacidad de adaptación es uno de los más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios porque tienen que enfrentar constantemente dos tipos de tareas que son **las de desarrollo** (las relacionadas con las etapas que necesariamente tiene que atravesar la familia para desarrollarse a lo cual se le denomina "ciclo vital") y **las de enfrentamiento** (que son las que se derivan de las llamadas crisis familiares no transitorias o paranormativas)(pág.3).

La obesidad infantil tiene una importante repercusión sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño. En general las personas con obesidad no son bien consideradas en la sociedad, lo que también afecta a las niñas y niños. En los medios de comunicación los menores con obesidad con sobrepeso son retratados como un personaje cómico, bobo y glotón. Esto logra desde muy temprana edad, el estereotipar a las personas y seleccionar a los compañeros o amigos de acuerdo a su apariencia. La discriminación y las burlas no solo por parte de los adultos sino también de los compañeros, puede desencadenar en los menores conductas antisociales, además de problemas de autoestima, imagen corporal, lo que con frecuencias provoca estados displacenteros que llevan al aumentos de la ingesta de alimentos, lo que agravara la obesidad o mantendrá (Chueca et al, 2002 en Díaz, 2012).

Es necesaria, por lo tanto, una revisión de los patrones culturales para la intervención en el tema de la obesidad y que esta sea más efectiva, considerando que dentro de los factores psicológicos que influyen en la obesidad son los relacionados con el aprendizaje por imitación así como el reforzamiento, esto por el hecho de los padres no sólo pueden proporcionar los genes que predisponen a la obesidad, sino también tienen una gran influencia en el modelo de actitudes y comportamientos referentes a la alimentación. Por ello, el niño que crece en este tipo de ambiente familiar puede aprender, mediante observación, a comer en exceso o a utilizar el alimento como un medio para afrontar su activación emocional. La aprobación social que un niño recibe por la cantidad de alimento que llegue a consumir estará en función de los criterios que los padres hayan establecido con respecto a la cantidad de

alimento que el niño debería ingerir durante las comidas. Si se toma en cuenta este hecho el niño que consume toda la comida que se le presente en el plato puede recibir una gran cantidad de reforzamiento social ya sea por sus padres u otras personas, a diferencia del que no lo hace y que esto puede ocasionar un reforzamiento negativo o incluso ser castigado (Comas, 2008).

Si las estructuras familiares, el estilo de vida de los padres, las actitudes de apoyo dentro de la familia y la manera en que se manejan los problemas dentro del entorno familiar, tendrá un impacto en la forma de alimentarse de los niños y niñas, en sus preferencias, además de las actividades físicas y sociales que realizaran (Golan, 2001, en Díaz, 2012), es esencial que dentro de las dinámicas familiares se desarrollen habilidades que contribuyan a la mejora de los hábitos alimenticios, así como la importancia de tomar en cuenta cómo es que, los miembros de la familia perciben su cuerpo, las emociones que evocan en ellos y cuáles son las conductas que tienen frente a ellas y como es que resuelven dichas conductas.

REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1977). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Edición Horne.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, S. A.
- Avia, D. & Vázquez, C. (2001). *Optimismo inteligente: psicología de las emociones positivas*. Madrid. Alianza.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baumeister, R. F., Reis, H. T. & Delespaul, P. (1995). Subjective and experiential correlates of guilt in daily life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(12), 1256-1268.
- Blaizac, J., Esquivel, E. & Cruz, R. *Trastorno disocial de la personalidad y su evolución a la psicopatía*. Disponible en: <http://www.acmor.org.mx/cuamweb/reportescongreso/2010/humanidades/336-%20CUM%20-Ttrastorno%20disocial%20de%20la%20Personalidad.pdf>. Acceso 29-06-2014.
- Bybee, J. (1998). *Guilt and children*. San Diego, CA. Academic Press.
- Castilla del Pino, C. (1968). *La culpa*. Madrid. Revista de Occidente.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona. Tusquets.
- Comas J., (2008). *Principales causas y consecuencias psicológicas de la obesidad infantil*. (Tesis). UNAM, Facultad de Psicología, México.
- Díaz Contreras, A. (2012). *Propuesta para la prevención de la obesidad infantil a través de pláticas de orientación dirigidas a padres de familia*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Filosofía y letras, UNAM, México. Inédita.
- Díaz-Sibaja, A. (2005). *Trastornos del comportamiento perturbador: trastorno negativista desafiante y trastorno disocial*. Madrid: Dykinson.
- Estrada, L. (2003). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Gutiérrez Cruz, K. E. (2013). *Pedagogía para la prevención de la obesidad infantil dirigido a padres de familia*. (Tesis). Facultad de Filosofía y letras, colegio de pedagogía, UNAM, México.
- Herrera Santí, P.M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 13(6), 591-595.
- Hinsha, W.S., Lahey, B., & Hart E. (1993). Issues of Taxonomy and Comorbidity in the development of Conduct Disorder. *Dev and Psychopathol*, 5, 31-49.
- Jackson, D. (1984).(Comp) *Comunicación familiar y matrimonio*., Buenos Aires. Argentina. Nueva Visión.
- Linz, D., Donnerstein, E., & Penrod, S. (1988). The effects of long- term exposure to violent and sexually degrading depictions of women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5),758-68.
- Martínez Navarro, M. (1986). Funcionalidad y disfuncionalidad de la familia (perspectiva de la psicoterapia familiar). (pp.319-326). *Anuario Jurídico*. Primer Congreso Interdisciplinario sobre la Familia Mexicana México, IIJ.UNAM.
- McGee R, Feehan M, Williams S. 1996. Mental health. In PA Silva, WR Stanton (eds). *From Child to Adult: The Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study*. Auckland, Oxford University.
- Miranda, A., Félix, V. y Ávila, C. (2005). Validez de las Tareas Neuropsicológicas en la Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Psicología General y Aplicada*, 58(3), 297-307.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.

Nava Rivera, A. (2010). Presente y futuro de la obesidad. En R.S. Guillén-Riebeling, *Psicología de la obesidad: Esferas de vida, Multidisciplina y Complejidad* (pp. 3-13). México, UNAM- Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud (2006), *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/print.html. Acceso 5-09-2013.

Papalia, D. (2004). *Desarrollo humano*, México: Mc Graw Hill.

Pérez, G., Martín-Santos, R., Bulbena, A. & Berrios, E. (2000). Sentimiento de culpa. En Bulbena, A., Barrios y Fernández (Eds.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona. Masson.

Reidl L. & Jurado S., (2007). *Culpa y vergüenza caracterización psicológica y social*. Facultad de Psicología. UNAM.

Rey, A. (2010). Trastorno disocial: evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes. México: Manual Moderno.

Skilling, T. A., Quinsey, V. L., & Craig, W. (2001). Evidence of a tax on underlying serious antisocial behavior in boys. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 450-470.

Tangney, J.P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 741-754

Tremblay R.E. (2003) 'Causes of conduct disorder and juvenile delinquency' In: *Why socialization fails?:The case of chronic physical aggression*. New York: Guilford Press.

Vacca, R. (1997). *Adicciones atípicas*. Perú, Opción.

Vazquez, J., Fera, M., & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para el trastorno negativista desafiante*. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastorno_negativista.pdf. Acceso 08-11-2013

Walsh F. (1982). *Conceptualization of normal family functioning*. New York. Normal Family Process. Guilard Press.

Walsh, F. & Mcgoldrick, M. (1991). *La pérdida y el ciclo vital familiar. Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu,

Zabalegui, L. (1997). *¿Por qué me culpabilizo tanto?* Bilbao. Desclée de Brouwer.

Lic. en Psicología Jorge Ulises Reyes Hernández
UNAM, FEZ Zaragoza

6. Próximas reuniones científicas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

1er CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA 2015
"Retos y perspectivas de la Psicología"
11, 12 y 13 • FEBRERO • 2015

Temáticas:

1. Psicología clínica	9. Ética y bioética en psicología
2. Psicología y salud	10. Psicología y educación
3. Psicología del trabajo y organizacional	11. Psicología del deporte
4. Psicología y filosofía	12. Psicología y envejecimiento
5. Psicología y género	13. Psicología Jurídica
6. Psicología y familia	14. Psicología positiva
7. Psicología ambiental	15. Psicometría
8. Psicofisiología y Neurociencias	16. Nuevas tecnologías
	17. Psicología Social

MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN:
Simposio • Trabajos libres • Carteles
Informes: www.zaragoza.unam.mx
congresopsicologiazaragoza.com
psicongresofz@gmail.com

TALLERES PRE-CONGRESO: 10 DE FEBRERO
SEDE: Casa Club del Académico, Ciudad Universitaria, Ciudad de México
FECHA LÍMITE PARA ENTREGA DE RESÚMENES: 30 DE NOVIEMBRE DE 2014
Objetivo: Reflexionar sobre el estado actual de la Psicología y sus tendencias a futuro.

