



# Psic-Obesidad

ISSN: 2007-5502



Boletín electrónico de *Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*

Volumen 4, Número 13  
Enero - Marzo de 2014

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

<b>Contenido</b>	
<b>Editorial</b>	1
<b>1. Trabajos de difusión en investigación</b> <i>El dolor como Cultura y Psicología</i>	3
<b>2. F54 Factores psicológicos ... [316]</b> <i>La culpa es de los hábitos, no de los kilogramos</i>	7
<b>3. Acérquese... ricos tamales</b> <i>Para acompañar sus alimentos ¿Qué refresco quiere?</i>	10
<b>4. Como, luego existo</b> <i>Modificación de hábitos nutricionales...</i>	12
<b>5. Colaboraciones</b> <i>Y tu, ¿Qué sabes del Stretching o Estiramiento?</i>	14
<b>6. Próximas reuniones científicas</b>	16

## Editorial

Celebramos la llegada del nuevo año y con él, el cuarto año de Psic-Obesidad. A lo largo de estos números, se consolida la participación de autores de las áreas sociales y médico-biológicas; psicólogos en formación profesional como académicos e investigadores de las áreas social, educativa y clínica. La perspectiva cognitivo conductual de la obesidad y el sobrepeso ha permitido fortalecer los aspectos teórico-prácticos que los profesionales de la salud requieren en su labor intra y multidisciplinaria, la orientación integral a los estudiosos del tema. A las personas por su condición corporal, de peso corporal, de género, grupo etario y condición de salud, considerarlas bajo un enfoque humanista en la recuperación de su valor y respeto. Nuestra publicación, ha dado paso al conocimiento científico en aspectos psicológicos y socioculturales relacionados a la obesidad, sea como factores de riesgo, ambientales, culturales o nutricionales. *Historias de Peso, son historias de vida*, donde el consumo alimenticio se llena de aromas y sabores, inmersos de tradiciones familiares, dando lugar a los aprendizajes de los estilos de vida. El individuo acompaña de los alimentos en todo su periodo de vida, - desde su formación hasta su deceso-, de su condición corporal determinada por su fenotipo. Con todo esto, la obesidad se manifiesta de diversas maneras, cada una con su respectivo significado:

a) la externa y observable a simple vista con diversas atribuciones positivas o negativas;

b) la mórbida, de manera oculta, imperceptible, silente, en espera de su manifestación clínica y desencadenante de alteraciones en calidad de vida y salud;

### 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

MTR.O. 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. E. DOLORES PATRICIA DELGADO JACOBO  
Consejo Editorial

PSIC. MARICRUZ MORALES SALINAS  
LIC. MARÍA DEL SOCORRO GARCÍA VILLEGAS  
Equipo de colaboradores

### Colaboraciones e informes

Teléfono: 56 23 06 12

### Correo electrónico:

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

### COLABORADORES EN ESTE NÚMERO:

CRISTINA RODRÍGUEZ CARMONA  
ANGÉLICA JIMÉNEZ ALMANZA  
JOSÉ ANTONIO VÁZQUEZ GONZÁLEZ

Psic-Obesidad, Año 4, No. 13, enero - marzo 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: boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx, Editor responsable: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING, Reserva de Derechos al uso exclusivo No. 04-2010-100813543100-203, ISSN: 2007-5502, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número: 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 25 de febrero 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.

c) la endógena que hacen al individuo presa de su propia condición corporal y forma; y

d) la exógena sujeta al ambiente por su cultura, economía, publicidad, rol social, disposición alimentaria y transición epidemiológica.

En relación con la salud, la obesidad se encuentra en la transición epidemiológica: *... en México fue, y en cierto modo aún lo es, un proceso en evolución, prolongado, retrasado para muchos, aunque al término del siglo XX las únicas enfermedades infecciosas aparecidas entre las primeras 10 causas de muerte son la influenza/neumonías que ocupan el 8º lugar después de haber permanecido más de medio siglo en el 1º o 2º lugares. Ahora las primeras causas de muerte son las cardiopatías, el cáncer, la diabetes, los accidentes, la apoplejía, la patología perinatal, las cirrosis, la enfermedad obstructiva pulmonar crónica, la violencia y la insuficiencia renal* (Kumate, 2002:99). A lo anterior se añade la transición nutricional en México que se caracteriza por una occidentalización de la dieta la cual aumenta la disponibilidad de alimentos procesados adicionados con altas cantidades de grasas, azúcar y sal, a bajo costo; por el aumento en el consumo de comida rápida y preparada fuera de casa para un amplio sector de la población; el tiempo disponible para la preparación de alimentos; el aumento en la exposición a la publicidad de alimentos industrializados; los productos que facilitan las tareas cotidianas y la labor de las personas. Se disminuye el gasto energético, se reduce el poder adquisitivo de la población, se aumenta la oferta de alimentos industrializados y se disminuye de manera importante la actividad física de la población... Todos estos elementos, en conjunto, favorecen el desarrollo de los problemas actuales de sobrepeso y obesidad (Rivera et al, 2002:119). Al inicio de la primera década del nuevo siglo, se añaden más factores ambientales relacionados con la obesidad: *La urbanización, junto con los cambios sociales, tecnológicos y económicos ocurridos en el país en las últimas décadas, han implicado modificaciones importantes en los patrones de actividad física en el entorno laboral y en los momentos de esparcimiento. Anteriormente, la mayoría de los trabajos requerían un esfuerzo físico considerable y los momentos de esparcimiento se aprovechaban en pasatiempos más activos* (Barquera et al, 2010: 404).

En 2014 por un lado, se mejoran los medios de comunicación, de transporte, de equipos para hacer ejercicio, de recetas para cocinar sano y rico. Por otro lado se reduce el poder adquisitivo, la disposición de alimentos sanos, se aumenta el sedentarismo y los niveles de sobrepeso, también. Requerimos incrementar la Educación para la Salud y proporcionar estrategias de prevención y promoción acordes con nuestra cultura.

## REFERENCIAS

Kumate, J. (2002). La transición epidemiológica del siglo XX: ¿vino nuevo en odres viejos? *Rev Fac Med UNAM*, 45(3), 97 - 102.

Barquera Cervera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R., & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397-407.

Rivera, J.A., Barquera, S., Campirano, F., Campos, I., Safdie, M., & Tovar, V. (2002). Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutr*, 5(1A), 113-22.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN:

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

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

### Normas de Publicación:

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](mailto: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

### EL DOLOR COMO CULTURA Y PSICOLOGÍA

El dolor es un señor de la humanidad más terrible que la muerte misma

Albert Schweitzer, 1931

El dolor y sufrimiento son elementos que están presentes en la vida del ser humano. Su significado y vivencia pueden variar según la presencia de varios factores, sean de tipo psicológico, biológico, social, culturales o su combinación. El presente trabajo se realizó por el interés de conocer el dolor y el sufrimiento bajo la perspectiva cognitivo conductual y la cultura que influyen en la persona en general y en particular en la persona obesa.

Hacer una revisión del dolor trae en ocasiones la oportunidad de revivir las experiencias propias de dolor, en lo que se hizo para evitarlo o experimentarlo; considerarlo inútil o innecesario, o poner más atención a las conductas que previenen el dolor. Fernández Christlieb en 1994 habla de una armonización, preguntas como: ¿Por qué no experimentarlo? ¿Qué puedo aprender de su experiencia?

¿Por qué prefiero tomar un medicamento para el dolor, antes de sentirlo? Las respuestas se pueden encontrar en la comprensión del ser humano como una integridad compuesta con elementos bio-psico-sociales, que se forman y desarrollan por la Cultura particular en la que el individuo está inmerso y a su vez le da significado: Todos los comportamientos humanos desde que se nace hasta que se muere están marcados y determinados en gran medida por los eventos de la experiencia del individuo y de su consecuente interacción con su ambiente físico y social (Galindo y Ardila, 2012:394).

Para Kardiner (1982), la cultura es cierta *regularidad y organización* habituales de relaciones recíprocas entre diversos individuos y se pueden encontrar formas organizadas de tratar con el mundo exterior con el fin de obtener satisfacción de las necesidades esenciales de la existencia. Con ello se manifiesta una persistencia o transmisión de métodos organizados. Desde la Cultura, se ha transmitido la idea de que existen dos tipos de dolor: el físico y el psicológico, excluyentes uno del otro. La vida cotidiana se ha convertido en un *exprés*: en un correr, en un ir y venir, en desear bienes materiales o prestigio. Sin embargo la persona detiene su vida vertiginosa cuando tiene dolor y quiere quitarlo o eliminarlo, incluso llegando a cambiar sus metas.

El patrón cultural destaca que, para alcanzar la meta o salir avante en una tarea se requiere “sacrificar” otros elementos importantes de la propia vida (familia, pareja, diversiones, entre otros), en vez de optar por el equilibrio en todas las esferas de la vida y sus relaciones interpersonales. Será más conveniente fomentar el equilibrio en las diversas áreas de la vida cotidiana en donde la experiencia del Dolor sea la señal de peligro sobre algo que está pasando, y puede hacer algo para atenderlo, Por el contrario, la indefensión aprendida, resultado del aprendizaje, donde la persona cree que su conducta tiene poca o ninguna influencia sobre el resultado de los acontecimientos, es decir, no tiene ningún control (Seligman, 1975/1992; APA, 2007; Galindo y Ardila, 2012). Puede tener consecuencias cognitivas, conductuales y emocionales; en habilidades sociales y adaptación. Para Domjam (2010), la inutilidad aprendida está asociada al envejecimiento, el rendimiento académico, al dolor crónico, el rendimiento atlético, factor de riesgo psicológico al infarto, al dolor consecuente de la pérdida de un ser querido, entre otros.

Comprender al dolor permite acceder a un estado en el que las emociones se manifiestan a plenitud, donde el componente fisiológico se pone en marcha en defensa del organismo y estos a su vez pueden favorecer o desfavorecer el aprendizaje. El significado cultural del dolor, por medio de las creencias y de la revisión de los patrones de conducta que tienen en torno al dolor. En ámbito psicológico clínico, el dolor es síntoma de una enfermedad o un conflicto adyacente, pero también se considera un trastorno (DSM IV, 2002, F45.4 Trastorno por dolor):

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

Parris (En Prithvi, 2002), hace mención de la influencia de la religión y las culturas antiguas en el significado del dolor. Para Bakan (1975), el dolor desempeña un papel central en las ideas religiosas judeo-cristianas, particularmente del dolor durante el parto y alumbramiento: sobre el trabajo como algo

doloroso en la noción de sufrimiento al requerir sangre, sudor y lágrimas para obtener resultados. Además el dolor en el purgatorio y en el infierno mientras que en el cielo se carece de dolor. Causar dolor, sufrimiento o inutilidad aprendida, de diversas formas se encuentran a lo largo de la historia de la humanidad.

En el ámbito de la salud, el concepto pre-científico de dolor se basó en la creencia de la intrusión de una fuerza externa al individuo como forma de castigo a su mal comportamiento. Así las personas con dolor, estaban recibiendo un castigo en forma de sufrimiento, impuesto por los dioses u ofrecido para aplacarlos después de alguna transgresión. La medicina un rechazo al dolor y las creencias mágicas tradicionales. Parris (En Prithvi, 2002), señala que los principios fundamentales de la medicina, se basaron en medidas para superar el sufrimiento humano causado por la enfermedad a lo cual el concepto “paciente” se deriva del latín *patior*, el que soporta sufrimiento o dolor. Por otro lado, “dolor” está relacionado etimológicamente con *dolas*, “estafa o transgresión”; con molestia física localizada en una parte del cuerpo, ocasionada por la excitación de las fibras nerviosas sensitivas que puede ser de mayor o menor intensidad. Y al sentimiento de intensa pesadumbre y tristeza. Sinónimos: aflicción, congoja y pena. La definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1947).

Los individuos y la cultura conforman la experiencia del dolor: ... nuestra cultura - el mundo moderno, occidental, industrial, tecnocrático -, ha conseguido convencernos de que el dolor es, sencilla y enteramente, un problema médico. Pensamos en el dolor y casi al mismo tiempo imaginamos una escena que incluye médicos, drogas, ungüentos, cirugía, hospitales, laboratorios (Morris, 1996: 1).



*Dolor*

Vincent van Gogh, 1882  
Lápiz y tinta sobre papel  
44,5 cm × 27 cm  
Londres, Inglaterra

[es.wikipedia.org/wiki/Dolor\\_\(Vincent\\_van\\_Gogh\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Dolor_(Vincent_van_Gogh))

Continuando con Morris (p. 5-6), el estudio del dolor lo considera como dolor crónico que constituye una inmensa crisis que se encuentra en el centro de la vida contemporánea. El que se encuentra en la medicina que concibe al dolor como una reacción fisiológica expresada en sensación, síntoma o proceso bioquímico. Y el dolor que se encuentra en el conocimiento objetivo del individuo.

La construcción cultural del dolor se dirige a suprimirlo o neutralizarlo, en su plano fisiológico. De aquí que se le considere como agudo, crónico y de otra tipología según el marco de referencia. Desde la perspectiva psicológica, el dolor es una experiencia sensorial y emocional, integrada en la percepción quien los modula junto con la experiencia y el aprendizaje sociocultural, dando lugar a la experiencia del dolor (Paeile, 1990; Bond, 1980).

A nivel mundial, se integró la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (en inglés IASP: International Association for the Study of Pain), que lleva a cabo eventos académicos como el 15º Congreso Mundial de Dolor de la Asociación en la ciudad de Buenos Aires Argentina, y la de México con su XXXIV reunión anual y Congreso internacional (2014). De libre acceso, la Guía para el Manejo del dolor para población de bajos recursos (<http://ametd.org/web/images/GuidetoPainManagement>

\_Spanish.pdf). Esta guía menciona que el sufrimiento del dolor crónico tiene consecuencias tanto individuales como socioculturales. Los psicológicos involucran las emociones, cogniciones y los estilos de afrontamiento que se activan para hacer frente al dolor, donde se puede encontrar la inactividad como la indefensión aprendida. Las emociones relacionadas son tristeza, enojo, miedo (Gatchel, 2004).

Feldman y Phillips (en Prithvi, 2002), integran las creencias acerca del dolor desde el individuo y el grupo familiar.

Tabla 1. Creencias acerca del dolor por el individuo y la familia (Modificado de Feldman y Phillips (en Prithvi, 2002)

Concepto	Individuo	Familia
<b>Control</b>	La intensidad del dolor que siente está fuera de su control	Espera que se controle cuando tenga dolor
<b>Atención médica</b>	Cuando encuentre al médico adecuado, sabrá aliviar o curar el dolor.	Debemos apoyar sus esfuerzos para encontrar al médico que le cure.
<b>Daño</b>	El ejercicio empeorará más el problema de dolor	Evita que realice muchas actividades para que no empeore
<b>Emoción</b>	El dolor sigue igual, con independencia de cómo se sienta emocionalmente	No expresan lo que realmente sienten
<b>Incapacidad</b>	El dolor le impedirá tener una vida activa	No espera que él o ella contribuya a la familia
<b>Medicación</b>	Probablemente siempre deberá tomar medicamentos contra el dolor	Le animan a que tome el medicamento cuando tenga dolor
<b>Solicitud</b>	Cuando le está doliendo, las personas deben tratarlo (la) con cuidado y atención	Necesita su cuidado y atención cuando le duele

Bakan (1975), vincula la enfermedad con el dolor. La dolencia puede manifestarse a través de diferentes síntomas diferentes que a su vez se conectan con las relaciones interpersonales del individuo, a lo largo de su historia. De aquí que la conceptualización del dolor involucre la relación con otras personas, con la familia y con la cultura. Fernández Christlieb (1994), menciona que en la experiencia de dolor coinciden diferentes emociones como la tristeza, angustia y depresión. Mientras que su tratamiento es la alegría bajo una lógica armoniosa o positiva. A manera de conclusión, es importante considerar por parte de los estudiosos de la salud, los aspectos psicológicos y culturales en la experiencia del dolor del paciente. Otorgarles, además de un trato digno, una intervención armoniosa.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association* (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington: American Psychological Association
- Bakan, D. (1975). *Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento*. México. Fondo de Cultura Económica.

- Bond, M. (1980). *Dolor, su naturaleza, análisis y tratamiento*. Argentina. Interamericana
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1.946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
- Diccionario WEB: <http://es.wiktionary.org/wiki/dolor>
- Domjam, M. (2010). *Principios de Aprendizaje y Conducta*. México, CENGAGE Learning.
- Fernández Christlieb, P. (1994). Teorías de las emociones y teoría de la afectividad colectiva. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, 14( 35- Extr), 89 - 112.
- Galindo, O y Ardila, R. (2012). Psicología y pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)/ 30(2)*, 381-407.
- Gatchel, R.J. (2004). La comorbilidad del dolor crónico y la salud mental: perspectiva biopsicosocial. *Am Psychol*, 59, 794 - 805.
- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (AIED). Disponible en [http://ametd.org/web/images/GuidetoPainManagement\\_Spanish.pdf](http://ametd.org/web/images/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf).
- Morris, D. (1996). *La cultura del dolor*. Chile. Andrés Bello.
- Paeile, C. (1990). *El dolor: Aspectos básicos y clínicos*. Chile. Mediterráneo.
- Prithvi, P. (2002). *Tratamiento práctico del dolor*. España: Harcourt
- Seligman, M. (1975/1992). J.R. Yela Bernabé y J.L.M. Malmierca. Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de reforzamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (3), 301 - 321.

Cristina Rodríguez Carmona

## 2. F54 Factores psicológicos... [316]

### LA CULPA ES DE LOS HÁBITOS, NO DE LOS KILOGRAMOS

Al hacer referencia de la Obesidad, el estudioso de la salud pone su atención al índice de masa corporal o IMC que es la clasificación antropométrica del peso corporal. En la consulta busca en el paciente cuánto pesa y cuánto mide, que son las preguntas iniciales para calcular el IMC. Pasa posteriormente a determinar, según su edad y sexo, el rango del IMC al cual pertenece, sus factores de riesgo y *cuantos kilos tiene que bajar*. Después de su diagnóstico, el diseño de la intervención se fundamenta en el desarrollo de la actividad física y en un programa de alimentación que debe de llevar a cabo por algún tiempo. A través de este procedimiento la persona conoce su estado de salud, lo que debe llevar a cabo y la meta a alcanzar: bienestar integral.

#### **Dinámica del cambio:**

La persona *comprometida con su cambio*, comienza en su entorno particular a considera el gasto en sus alimentos, el tiempo que requiere para lleva a cabo la actividad física, los familiares y amigos que le acompañaran en su camino hacia la *pérdida de peso*. Al transcurrir algunos días, se olvida de tomar la cantidad de agua que le indicaron, no tiene tiempo de hacer el ejercicio físico, se presentó algún inconveniente y no tiene dinero para comprar los alimentos recomendados. Con esto último *abandona* el cuidado temporalmente. Al llegar a la siguiente consulta, el terapeuta encuentra que ha disminuido un poco el IMC de la persona y le amonesta. Insiste en que continúe con su tratamiento y que no *desobedezca* las indicaciones. En esta segunda ocasión, la persona sale de la consulta sintiéndose mal y apenada. Por temor al castigo, se *sacrifica* en la economía, abandona a sus seres queridos, come en diferentes horarios y en pequeñas porciones. Llega a la tercera consulta, el terapeuta encuentra de nuevo poco cambio en el IMC del paciente e insiste en que *obedezca* las indicaciones. La persona sale

de la consulta y no vuelve a su tratamiento.

Si bien son muchas las causas del abandono del paciente a la consulta, en la dinámica presentada muestra la emoción de culpa presente en la persona que va a tratamiento de su condición de sobrepeso, las dificultades entre el seguimiento del terapeuta y las actividades de la persona para llevar a cabo su auto - cuidado. Este último depende de las habilidades cognoscitivas, comportamentales, emocionales, de personalidad y el estado de salud integral del individuo. En 1995, Mahoney y Mahoney referían como *autocontrol* como el ejercicio de la ciencia personal que involucra habilidades complejas susceptibles a ser aprendidas y que ayudan a regular el propio comportamiento. Se puede llevar a cabo a través del conocimiento general del asunto a tratar, recolectar información al respecto, identificar sus patrones y posibles causas. Además de explorar distintas opciones de solución, llevarlas a cabo y reconsiderar sus consecuencias. La pérdida de peso definitiva, naturalmente, es la meta de cualquier programa reductivo, pero se logra con el máximo de éxito si uno se concentra en modificar los patrones personales de conducta apropiados al equilibrio energético mediante la aplicación persistente de habilidades de autocontrol (Mahoney y Mahoney, 1995: 8).

### ***Patrones personales de conducta o hábitos***

Los cambios en los patrones personales de conducta o hábitos se encuentran relacionados con las habilidades cognoscitivas del individuo. De manera general las cogniciones se refieren a un conjunto evolutivo de funciones cerebrales propias de los seres humanos como el lenguaje, la planeación, la autopercepción, el juicio y la personalidad. La adaptación al ambiente requiere identificar sus señales, de memorizar la información, distribuir la atención (focalizar o discriminar el estímulo entre otros), evaluar los eventos y tomar decisiones al respecto (Lazarus, 1976). Las cogniciones están al servicio de las emociones: la acción cognoscitiva tiene como meta la acción que se relaciona en forma adaptativa a la evaluación del evento o situación estimulante. Por ejemplo, si la predicción conduce a una evaluación de ataque, entonces el sentimiento apropiado es el temor, el comportamiento adecuado es la huida y el objetivo es la protección del individuo. Por lo que estas respuestas con sus componentes múltiples de sentimiento, comportamiento y propósito, son emociones como resultado final de un proceso cognoscitivo complejo (Lazarus, 1975; Lazarus y Folkman, 1984; Plutchik, 1987)

La cognición y la emoción tienen una relación bidireccional y ambas están intrínsecamente unidas; la cognición es una parte fundamental de la emoción, que le proporciona la evaluación del significado (Chóliz, 2005). El enfoque de las emociones como proceso adaptativo señala que son hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso (Chóliz, 2005: 5). Los hábitos son útiles para la evolución y la adaptación del ser humano, los hábitos inadecuados responden también al aprendizaje social y la cultural que tiene el individuo. Así los hábitos alimentarios se establecen en las creencias, percepciones y relaciones interpersonales particulares a través de:

Aptitudes básicas  
Empatía  
Motivación  
Autorregulación  
Habilidades Sociales  
Conocimiento de uno mismo

Lo inadecuado de los hábitos, particularmente relacionados con la alimentación, se encuentra en las consecuencias que se producen por su acción sobre las emociones, las conductas y en la condición corporal. Por señalar algunas: presencia de sobrepeso, culpar a otros de algo que sale mal, postergar actividades/deberes, cambiar las prioridades o sentirse mal en lugar de analizar.

El cambio de hábitos alimenticios inadecuados puede llevarse a cabo con la identificación de desórdenes psicológicos y de las dificultades físicas asociadas que se encuentran en diversos trastornos (DSM IV, 2003), como las que se muestran en el cuadro 1:

Recomendaciones para la capacitación del paciente para el Auto cuidado:

**Que el individuo:**

- ⇒ Aprenda a conocer sus hábitos en general y en particular los alimentarios, ambos posibles de cambiar al prácticas espontáneas, sin conciencia ni voluntad (Bourdieu, 1991).
- ⇒ Incremente o adquiere habilidades sociales (Caballo, 2007).
- ⇒ Sea motivado para el cambio mediante la estructuración del proceso de entrenamiento y la clarificación de las metas (Kadzin, 1996).
- ⇒ Tenga cambios positivos, flexibles a través del aprendizaje en el manejo de posibles recaídas o nuevos problemas (Kanfer y Goldstein, 1992).
- ⇒ Tenga conocimiento de las relaciones funcionales de su comportamiento (Thoresen y Mahoney, 1981).

Cuadro 1 Dificultades psicológicas y físicas a consecuencias de hábitos inadecuados

Dificultades psicológicas	Dificultades físicas
Ansiedad	Chasquido de dientes
Culpa	Dificultades respiratorias
Depresión	Dolor de cabeza
Enojo	Dolores musculares
Irritabilidad	Hipertensión
Miedo	Insomnio
Inquietud	Obesidad
Trastornos del estado de ánimo	Pérdida de peso
Baja tolerancia a la frustración	Presión torácica
Desconfianza	Resequedad de boca y garganta
Fácil distracción	Rigidez muscular
Falta de concentración	Sudoración “en frío”
Problemas de memorización	Tics
Pérdida de motivación para la acción	

**REFERENCIAS**

A.P.A. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona, Masson

Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid. Taurus.

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. Argentina: Siglo XX

Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. España. Disponible en [www.uv.es/=choliz](http://www.uv.es/=choliz).

Kanfer, F. y Goldstein, A. (1992). *Como ayudar al cambio en psicoterapia: Un manual de métodos*. Bilbao : Desclee de Brouwer.

Kadzin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas*. México : Manual Moderno.

Lazarus, R.S. (1975). A cognitively oriented psychologist looks at biofeedback. *American Psychologist*, 30 (5), 553 - 561.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*, México, Roca.
- Lazarus, R.S. (1976). *Patterns of adjustment*. New York: Mc Graw Hill.
- Mahoney, M., J. y Mahoney K. (1995). Control permanente de peso: una solución total al problema de las dietas. México. Trillas.
- Plutchik, R. (1987). *Las emociones*, México, Diana.
- Thoresen, C. y Mahoney, M. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

### 3. Acérquese... ricos tamales

#### PARA ACOMPAÑAR SUS ALIMENTOS ¿QUÉ REFRESCO QUIERE?

El ser humano requiere el consumo de agua cada día para conservar su estado, compuesto del 75 por ciento de agua. En el gasto energético básico -gaseoso, celular, metabólico y circulatorio-, hay uso de sustancias, la sudoración y la micción como medios directos de pérdida de líquidos corporales que deben ser sustituidos. El agua, fuente de vital importancia no se encuentra disponible para toda la población ni en todas las regiones geográficas. Por lo que el ser humano ha tenido que ir en su búsqueda por generaciones y cimentar su desarrollo al lado de ella. Como se puede observar en el asentamiento prehispánico sobre un lago rodeado de montañas del Valle de México con acceso directo al preciado líquido. En la época moderna, a nivel mundial el acceso al agua se obtiene de ríos, presas y lluvias, en el medio rural. En los asentamientos urbanos a través de conductos que llegan a cada hogar. Con la Revolución Industrial los alimentos procesados y en particular las bebidas azucaradas, las cuales tienen gran impacto en la población, quien las consume con mayor preferencia que el agua. La industria refresquera en México se expande por todo el país a mediados del siglo XX. En la zona rural fue más fácil acceder a un refresco que a un vaso de agua natural. Se añade otro ingrediente a la preferencia en su elección, el sabor (Nielsen y Popkin, 2004; Vereecken et al., 2005).

La enciclopedia wikipedia.org refiere "Gaseosa" como nombre genérico de refresco, soda, o bebida carbonatada, chesco, soft drink. Bebida compuesta principalmente de agua y químicos como los compuestos de dióxido de carbono (agua carbonatada), saborizantes artificiales, edulcorantes, agentes cancerígenos: ciclamato – E952, acesulfamo K, aspartamo – E951, 2 – metilimidazol (2.MI) y 4-metilimidazol (4-MI) (Zamora, 2014).



®



De libre acceso y fácil consumo, las bebidas de sabor industrializadas son las preferidas por el consumidor por su sabor, aspecto y aprendizaje social, en lugar del agua que es incolora, insabora e inolora. En México se destaca el contenido calórico de las gaseosas por su impacto en la Obesidad y sus altos índices en la población mexicana (Revista del Consumidor, 2012). El estudio realizado por el Laboratorio Nacional de Protección al Consumidor (LNPC), acerca de los contenidos calórico, en

colorantes, conservadores y otros ingredientes artificiales de 63 marcas de refrescos y bebidas saborizadas, y 89 productos etiquetados como "light", "ligero" o, "diet", entre otros. Sus resultados señalan: a) Después del agua, el azúcar es el segundo ingrediente con mayor presencia en las bebidas saborizadas y refrescos, dependiendo de la marca, los contenidos varían de entre 4 y 28 gramos de azúcares; los valores más bajos provienen de aquéllas que adicionan en su fórmula edulcorantes no calóricos que van de 16 a 112 kilocalorías. b) Hay bebidas saborizadas y refrescos que poseen edulcorantes sintéticos no calóricos, la presencia de conservadores, que no declaran en su etiqueta. C) (pag. 53).

El estilo de cultura alimentaria en México contiene tres grandes elementos: tortillas, carnes y refrescos. El 70 por ciento de la población adulta presenta obesidad, el principal elemento asociado a la obesidad es el refresco por su alto consumo.



Una medida para la reducción en su consumo es el incremento en su costo (y con él de los impuestos) (2004 y eliminada en el 2007 por incompatible "El 27 de diciembre de 2006, Diario Oficial de la Federación la "Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2007", en la cual se eliminó el impuesto declarado incompatible. En la reforma Fiscal 2014, se aprueba un Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS), de un peso (moneda nacional) por litro a las bebidas saborizadas (incluyendo refrescos y aguas de sabor industrializadas), equivalente al 20 por ciento. La estrategia propuesta contemplaría la reducción de un 25.8 % en el consumo, disminuirá 7 por ciento la obesidad y el sobrepeso un 5 por ciento, en un lapso de 10 años, y evitará 2.3 millones de diabéticos para el 2050 (CNN, 4-10-2013).

De acuerdo con Tsimihodimos y colaboradores (2009), los daños a la salud relacionados con el consumo de refrescos son los siguientes:

- Diabetes Mellitus
- Síndrome metabólico
- Desmineralización ósea
- Pérdida de esmalte dentario
- Desorden en el equilibrio electrolítico (hipopotasemia) del ion potasio (K) en el plasma
- Deficiencia de vitamina B6

Se recomienda EVITAR EL CONSUMO DE REFRESCOS, PREFIERA AGUA SIMPLE, si es agua de sabor, prefiera la preparada con frutas frescas.

## REFERENCIAS

- Estudio de Calidad: Bebidas saborizadas y Refrescos. Revista del Consumidor, mayo de 2012. Pp 40 - 53. Disponible en <http://www.consumidor.gob.mx/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/40-53RC423-Estudio-Refrescos-y-Bebidas-saborizadas.pdf>.
- Nielsen, S.J., Popkin, B.M. (2004). Changes in beverage intake between 1977 and 2001. *Am J Prev Med*, 27, 205 - 210.
- Tsimihodimos, V., Kakaidi, V., & Elisaf, M. (2009). Cola-induced hypokalaemia: pathophysiological mechanisms and clinical implications. *Int J Clin Pract*, 63, 833 - 835.
- Vereecken, C.A., Inchley, J., Subramanian, S.V., Hublet, A., Maes, L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health*, 15, 224 - 32.
- Zamora, A. (2014). Edulcorantes Artificiales. Disponible en: <http://www.scientificpsychic.com/fitness/edulcorantes-artificiales.html>

Páginas consultadas:

- <http://es.wikipedia.org/wiki/Gaseosa>
- <http://www.ameribev.org/news-media/news-releases-statements/more/268/>
- <http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/twelfth/roc12.pdf>
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Hipopotasemia>
- <http://alianzasalud.org.mx/impuestos-a-los-refrescos/#sthash.YPqQL5m6.dpuf>
- [http://www.economia.gob.mx/files/comunidad\\_negocios/solucion\\_controversias/estado-estado/omc/participacion\\_mexico\\_demandado/mex\\_refrescos/mex\\_refrescos.pdf](http://www.economia.gob.mx/files/comunidad_negocios/solucion_controversias/estado-estado/omc/participacion_mexico_demandado/mex_refrescos/mex_refrescos.pdf)
- <http://mexico.cnn.com/salud/2010/02/08/el-consumo-regular-de-refrescos-incide-en-el-riesgo-de-cancer-de-pancreas>
- <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/09/ciencias/a03n1cie>
- <http://mexico.cnn.com/salud/2013/10/04/el-impuesto-a-refrescos-un-buen-inicio-contra-la-obesidad-en-mexico>

Angélica Jiménez Almanza

® Imágenes Archivo personal Raquel del S. Guillén Riebeling

## 4. Como, luego existo

### MODIFICACIÓN DE HÁBITOS NUTRICIONALES...

El dicho, "eres lo que comes" entraña gran verdad porque involucra la estabilidad total de una persona y ¿qué sería de un país en donde sus habitantes son inestables? Según en (La radiografía de la obesidad 2010) en 20 estados de la República mexicana en 10 de ellos ubicados en la región norte-hay alarma en el sector salud porque la prevalencia de obesidad rebasa la media nacional, que es de 32.4%. En esas entidades, las mujeres han acumulado más peso que los hombres, niños y adolescentes (Pérez Izquierdo, 2012). Los médicos consideran que ese fenómeno que sucede particularmente en México "porque en otros países como Estados Unidos la mayor prevalencia de obesidad está entre los hombres". Actualmente, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo se observa el fenómeno de la prevalencia de obesidad que está alcanzando cifras alarmantes, hasta el punto de que se ha convertido en un problema sanitario de primera magnitud. "No obstante del interés de la comunidad científica y los organismos internacionales sobre el tema de la obesidad y las recomendaciones realizadas para su prevención y tratamiento, los resultados obtenidos

hasta hoy son insatisfactorios” (Drewnowski y Popkin 1997). Aunque en el corto plazo y a nivel individual se consigue la reducción de peso, el paciente a menudo olvida las recomendaciones médicas, retoma los hábitos que promueven a la obesidad y recobra el peso antes perdido, en esta parte es donde se puede observar la intromisión del Psicólogo hacia este problema, ya que hablar de hábitos es hablar de conducta humana. Aunque la obesidad es fácil de identificar, es sumamente difícil de definir en el aspecto psicológico (Vázquez, 2004). Esto puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única, sino múltiples definiciones, que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías sobre el origen de la obesidad, como son la teoría energética, la neuroquímica, la genética, la celular, la endocrina y finalmente la psicológica. “Queda claro entonces que, cuando intentamos definir esta enfermedad, no basta centrarse en el organismo como sistema biológico, sino que es indispensable analizar los aspectos psicológicos, culturales y sociales que implica” (Vázquez, 2004).

*Modificación de hábitos nutricionales, estrategia para una alimentación*, título con el que comienza las notas informativas (Boletín UNAM-DGCS-634, 2012) en la entrevista a Blanca Rubio, del Instituto de Investigaciones Sociales (IIS) de la UNAM, quien señala sobre los efectos de la crisis mundial en la materia son más evidentes en países que dependen de las importaciones para satisfacer su demanda interna, con repercusiones más graves en sectores más vulnerables como mujeres, niños, migrantes y población rural. La pobreza y los hábitos inadecuados de alimentación, derivados de un *esquema económico centrado en el mercado* generan desnutrición, sobrepeso y obesidad: ... el problema de la obesidad es complejo, pues se combina la disminución de la capacidad de compra de la sociedad marginal, con un modelo de consumo dirigido... la mayor parte de los apoyos que reciben las poblaciones más pobres del país, que deberían destinarse a la alimentación sana de los niños, son gastados en comida chatarra... Comer un cereal en la mañana equivale, en términos de nutrientes, a ingerir un pan blanco con una taza de azúcar, más la leche. En términos reales, los menores consumen grandes cantidades de carbohidratos, lo que explicaría el incremento de la obesidad infantil.

Ya en 2007, es señalado el problema de la obesidad en que *Habrán más de dos mil millones de personas con sobrepeso en el mundo para 2015: OMS*. Las causas son la modificación de la dieta que tiende al aumento de la ingesta hipercalórica, rica en grasas y azúcares, con escasas vitaminas y minerales, así como a la disminución de la actividad física debido al sedentarismo y a la creciente urbanización (Boletín FES Aragon, 2007)

Una breve revisión en revistas de la alimentación y obesidad se encuentra a continuación:

ALIMENTACIÓN Y OBESIDAD. B. Vizmanos, C. Hunot Y F. Capdevila, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Alimentación y obesidad Inv Salud 2006.

UNA PROPUESTA PARA PAÍSES LATINOAMERICANOS: INVESTIGAR LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES Y EL SÍNDROME METABÓLICO DESDE EL INICIO DEL EMBARAZO, Francisco Mardones S. Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS, SOCIALES DE LA OBESIDAD EN MÉXICO. Elaborado por Josefina Fausto Guerra, Rosa María Valdez López, María Guadalupe Aldrete Rodríguez Y María Del Carmen López Zermeño. Investigación en Salud 2006.

OBESIDAD: UNA VISIÓN ANTROPOLÓGICA Por: Julio César Montero, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES FACULTAD DE MEDICINA. 2001.

LA EDUCACIÓN EN NUTRICIÓN, HACIA UNA PERSPECTIVA SOCIAL EN MÉXICO. Elaborado por María del Rosario Rivera Barragán Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Rev Cubana Salud Pública 2007.

OBESIDAD INFANTIL: ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, ECONÓMICO-SOCIALES Y CULTURALES. Realizado por: Gamaniel Raúl Guevara Chacabana, Paediatrica 2006.

## REFERENCIAS

Drewnowski, A. Popkin, BM. (1997). The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutr. Rev*, 55(2), 31 - 43.

*Habrá más de dos mil millones de personas con sobrepeso en el mundo para 2015: OMS.* Jesús González 1 al 15 de septiembre de 2007. Disponible en [www.aragon.unam.mx/boletines](http://www.aragon.unam.mx/boletines)

Los nutriólogos consideran que el incremento en las tasas de obesidad se debe a que la población en general consume alimentos con alto contenido en grasas y azúcares. Radiografía de la obesidad en México (El Universal). Viernes 19 de marzo de 2010. Disponible en <http://ortomolecularnews.blogspot.mx/2010/07/radiografia-de-la-obesidad-en-mexico-el.html>.

*Modificación de hábitos nutricionales, estrategia para una alimentación.* Boletín UNAM-DGCS-634. Ciudad Universitaria. 06:00 hrs. 16 de octubre de 2012

Pérez Izquierdo, O., Nazar Beutelspacher, A., Salvatierra Izaba, B., Pérez-Gil Romo, S.E., Rodríguez, L., Castillo Burguete, M.T., y Mariaca Méndez, R. (2012). Frecuencia del consumo de alimentos industrializados modernos en la dieta habitual de comunidades mayas de Yucatán, México. *Estud. Soc*, 20(39), 155-184

Vázquez, V. (2004) ¿Cómo tratar al paciente obeso? *Revista de endocrinología y Nutrición*, 12(4 - supl. 3), 136 - s142.

José Antonio Vázquez González

## 5. Colaboraciones

### Y TU, ¿QUÉ SABES DEL STRETCHING O ESTIRAMIENTO?

El Stretching es un impulso natural de estirarse a través del movimiento  
B.Blum.

El Stretching es la técnica de estiramiento basada en una contracción inicial isométrica, seguida de una relajación muscular y una tercera fase de estiramiento durante 8 segundos (Reyes Izaguirre et al, 2012). Para Robles Fuentes et al (2009), las técnicas de estiramiento tiene una taxonomía. Los stretching o estiramientos es la actividad inicial de la actividad física. Constituye en el aparato muscular, el cambio del estado de reposo o pasividad a la preparación a la actividad permitiendo que las fibras musculares se adapten más fácilmente a los cambios. Mientras que en las rutinas de gimnasios y deportes los estiramientos son fundamentales para desarrollar la actividad física, en la consulta multidisciplinaria a personas con sobrepeso y obesidad son la introducción al cambio: del sedentarismo a la vida activa y dinámica, con el menor riesgo de impacto a la salud del paciente.

Gutiérrez Nieto et al, (2003), en su estudio acerca de las técnicas de estiramientos reportadas, encontraron 5 clasificaciones que se resumen a continuación como:

1. Pasivos, activos, y combinados. Incluyen de energía muscular, dinámicos (o balísticos) y estáticos.

2. Estático pasivo o estiramiento mantenido, estático activo y la combinación de contracción -relajación

3. Agente de estiramiento. Se encuentran los realizados por: a) la propia persona: estiramiento estático, dinámicos (o balísticos) y estáticos; b) el terapeuta: estiramiento pasivo (dinámico o elástico), estiramiento pasivo – activo (postisométrico), estiramiento activo y activo -asistido.

4. Tipo de tensión: activa o pasiva.
5. Fuerza que produce el alargamiento muscular (y miotendinosa). Por acción externa, acción interna y modalidad de tensión activa,

La siguiente tabla 1 describe las dimensiones de los estiramientos para incrementar la flexibilidad.

Tabla 1. Recomendaciones sobre entrenamiento de la flexibilidad. Fuente: [www.felipeisidro.com](http://www.felipeisidro.com)

<b>Tipo</b>	Modalidades de elección preferente son las técnicas de elongación pasiva asistida, elongación activa y con FNP
<b>Frecuencia</b>	Por lo menos tres veces por semana, idealmente todos los días y/o después de cada entrenamiento.
<b>Intensidad</b>	Elongar lentamente el vientre muscular y mantener en la posición utilizando la menor tensión que se requiera para mantener el segmento en el lugar deseado.
<b>Tiempo</b>	4 a 5 series, con mantención entre 15 a 30 segundos para cada grupo muscular.

Para llevar a cabo los estiramientos y los ejercicios de calentamiento, se requiere una sistematización progresiva o ejecución metódica de la movilidad, la elasticidad y la flexibilidad corporal. Para el calentamiento, Alter (1990) reporta dos grandes acciones benéficas. a) Incrementa: la temperatura corporal, el ritmo cardíaco, la irrigación sanguínea a los tejidos, el metabolismo, el intercambio gaseoso, la transmisión nerviosa. B) Facilita: la recuperación de la actividad muscular, la relajación muscular, la elasticidad articular y la participación de la persona a la actividad física.

Para Spring (1988), las técnicas de estiramiento son dinámicos, su tipo se refiere al trabajo que desarrolla el musculo en cuanto su tono, métrica y fuerza. Este autor los describe como activos, pasivos, activo asistido, pasivo - activo, facilitación neuromuscular propioceptiva o FNP. Reyes Izaguirre et al (2012), describen la aplicación de los estiramientos en las clases de educación física a nivel escolar.

De acuerdo con Sáez Pastor (2005), la relación a la fuerza aplicada en los ejercicios se consideran dos tipos de fuerza: la interna y la externa.

La fuerza interna se subdivide en:

- a) Libre: cuando la propia musculatura supera las resistencias necesarias para adoptar la postura adecuada en una contracción concéntrica.
- b) Resistida: cuando interviene la propia musculatura pero en contracción excéntrica, cediendo voluntaria o involuntariamente la fuerza externa
- c) Asistida: cuando la acción se complementa con la ayuda de una fuerza externa: persona, maquina, elástico.

La fuerza externa se subdivide en:

- a) Forzada: cuando se consigue un mayor recorrido articular sin oponer resistencia por aplicación de fuerza externa, esto por la propia persona al tirar de un segmento propio (autoasistida), o con ayuda de otra persona, aparato etc.
- b) Relajada: cuando se produce movimiento a favor de la fuerza externa (gravedad) por contracción muscular sin que intervenga otra fuerza (pp. 6-7).

## REFERENCIAS

- Alter, M.J. (1990). *Los estiramientos. Bases científicas y desarrollo de los ejercicios*. Barcelona. Paidotribo.
- Blum, B.R. (2005). *Los Estiramientos. Serie fitness y condicion física España, Hispano Europea*.
- Gutiérrez Nieto, M., Novoa Castro, B., Pérez Fernández, M.R., Lantarón Caeiro, E.M., y González Represas, A. (2003). Propuesta de clasificación de las técnicas de estiramiento en fisioterapia. *Fisioterapia*, 25(4), disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/fisioterapia-146/propuesta-clasificacion-las-tecnicas-estiramiento-fisioterapia-13052003-articulos-2003>. Acceso 29-01-2010.
- Reyes Izaguirre, R.R., Varona Reyes, R., Estrada Reyes, M., y Naranjo Izquierdo, Y. (2012). Consideraciones generales para la enseñanza de ejercicios de estiramiento en las clases de Educación Física. Disponible en EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 16, N° 164, Enero de 2012. <http://www.efdeportes.com/>
- Robles Fuentes, A., Vernetta Santana, M., y López Bedoya, J. (2009). Taxonomía de las técnicas de estiramiento. Disponible en <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 - N° 129 - Febrero de 2009.
- Sáez Pastor, F., (2005). Una revisión de los métodos de flexibilidad y de su terminología. *Kronos*, 7, 5 - 16.
- Spring, H. (1988) Qu'apporte l'stretching? *Annales de Kinesitherapie*, 15 1-153. Disponible en: [Stretching.http://www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org).

Dolores Patricia Delgado Jacobo

## 6. Próximas reuniones científicas



<http://www.rpsych.ac.uk/traininpsychiatry/eventsandcourses/internationalcongress2014/ic2014registration>



## PSICOSALUD 2014

### VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud



10 al 14 de noviembre de 2014  
Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba

20º Congreso de las Américas sobre Factores Psicosociales  
Estrés y Salud Mental en el Trabajo  
Efectos psicosociales de la crisis laboral y la precarización del trabajo  
La Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo A.C. y la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, invitan:  
del 14 al 17 de octubre, 2014  
Talleres  
Simposios  
Conferencias  
Ponencias  
Bongkyoo Choi  
Universidad de California, Irvine, E.U.A.  
José Jackson Coelho Sampaio  
Universidade Estadual do Ceará, Brasil  
Enrique Dussel Ambrosini  
UACM, UAM-I, México  
Idier Torres Guerra  
Universidad de Antioquia, Colombia  
Asa Cristina Laurell  
Cinvestav Independencia, México  
Jorge Ignacio Sandoval Ocaña  
FES-2, UNAM, México  
Fecha límite de recepción de trabajos: 31 de mayo  
Informa y registra:  
[www.factorpsicosociales.com/congreso](http://www.factorpsicosociales.com/congreso)  
<http://congresopsicosociales2014.xoc.uam.mx>



**Congreso Latinoamericano de Obesidad 2014**  
 "Formando Recursos Humanos del nivel molecular al nivel social"

*Obesidad, metabolismo y enfermedades crónico degenerativas*

5, 6, 7 y 8 de febrero 2014  
 Ciudad de México

III Congreso Internacional de Psicología y Educación 2014

Start: 04/08/2014 End: 04/11/2014  
 City: Panamá  
 Country: [Panamá](#)  
 Categories: [psychiatry](#) [psychology](#) [Medical Education](#)  
 WebSite: [www.psychoinvestigation.com](http://www.psychoinvestigation.com)

CONGRESO INTERNACIONAL

**EPISTEMOLOGÍAS Y METODOLOGÍAS DE LA INVESTIGACIÓN EN EDUCACIÓN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, DEL 17 AL 20 DE JUNIO DE 2014

[www.iisue.unam.mx/alirse/congreso.php](http://www.iisue.unam.mx/alirse/congreso.php)




**V Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI**

La Antigua Guatemala del 14 al 17 de Mayo 2014

*"Hilando los saberes y las prácticas de nuestra ciencia"*

[ulapsi.org/ulapsi/quem-somos/](http://ulapsi.org/ulapsi/quem-somos/)  
 V Congreso de ULAPSI

Lada sin costo 01800.570.6876  
 Tels. (0155) 5656.5800  
 web: [congresopsicologiaih.com](http://congresopsicologiaih.com)

19 al 22 de junio 2014  
 Hotel el Cid, Mazatlán, Sinaloa.

25 Congreso Iberoamericano de Psicología del Trabajo  
 22 Congreso Iberoamericano de Recursos Humanos





**2014**

CONGRESO MUNDIAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO

17 AL 21 DE SEPTIEMBRE

[www.psicologia.foro-mundial.org/index.php/es/psicologia](http://www.psicologia.foro-mundial.org/index.php/es/psicologia)

XIV Congreso Mexicano de Psicología Social y VI Congreso Mexicano de Relaciones Personales

El 10 de febrero de 2012, es la fecha límite para el envío de trabajos para el XIV Congreso Mexicano de Psicología Social y VI Congreso Mexicano de Relaciones Personales, que organizan la Asociación Mexicana de Psicología Social (AMEPSO) y la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), del 19 al 21 de septiembre de 2012, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, México.

Puede consultar las bases en la página: [www.amepsos.org](http://www.amepsos.org) Informes en el Edificio "D" de la Facultad de Psicología, cubículos 7 y 8 del Mezzanine.

Contacto: [congreso@amepsos.org](mailto:congreso@amepsos.org) o a través de la página [www.amepsos.org](http://www.amepsos.org)

[http://www.iaap.org/evnts/ico/ico-2014/?utm\\_source=Twitter+email+-+ICO+2014&utm\\_campaign=Evento+News+June&utm\\_medium=email](http://www.iaap.org/evnts/ico/ico-2014/?utm_source=Twitter+email+-+ICO+2014&utm_campaign=Evento+News+June&utm_medium=email)



**28th International Congress of Applied Psychology**



8-13 July 2014

[www.icap2014.com](http://www.icap2014.com)



**12th International Congress on Obesity**

17 - 20 MARCH 2014: Kuala Lumpur, Malaysia



ISSN 2007-5502



9 772007 550000