



Psic-Obesidad

**Boletín electrónico de Obesidad desde
una perspectiva cognitivo conductual**



**Volumen 12, Número 47
julio-septiembre 2022**

Psic-Obesidad

Boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual



N.R. 04-2010-100813543100-203

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47>

www.revistas.unam.mx/index.php/psic/issue/view/5932

www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad



Contenido

volumen 12, número 47, julio-septiembre de 2022

- 3 Editorial**
- 6 Trabajos de difusión en investigación**
Salud y actividad física
Dolores Patricia Delgado Jacobo
- 15 F54 Factores psicológicos... [316]**
Activación adaptativa, factores de riesgo y conducta alimentaria en pandemia
Raquel del Socorro Guillén Riebeling
- 21 Acérquese... ricos tamales**
Sirenas y tritones en el etiquetado de alimentos
Maricruz Morales Salinas
- 25 Como, luego existo**
Aproximaciones a la vida saludable
Brenda Téllez Silva
- 32 Colaboraciones**
Conductas de riesgo en el entorno familiar asociadas a la obesidad
Silva Castillo Moreno
- 35 Normas de publicación**



Psic-Obesidad está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Psic-Obesidad, Año 12, No. 47, julio - septiembre de 2022, 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, Ciudad de México, 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: Lic. Azucena Rey González 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 10 de enero de 2023. La presente publicación académica es elaborada 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 de acceso público con la referencia correspondiente. El contenido de los artículos es responsabilidad exclusiva de los autores. Todos los derechos están reservados, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor, y en su caso de los tratados internacionales aplicables. Se permite su uso, reproducción por cualquier medio para fines no comerciales y siempre que se cite el trabajo original.



Directorio UNAM

Dr. Enrique Graue Wiechers

Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas

Secretario General

Dr. Luis Agustín Álvarez Icaza Longoria

Secretario Administrativo

Dr. Patricia Dolores Ávila Aranda

Secretaria de Desarrollo Institucional

Lic. Raúl Arcenio Aguilar Tamayo

Secretario de Prevención, Atención y Seguridad Universitaria

Dr. Alfredo Sánchez Castañeda

Abogado General

Dra. Guadalupe Valencia García

Coordinadora de Humanidades

Dr. William Henry Lee Alardín

Coordinador de Investigación Científica

Dra. Rosa Beltrán Álvarez

Coordinadora de Difusión Cultural

Lic. Néstor Martínez Cristo

Director General de Comunicación Social

Directorio FES Zaragoza

Dr. Vicente Jesús Hernández Abad

Director

Dra. Mirna García Méndez

Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara

Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez

Secretaria de Asuntos Estudiantiles

Dra. María Susana González Velázquez

División de Planeación y Desarrollo Académico

Dr. David Nahum Espinosa Organista

División de Estudios de Posgrado e Investigación

Mtra. Gabriela C. Valencia Chávez

Jefa de la Carrera de Psicología

Mtro. Gabriel Martín Villeda Villafañá

Coordinador de Psicología Clínica y de la Salud

Directorio Psic-Obesidad

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Editora

Consejo Editorial

Dra. Lucy María Reidl Martínez

Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Margarita Lagarde Lozano

Facultad de Psicología, UNAM

Dra. Mirna García Méndez

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM

M.C. Dolores Patricia Delgado Jacobo

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Mtro. Pedro Vargas Ávalos

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Lic. Félix Ramos Salamanca

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

Equipo de colaboradores

Lic. Maricruz Morales Salinas

Asistente editorial

Lic. Carlos Raziell Leños

Diseño de portada

Jefe del Depto. de Publicaciones

Lic. Claudia Ahumada Ballesteros

Diseño y formación de Interiores

Colaboraciones e informes:

55 56 23 06 12

boletinpsicobesidad@yahoo.com.mx

raquelguillen2010@gmail.com



Editorial

año 12 número 47

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47.86439>

Lo que va del año 2022, las condiciones de salud pública ha tenido altas y bajas. En México continua la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) no ha terminado y los contagios del virus aún no están controlados. Si bien las cifras muestran la reducción del número de fallecimientos y de contagios, en los dos años y medio de pandemia la población ha aprendido a acudir al médico en caso de síntomas -dificultades para respirar, fiebre, dolor de cabeza-, a vacunarse y a realizar actividades fuera de casa. Han pasado estrategias de Salud como la Sana Distancia, la Nueva Normalidad y el regreso a clases presenciales 2022, activando de manera paulatina a la población, dejando a un lado las compras a distancia, la preparación de alimentos en casa y cambiando de nuevo su ritmo de vida -horas de sueño, de trabajo y en familia-. Salir a la escuela o el trabajo incorpora nuevos comportamientos y cogniciones en pandemia. Temor al contacto social, incertidumbre al futuro inmediato y el enfrentamiento de la ausencia de los compañeros, de profesores, de colegas, que fallecieron por COVID -19. Un regreso de actividades que confronta un antes y un después, generando una tensión emocional subyacente y un ajuste progresivo a la vida cotidiana.

En otro contexto se dan a conocer reportes elaborados por diversos organismos de evaluación de Salud en este 2022:

- Evaluación Estratégica de salud. Primer informe Primera edición (2022).
- Diagnóstico de Monitoreo de Políticas y Programas Sociales 2022.

En este último diagnóstico se encuentra la valoración del monitoreo alcanzado por los programas y acciones de salud referente al del sobrepeso y la obesidad (Cuadro 1). *Los resultados son la expresión numérica que va de 0 a 1; mientras más cerca se sitúe del 1, mejor es el estado de las dependencias y entidades, así como de los programas y acciones sociales en materia de monitoreo; mientras más lejos de este, peor es el estado. A saber, este valor sintetiza y arroja información sobre cada una de las siete dimensiones que integran el SM: Alineación Estratégica; Sostenibilidad; Enfoque de Resultados; Calidad; Uso; Solidez Institucional y Cumplimiento de Metas* (CONEVAL, 2022, p. 15). Los números son porcentuales de cada categoría de acuerdo con los criterios empleados para el análisis de los datos obtenidos. En la representación gráfica del monitoreo de cada categoría. Dos superan el 0.5 por ciento: el enfoque de resultados¹ y el uso². Los cuatro siguientes se encuentran debajo de la media lo que muestra. En la Gráfica 2 se encuentra los porcentajes requeridos para el 1.

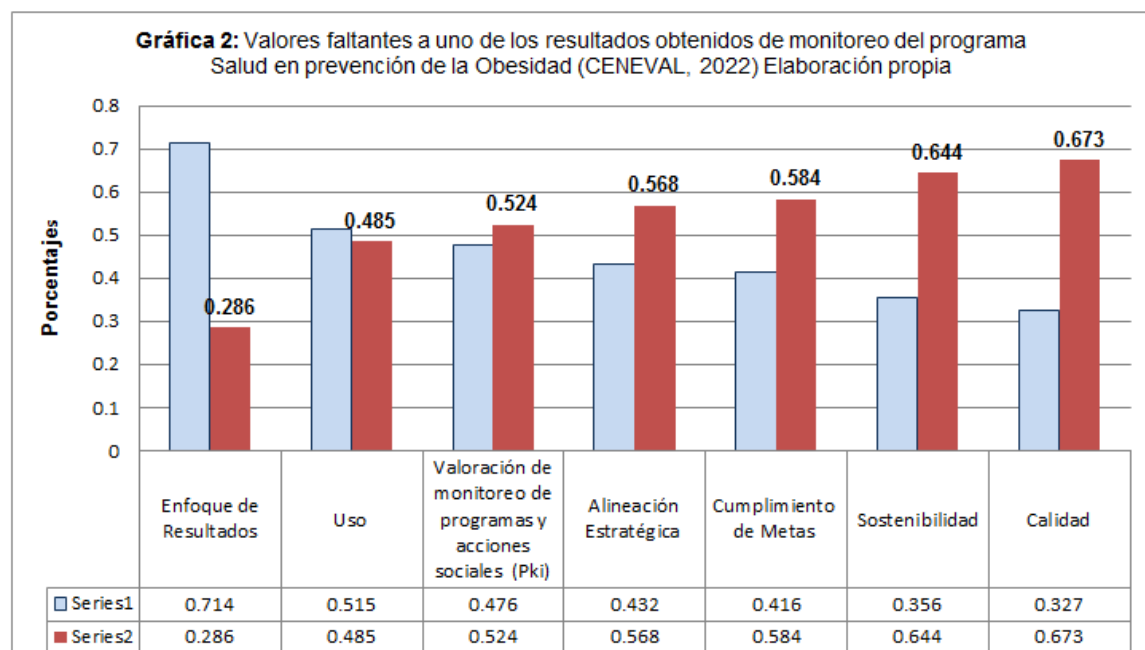
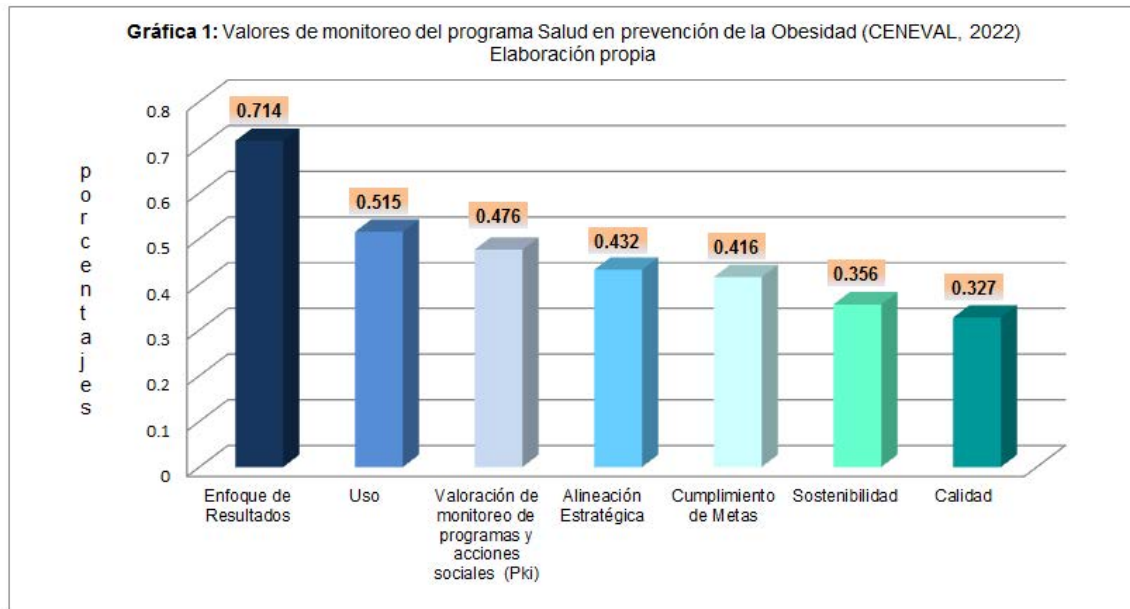
Cuadro 1: Valoraciones de monitoreo alcanzadas por los programas y acciones sociales (Anexo 4)

Dependencia o entidad	Clave	Nombre del programa	Alineación Estratégica	Enfoque de Resultados	Calidad	Uso	Sostenibilidad	Cumplimiento de Metas	Valoración de monitoreo de programas y acciones sociales (Pki)	Nivel de monitoreo
Salud	12U008	Prevención y Control de Sobrepeso, Obesidad y Diabetes	0.432	0.714	0.327	0.515	0.356	0.416	0.476	Básico

Fuente: Diagnóstico de Monitoreo de Políticas y Programas Sociales 2022, página 137

¹ Enfoque de Resultados (EdR). Denota la relevancia de que los objetivos tanto de los programas del ámbito social derivados del PND como de los programas y acciones sociales distingan con claridad los problemas públicos que pretenden atender (CONEVAL, 2022, p. 14).

² Uso de la información. Apunta a la importancia de utilizar la información derivada de los instrumentos de monitoreo de los programas, acciones y políticas sociales como sustento de la toma de decisiones. Con ello, valora la información del monitoreo utilizada en los procesos de: planeación; asignación y seguimiento presupuestal; monitoreo; evaluación; transparencia y rendición de cuentas.



Con estos resultados, se requiere un gran impulso en el sector Salud para brindar la atención a la población bajo el enfoque preventivo de primer nivel de atención y de esta manera incidir en el cuidado a la salud bajo el esquema multidisciplinario. a mediados del año 2022, en México se mantienen las dos pandemias -Obesidad y SARS-CoV-2-, conviviendo con problemas individuales y sociales que

sobresalen en la salud mental, la violencia, adicciones, delitos diversos, en lo económico, laboral y educativo.

Para cuidar la salud también se puede recurrir a estrategias de *primera mano* cómo el autocontrol y acudir de manera presencial con el equipo de salud a las Clínicas Universitarias de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Referencias

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). (2022). Evaluación Estratégica de salud. Primer informe Primera edición (2022). https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Evaluacion_salud_web.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). (2022). Diagnóstico de Monitoreo de Políticas y Programas Sociales 2022. https://www.coneval.org.mx/coordinacion/Documents/monitoreo/informes/Diagn%C3%B3stico%20de%20Monitoreo/Diagnostico_Monitoreo_2022.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). La obesidad alcanza un nivel de epidemia en Europa. <https://news.un.org/es/story/2022/05/1508062>.

Lecturas recomendadas

- Mancilla-Corona, R. (2022). Obesidad/es. *INTERDISCIPLINA*. 10(26), 1-364. <https://revistas.unam.mx/index.php/inter/issue/view/5961>.
- Rivera-Dommarco, J.A., Colchero, M.A., Fuentes, M.L., González de Cosío Martínez, T., Aguilar Salinas, C.A., Hernández Licona, G., Barquera S. (eds.). (2018). *La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M.A., Gaona-Pineda, E.B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnette, J., Alpuche-Arana, C., Rivera-Dommarco, J. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.





Salud y actividad física

Health and physical activity

M.C.E. Dolores Patricia Delgado Jacobo

Carrera de Medicina UNAM,
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
biomedicas_dj@comunidad.unam.mx

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47.86440>

Resumen

Entre las acciones para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, el ejercicio físico adecuado tiene un papel relevante ya que ha estado asociada a la salud de las personas desde la antigüedad, la relevancia del ejercicio físico como factor para mejorar la salud abarca todas las edades. Las recomendaciones de actividad física para que las personas cuiden de su salud son variadas, pero se presentan algunas que tienen aprobación de las diferentes entidades internacionales expertas como la OMS. Dichas recomendaciones se enfatizan ya que los efectos beneficiosos no solo en el proceso de envejecimiento han sido ampliamente estudiados en los últimos años. Por lo tanto, los especialistas en ciencias del deporte y las autoridades sanitarias recomiendan que toda persona incluya en su vida cotidiana, ya sea en el hogar, en el trabajo o en la comunidad, una actividad física regular para recuperar o mantener la salud. En este artículo se abordan algunas definiciones de actividad física, con la finalidad presentar también su clasificación, además de presentar propuestas de prescripción en diferentes edades y con condiciones de salud particulares, al igual que resaltar los beneficios que se tienen al realizar actividad física regular.

Palabras clave: salud, actividad física, sedentarismo, beneficios, obesidad.

Abstract

Among the actions for health promotion and disease prevention, adequate physical exercise has a relevant role since it has been associated with the health of people since ancient times, the relevance of physical exercise as a factor to improve health covers all ages. Physical activity recommendations for people to take care of their health are varied, but we present some that have been approved by different international expert entities such as the WHO. These recommendations are emphasized because the beneficial effects not only in the aging process have been widely studied in recent years. Therefore, sport science specialists and health authorities recommend that everyone should include regular physical activity in their daily lives, whether at home, at work or in the community, in order to recover or maintain health. This article discusses some definitions of physical activity, with the purpose of presenting its classification, in addition to presenting proposals for prescription at different ages and with particular health conditions, as well as highlighting the benefits of regular physical activity.

Keywords: health, physical activity, sedentary lifestyle, benefits, obesity.

Recibido el 03 de diciembre de 2021.

Aceptado el 20 de mayo de 2022.



La organización Mundial de la Salud (OMS) define a la actividad física como cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos, que da lugar a un aumento en el gasto energético frente al reposo (OMS, 2018).

En cambio ejercicio es una variante de actividad física, es el segundo nivel de actividad física, esta es planificada, estructurada y repetitiva con un fin u objetivo específico ya sea terapéutico o para el mejoramiento de uno o más componentes de la forma física (OMS, 2018; Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013).

Deporte, pertenece a la actividad física, siendo el ultimo nivel, donde el deporte pose los mismos componentes del ejercicio, pero con las variantes de competencia, que además es reglamentado y ocupacional (Vidarte et al., 2011).

La actividad física abarca no solo el ejercicio o el deporte, incluye también actividades de rutina diaria como el juego o actividades recreativas, tareas del hogar y del trabajo, es decir actividades que requieran de algún grado de esfuerzo (OMS, 2018; Vidarte et al., 2011).

Clasificación de la actividad física

El gasto energético que se realiza durante diferentes actividades físicas se mide en unidades MET's (unidad de equivalencia metabólica) útil para expresar la intensidad de actividades físicas, son la razón entre el metabolismo de una persona durante la realización de un trabajo y su metabolismo basal. Un MET se define como el gasto energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h. Cuanto más trabaja el cuerpo durante una actividad física, más elevado es el nivel MET al que se está trabajando (OMS, 2018; Corazza, 2015).

La actividad física y la intensidad con la que esta se realiza, se clasifica en tres grupos leve, moderada, intensa o vigorosa, de acuerdo al Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM), que afirma que una vez el individuo se mueve voluntariamente, aumenta su metabolismo como producto de la actividad muscular, de manera que está realizando una actividad física que se convierte en la base de los niveles de intensidad de la misma (Vidarte et al., 2011; Corazza, 2015).

1. **La actividad física ligera:** Consiste en realizar una serie de movimientos con mínimo esfuerzo, con el corazón latiendo un poco más rápido de lo normal. Con un gasto menor a 3 MET's (OMS, 2018; Corazza, 2015).
2. **La actividad física moderada:** Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco, es aquella que resulta en un costo energético entre 3 a 6 METs, o de 150 a 200 kilocalorías (kcal) por día (Vidarte, et al., 2011; CENETEC, 2013).

Ejemplos de ejercicio moderado son los siguientes:

- ▶ Caminar a paso rápido
- ▶ Bailar
- ▶ Jardinería
- ▶ Tareas domésticas
- ▶ Caza y recolección tradicionales
- ▶ Participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos
- ▶ Trabajos de construcción generales (hacer tejados, pintar, entre otros)
- ▶ Desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg)

3. **La actividad física intensa:** es aquella que produce una respiración más rápida de lo normal y la sensación de fatiga perdura aun cuando se haya concluido la actividad. Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Con un costo energético mayor a 6 METs, o de más de 300 kilocalorías (kcal) por día (*Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010*; Corazza, 2015).

Se consideran ejercicios vigorosos:

- ▶ Caminar rápido sin trotar ni correr
- ▶ Ascender a paso rápido o trepar por una ladera
- ▶ Desplazamientos rápidos en bicicleta
- ▶ Aerobic
- ▶ Natación rápida
- ▶ Deportes y juegos competitivos (ejemplos: juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto)
- ▶ Trabajo intenso con pala o excavación de zanjas
- ▶ Desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg)

Otros factores importantes a considerar para la clasificación son la frecuencia cardiaca (FC) y el consumo de oxígeno (VO₂) los cuales son los principales factores para determinar

si la intensidad del ejercicio es leve, moderada o intensa, sin embargo la FC puede monitorearse mediante un pulsímetro y el VO_2 (consumo de oxígeno) necesita de mediciones de laboratorio, es por ello que se considera una relación 1:1 entre la FC y el consumo máximo de oxígeno (FC: VO_2 máx.), sólo se puede aplicar a valores superiores al 40% del consumo máximo de oxígeno. Para poder estimar la frecuencia cardiaca se debe utilizar la siguiente fórmula indirecta (Astrand y Rodahl, 1992).

$$\text{FC máx (estimada)} = 220 - \text{edad (en años)}$$

De igual forma el ejercicio se divide por tipo y por consumo de oxígeno. En el caso del tipo se dividen en (CENETEC, 2012; CENETEC, 2013):

- a) Contracción muscular isotónico o dinámico (aeróbicos), son aquellos que movilizan una parte del cuerpo al vencer la resistencia, por ejemplo correr o nadar.
- b) Isométrico o estático (anaeróbicos) sin cambios importantes en la longitud muscular, por ejemplo levantar pesas.
- c) Isocinéticos, son aquellos que involucran como fin el fortalecimiento muscular con el uso de aparatos y máquinas para el ejercicio y el trabajo muscular.

En caso de dividirlo por consumo de oxígeno se dividen en:

- a) Aeróbicos, que son empleados para mejorar el funcionamiento cardiovascular.
- b) Anaeróbicos, que mejoran la tolerancia a un desequilibrio ácido base en los ejercicios de alta intensidad.

Por categoría se divide al ejercicio en:

- 1. Resistencia cardiorrespiratoria: Aeróbicos.
- 2. De fuerza y resistencia muscular: Anaeróbicos.
- 3. De flexibilidad: Forman parte de los anaeróbicos.

Actividad física y fisiología

La actividad física, genera la movilización de los ácidos grasos hacia el torrente sanguíneo mediante la secreción de adrenalina; e induce a la actividad enzimática que permite el aumento del poder oxidativo para quemar

grasas. Se produce un aumento en la densidad de las mitocondrias presentes en las fibras musculares, siendo estas las encargadas de convertir la materia prima en energía, con lo cual se logra un mayor aporte de oxígeno para el consumo de las grasas. La actividad física sistemática aumenta la síntesis de glucógeno en el músculo y en el hígado, disminuyendo los depósitos de grasa en los adipocitos (Corazza, 2015; Wilmore y Costill, 2004).

El entrenamiento transforma la respuesta metabólica del músculo debido a la hipertrofia que produce. Existen cambios en la proporción de las diferentes fibras musculares, la superficie de capilares aumenta y modifica la composición enzimática del mismo. La capacidad de oxidación depende del tipo de fibra muscular elevada; la cantidad de fibras aeróbicas (I y II) se correlaciona negativamente con el cociente respiratorio durante el ejercicio, indicando que consumen preferencialmente ácidos grasos con respecto a los glúcidos (Corazza, 2015; López y López, 2006; Wilmore y Costill, 2004).

Los obesos y post-obesos tienen degradada la posibilidad de oxidar ácidos grasos a nivel muscular, ya que la capacidad para depositar grasas guarda una relación inversa con el poder de oxidarlas. Esta intolerancia al ejercicio se debe a una limitación de índole periférica en los niveles de capitalización del tejido muscular, donde la densidad mitocondrial de las fibras del tipo I y la actividad enzimática oxidativa esta significativamente disminuida, limitando la oxidación de ácidos grasos, estas condiciones el músculo se ve obligado a generar moléculas de ATP, acosta de la glucólisis, con aumento de piruvato y lactato. En relación a lo mencionado, no se puede garantizar que la actividad física vaya a producir una pérdida de peso, pero sus efectos metabólicos son importantes para evitar un mayor incremento y en gran parte de las personas fomenta al menos una ligera pérdida de grasas, a la vez que aumenta la masa magra y previene o desacelera la disminución de la tasa metabólica basal; lo que hace del ejercicio, una herramienta importantísima para mantener el peso después de haber conseguido una reducción (López y López, 2006; Wilmore y Costill, 2004).

En los primeros minutos de ejercicio moderado, antes de que el metabolismo aeróbico funcione plenamente, se emplean como combustibles los carbohidratos,

la fosfocreatina y el ATP acumulado; después de unos minutos, la oxidación de los lípidos aumenta progresivamente, funcionando como combustible para el ejercicio aeróbico, a la vez que los adipocitos liberan ácidos grasos. En este tipo de ejercicios, los lípidos no solo se emplean como combustible mientras se hace actividad física, sino que también contribuyen de forma importante en el gasto energético posterior a la sesión, mediante el consumo de oxígeno post- ejercicio. Durante el post-ejercicio se emplea las grasas como combustible, ya que los carbohidratos se están empleando al mismo tiempo para restablecer los depósitos de glucógeno (Wilmore y Costill, 2004; CENETEC, 2012).

Estos procesos aeróbicos se logran con ejercicios de larga duración, sin ser excesivamente prolongados, efectuados a un ritmo lento o medio y la participación de grandes grupos musculares con esfuerzos dinámicos. Son actividades continuas, que elevan el ritmo cardíaco cómodamente (López y López, 2006; CENETEC, 2012).

Por lo tanto el ejercicio físico en la persona obesa, puede y debe apuntar a otras variables independientes de la baja de peso en una primera etapa y más bien estar orientada hacia una corrección de parámetros metabólicos y a una mejoría de la masa muscular desde un punto de vista estructural y funcional con el objetivo de mejorar la capacidad física o de consumo de oxígeno (Corazza, 2015; López y López, 2006; Wilmore y Costill, 2004). La escasa actividad física se asocia al estado pro inflamatorio, con aumento de los marcadores de resistencia a la insulina e inflamación, que son la base del desarrollo de la aterosclerosis temprana (Wilmore y Costill, 2004).

Beneficios de realizar actividad física de manera regular

La actividad física trae una serie de beneficios tales como: control de peso, fortalecimiento de huesos y músculos, reducción del riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer, depresión, problemas de postura, entre otros (CENETEC, 2012; Alvarado, Guerrero y Llamas, 2014).

Se ha comprobado que llevar una vida activa alarga la vida.¹¹ Si además tenemos en cuenta que aumenta el bienestar,

significa que siendo activos podemos disfrutar de una mejora en la esperanza y calidad de vida. Es decir, vivir más y mejor (Wilmore y Costill, 2004; Lopategui, 2012). Existen estudios científicos que demuestran que la actividad física practicada con regularidad, es decir, todos o casi todos los días de la semana, brinda múltiples beneficios al individuo tales como (Bastos, et al., 2005; González, 2004; Cintra y Balboa, 2011).

- ▶ Ayuda a disfrutar la vida con calidad.
- ▶ Ayuda a mantenerse ágil físicamente: Fortalece los músculos mejorando la capacidad funcional y disminuyendo el riesgo de sufrir caídas. También, previene la pérdida de masa ósea (osteoporosis).
- ▶ Contribuye a mantener un peso adecuado; la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso.
- ▶ Mejora el bienestar mental, reduce los síntomas de ansiedad y estrés, mejora el sueño y reduce el riesgo de depresión. Además aumenta la percepción de bienestar y satisfacción con el propio cuerpo.
- ▶ Mejora el bienestar social. Fomenta la sociabilidad y aumenta la autonomía y la integración social, especialmente en personas con discapacidad.
- ▶ Mejora la función cerebral cognitiva.
- ▶ Reduce el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades como: Diabetes tipo 2; Enfermedades cardiovasculares; Hipertensión arterial; Cáncer de mama o colon; Hipercolesterolemia (colesterol elevado); aumentando el colesterol “bueno” (HDL) y disminuyendo el “malo” (LDL).
- ▶ Reduce la evolución de algunas enfermedades crónicas como la Diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia u obesidad.

Algunos factores para continuar con la realización de la actividad física

1. Dos tercios de la población adulta no alcanza los niveles recomendados de actividad física (30 minutos diarios).
2. En la mayoría de los países, la actividad física va siendo rechazada en la medida que aumenta la edad en ambos sexos.

3. La inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo).
4. La tendencia en el mundo está encaminada hacia menos actividad física.
5. Más de la mitad de la población a nivel mundial no realiza actividad física
6. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.
7. Son alarmantes los costos indirectos que tiene la inactividad física en el cuidado de la salud por pérdida de rendimiento económico debido a la enfermedad, invalidez de trabajo, enfermedades relacionadas o muerte prematura.
8. Todos los años, la inactividad física es responsable de 600.000 muertes o más.

Actividad física para considerarse saludable

Algunas de las recomendaciones establecidas por Corazza (2015) y la OMS en 2016:

- ▶ El tiempo mínimo deberá ser de 60 minutos acumulables por día para los dos primeros rangos de edad y para los mayores de 65 años 150 minutos acumulables a la semana.
- ▶ La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.
- ▶ Los niveles de exigencia serán entre moderados y vigorosas y lo más recomendable es que la frecuencia de práctica sea diaria.
- ▶ Se debe prescribir la actividad física por grupos poblacionales, es decir, de 5 a 17 años, de 18 a 64 años y mayores de 65 años.

Actividad física por grupos de edad

La Organización Mundial de La Salud recomienda para los adultos actividad física de 30 minutos o más al día y que esta sea actividad física de regular a moderada

intensidad, durante toda la semana que correspondiendo al quemar 628 kJ (150 Kcal.). Más actividad puede requerirse para el manejo del peso (Corazza, 2015; OMS, 2016). Para los adultos mayores, se recomiendan al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada 5 días a la semana, tomando en cuenta la capacidad física de cada persona, así mismo si padece de alguna enfermedad que limite su actividad física (OMS, 2016; Crespo et al., 2015).

La actividad física regular puede ser beneficiosa para prevenir enfermedades no transmisibles frecuentes en los adultos mayores (enfermedades cardiovasculares, artrosis, osteoporosis, hipertensión). También se ha demostrado que mejora la salud mental y la función cognitiva y que contribuye al tratamiento de trastornos como la ansiedad o la depresión. La vida activa suele proporcionar a los adultos mayores ocasión de hacer nuevas amistades, mantener sus redes sociales e interactuar con otras personas de todas las edades (Bastos et al., 2005; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

La actividad física para los jóvenes es la misma que para los adultos en relación al tiempo, 30 minutos diarios de actividad física los 7 días de la semana, se ha asociado también a efectos psicológicos beneficiosos en los jóvenes, gracias a un mejor control de la ansiedad y la depresión, contribuye al desarrollo social, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración, los jóvenes activos pueden adoptar con más facilidad otros comportamientos saludables, como evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tienen mejor rendimiento escolar. Los niños necesitan 60 minutos de actividad física cada día. Por lo menos dos veces a la semana, esto debe incluir actividades para mejorar la salud del hueso, fuerza del músculo y flexibilidad (OMS, 2016; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). La práctica de actividad física permite en forma sobresaliente entrar en contacto con uno mismo, mejorando la autoimagen, la conciencia de la realidad, la motivación, la socialización con otras personas o, simplemente, el poder disfrutar “porque sí” de una actividad placentera que permite procesos de autorrealización en la vida (Bastos et al., 2005).

Recomendaciones para la realización de la actividad física

La actividad debe ser de acuerdo a la edad, y su nivel de intensidad el adecuado para la condición física que se tenga. Antes de realizar cualquier ejercicio físico se debe hacer un calentamiento corporal previo con la intención de preparar los músculos para el esfuerzo (Jacoby, Bull y Neiman, 2003; Salazar et al., 2016). El calentamiento se divide en tres fases:

1. **Fase inicial:** Se inicia de manera natural las articulaciones.
2. **Fase central:** Se hacen movimientos dinámicos como trotar, saltar y hacer flexiones.
3. **Fase final:** Periodo de relajación donde se hace flexibilidad de los músculos con la finalidad de evitar lesiones, de manera lenta y pausada. Antes de realizar cualquier ejercicio físico se debe hacer un calentamiento corporal previo con la intención de preparar los músculos para el esfuerzo.

La actividad física se puede realizar prácticamente en cualquier sitio y no requiere equipo necesariamente (Jacoby, Bull y Neiman, 2003).

Algunas zonas urbanas disponen de parques, paseos marítimos u otras zonas peatonales ideales para caminar, correr o jugar. No es imprescindible acudir a un gimnasio, piscina u otra instalación deportiva especial para mantenerse físicamente activo (Salazar et al., 2016).

Prescripción del ejercicio

Para recomendar un programa de actividades que incluya entrenamientos de resistencia, fortalecimiento, equilibrio y flexibilidad, considerando que la progresión de la intensidad debe ser gradual, se debe realizar una detalla historia y exploración física en busca de alguna enfermedad o discapacidad física que limite el desempeño de actividades físicas (CENETEC, 2013; Vidarte et al., 2011).

Al prescribir un programa de ejercicios se debe establecer el tiempo de realización de la actividad física, midiendo el nivel de la mismo en base al consumo máximo de oxígeno por 30 minutos diarios de forma continua, resultando en una reducción de la morbi-mortalidad (Ballesteros, 2007).

Para calcular la intensidad de la actividad física realizando el cálculo de la frecuencia cardiaca máxima, se utiliza la siguiente formula:

$$205.8 - (0.685 \times \text{edad}) = \text{FCM}$$

Del resultado obtenido se considera que el 60% de la FCM representa la frecuencia cardiaca adecuada que debe tener el paciente al realizar ejercicio y así establecer la intensidad correcta del mismo (CENETEC, 2013; Vidarte et al., 2011). La prescripción en el tiempo adecuada de ejercicio se da en un rango de 20-60 minutos diarios con un aumento de 4-6 minutos por semana.

El paciente deberá cumplir los tiempos sugeridos para los componentes del ejercicio (CENETEC, 2013).

1. Reposo 15 minutos.
2. Calentamiento 5 Minutos.
3. Resistencia 20 min.
4. Enfriamiento 5 minutos.
5. Recuperación 10 minutos.

Siempre aclarar al paciente que existen riesgos al realizar un programa de ejercicios como son:

1. Lesiones osteomusculares.
2. Afecciones cardiovasculares (arritmias, muerte súbita, infarto al miocardio).

Tipos de ejercicios con plan terapéutico

En pacientes con hipertensión arterial. En pacientes con antecedentes, propensos o con presencia de hipertensión arterial, se debe realizar valoración funcional actual, se recomienda un plan de ejercicios dinámico con el objetivo de reducir la tensión arterial sistólica y diastólica de 6-7 mmHg en un paciente hipertenso y en pacientes normotensos se reduce 3 mmHg (CENETEC, 2013; Ballesteros et al., 2007). Sugerir un programa de ejercicios tanto aeróbico y anaeróbico, que incluyan fuerza y resistencia, con ejercicios de moderada intensidad, actividades al aire libre, como nadar, trotar, correr, montar bicicleta, con una duración por sesión de 30-45 minutos por 5 días a la semana. Si las condiciones físicas del paciente lo permiten realizar un programa de ejercicios que incluya ejercicios anaeróbicos (pesas) de 8 a 10 repeticiones (CENETEC, 2013; Vidarte et al., 2011; Ballesteros et al., 2007).

En pacientes con hipercolesterolemia. En aquellos pacientes con dislipidemias, se debe iniciar con valoración funcional actual, realizar programas de ejercicio aeróbicos de intensidad moderada a intensa, con una frecuencia de 3 a 5 sesiones por semana, con una duración inicial de 20-30 minutos diarios, hasta aumentar de 40 a 50 minutos las sesiones de mantenimiento con previo calentamiento y enfriamiento, por un periodo de mantenimiento de 6-12 meses en personas jóvenes y en el caso de pacientes mayores de 50 años por periodos de 2 años, para lograr la adaptación del metabolismo de los tejidos, tomando en cuenta que deben existir modificaciones en la cifras de colesterol HDL. Se recomiendan ejercicios de tipo isotónico y dinámico (caminata vigorosa, carrera natación y bicicleta) (CENETEC, 2013; Vidarte et al., 2011; Ballesteros et al., 2007).

En pacientes con Diabetes Mellitus. Emplear un programa de ejercicios en pacientes con predisposición familiar y portadores de diabetes mellitus, posterior a valoración funcional actual, que incluya ejercicios de moderada intensidad y ejercicios de fortalecimiento muscular, para obtener una mejoría de la capacidad cardiorrespiratoria y circulatoria (CENETEC, 2013; Ballesteros et al., 2007).

En el paciente diabético optar por ejercicios isotónicos, en combinación con algún tipo de ejercicio que implique esfuerzo físico, con respecto a la intensidad se recomienda ejercicio isotónico moderado a intenso y ejercicio isométrico moderado. Una frecuencia de sesiones de ejercicios isotónicos de 2-3 sesiones de fuerza de fuerza en el día por 10 a 15 minutos. La duración de la sesión en ejercicios isotónicos al inicio son de 15 min y en la fase de mantenimiento de 35-40 minutos, en caso de del ejercicio isométrico de 10 a 15 repeticiones por aparato, añadiendo al programa 5 minutos de calentamiento y 5 minutos finales para enfriamiento. El programa es por tiempo indefinido (CENETEC, 2013; Vidarte et al., 2011; Ballesteros et al., 2007).

Sedentarismo

La principal consecuencia de los bajos niveles de prevalencia de práctica de actividad física es el sedentarismo (Saucedo et al., 2015). Este término proviene del latín *sedentarius*, de estar sentado. El sedentarismo se define como la realización de actividad

física durante menos de 15 minutos y menos de tres (3) veces por semana durante el último trimestre (Jacoby, Bull y Neiman, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2018, lo definió como “la poca agitación o movimiento”. En términos de gasto energético, se considera que una persona sedentaria, cuando en sus actividades cotidianas no aumenta más del 10% la energía que gasta en reposo (metabolismo basa (Álvarez, 2010). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina casi tres cuartos de la población tienen un estilo de vida sedentario, gran parte de la población de todas las edades es inactiva, siendo las mujeres las de mayor tendencia, al igual que la población de escasos recursos. En relación con la población adulta, el nivel de actividad física es muy bajo, con estudios en algunos países latinos que muestran una participación reducida a medida que se avanza en la edad (Jacoby, Bull y Neiman, 2003; Saucedo et al., 2015). El sedentarismo prolongado lleva a la reducción acentuada y progresiva de la masa muscular, de la fuerza, de la flexibilidad y del equilibrio. Se ha demostrado que la actividad física regular, con estímulos de tres veces semanales como mínimo, promueve diferencias significativas en los índices que predicen la grasa corporal, disminuye significativamente los riesgos de contraer diversas enfermedades como: enfermedades de origen coronario, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, dislipidemia, lo cual influye positivamente sobre aspectos relacionados con la calidad de vida de los individuos (Álvarez, 2010; Salazar et al., 2016).

La inactividad física es actualmente el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo, sólo por detrás de la hipertensión, el consumo de tabaco y la hiperglucemia (Álvarez, 2010).

Enfermedades no transmisibles más frecuentemente asociadas al sedentarismo:

1. Cardiopatía isquémica.
2. Hipertensión arterial (HTA).
3. Enfermedades cerebrovasculares.
4. Diabetes mellitus de tipo 2.
5. Obesidad.
6. Osteoporosis.
7. Problemas musculoesqueléticos diversos.

8. Desórdenes mentales o emocionales (Salazar et al., 2016).

Grupos de riesgo para el sedentarismo:

1. Personas mayores de 40 años de edad.
2. Individuos discapacitados desde el punto de vista físico.
3. Individuos aquejados de enfermedades crónicas.
4. Pacientes con padecimientos músculo-esqueléticos
5. Obesos.
6. Ocupaciones sedentarias (personal administrativo, intelectuales, entre otros).
7. Amas de casa.
8. Personas que viven en áreas urbanas (Salazar et al., 2016).

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles se han convertido en la principal causa de muerte a nivel mundial y lo más alarmante es que son prevenibles mediante la realización de actividad física, por ello es importante la promoción de la salud desde edades tempranas que incluya tanto una correcta alimentación como el establecimiento de realizar actividad física. La actividad física debe ser considerada uno de los pilares de todo tratamiento médico supervisado ya que, junto con la alimentación, son rubros que en ocasiones son menospreciados o poco enfatizados. Se debe hacer énfasis en el hecho de que sin importar la edad, el sexo, si se está sano o si se sufre de alguna enfermedad, la actividad física debe formar parte de las actividades que se realizan cada día para tener una mejor calidad de vida.

Referencias

- Alvarado-González, A., Guerrero-Sifuentes, E. y Llamas-Félix, I. (2014). La activación física para combatir la obesidad y el sobrepeso en universitarios. *RICS*, 3(5), 1-17. <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/21/118>
- Álvarez-Lí, F. (2010). Sedentarismo y actividad física. *Revista científica médica de Cienfuegos*, 10, 55-60. <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/10/10>
- Astrand, P. O. y Rodahl, K. (1992). *Fisiología del trabajo físico: Bases fisiológicas del ejercicio*. 2ª edición. Médica Panamericana.
- Ballesteros-Arribas, J. M., Dal-Ré-Saavedra, M. A., Pérez-Farinós, N. y Villar- Villalba, C. (2007). Actividad física beneficios para la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 81(5), 443-449. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/178860>
- Bastos, A., González, R., Molinero, O. y Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 140-153. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54221982005>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2013). *Guía de Práctica Clínica Prescripción de Ejercicio con Plan Terapéutico en el Adulto*. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_626_13_ejerciciosconplane terapeutico/626ger.pdf
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2012). *Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la obesidad Exógena*. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf
- Cintra-Cala, O. y Balboa-Navarro, Y. (2011). La actividad física: un aporte para la salud. *EF Deportes*, 16(159), 1-11. <http://www.efdeportes.com/efd159/la-actividad-fisica-para-la-salud.htm>
- Corazza, R. R. (2015). *Actividad física y obesidad*. [Tesis de licenciatura]. Universidad FASTA Facultad de Ciencias de la Educación. <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/1136>
- Crespo-Salgado, J., Delgado-Martín, J. L., Blanco-Iglesias, O. y Aldecoa-Landes, S. (2015). Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Rev. Atención primaria*, 47(3), 175-183. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-guia-basica-deteccion-del-sedentarismo-S0212656714002911>
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
- González-Jurado, J. A. (2004). La actividad física orientada a la promoción de la salud. *Escuela Abierta*, 7, 73-96. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1065700.pdf>
- Jacoby, E., Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad

- física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista panamericana de la salud*, 14(4), 223-225. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900001&lng=pt&rm=iso&tlng=es
- Lopategui-Corsino, E. (2012). *La prescripción de ejercicio*. http://www.saludmed.com/ejercicio/contenido/Rx_Ejercicio.pdf
- López, J. y López, L. M. (2006). *Fisiología Clínica del Ejercicio*. Médica Panamericana.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Recomendaciones para la actividad física*. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
- Salazar, C., Feu, S., Vizuete-Carrizosa, M., y de la Cruz-Sánchez, E. (2016). IMC y actividad física de los estudiantes de la Universidad de Colima. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 13(51), 569-584. <https://revistas.uam.es/rimcafd/article/view/3967>
- Saucedo-Molina, T.J., Rodríguez-Jiménez, J., Oliva-Macías, L. A., Villarreal-Castillo, M., León-Hernández, R. y Fernández-Cortés, L. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, la actividad física y los tiempos de comida en adolescentes mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(3), 1082-1090. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/17originalpediatria05.pdf>
- Vidarte-Claros, J. A., Vélez-Álvarez, C., Sandoval-Cuellar, C. y Alfonso-Mora, M. L. (2011). Actividad Física: Estrategia de Promoción a la Salud. *Hacia la Promoción de la Salud*. 16(1), 202-218. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000100015&lng=en&tlng=es.
- Wilmore, J. y Costill, D. (2004). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Paidotribo.



<https://gaceta.facmed.unam.mx/index.php/2022/02/16/es-la-salud-mental-la-pandemia-despues-de-la-covid-19/>



Activación adaptativa, factores de riesgo y conducta alimentaria en pandemia

Adaptive activation, risk factors and eating behavior in pandemic

Dra. Raquel del Socorro Guillén Riebeling

Carrera de Psicología

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

raqso@unam.mx

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47.86441>

Resumen

El tiempo de confinamiento y el obligado aislamiento social, poco a poco ha cambiado por la apertura a actividades presenciales en lo social, educativo y recreativo. Realizar las actividades “fuera de casa” implica el esfuerzo para cambiar de hábitos y adaptarse de nuevo a los encuentros sociales, al trabajo presencial y a las clases con profesores y alumnos con medidas de prevención al contagio por SARS-CoV-2. Salir de casa representa la activación de procesos adaptativos compuestos de socialización aprendida y de escasos encuentros sociales, lo que conlleva a expresiones emocionales, cogniciones, conductas y aspectos sociales moldeados por la pandemia. En este artículo se revisan los factores psicológicos y sociales relacionados con la activación adaptativa y la conducta alimentaria en la post-pandemia que lleva a la población a retomar las actividades presenciales considerando los cambios llevados a cabo por la pandemia. Entre los factores a considerar se tocará el estilo de enfrentamiento, el impacto psicológico y social, así como las propuestas de intervención primaria a la salud que llevan a considerar la planeación y aplicación de talleres de conducta alimentaria saludable, que permita a las personas mayor conocimiento para una toma de decisiones adecuadas para mantener la salud integral.

Palabras clave: confinamiento, salud, conducta alimentaria, enfrentamiento, emociones.

Abstract

The time of confinement and forced social isolation has been gradually changed by the opening to face-to-face social, educational and recreational activities. Carrying out activities “away from home” implies the effort to change habits and to adapt again to social encounters, to face-to-face work and to classes with teachers and students with measures to prevent SARS-CoV-2 infection. Leaving home represents the activation of adaptive processes composed of learned socialization and few social encounters, leading to emotional expressions, cognitions, behaviors, and social aspects shaped by the pandemic. This article reviews the psychological and social factors related to adaptive activation and eating behavior in the post-pandemic period that lead the population to resume face-to-face activities considering the changes brought about by the pandemic. Among the factors to be considered will be the coping style, the psychological and social impact, as well as the proposals for primary health intervention that lead to consider the planning and implementation of workshops on healthy eating behavior, allowing people more knowledge for proper decision making to maintain overall health.

Keywords: confinement, health, eating behavior, coping, emotions.

Recibido el 15 de febrero de 2022.

Aceptado el 20 de septiembre de 2022.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](#).



Contextos

La enfermedad por COVID-19 en el mundo se considera una situación catastrófica más que de riesgo por la posibilidad de contagio y mortalidad, que se ha extendido portodo el mundo. “...*el primer gran impacto de repercusión planetaria en la historia reciente del mundo globalizado. Aunque sus efectos en materia de salud pública están siendo superlativos, también lo son en todos los demás ámbitos de la vida pública y privada, individual y colectiva. Como es el caso en la mayoría de los procesos naturales, sus oportunidades o contingencias asociadas dependerán del modelo de desarrollo en el que se produzcan. Con la pandemia, esto se ha puesto más en evidencia*” (UNESCO, 2020). Pandemia sin precedentes ha puesto en marcha mecanismos de contención drásticos como el confinamiento social por tiempo indeterminado. Las organizaciones de Salud Pública implementaron modelos de atención con personal y equipos especializados. La generación de vacunas en el año 2021, ayudó a mitigar los contagios y fallecimientos en la población. Las repercusiones en los ámbitos económico, laboral, educativo y de salud en general se muestran en diversos reportes como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2020) que llama vulnerabilidades estructurales preexistentes que a su vez van generando vulnerabilidades específicas emergentes de esta nueva situación. “*Ella constituye una situación disruptiva, que genera altos niveles de estrés individual y colectivo. Para muchas personas implica una situación trágica a causa las pérdidas que deben afrontar: pérdida de seres queridos, de la salud, de la vivienda, de bienes, o del empleo*” (UNESCO, 2020). El proceso adaptativo de la población a dos años de pandemia ha fluctuado en Olas, metáfora descriptiva de fases de valles y crestas de la intensidad de contagios y de muertes en cifras¹. Si bien las medidas preventivas se conservan de manera lineal a lo largo del tiempo, cada fase ha requerido de diversas demandas de carácter psicológico de situaciones de emergencia.

¹ Durante junio y julio, meses que se consideran correspondientes a la quinta ola de contagios, se contabilizaron 2 mil 688 muertes a causa de COVID-19 en México, cifra menor a las 6 mil 547 muertes por COVID que hubo en enero. De acuerdo con la Secretaría de Salud, al 31 de julio de 2022, suman 6 millones 758 mil 656 contagios acumulados. Al 29 de junio, se han acumulado más de 700 mil nuevos diagnósticos positivos al virus (WEB Financiero, 31-07-2022)

Estilos de enfrentamiento social e individual

En el contexto de la situación de emergencia las consecuencias que los individuos pueden presentar son respuestas de ansiedad, desesperaciones, tristeza, cambios en el ritmo del sueño, psicosomáticas, cansancio, irritabilidad, enojo o dolor. Efectos habituales que suelen mitigarse con el tiempo (OMS, 2022).

Los ajustes sociales e individuales para enfrentar la situación de emergencia por SARS-CoV-2 han surgido con el objetivo principal de salvar vidas y atender a los sobrevivientes como:

- ▶ La estrategia social en salud, de acuerdo con Robles-Sánchez (2020) y la OMS (2022) muestra los cambios en los modelos de gestión de situaciones de emergencias consisten en la preparación para la atención de la emergencia (modelo tradicional); promover la gestión para la reducción de riesgos y atención de emergencias/desastres (modelo actual).
- ▶ Prestar servicios de salud mental y apoyo psicosocial a varios niveles, desde la asistencia básica hasta la clínica por profesionales especializados en la materia
- ▶ Brindar primeros auxilios psicológicos a las personas en campo² por personas capacitadas en apoyo emocional y práctico en primera instancia por malestar psicológico agudo debido al reciente acontecimiento y terapia cognitivo-conductual.
- ▶ Asistencia de profesionales sociales y de salud para realizar intervenciones en resolución de problemas, asistencia grupal o comunitaria.

Se considera riesgo como la probabilidad y gravedad de accidentes o pérdidas ante la exposición a diversos peligros que pueden incluir lesiones a las personas, pérdida de recursos o condiciones favorables para el desarrollo de una enfermedad. Como señala Robles y Medina (2008), los riesgos surgen de la confluencia en una misma agrupación de amenazas y las condiciones de vulnerabilidad que presentan:

- ▶ Amenaza: una condición que tiene el potencial de causar lesión o muerte a las personas, daño a las propiedades o degradar la misión.

² Con la pandemia se incrementó la asistencia a distancia por videollamada o webinar y la terapia a distancia. Nota de la autora.

- ▶ Gravedad: la peor consecuencia creíble resultado de un riesgo. Ponerse en el peor escenario posible.
- ▶ Probabilidad de que un peligro tenga como resultado un accidente o pérdida
- ▶ Perspectiva Multi-riesgo: riesgo de contagio, de perder las fuentes de trabajo, de no recibir asistencia médica efectiva y oportuna, o de no contar con agua potable por la activación de otras amenazas como sequías, inundaciones o huracanes.
- ▶ Estrategia de identificación de riesgos y plan de acción a inmediato, corto, mediano y largo plazos.

Para la OMS (2022), los tipos de problemas que se pueden presentar en una situación de emergencia en lo social son: Preexistentes: pobreza o discriminación de grupos marginados.

A consecuencia de la emergencia: separación de la familia, inseguridad, pérdida de medios de subsistencia, descomposición del tejido social y disminución de la confianza y los recursos.

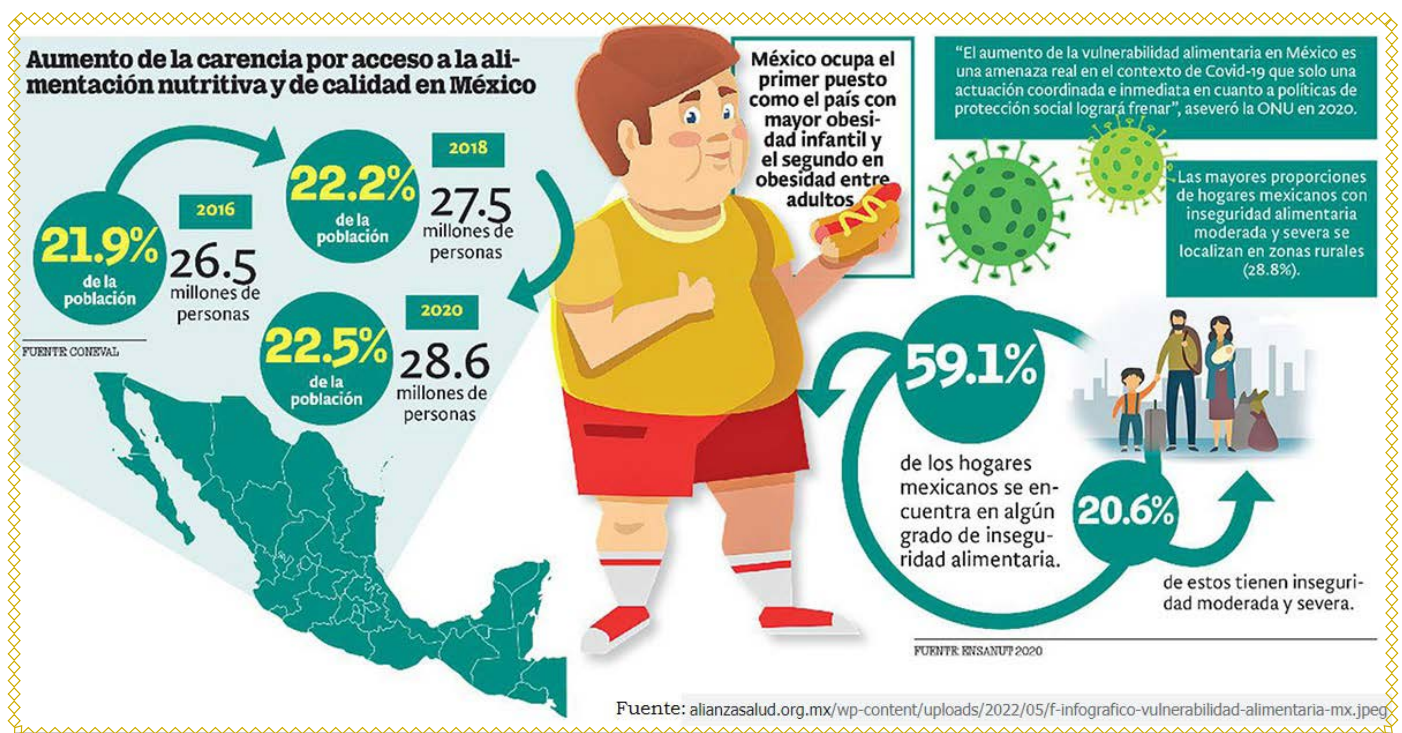
Consecuentes a la respuesta humanitaria: hacinamiento, falta de privacidad y pérdida del apoyo comunitario o tradicional.

Para Rodríguez-Hernández et al (2021), la salud mental de los mexicanos reportada durante la pandemia de COVID-19 señala altas puntuaciones de resiliencia que presenta la población mexicana ante situaciones de estrés que refiere a la capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Reportaron que la calidad y cantidad de sueño se vio gravemente afectada en la muestra de sujetos. Por otra parte, al-Naser & Sandman (2000) y González & Valdez (2013) señalan que la resiliencia es mayor en mujeres que en hombres.

La estrategia social de difusión se lleva a cabo con el objetivo de calmar los temores de la población a través de medios de comunicación para afrontar la situación amenazante y brindar confianza en situaciones críticas (Kettl, 2005; Robles, 2020).

Para la OMS (2022), los tipos de problemas de carácter psicológico son:

- ▶ Preexistentes: desórdenes mentales, emociones negativas (depresión) o adicciones.
- ▶ A consecuencia de la emergencia: duelo, reacciones agudas al estrés, consumo excesivo de sustancias o bebidas alcohólicas, depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático.



- Consecuentes a la respuesta humana: ansiedad por falta de información sobre la distribución de alimentos y de la manera de obtener otros servicios básicos.

Se realizó una revisión de los impactos psicológicos y sociales de la pandemia en noticias en el periodo de julio de 2021 a junio de 2022 (Guillén-Riebeling, 2022). Las categorías principales son las siguientes:

Emoción

- Angustia, desconfianza, ansiedad, temor al contagio, enojo, irritabilidad, sensación de indefensión frente a la incertidumbre e impotencia.

Cognición

- Dificultades cognitivas que afectan la toma de decisiones.
- Diferencias en el significado y percepción de la situación de pandemia.
- Prejuicio: Ante la enfermedad transmisible, nueva y desconocida.
- Expresiones de discriminación y estigma a personas con Obesidad y diagnosticadas con COVID-19.

Socio-Económicas y de vivienda

Vulnerabilidad social por falta de trabajo, condición etaria o por las carencias de su vivienda.

Medidas higiénicas de prevención con responsabilidad individual y ciudadana en cuanto a la transmisión del virus.

Si bien el contexto de estas categorías psicológicas y sociales es la situación de pandemia, la activación llevada a cabo por los individuos tiene su base en el tipo de enfrentamiento, depende de las características del propio individuo y que le predisponen a actuar de alguna manera. Y se encuentran en continuo proceso de aprendizaje que se despliegan para tratar las situaciones específicas³. De aquí que sean procesos adaptativos de corta duración como los siguientes:

³ Folkman (2013) y Lazarus y Folkman (1991) el afrontamiento o enfrentamiento se refiere al proceso psicológico llevado a cabo por el individuo de sus pensamientos y conductas realistas y flexibles que utiliza para contener encaminados a la solución de problemas de eventos que evalúa como amenazantes o estresantes

- Negación del problema
- Justificación
- Evaluación de la situación emergente
- Enfrentar el estrés personal y comunitario,
- Estrategias (Folkman y Lazarus, 1985): focalizado en el problema o dirigido a su resolución, a las emociones u orientado a restablecer el equilibrio emocional.

Es importante considerar el Impacto de la situación de emergencia sobre las precuentes individuales y sociales y sus propias vulnerabilidades, así como sus fortalezas con las respectivas estrategias de enfrentamiento habituales ante dichas situaciones como la autodistracción, el afrontamiento activo, la negación, el uso de sustancias, el uso de apoyo emocional, el uso de apoyo informativo y los cambios de comportamiento (Brooks et al., 2020; Fluharty & Fancourt, 2021).

Para Frydenberg y Lewis (1996) son tres estilos de afrontamiento: *productivo* (que incluye acciones dirigidas a resolver el problema), *no productivo* o de no afrontamiento (incluye aspectos como el sentimiento de culpa, el aislamiento social o acciones que no están focalizadas en la resolución del problema) y *orientado a otros* (incluye aquellas estrategias que van dirigidas a otras personas como buscar apoyo social, profesional o espiritual).

Para la UNESCO (2020) son dos:

Afrontamiento adecuado: reducción de la vulnerabilidad y reducción del riesgo-reconocer la magnitud de la situación, acatar las indicaciones de las autoridades, actuar de manera responsable y solidaria, mantener rutinas (sueño, alimentación, actividad física), mantener el contacto con familiares y amigos, obtener información de fuentes confiables, expresar las emociones, actuar con empatía y serenidad; apoyar a las personas y grupos vulnerables (personas mayores, enfermos, personas con discapacidad, personal que asiste en la emergencia, personas solas).

Afrontamiento inadecuado: ahondan la vulnerabilidad y minimizan como: negación, omnipotencia, rebeldía o desconocimiento del riesgo; descalificar violar o incumplir las medidas de protección; dejarse llevar por rumores; conductas adictivas (tabaquismo, alcohol, otras drogas); conductas impulsivas que pueden derivar en actos

violentos, así como las manifestaciones de estigma y discriminación.

Su vinculación con la conducta alimentaria la señala Rodríguez de Elías en 2003.

Para Rodríguez de Elías (2003) la relación entre los tipos de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) y la conducta alimentaria son:

- ▶ Con conducta alimentaria compulsiva: Los adolescentes con afrontamiento negativo tenderán a presentar este comportamiento en mayor frecuencia en comparación con sus pares con afrontamiento positivo.
- ▶ Con los rangos de satisfacción-insatisfacción e imagen corporal: El afrontamiento negativo al estrés estará relacionado con insatisfacción con la imagen corporal, principalmente en mujeres adolescentes.

Sin relación con inquietudes por la figura, por el peso corporal, actitud hacia la obesidad en adolescentes hombres y mujeres. - tampoco se encontró relación entre sexo y actitud hacia la obesidad.

Identificó influencias culturales por encima de diferencias de género.

Intervención primaria a la salud como estrategia presente y futura

Para Fisher (2022) la pandemia moldeó la vida, la forma en que las personas cambiarán en consecuencia: Por patrones de comportamiento de confinamiento en periodos extensos de aislamiento y peligro. Y un deseo de sobrellevar la situación preocupándonos por nuestros vecinos.

Las reuniones masivas deben seguir siendo escasas: Salir a comprar alimentos se continúa con restricciones, aumentan los pedidos de comida a domicilio (tacos, tortas, hamburguesas, chilaquiles). “Esto podría descartar muchas bodas, eventos deportivos o conciertos. Impediría un regreso absoluto a los trayectos al trabajo en transporte público. Muchos centros comerciales, gimnasios, restaurantes, bares y templos de adoración podrían

permanecer cerrados parcial o totalmente, al igual que muchas oficinas y fábricas (Fisher, 2022)

Continúa el autor en referencia sobre el efecto psicológico en otras pandemias:

“La pérdida de control de nuestras rutinas, la sensación de normalidad, la libertad, las conexiones cara a cara, etcétera”, definió gran parte de las experiencias de las personas durante la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) en 2003, dijo Sim Kang, psicólogo del Instituto de Salud Mental de Singapur. Todos los estudios de los brotes del SRAG, el ébola y la gripe porcina registraron niveles máximos casi universales de ansiedad, depresión y enojo, pero también revelaron un aumento en las conductas enfocadas en recuperar un sentido de autonomía y control: las personas reportaron trabajar en sus hábitos alimenticios, higiene o en leer más noticias...” (Fisher, 2022).

De forma paulatina la comercialización de alimentos de abre a locales con espacios abiertos, con medidas sanitarias (sana distancia, gel antibacterial y uso de cubrebocas) ya que las actividades al aire libre son menos peligrosas para contraer la enfermedad.

Mientras que el acceso alimentario tiene un componente de propia crisis su vulnerabilidad producido por la disminución de la disponibilidad de alimentos, el ambiente obesogénico y el aumento de la disponibilidad de alimentos industrializados o ultra-procesados (Patiño, 2022). La conducta alimentaria saludable puede orientarse de manera adecuada a partir de lo que señala Luengo-Latorre (2022):

- ▶ Perspectiva contextual de los procesos psicológicos y sociales pos-pandemia
- ▶ Abordaje preventivo y multidisciplinario
- ▶ Desarrollo de programas de detección y prevención de desajustes psicológicos

Lo anterior se complementa con la planeación y aplicación de talleres de conducta alimentaria saludable.

Referencias

- Al-Naser, F., & Sandman, M.M. (2000). Evaluating resiliency patterns using the ER89: A case study from Kuwait. *Social Behavior and Personality*, 28, 505-514. DOI:10.2224/SBP.2000.28.5.505
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenburg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 395(10227), 912-920. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Fisher, M. (22 de abril de 2022) ¿Cómo será nuestra nueva vida normal? Tenemos algunas pistas. <https://www.nytimes.com/es/2020/04/22/espanol/coronavirus-vida-normal.html>
- Fluhart, M., & Fancourt, D. (2021). How have people been coping during the COVID19 pandemic? Patterns and predictors of coping strategies amongst 26,580 UK adults. *BMC Psychol*, 9(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00603-9>.
- Folkman S. (2013). Stress: appraisal and coping. En: Gellman M.D., & Turner, J.R., editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer; 1913–1915.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1996). The Adolescent Coping Scale: multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 216-227. DOI: 10.1027/1015-5759.12.3.224
- González-Arratia López-Fuentes, N.I., & Valdez-Medina, J.L. (2013). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), 941 - 955. <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v3n1/v3n1a4.pdf>
- Guillén-Riebeling, R.S. (2022). *Qué factores psicológicos y socioculturales emergen en la pandemia*. Noticias reales o falsas. Taller Servicio Social O.S.S.E.A. Inédito.
- Kettl, D. F. (2005). *The worst is yet to come: Lessons from September 11 and Hurricane Katrina*. Fels Institute of Government. University of Pennsylvania.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Roca
- Luengo-Latorre, J.A. (2022). *Salud mental y centros educativos: el valor de las distancias cortas*. copmadrid.org/wp/salud-mental-y-centros-educativos-el-valor-de-las-distancias-cortas/
- Organización Mundial de Salud (OMS) (16 de marzo de 2022). *La salud mental en las situaciones de emergencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies>.
- Patiño, L. (2022). México, en camino a una crisis alimentaria. <https://alianzasalud.org.mx/2022/05/mexico-en-camino-a-una-crisis-alimentaria/>.
- Robles J. I. y Medina J. L. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Síntesis.
- Robles Sánchez, J.I. (2020). La psicología de emergencias ante la COVID-19: enfoque desde la prevención, detección y gestión operativa del riesgo. *Clínica y Salud*, 31(2), 115-118. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a17>.
- Rodríguez de Elías, R. (2003) *El afrontamiento al estrés y factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria*. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. Inédita.
- Rodríguez-Hernández, C., Medrano-Espinosa, O., & Hernández-Sánchez, A. (2021). Salud mental de los mexicanos durante la pandemia de COVID-19. *Gac Med Mex*, 157, 228-233. DOI: 10.24875/GMM.20000612.
- UNESCO (2020). COVID-19: *Problemas sociales y psicológicos en la pandemia*. <https://www.unesco.org/es/articles/covid-19-problemas-sociales-y-psicologicos-en-la-pandemia>
- WEB Financiero (31-07-2022). *Covid-19 en México. Julio es el segundo mes con más contagios en lo que va del año*. <https://www.elfinanciero.com.mx/salud/2022/07/31/covid-19-en-mexico-julio-es-el-segundo-mes-con-mas-contagios-en-lo-que-va-del-ano/>



Sirenas y tritones en el etiquetado de alimentos

Mermaids and tritons on food labeling

Lic. Maricruz Morales Salinas

UNAM, Escuela Nacional Preparatoria 3 "Justo Sierra"
psicmaricruzms@gmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47.86442>

Resumen

En la actualidad la promoción tanto de alimentos y como de bebidas es un fenómeno globalizado, que abarca diferentes medios de comunicación y de mensajes publicitarios. Las estrategias utilizadas para la promoción de incluyen el uso de técnicas de persuasión orientadas a generar el conocimiento del producto, influir en el consumidor y a producir el deseo de comprarlo y consumirlo. Se ha considerado que esta forma de promoción de productos industrializados tiene relación con las percepciones y preferencias alimentarias de los consumidores, lo que es una contribución al aumento del sobrepeso y obesidad a escala mundial. En este artículo se realiza una revisión de la definición de publicidad y algunas de las técnicas que se plantean para ello, usadas en la promoción productos considerados como "alimentos" industrializados.

Palabras clave: alimentos, publicidad, sobrepeso, obesidad, consumo.

Abstract

Nowadays, the promotion of food and beverages is a globalized phenomenon, which encompasses different media and advertising messages. The strategies used for the promotion of food and beverages include the use of persuasion techniques aimed at generating product knowledge, influencing the consumer and producing the desire to buy and consume it. This form of promotion of industrialized products has been considered to be related to consumers' food perceptions and preferences, which is a contribution to the increase in overweight and obesity on a global scale. This article reviews the definition of advertising and some of the techniques used in the promotion of products considered as industrialized "food".

Keywords: food, advertising, overweight, obesity, consumption.

Recibido el 12 de enero de 2022.
Aceptado el 15 de agosto de 2022.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](#).

Las sirenas, y su equivalente masculino, los tritones, son seres fantásticos, míticos y legendarios, con origen en la mitología griega. Se caracterizan por ser criaturas híbridas, cuerpo de pájaro y cabeza de mujer, otras veces, la mitad superior de su cuerpo era descrito como de mujer y la mitad inferior de pez, pero la característica principal es el gran poder de seducción (Universo Escritura, 2020). La primera referencia mencionando a las sirenas, es en la épica obra de Homero, *La Odisea* (siglo VIII a. C.), en esta historia el héroe griego Odiseo puede escapar del peligroso y engañoso canto de las sirenas, tapando los oídos de su tripulación con cera, con ello se evitaba que escucharan las voces de estos seres y fueran directo a su muerte. Ya para la edad media se convirtieron en un símbolo de la lujuria y de la tentación de los placeres carnales. Amenazaban con apartar de la recta vía a los hombres ejemplares, seduciéndolos con su belleza y su canto (Universo Escritura, 2020). Por ello, en la actualidad se denomina a los engaños y especialmente a los que generan daños graves e incluso mortales, como un canto de sirena. ¡Cuidado con el dulce canto de las sirenas! Con su melodioso canto tratarán de convencer existe diferencia sustanciales en los productos industrializados. Los tritones, anfibios de tamaños pequeño o mediano, poseen costumbres nocturnas y acuáticas, con función mimética, se confunde con el entorno. Atrae a su pareja mostrando su belleza en un complejo ritual de cortejo. Para WEB-Historia (2012), los tritones son criaturas descendientes de Tritón, el hijo de Poseidón y Anfitrite, y las ninfas. La figura del tritón es muy variable tanto en aspecto como en comportamiento, por ello se distinguen como seres malignos y horribles que causan tormentas devastadoras y acaban con vidas humanas, pero en algunos escritos se les describe como ancianos venerables con cola de pez que buscan ayudar al necesitado. Pero de forma general se les ubica en la mitología griega como seres seductores con voces melodiosas con las que atraen a los humanos, al igual que las sirenas. Lo anterior abre la interrogante ¿Hoy son más saludables los alimentos procesados?

Debido a las cifras que van en aumento de los índices de obesidad a nivel nacional y mundial, se ha puesto énfasis para cuidar el consumo en exceso de grasas, azúcares, hidratos de carbono para lo que a sido aprovechado por la industria alimentaria que no solo crea y ubica en anaqueles “alimentos con estas características” para cubrir una serie de necesidades del consumidor, sino que también genera, a través de la publicidad la obligación de conocer dicho producto. En

muchos casos el argumento publicitarios es el contenido nutricional o los beneficiosos de un alimento para el cuerpo y la salud del individuo que lo consume, como lo menciono González desde el 2013, encontrados principalmente en galletas, yogurt, lácteos, cereales de caja y pan de caja¹.

En otros casos la publicidad es manejada de forma más sutil, pero siempre con el objetivo de que el consumidor elija el producto y debido a que la elección y consumo de alimentos se puede asociar a la preferencia, creencias y hábitos alimentarios de las personas, la OPS (2020), consideran imprescindibles medidas para la regulación y control que sean efectivas, para las industrias de la promoción y la publicidad, para el desarrollo de políticas públicas con el objetivo de proteger el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud y los derechos culturales. Además de enfatizar que la publicidad de los alimentos industrializados promueve el consumo excesivo de energía, azúcares, grasas, grasas saturadas, grasas trans y sodio, elementos que contribuyen al aumento de peso poco saludable y las enfermedades no transmisibles que se relacionan con la alimentación.

Al respecto la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) (2006), hace referencia a una Guía de procedimientos de publicidad engañosa como la inclusión de textos, diálogos, sonidos, imágenes, marcas, denominaciones de origen y otras descripciones que induzcan o puedan inducir a error o a confusión, además se mencionan clases de publicidad engañosa, entre las que se encuentran:

- ▶ **Por omisión:** En la que se silencia características del bien, producto o servicio, que es indispensable para que el consumidor pueda decidir, y sin esta información la decisión del consumidor estará viciada únicamente por el mensaje publicitario, que en muchos casos si se informara las personas decidirían no adquirirlo.
- ▶ **Comparativa:** Consiste en la comparación de los bienes, servicios o productos. Aunque la comparación tiene un límite, el de no ser engañosa, y es un tipo de publicidad en la que si se presenta más información, no solo en el etiquetado, si no en las campañas publicitarias.

¹ “De caja” hace referencia al envase en que se encuentra el producto para su venta.

- ▶ **Denigratoria:** En esta hay descrédito de un bien, producto o servicio ajeno. Se considerará ilícita o engañosa cuando la información no sea veraz, por lo que se le clasifica como abusiva ya que induce al cambio de hábitos de consumo de manera ilícita.
- ▶ **Parasitaria:** Es aquella que induce a la confusión con los bienes, productos o servicios de otros proveedores. Con ella se aprovecha el prestigio de otro proveedor y con el mensaje se hace creer al consumidor que lo que se oferta corresponde a las mismas características que anuncia su competencia, la confusión se genera por el hecho de no conocer al verdadero proveedor.
- ▶ **Encubierta:** En la que se pretende ocultar el carácter publicitario, es decir, tratándose de una publicidad oculta bajo una apariencia de acto informativo, por medio del que se intenta hacer creer y en la mayoría de los casos, confundir al consumidor y existen dos clasificaciones. a) Dedicar a un anuncio una mayor duración y b) Hacer aparecer el anuncio publicitario en espacios que normalmente se dedican solo a informar y no a anuncios de publicidad.
- ▶ **Exagerada:** En la que hay información subjetiva no comprobable y que se utiliza como una técnica para glorificar los bienes, productos o servicios. En este tipo de publicidad se encuentra la llamada “promesa excesiva” que tiene como objetivo sorprender y generar expectativas, de lo que se publicita, un ejemplo de ello son los productos milagro.

En la actualidad se experimenta un cambio en la alimentación y nutrición, que se caracteriza por el remplazo del consumo de alimentos “tradicionales” por alimentos que son industrializados y que tienen como característica la alta densidad energética y una muy baja o nula calidad nutricional, además de la notable disminución de la ingesta de alimentos recomendables como lo son frutas, verduras, lácteos y carnes. Aumentando significativamente el gasto en alimentos como cereales refinados, comida rápida y bebidas azucaradas. Los factores que se asocian son los *sociales*; que se refieren a cuestiones individuales que se relacionan con el estilo de vida; *estructurales*, relacionados con la política pública para un modelo de desarrollo del país; y los factores *culturales* referidos a las prácticas alimentarias, pero no se pueden dejar de lado los factores *psicológicos*, entre los que también se cuentan lo

relacionado al bombardeo publicitarios para el consumo de estos productos (Islas, et al., 2020).

El análisis sobre el contenido de la publicidad es una herramienta valiosa para comprender el mecanismo por el cual la industria de alimentos y bebidas capta a nuevos consumidores pero que el impacto del aumento en la ingesta de estos productos representa es negativo en la salud de los consumidores, niños, jóvenes o adultos y adultos mayores, además de no generar un pensamiento de cuidado a la salud en los consumidores y tampoco aportar para la cultura de la prevención (Gómez, et al., 2017).

Por ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020), considera indispensable la implementación de restricciones a la publicidad de alimentos y bebidas ultraprocesados y procesados, para fomentar la regulación de estos y promover una alimentación saludable en los Estados Miembros ya que se puntualiza que la publicidad de alimentos y bebidas ultraprocesados y procesados fomenta el consumo excesivo de energía, azúcares, grasas, grasas saturadas, grasas trans y sodio que favorecen la el



aumento de peso poco saludable, especialmente en las primeras etapas de la vida, el sobrepeso infantil, la obesidad y las enfermedades relacionadas con la alimentación; la regulación de la publicidad es una de las medidas más con mayor efectividad para reducir la demanda de productos ultra procesados.

Las empresas se valen de la publicidad para vender su producto, de forma general a través de una publicidad y un etiquetado confuso, utilizando estrategias a las que no solo la población infantil es susceptible, valiéndose incluso de mensajes con música alegre, colores vivos, personajes de animación o la asociación de un alimento o producto con el éxito social o incluso con el bienestar emocional. El hecho de que el consumo de “alimentos” ultra procesados no sean adecuados para una dieta saludable y el cuidado de la salud, genera la necesidad de disponer para toda la población información adecuada que permita que las elecciones de alimentos sea dirigida hacia una alimentación sana, equilibrada.

REFERENCIAS

- Gómez, P., Zapata, M. E., Rovirosa, A., Gotthelf, S. y Ferrante, D. (2017). Técnicas de marketing en publicidades de alimentos y bebidas en canales infantiles de Argentina: diferencias según calidad nutricional. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(33), 22-27. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000400
- 004&lng=es&tlng=es.
- González-Díaz, C. (2013). Publicidad de alimentos y mensajes de salud: un estudio exploratorio. *Ámbitos*, 23, 1-16. <https://www.redalyc.org/pdf/168/16832254003.pdf>
- Historia, Super curiosos (2012). Sirenos y tritones. <https://supercurioso.com/sirenos-y-tritones-quienes-eran/>
- Islas-Vega, I., Reynoso-Vázquez, J., Hernández-Ceruelos, M. C. A., y Ruvalcaba-Ledezma, J. C. (2020). La alimentación en México y la influencia de la publicidad ante la debilidad en el diseño de políticas públicas. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(8), 853-862. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3259>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Promoción y publicidad de alimentos ultraprocesados y procesados y bebidas no alcohólicas*. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-publicidad-alimentos-ultraprocesados-procesados-bebidas-no-alcoholicas>
- Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO). (2006). *Guía de procedimientos de publicidad engañosa*. https://profeco.gob.mx/juridico/Documentos/SSC/Normatividad_TomoIV/Publicidad%20enga%C3%B1osa.pdf
- Universo Escritura (noviembre, 2020). *El origen de las sirenas: cómo ganaron su cola de pez*. <https://universoescritura.com/2020/11/12/origen-de-las-sirenas-como-consiguieron-su-cola-de-pez/>





Aproximaciones a la vida saludable

Healthy living approaches

Lic. Brenda Téllez Silva

Egresada de la UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
kro_brenda@hotmail.com

*Coma lo que coma y haga lo que haga, sigo igual con sobrepeso.
¿Qué más tengo que hacer?*
JLG, mujer adulta, 2018

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47.86443>

Resumen

Las diversas aproximaciones de vida saludable hacen referencia de conceptos como: modelo, estilo, hábito o moldear, conceptos que contienen procesos psicológicos en conducta, cognición, emociones y relaciones interpersonales que la persona integra a lo largo de su historia. Esta integración vinculada a las condiciones de salud e índice de masa corporal muestra que tan cerca o que tan lejos se encuentra la persona en llevar una vida saludable. En el ámbito clínico es muy importante establecer el diagnóstico de la condición de vida de la persona para realizar la intervención terapéutica e intervenir en su condición de peso corporal -con sobrepeso u obesidad-. La indicación tradicional de comer sanamente y hacer ejercicio, resulta insuficiente para el logro de cambios esperados en la condición de salud del paciente. El presente trabajo revisa los conceptos inmersos en "vida saludable", los procesos psicológicos y su relación con los tipos de obesidad propuestos por Acosta en 2015, de Carey de 2019 y Daniels y colaboradores en 2020, que permiten realizar un diagnóstico más claro y comprender a la persona que presenta la condición corporal de sobrepeso u obesidad en caso de realizar una intervención.

Palabras clave: sobrepeso, obesidad, salud, alimentación, ejercicio físico.

Abstract

The various approaches to healthy living make reference to concepts such as: model, style, habit or mold, concepts that contain psychological processes in behavior, cognition, emotions and interpersonal relationships that the person integrates throughout his or her history. This integration linked to health conditions and body mass index shows how close or how far the person is in leading a healthy life. In the clinical setting it is very important to establish the diagnosis of the person's life condition in order to carry out the therapeutic intervention and intervene in his or her body weight condition - overweight or obese. The traditional indication of healthy eating and exercise is insufficient to achieve the expected changes in the patient's health condition. The present work reviews the concepts immersed in "healthy life", the psychological processes and their relationship with the types of obesity proposed by Acosta in 2015, Carey in 2019 and Daniels and collaborators in 2020, which allow a clearer diagnosis and understanding of the person who presents the body condition of overweight or obesity in case of intervention.

Keywords: overweight, obesity, health, nutrition, physical exercise.

Recibido el 28 de enero de 2022.
Aceptado el 3 de agosto de 2022.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](#).

Vida Saludable, principales conceptos relacionados

En la vida cotidiana, la expresión “mente sana en cuerpo sano” hace alusión a conservar un equilibrio integral en la relación de la persona consigo misma y con los demás. En caso de mostrar una tendencia al sobrepeso u obesidad, la persona puede recurrir a una apreciación propia o autopercepción que puede o no estar acorde con la expresión antes señalada ya que depende del significado que tenga de obesidad en salud, imagen y condición social. Se añade la comprensión que se tenga de los conceptos de molde, estilo, modo, modelo, hábito y estilo de vida. A continuación, se describen las definiciones y principales acepciones que se destacan en la evaluación de la persona que acude a consulta sobre su condición de vida saludable. Las definiciones propuestas de los diccionarios son los siguientes:

Molde: 1. Proviene de *molde* y *-ear*.

De cinco acepciones, tres se relacionan con la evaluación e intervención terapéutica.

Dar forma a algo material o inmaterial. Moldear arcilla. Moldear las conciencias.

Dar forma a una materia echándola en un molde.

Sacar el molde de una figura. (DLE.RAE.ES/MOLDEAR, 2022).

Estilo: 1. Proviene del latín *stilus* ‘punzón para escribir’ o ‘modo de escribir’.

Los conceptos de estilo y modo se intercambian en las formas de comportamiento y procesos cognitivos.

De trece acepciones, siete se relacionan con la evaluación e intervención terapéutica.

- Cada una de las distintas formas de realizar un deporte.
- Carácter propio que da a sus obras un artista plástico o un músico.
- Gusto, elegancia o distinción de una persona o cosa.
- Modo, manera, forma de comportamiento. Tiene estilo.

- Por el estilo: loc. adj. De semejante manera, en forma parecida.
- Uso, práctica, costumbre, moda. (DLE.RAE.ES/ESTILO, 2022).

Modo: Proviene del latín *modus*.

Los conceptos de modo, estilo y manera se intercambian en las formas de comportamiento y procesos cognitivos. De once acepciones, cinco se relacionan con la evaluación e intervención terapéutica.

- Aspecto que ante el observador presenta una acción o un ser.
- Forma variable pero siempre determinada que puede recibir un ser, sin dejar de ser el mismo.
- Moderación o templanza en las acciones o palabras. Me gustó su gentileza y su modo.
- Procedimiento o conjunto de procedimientos para realizar una acción.
- Urbanidad y cortesanía en el porte o trato (DLE.RAE.ES/MODO, 2022).

Modelo. Proviene del latín **modellus, modŭlus* ‘medida’, ‘ritmo acompasado’.

De once acepciones, cuatro se relacionan con la evaluación e intervención terapéutica.

- Arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.
- En las obras de ingenio y en las acciones morales, ejemplar que por su perfección se debe seguir e imitar.
- Persona u objeto que copia el artista.

Hábito: Proviene del latín *habitus*.

De ocho acepciones, dos se relacionan con la evaluación e intervención terapéutica:

- Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas.
- Situación de dependencia respecto de ciertas drogas (DLE.RAE.ES/HABITO, 2022).

Estilo de vida: Como se ha revisado el estilo de vida es la conjugación de dos vocablos estilo que fue descrito y vida cuya acepción se vincula con el transcurso del tiempo que dura la vida. *Se asocia a los intereses, las costumbres y las conductas de una persona o una comunidad. Se trata de un conjunto de cuestiones que determinan, en gran parte, cómo viven los individuos* (DEFINICION.DE/ESTILO-DE-VIDA, 2022).

En el campo de la psicología, el estilo de vida es un principio sistemático según el cual funciona la personalidad individual, el todo que dirige las partes y constituye el principio ideográfico rector de A. Adler (1929. En Ansbacher & Ansbacher, 1964) donde se explica la unicidad de la persona: cada individuo tiene su propio estilo de vida; nunca dos individuos desarrollan el mismo y para entender el futuro de una persona debemos entender su estilo de vida". El estilo de vida y el esquema asociado de percepción, alinea toda la experiencia de la persona. En ello se encuentran los modos de luchar por la superioridad: en tanto que la persona procura llegar a ser superior a través de su desarrollo intelectual, otra consagra todos sus esfuerzos en lograr la perfección muscular.

"Tarea principal y condición más importante de la pedagogía que arranca de la psicología individual, es investigar estas condiciones en los casos singulares y analizar el efecto de las condiciones de vida en toda la personalidad" (Cavazzana, 1934, página 7).

Se ejemplifica en que el intelectual tiene un estilo de vida y el atleta tiene otro. Ambos estilos de vida se desarrollan a temprana edad y permanecen relativamente fijos. Su cambio requiere un arduo trabajo de auto-examen¹. Para Adler, se puede identificar el estilo de vida de una persona si se tiene con una conversación con ella y contesta las preguntas que le formulen; es decir, a través de una entrevista o un cuestionario (Fadiman & Frager, 1979).

Adler elaboró cuatro tipos de persona para aproximarse a las personas cuyos elementos son importantes en el modo de vida. Los cuatro tipos son:

- Gran actividad, bajo interés social: el tipo gobernante.

- Baja actividad, alto interés social: el tipo que obtiene logros.
- Baja actividad, bajo interés social: el tipo huido.
- Alta actividad, alto interés social: la persona normal (DiCarpio, 1989).

Vicente-Pedraz (2007) en su ensayo sobre el estilo de vida saludable en el deporte hace una crítica bajo la estrategia analítica: *No cabe duda de que el estilo de vida saludable médicamente definido se construye a partir de sutiles pero permanentes técnicas de acondicionamiento (social) que penetran el cuerpo y crean una red de lazos (emocionales, ideológicos, prácticos) a través de los que discurre el poder—no como algo que se ejerce sino como algo que circula— estableciendo una relación de sujeción infinitesimal, microfísica, no intencionada, pero en todo caso indeleble entre el sujeto y su cuerpo* (página 74). Donde el proceso de practicar la vida saludable conlleva valores e ideología deportivas haciéndose solidaria del orden corporal hegemónico.

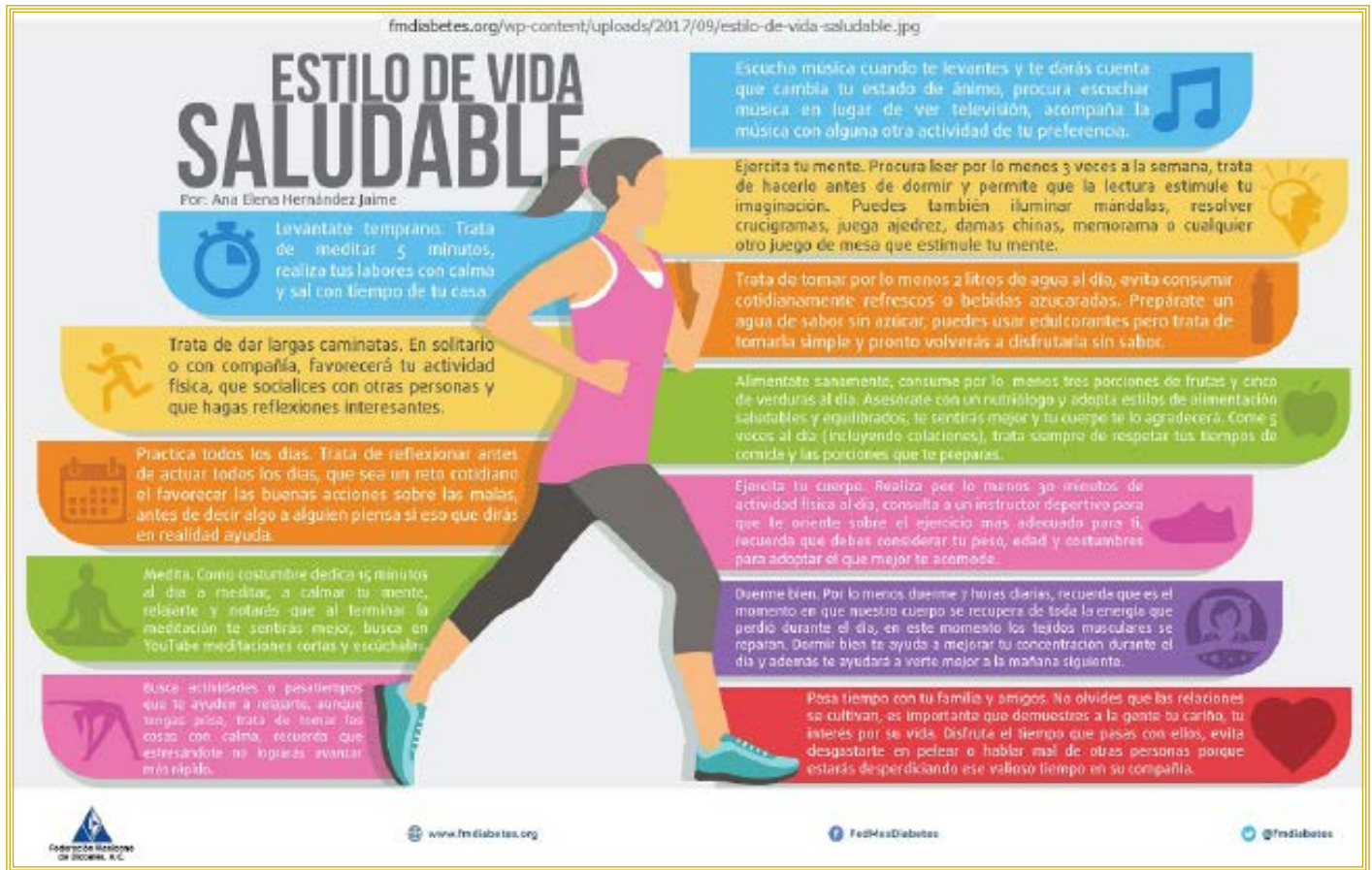
Vida saludable, por pasos

La revisión de Vida Saludable comienza a partir de la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud que refiere la definición de la Salud como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* (OMS, 1948). Esta definición permite abordar la vida sana como estilo de vida saludable compuesta de alimentación, ejercicio físico, acciones en prevención de la salud, en lo laboral, vinculación con el ambiente y las relaciones sociales. *La salud es un derecho humano fundamental sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social... Una vida saludable es la base de una sociedad sana, que garantiza a sus individuos gozar plenamente sus años de vida. En base a estos cambios, ha surgido la idea de aportar una lista de pasos, que sirvan como herramienta a la sociedad en general, para poner en práctica hábitos y conductas que conduzcan a una vida plena y saludable* (Yorde, 2014).

Siete son los pasos que propone Yorde (2014) para lograr la vida saludable:

1. Alimentación saludable y balanceada:
 - a. Aumenta el consumo de fibra y disminuye el consumo de hidratos de carbono de alto índice glicémico;

¹ Y con ayuda del equipo de intervención clínica



- b. Aumenta el consumo de frutas y verduras;
- c. Escoge proteína de calidad con bajo contenido de grasa;
- d. Limita las grasas saturadas y las grasas trans;
- e. Limite el azúcar agregado;
2. Actividad física regular:
 - a. Actividad física y obesidad;
 - b. Actividad física y Diabetes Mellitus;
 - c. Actividad física y enfermedades cardiovasculares;
 - d. Actividad física y osteoporosis;
3. Higiene del sueño.
4. Salud emocional y control de la ansiedad.
5. Eliminar el uso de cigarrillo, alcohol y drogas.
6. Consultas médicas de prevención.
7. Actitud positiva ante la vida.

Sanitas (2022) refiere hábitos de vida saludable para llevar una vida saludable compuesta de:

1. *Dieta equilibrada: una alimentación saludable se rige por incluir todos los alimentos contemplados*

en la pirámide nutricional, pero en las proporciones adecuadas y en la cantidad suficiente (no más) para mantener las necesidades nutricionales del organismo en función del consumo energético que éste realiza con la actividad diaria.

2. *Hábitos tóxicos: el tabaco, el alcohol y las drogas inciden de forma muy negativa sobre la salud.*
3. *Ejercicio físico: las recomendaciones generales determinan unos 30 minutos diarios de actividad física, siendo suficiente caminar a paso rápido durante este tiempo.*
4. *Higiene: una higiene adecuada evita muchos problemas de salud.*
5. *Productos tóxicos: son muchos los productos a los que la exposición del organismo, puntual o continuo, puede resultar en un serio riesgo para la salud.*
6. *Equilibrio mental [se refiere] al estado de bienestar emocional y psicológico, necesario para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria.*

7. *Actividad social: las relaciones sociales son un aspecto fundamental para la salud del ser humano y, en consecuencia, para un envejecimiento saludable* (Sanitas, 2022).

Calpa et al (2019) sustentan su estudio en los acuerdos mundiales de la promoción de la Salud propuestas por la OMS en 2000, 2001 y 2005. Donde la estrategia básica es mejorar la calidad de vida en las personas, fomentar cambios de conducta en base a los Estilos de Vida Saludables (EVS) definidos como patrones de acción multidimensional mantenidos en el tiempo por factores internos y externos (Suescún et al, 2017) donde se destacan como elementos condicionantes y determinantes de la salud y son componentes importantes de intervención dentro de la promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2014).

Suescún et al, en 2017 reportan siete estilos de Vida Saludables y uno compuesto en la promoción de salud. De mayor a menor son:

1. Actividad física 15 18,3%.
2. Alimentación saludable 7 8,5%.
3. Prevención del consumo de sustancias lícitas 3 3,7%.
4. Manejo del estrés 3 3,7%.
5. Habilidades para la vida 1 1,2%.
6. Sexualidad segura 1 1,2%.

7. Prevención del consumo de sustancias ilícitas 1 1,2%.
8. Varios EVS (página 144).

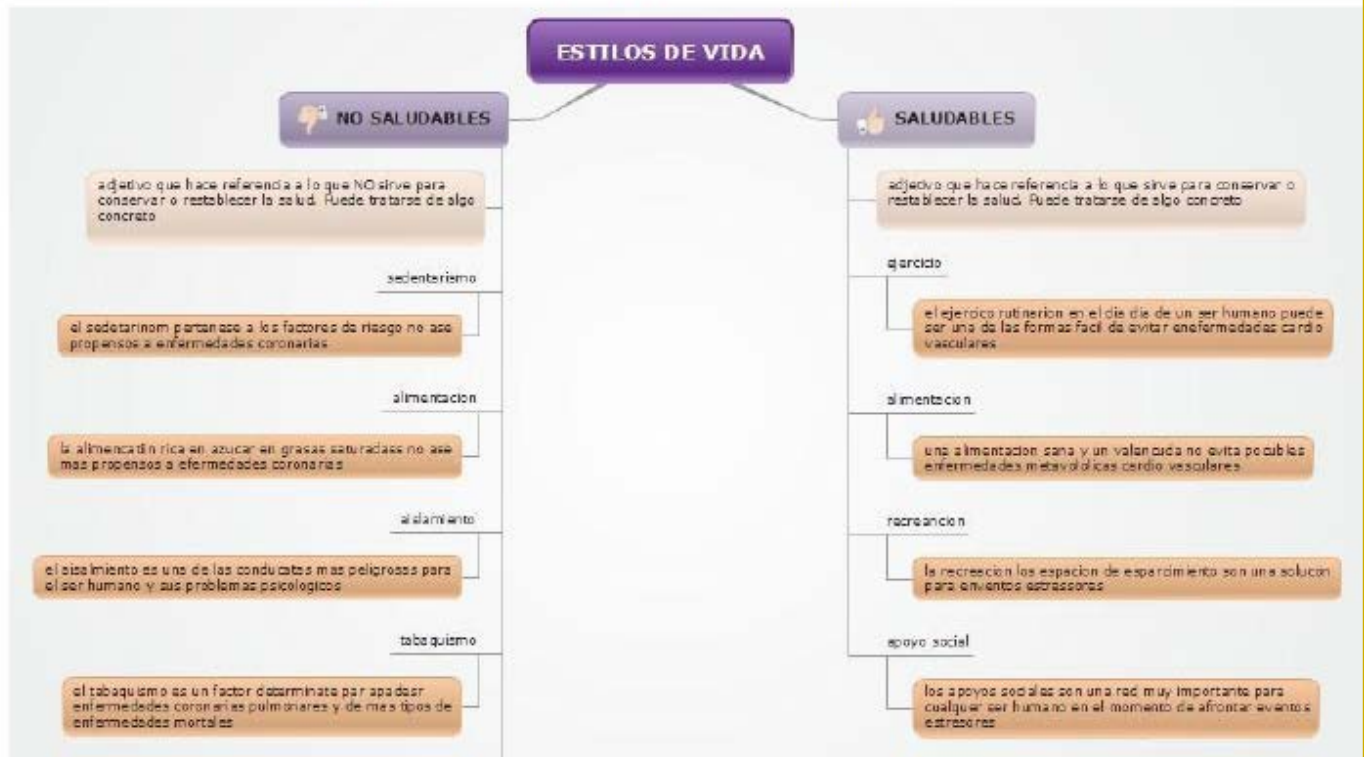
En el año 2020, Meléndez Irigoyen refiere un programa educativo para poner en práctica principios y valores asociados a una vida saludable, a través *del aprendizaje significativo y la formación de hábitos, que promueva la formación de estilos de vida saludable...* (INSP, 2020).

De acuerdo a estas definiciones la Vida Saludable forma parte de la promoción de la salud, de la cultura dominante sobre ¿Qué se entiende por vida saludable? ¿Qué personas pueden llevar a cabo los pasos para lograrla? En el caso de las personas con sobrepeso u obesidad, por definición no se encuentran en un estado corporal saludable y con ello su desequilibrio se extiende hasta los procesos psicológicos que pueden estar con excesos, déficits o erróneos en relación de las relaciones interpersonales y a sí mismos. La salud integral implica cómo llevar la vida de manera saludable que se puede expresar en la convivencia cotidiana y en las acciones de mayor armonía de la persona consigo misma y con los demás. En esta revisión, se encuentran conceptos que crean confusión con la vida saludable como modo, moldear o modelo. Mientras que el Estilo va a dar lugar al hábito (Figura 1) son saludables o no son saludables (Figura 2). Por último, los pasos propuestos por Hernández-Jaime (2022) incluyen escuchar música y actividades de orden cognitivo, en la cuarta tipología de Adler.

Figura 1: Estructura de los estilos de vida



Figura 2: Estilos de vida bipolares en salud



Fuente: <https://es-static.z-dn.net/files/d23/9ce20de3e71f1387df565c22ae049230.png>

Referencias

- Adler, A. (1964). *The Individual Psychology of Alfred Adler*. H. L. Ansbacher and R. R. Ansbacher (Eds.). Harper Torchbooks.
- Calpa A, Santacruz G, Álvarez M, Zambrano C, Hernández E. & Matabanchoy S. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia. Promoc. Salud*, 24 (2): 139-155. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.11
- Cavazzana, J.E. (1934). *La "psicología individual" de Alfredo Adler*. https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/52832/psicologia_individual_alfredo_adler.pdf
- Definiciones (2022). *Estilo*. <https://dle.rae.es/estilo?m=form>
- Definiciones (2022). *Hábito*. <https://dle.rae.es/habito>
- Definiciones (2022). *Modelo* <https://dle.rae.es/modelo?m=form>
- Definiciones (2022). *Moldear*. <https://dle.rae.es/moldear?m=form>
- Definiciones (2022). *Estilo de vida*. <https://definicion.de/estilo-de-vida/>
- Definiciones (2022). *Modo*. <https://dle.rae.es/modo>
- DiCarpio, N. S. (1989) *Teorías de la personalidad*. Nueva Editorial Interamericana.
- Fadiman, J. & Frager, R. (1979). *Teorías de la personalidad*. Harla.
- Hernández-Jaime, A.E. (2022) *Estilo de vida saludable*. <http://fmdiabetes.org/estilo-de-vida-saludable/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (19 octubre, 2020). "Vida Saludable", nueva materia en planes de estudio. <https://www.insp.mx/avisos/vida-saludable-nueva-materia-en-planes-de-estudio>.
- OMS (2022). ¿Cómo define la OMS la salud? <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud Pública Educ Salud. Canadá: OMS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Ginebra: OMS. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). Guía Práctica: Promoción de Estilos de Vida Saludables y Prevención de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. República Dominicana: Ministerio de Salud Pública. http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones/doc_view/584-

republica-dominicana-guia-practica-promocion-estilos-de-vida-saludables-y-prevencion-de-ecnt

Sanitas (2022). *Hábitos de vida saludable*. https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/estilo-vida/prepro_080021

Suescún-Carrero, S.H., Sandoval-Cuellar, C., Hernández-Pirato, F.H., Araque-Sepúlveda, I.D., Fagua-Pacavita, L.H., Bernal-Orduz, F., & Corredor-Gamba, S.P. (2017). Estilos de vida en estudiantes de una universidad de Boyacá, Colombia. *Rev. Fac. Med.* 65 (2): 227-231. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.58640>

Vicente-Pedraz, M. (2007). La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable. *Salud Publica Mex* 49(1):71-78. <https://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://>

buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/7416/construccion%20etica%20medico-deportiva%20spm.pdf?sequence=1

Yorde E.S. (2014). Cómo lograr una vida saludable. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 27(1), 129-142. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522014000100018&lng=es&tlng=es.

Enlaces de internet:

<https://brainly.lat/tarea/25790677>

<https://penteadoscabelocurto.blogspot.com/2023/02/mapa-conceptual-sobre-vida-saludable.html>





Conductas de riesgo en el entorno familiar asociadas a la obesidad

Risk behaviors associated with obesity in the family environment

Psic. Silvia Castillo Moreno

Pasante Licenciado en Psicología, Carrera de Psicología

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM

tutu_chipi@hotmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.47.86444>

Resumen

Considerando que la alimentación y la nutrición son procesos que se ven influenciados por factores biológicos, ambientales y socioculturales y que es especialmente en la infancia donde el desarrollo y crecimiento debe ser óptimo, es indispensable la adquisición en esta etapa de vida, de conductas saludables que no comprometan su desarrollo. Los hábitos en torno al consumo de alimentos adecuados se han ido modificando, especialmente por factores que cambian la dinámica familiar como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar, la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen y el tipo de conductas asociadas para el propio consumo de los alimentos disponibles. Por lo que en este artículo se presenta un estudio realizado a 200 sujetos de población universitaria de la FES Zaragoza y Ciudad Universitaria, con el objetivo de conocer la experiencia tolerante e intolerante de la forma de alimentación y las conductas que se presentaban en la infancia para la ingesta de alimentos, si se presentaban conductas positivas o con regaños/amenazas, los resultados arrojaron que en mujeres un 53.67% fueron criadas bajo conductas tolerantes y 46.33% de conductas intolerante a la hora de tomar sus alimentos, y en el caso de los hombres 51.07% de conductas tolerante contra un 48.93% de conductas intolerante.

Palabras clave: obesidad, consumo de alimentos, hábitos, conducta, dinámica familiar.

Abstract

Considering that food and nutrition are processes that are influenced by biological, environmental and sociocultural factors and that it is especially in childhood where development and growth should be optimal, it is essential to acquire healthy behaviors at this stage of life that do not compromise their development. Habits regarding the consumption of adequate food have been changing, especially due to factors that change family dynamics such as less dedication and lack of time for cooking, the quantity and quality of the food consumed and the type of behaviors associated with the consumption of the available food. Therefore, this article presents a study conducted on 200 subjects of the university population of the FES Zaragoza and Ciudad Universitaria, with the objective of knowing the tolerant and intolerant experience of the way of eating and the behaviors that were presented in childhood for food intake, if positive behaviors or with scolding/threats were presented, the results showed that in women 53.67% were raised under tolerant behaviors and 46.33% of intolerant behaviors at the time of taking their food, and in the case of men 51.07% of tolerant behaviors versus 48.93% of intolerant behaviors.

Keywords: obesity, food consumption, habits, behavior, family dynamics.

Recibido en 10 de noviembre de 2021.

Aceptado el 31 de mayo de 2022.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](#).

La prevalencia de obesidad en la población no solo infantil sino adulta ha aumentado rápidamente a nivel mundial, tanto que se considera incluso ya como epidemia, ya que se ha convertido en un problema de salud pública en los países desarrollados, especialmente por las consecuencias a la salud que se presentan en la etapa adulta como lo son las enfermedades crónicas, diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (OMS, 2021).

Aunque un desequilibrio entre la ingesta y la actividad física es una de las principales causas tanto del sobrepeso como de la obesidad, los factores ambientales y familiares son considerados también un factor de riesgo para el desarrollo de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. La forma de relación que se presenta entre padres e hijos pueden influenciar en el comportamiento de los niños y adolescentes en la elección de alimentos e incluso el nivel de actividad física, es decir, el entorno familiar tiene un papel importante en el desarrollo de obesidad. Por lo que se considera que un ambiente obesogénico contribuye a conductas de sobrealimentación, de restricción de ciertos alimentos y al sedentarismo, estas conductas se aprenden especialmente en la etapa infantil debido a que tienen menor autonomía y están influenciados por las señales ambientales familiares (Bersh, 2006).

En el comportamiento humano, los reforzadores condicionados ocurren generalmente en largas cadenas de respuestas y estímulos. Una cadena se compone de respuestas unidas entre sí por estímulos que actúan como reforzadores condicionados y como estímulos discriminativos (Reynolds, 1968 en García, 2001). Estas teorías sostienen que se trata de un conjunto de principios que permiten dar una descripción científica y objetiva de la relación existente entre la conducta de un organismo y el medio ambiente en el que habita el organismo en su historia de condicionamiento (privación/saciedad) generando una función de refuerzo prioritario, manteniéndose bajo efectos de reforzamiento positivo, por tanto, el arreglo contingencial, E – R – C (Estímulo-Refuerzo-Conducta), sugiere que al darse la conducta del condicionamiento materno de alimentos ricos en grasas saturadas en el contexto del hogar, el organismo está inmerso en un ambiente que ofrece multiplicidad de señales para que se ejecute la conducta de comer ciertos tipos de alimentos (Miramón, 2015).

Entre todos los estímulos reforzantes disponibles, quizá las respuestas verbales y no verbales de otras personas son las más importantes para moldear el comportamiento humano. Entre la sutil sonrisa o guiño y la franca afirmación verbal de amor o rechazo se encuentra una amplia gama de señales que moldean, guían y controlan nuestro comportamiento en las interacciones diarias, estas características funcionales de los reforzadores sociales son de importancia fundamental. Llegando a ejercer diferentes grados de control sobre el comportamiento (Kanfer y Phillips, 1980).

Tanto los padres, los familiares cercanos, amigos, objetos, sonidos, olores, son todas señales para la respuesta de ingesta frecuente de estos alimentos. Asimismo, se fortalece la probabilidad de la respuesta dado que se genera un aumento en la estimulación, lo que permite que tanto los reforzadores materiales (alimentos ricos en grasas saturadas) como los reforzadores sociales (atención, aprobación, aceptación), adquirieran propiedades intrínsecas y extrínsecamente reforzante, este ciclo se mantiene a lo largo de la vida del individuo generando cuadros de alteración metabólica y otras enfermedades asociación. (Miramón, 2015).

En este periodo de la vida, la madre se convierte en el participante fundamental en la alimentación del niño que pueda potenciar algún trastorno de conducta alimentaria en la adolescencia o la edad adulta. Se ha comprobado que aquellos progenitores que han padecido o padecen algún tipo de trastorno alimentario tienen un mayor riesgo de inducir este tipo de trastorno a sus hijos, principalmente por la realización de determinados comentarios relacionados con el peso y el tipo de dietas que practican. En este periodo la madre se convierte en el participante principal en la alimentación del niño que puede potenciar algún trastorno de conducta alimentaria en la adolescencia o en la edad adulta. (Álvarez, Aguaded, y Ezquerro, 2014).

Los hábitos alimentarios se han ido modificando por factores que alteran la dinámica familiar tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los niños. La familia es el primer contacto con los hábitos alimentarios porque sus integrantes ejercen una fuerte influencia en la dieta de los niños y en sus conductas relacionadas con la alimentación.

Los hábitos alimentarios se aprenden bajo la tutela de la madre y en el seno familiar y se incorporan como costumbres, basados en la teoría del aprendizaje social e imitado de las conductas observadas por personas adultas que respetar (Macías, Gordillo y Camacho, 2012).

Con la finalidad de conocer cuales son algunas de las conductas presentes en las familias de 200 sujetos la población universitaria de la FES Zaragoza y de Ciudad Universitaria, consideraras como riesgosas para la presencia de sobrepeso y obesidad, realizó un estudio en el que se aplicó un cuestionario con 15 preguntas abiertas relacionadas a la experiencia tolerante e intolerante de la forma de alimentación y las conductas que se presentaban en la infancia para la ingesta de alimentos, si se presentaban conductas positivas o con regañones/amenazas.

Resultados

Como parte de los resultados se observó que las conductas tolerantes durante la crianza van desde utilizar fases cariñosas para que los menores consumieran los alimentos, permitir que el alimento se consumiera tiempo después, explicar que comer es una forma para crecer, premiar con alguna compra el consumir los alimentos, dar de comer en la boca al menor, no comer si no gustaba el alimento. En el caso de las conductas asociadas como intolerantes se encontraron entre las más frecuentes el castigo de no ver televisión, dejar sentados al menor frente al panto hasta que comiera, regañones verbales, amenazar si no comía se le pegaría, no podían salir a jugar, decirle al menor que sino le gustaba era lo único que había y el gritarle al menor que “se come lo que hay”.

Los resultados arrojaron que en el caso de las mujeres un 53.67% fueron criadas bajo conductas tolerantes y 46.33% de conductas intolerante a la hora de tomar sus alimentos, y en el caso de los hombres 51.07% de c conductas tolerante contra un 48.93% de conductas intolerante. Y en el desglose entre hombres y mujeres se observa que existen conductas intolerantes y que es aplicado por debajo de la media de la población encuestada. En mayor proporción a los hombres con un 13% más que a las mujeres.

Discusión y conclusiones

Este estudio concluyó que pueden existir factores que aumentan el riesgo de sobrepeso y obesidad, no solo

con la percepción distorsionada de los padres sobre el estado nutricional de los hijos y el no percibir el riesgo sobre la salud de su estado nutricional, sí como tener conductas alimentarias familiares poco saludables, por lo que es fundamental el papel colaborador de los padres en los hábitos y conductas alimentarias, por la calidad y cantidad de alimentos recibidos, pudiendo ser un factor fundamental en el riesgo de sobrepeso y obesidad (Marimon, 2015). Tanto niños como adolescentes son grupos vulnerables por lo que es importante diseñar planes y programas que permitan el aprendizaje de conductas saludables que permitan el cuidado a la salud de forma adecuada y evitar las consecuencias negativas relacionadas con el sobrepeso y obesidad, desde la infancia.

Referencias

- Álvarez-Amor, L., Aguaded-Roldán, M. J. y Ezquerro-Cabrera, M. (2014). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Dialnet*, 19, 2051-2069. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6250752>
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000400007&lng=en&tlng=es.
- García, C. H. (2001). El refuerzo y el estímulo discriminativo en la teoría del comportamiento. Un análisis crítico histórico-conceptual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33 (1), 45-52. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80533105.pdf>
- Kanfer, F. H. y Phillips, J. S. (1980). Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento. Trillas.
- Macías, A. I., Gordillo, L. G. y Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182012000300006>
- Marimon-Lambertinez, L. (2015). *Obesidad (adiposidad): Una mirada desde el condicionamiento operante y el aprendizaje social*. Universidad Simón Bolívar. https://www.researchgate.net/publication/274834375_OBESIDAD_adiposidad_Una_Mirada_Desde_El_Condicionamiento_Operante_Y_El_Aprendizaje_Social



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.

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. Pueden tratar de artículos acerca de:

1. Aspectos socioculturales relacionados a la alimentación.
2. Colaboraciones e información sobre reuniones científicas.
3. Investigaciones que abarquen aspectos psicológicos asociados a la obesidad y a la persona obesa: datos epidemiológicos, análisis y discusiones, informes de casos clínicos.
4. Propuestas para apoyar las estrategias dirigidas al fortalecimiento de conductas alimentarias sanas.
5. Reseñas de artículos o libros.

En su contenido y estructura deberá adecuarse a las normas de la American Psychological Association (APA), en su edición más reciente.

Formatos

- a) 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.
- b) Título del artículo: máximo 15 palabras en idiomas español e inglés.
- c) Nombre (s) de (los) autor(es), filiación institucional, correo electrónico
- d) Resumen en español y en inglés, máximo 300 palabras.
- e) Cinco palabras clave.
- f) Mínimo de 5 páginas, incluyendo gráficas, tablas y referencias bibliográficas. Los márgenes izquierdo y derecho medirán dos centímetros y medio.
- g) Los trabajos de investigación incluyen: introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias bibliográficas.

- h) Los trabajos de ensayo, reseña bibliográfica comentada o revisiones incluyen: título, subtítulos y apartados, dependiendo del contenido y referencias bibliográficas.
- i) Si el autor incluye en su trabajo figuras pertenecientes a otros, deberá adjuntar los comprobantes de los permisos para su presentación.
- j) Información de otros autores deberá ser citada y la información de la fuente incluirla en las referencias.

Pueden enviarse por correo electrónico: boletinpsicobesidad@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 los autores, 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, sin conflicto de intereses