



# Psic-Obesidad

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



**Volumen 12, Número 48  
octubre-diciembre 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.2022.12.48>

[www.revistas.unam.mx/index.php/psic/issue/view/5932](http://www.revistas.unam.mx/index.php/psic/issue/view/5932)  
[www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad](http://www.zaragoza.unam.mx/psic-obesidad)



## Contenido

volumen 12, número 48, octubre-diciembre de 2022

- 3 Editorial**
- 5 Trabajos de difusión en investigación**  
**Propuesta de historia clínica de obesos**  
 Lina Adriana Terrón Maya
- 9 F54 Factores psicológicos... [316]**  
**Antecedentes de los factores emocionales asociados a la obesidad**  
 Georgina Paulina Lezama Leyva
- 15 Acérquese... ricos tamales**  
**Consideraciones en la atención de la obesidad**  
 María del Rosario Guiza Montiel
- 21 Como, luego existo**  
**¿Cómo como? Prevención de la obesidad infantil**  
 Ana Karen Fonseca Torres
- 24 Colaboraciones**  
**Factores asociados entre la obesidad y vejez**  
 Guadalupe Gabriela Jiménez Batres, Maricruz Morales Salinas
- 28 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. 48, octubre-diciembre 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](mailto: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 Reyó 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 23 de marzo 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 Villafaña  
**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 Raziel 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 48

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48>

Este año 2022 trasciende en la oscilación entre las actividades al aire libre y el confinamiento temporal en prevención de contagios o el aislamiento por un nuevo contagio. Los patrones conductuales y cognitivos de la población han sido modificados de diversas maneras, en el ámbito emocional han surgido emociones desconocidas como empatía social, el miedo a situaciones que se evalúan como amenazantes (agorafobia) ante la posibilidad de *Salir de casa solo; Estar en una multitud o esperar en una fila; Estar en espacios cerrados, como cines, ascensores o tiendas pequeñas; Estar en espacios abiertos, como estacionamientos, puentes o centros comerciales; o Usar el transporte público, como el autobús, un avión o un tren* (Clínica mayo, 2022). Salir a trabajar, a la escuela, al mercado se suman a las situaciones que tienen la “carga emocional” por el temor al contagio por COVID 19, en muchos casos con el dolor emocional con duelo por la pérdida de familiares, amigos, compañeros de escuela, trabajo y otros seres queridos. Con estas cargas emocionales, las familias y los individuos, ponen en acción de manera progresiva, estrategias de enfrentamiento que les permiten salir de casa de manera adaptativa, un re-aprender a interactuar en las actividades sociales. La perspectiva cognitivo conductual las cataloga en Recursos de Salud Mental a través del aprendizaje del estado mental o psicológico que presenta la persona a través de su identificación con apoyo terapéutico y del aprendizaje obtenido como resultado de poner en práctica técnicas como relajación sistemática, estrategias de enfrentamiento, manejo del estrés, asertividad, entre otras.

Estas consideraciones permiten ubicar las propuestas dadas por organismos mundiales de las Naciones Unidas, de Salud y las de México.

Para la organización Mundial de Naciones Unidas (NU) pone atención en el tema de la Obesidad con datos que “*Crecen sin parar*”: afecta a 650 millones de adultos, 340 millones de adolescentes y 39 millones de niños”.

Estima que para el año 2025, cerca de 167 millones de personas tendrán salud precaria por atribuciones del sobrepeso u obesidad (NU, 2022). De las estrategias de combate que propone, la más novedosa es la creación de un mejor entorno alimentario con acceso a una dieta con alimentos factibles y saludables con una enseñanza de hábitos alimenticios saludables en las escuelas. Frente a las condiciones de salud pública actual, la estrategia propuesta puede ser puesta en marcha hasta contar con mejores condiciones de salud. La Organización Mundial de Salud (OMS, 2022).

Resultado de la 75ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2022, señala recomendaciones sobre las Enfermedades No Transmisibles (ENT) -cáncer, diabetes, obesidad, cardíacas y pulmonares-, de la salud mental y sus factores de riesgo (WHO, 2022). En su anexo 12 hace referencia a la prevención y la gestión de la obesidad *a lo largo de la vida*:

*[Las] medidas que deben adoptar los gobiernos, la sociedad en su conjunto y la Secretaría de la OMS para reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% del consumo total de energía en adultos y niños; aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses hasta al menos el 70%, y reducir la prevalencia mundial de la inactividad física en un 15%. La OMS ya ha elaborado un nuevo plan para apoyar a los Estados Miembros en la aceleración de las medidas para detener la obesidad [A75/10 Add.6](OMS, Anexo 12, 2022).*

En la Línea de Trabajo 1 que pretende identificar las medidas prioritarias para lograr un mayor efecto en la prevención y gestión de la obesidad a lo largo de la vida (página 5), redefine el desarrollo de la obesidad como:

*“...consecuencia de la susceptibilidad individual (biología, riesgo genético y otros trastornos), asociada a un entorno obesogénico. Ese desarrollo está influido por sistemas y*

*entornos alimentarios; entornos urbanos y zonas edificadas, sistemas de información y entornos digitales y sistemas de educación, deporte, protección social y salud, y, desde el inicio, se ve afectado también por determinantes sociales, comerciales y económicos".*

De las intervenciones refiere la necesidad de la transformación general de toda la sociedad, sin embargo existen intervenciones esenciales que pueden cambiar eficazmente el entorno obesogénico y ayudar a la población en su conjunto a prevenir y gestionar la obesidad. De las reglamentaciones y políticas en salud pública, se complementan con campañas de educación y concienciación del público; normas y reglamentos sobre medios de transporte activos y actividad física en las escuelas, e integración de los servicios de prevención y gestión de la obesidad en el **nivel de atención primaria de salud con orientación pertinente para los servicios de atención secundaria y terciaria**<sup>1</sup>.

Se refuerza el nivel de atención de manera integral y de educación. En México, la atención a la pandemia de la obesidad se enfoca en el análisis de cambios en políticas públicas en cambios estructurales que la favorecen. Mientras que la enfermedad crónica no transmisibles es el mayor factor de riesgo para el COVID 19 grave, "Mejorar la salud no depende tanto de decisiones personales como de modificar factores estructurales" (López-Gatell, 2022). Modelo de atención primaria a la salud para lograr Paz para la Salud, Salud para la paz. Las estadísticas de las consecuencias en la salud individual se muestran en la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022: La prevalencia de sobrepeso fue 38.3%, obesidad 36.9% y obesidad abdominal (OA) 81.0%. Las mujeres tuvieron una mayor RM (1.4) de tener obesidad y OA (2.5). Los adultos con obesidad tenían una mayor posibilidad de tener diagnóstico de diabetes (RM 1.7), hipertensión (3.6) y dislipidemia (RM 2.3) que los adultos con IMC normal (Romero Martínez et al 2022).

La reintegración de los individuos a sus condiciones de vida antes de la pandemia también se ha dado con la actividad híbrida - presencial y a distancia- ajustando nuevos modos de vida que desarrollarán nuevos hábitos y estilos de vida. Volver a comer en la calle o estar en el salón de clases será volver a compartir con otras personas el bocado y la clase, mientras se ajustan los comportamientos y la comprensión de una nueva normalidad en favor de la salud individual y social.

## Referencias

- Clínica Mayo (2022). *Agorafobia*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/agoraphobia/symptoms-causes/syc-20355987>.
- López-Gatell, H. (2022). *Participación en la 75ª Asamblea Mundial de la Salud*. <https://www.youtube.com/watch?v=FNKVhL1EjVY>
- Naciones Unidas (4 de marzo de 2022). Hay que acabar con la obesidad, un trastorno que afecta a más de mil millones de personas. <https://news.un.org/es/story/2022/03/1505062>.
- Organización Mundial de Salud (OMS) (2022). 75ª Asamblea Mundial de la Salud - Actualización diaria: 27 de mayo de 2022. <https://www.who.int/es/news/item/27-05-2022-seventy-fifth-world-health-assembly---daily-update--27-may-2022>
- Organización Mundial de Salud (OMS) (A75/10 Add.6) (2022). ANEXO 12: Plan de aceleración del apoyo a los estados miembros en lo que respecta a la aplicación de las recomendaciones para la prevención y la gestión de la obesidad a lo largo de la vida. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_10Add6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add6-sp.pdf)
- Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. (2022). Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la ENSANUT Continua 2020-2024. *Salud Pública Mex.* 64, 522-529. <https://doi.org/10.21149/14186>.

<sup>1</sup> Negritas son de la autora.



# Propuesta de historia clínica de obesos

## Clinical history proposal for obese people

Lic. Enf. Lina Adriana Terrón Maya  
Instituto Gnóstico de México, CETIS 7  
Linatema@gmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48>

### Resumen

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, convirtiéndose por esta razón en un asunto para resolver de los gobiernos y los sistemas de salud y administrativos. Esto es por su impacto en la salud pública y a las potenciales consecuencias en la salud y la calidad de vida de los individuos que la padecen y de sus familias, así como en los sistemas de salud y en la economía global. Es un padecimiento multifactorial que requiere de un método de prevención y tratamiento que al ser llevadas a la práctica evidencie la efectividad de los mismos y aporte un beneficio a la población en general. Por lo que es necesario que el profesional de la salud cuente con conocimiento de este padecimiento y de sus posibles complicaciones, además de considerar las diferentes opciones para su tratamiento, como el manejo de conductas para un estilo de vida saludable, que permiten a su vez establecer una adecuada calidad de vida, esperanza de vida y la salud laboral de los individuos. El objetivo de este artículo es establecer una propuesta de integración de la Historia Clínica que es pertinente para la intervención en el sobrepeso y la obesidad, considerando que es imprescindible contar con datos pertinentes para ello, se presenta una propuesta con las diferentes secciones de debe contener esta Historia Clínica y los datos que se pueden incluir en cada una.

**Palabras clave:** sobrepeso, obesidad, tratamiento integral, intervención, atención multidisciplinaria.

### Abstract

Obesity is a worldwide public health problem, making it an issue for governments and health and administrative systems to address. This is because of its impact on public health and the potential consequences on the health and quality of life of individuals and their families, as well as on health systems and the global economy. It is a multifactorial condition that requires a method of prevention and treatment that, when put into practice, will demonstrate its effectiveness and provide a benefit to the general population. It is therefore necessary that the health professional has knowledge of this condition and its possible complications, in addition to considering the different options for treatment, such as the management of behaviors for a healthy lifestyle, which in turn allow to establish an adequate quality of life, life expectancy and occupational health of individuals. The objective of this article is to establish a proposal for the integration of the Clinical History that is relevant for the intervention in overweight and obesity, considering that it is essential to have relevant data for this, a proposal is presented with the different sections that this Clinical History should contain and the data that can be included in each one.

**Keywords:** overweight, obesity, comprehensive treatment, intervention, multidisciplinary care.

Recibido el 5 de septiembre de 2022.  
Aceptado el 21 de noviembre de 2022.

## Introducción

En las sociedades modernas, en su gran mayoría urbanas, coinciden en el consumo de dietas con altos niveles en grasas y azúcares bajas en fibra, asociadas a poca actividad física y cada vez más sedentaria. La inactividad física aunada a una dieta deficiente en nutrientes y alta en calorías se relaciona con condiciones crónicas en adulto, entre las que se encuentran la diabetes, la hipertensión, trastornos de lípidos, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, que aparecen cada vez en edades más tempranas. Pocas veces se aborda sobre las consecuencias del sobrepeso y la obesidad en la niñez, siendo importante considerarlo ya que es un problema que cuanto mayor tiempo se pase tenido sobrepeso, es más probable que continúe con este estado en la adolescencia y la vida adulta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Por lo que se ha observado que la obesidad aumenta al igual que el riesgo de mortalidad en todas las edades. Cuando el peso es 30 a 40% mayor del promedio, se presenta un 50% más de mortalidad y en personas con 40% más del peso

promedio es del 90%. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), son diversos los factores de riesgo de la obesidad y actualmente ésta se considera como una enfermedad o incluso como un síndrome multifactorial en el que los competentes que lo incluyen pueden variar de un individuo a otro. Entre los factores más comunes se encuentran (Malo, Castillo y Pajita, 2017) los genéticos, endocrinos, metabólicos, nutricionales, actividad física, emocionales y fisiológicos.

Si bien se presentan factores que contribuyen a la presencia de sobrepeso y obesidad, también se pueden encontrar factores “protectores”, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social, en 2019 están:

- ▶ Moderación en el consumo de alimentos y de alcohol.
- ▶ Hábitos alimentarios saludables.
- ▶ Control frecuente de peso.
- ▶ Actividad física regular.
- ▶ Manejo del estrés y ansiedad.
- ▶ Detectar el sobrepeso para evitar la obesidad.

**TABLA 1.** Factores de riesgo de la Obesidad. Modificado de Malo, Castillo y Pajita, 2017.

FACTORES DE RIESGO	
<b>Genéticos:</b> Se incluyen factores hormonales y neurales relacionados con el control normal del peso; las señales a corto y largo plazo que determinan la saciedad y la actividad de alimentación; el número y así como el tamaño de las células adiposas, la distribución de la grasa corporal y el índice metabólico en reposo; la tendencia a que los hijos de padres obesos a una mayor probabilidad de tener problemas de peso.	<b>Endocrinos:</b> Desequilibrio hormonal primario que afecta el comportamiento alimentario, el gasto de energía o ambos, dando como resultado un balance energético positivo y el almacenamiento en el tejido adiposo. <b>Fisiológicos:</b> Están incluidos la pubertad, la gestación, la menopausia e incluso la edad de la persona.
<b>Metabólicos:</b> Implicando la anormalidad metabólica básica puede generar el incremento en el almacenamiento energético en tejido adiposo causando con ello obesidad; desviación preferente de los sustratos energéticos dirigido a la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos; un aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, almacenando la energía sobrante en forma de triglicérido en el tejido adiposo.	<b>Nutricionales:</b> Considerando en este factor la sobrealimentación, especialmente en las primeras etapas de la vida, sobre todo cuando en el periodo de lactancia se presentan al menor alimentos hipercalóricos, la introducción temprana de alimentos sólidos y la fórmula láctea; inadecuados hábitos alimenticios incluyendo el consumo elevado de alimentos de hipercalóricos.
<b>Actividad física:</b> La actividad física leve puede considerarse factor predisponente de obesidad, ya que las personas con obesidad tienen un patrón de actividad menor y con mayor índice de sedentarismo.	<b>Emocionales:</b> Encontrando aquí algunas problemáticas psicológicas que influyen con frecuencia en el apetito, provocando tensión nerviosa que puede compensarse en la alimentación.

La atención brindada debe constar de pautas específicas que permitan, como ya se mencionó, el tratamiento Integral, teniendo en cuenta esto se debe considerar la importancia de la implementación completa, antes de cualquier intervención, historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional, cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrica y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente (NOM, 2010), es decir, contar en primer lugar con una Evaluación Integral del individuo con obesidad.

Dicha evaluación desde la perspectiva de la Enfermería destaca la utilización de registros de Enfermería, que son aquellos documentos específicos que forman parte de la historia clínica, en los cuales se realiza una descripción cronológica de la situación, evolución y seguimiento del estado de salud e intervenciones en el paciente, sobre promoción a la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que el profesional de enfermería brinda a los sujetos de cuidado. Por lo que la Historia Clínica es el documento que se convierte en un informe continuo de la asistencia sanitaria del paciente (Bautista, 2015). Entre las acciones necesarias con la persona con sobrepeso y obesidad se encuentran la Valoración de Enfermería que se compone de la siguiente integración:

1. Consentimiento informado
2. Identificación de la problemática a través de medición antropométrica (peso, talla) y signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca). Postura corporal y marcha.
3. Motivo de Consulta y expectativas a la atención.
4. Historia Clínica.
5. Diagnósticos de enfermería.
6. Planificación de la Atención.
7. Consejería en Salud.
8. Desarrollo de actividades educativas y de autocuidado.
9. Seguimiento y supervisión de actividades.
10. Formación de grupos de apoyo con aprendizaje significativo.
11. Formación de atención individualizada y significativa.
12. Evaluación de resultados.

Con la finalidad de realizar la valoración de pacientes con sobrepeso u obesidad, se propone una valoración nutricional completa, con el que se tiene la posibilidad de establecer el diagnóstico pertinente, la prescripción del tratamiento, así como la entrega y explicación de la intervención, en las diferentes áreas y con la intervención de los distintos profesionales de la salud.

## **Integración de la historia clínica**

Incluye medidas antropométricas, anamnesis alimentaria y pruebas de laboratorio, con el fin de obtener el diagnóstico nutricional y la clasificación del sobrepeso y obesidad, de forma general.

El orden en el que se puede conformar consta de (Castro, Frago y León, 2021):

- ▶ Datos de Identificación: nombre completo del paciente, copia del documento de identidad, dirección, fecha de nacimiento, estado civil, género, ocupación, datos de seguridad social, religión, talla y peso actuales.
- ▶ Motivo de consulta: en el que se describe el o los principales síntomas del paciente.
- ▶ Enfermedad actual: parte clave de la anamnesis, donde se registra de manera cronológica el inicio y evolución de síntomas del paciente.
- ▶ Revisión de síntomas por sistemas: indagación de otras manifestaciones de enfermedad del paciente, estas pueden o no guardar relación con su proceso actual y que ayudan a informar sobre la condición general de salud del paciente.
- ▶ Antecedentes clínicos: separados por enfermedades previas, cirugías, traumatismos, exposición a tóxicos, alergias, en las mujeres antecedentes gineco-obstétricos y antecedentes familiares.
- ▶ Examen físico: hallazgos de la exploración clínica que se realiza en el paciente, de manera ordenada, bien sea por órganos y sistemas o de manera topográfica, es decir, cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, entre otros.
- ▶ Resumen de signos y síntomas.
- ▶ Análisis o discusión diagnóstica: integración de la información recogida en el proceso y permite la orientación del caso hacia las posibles causas, se

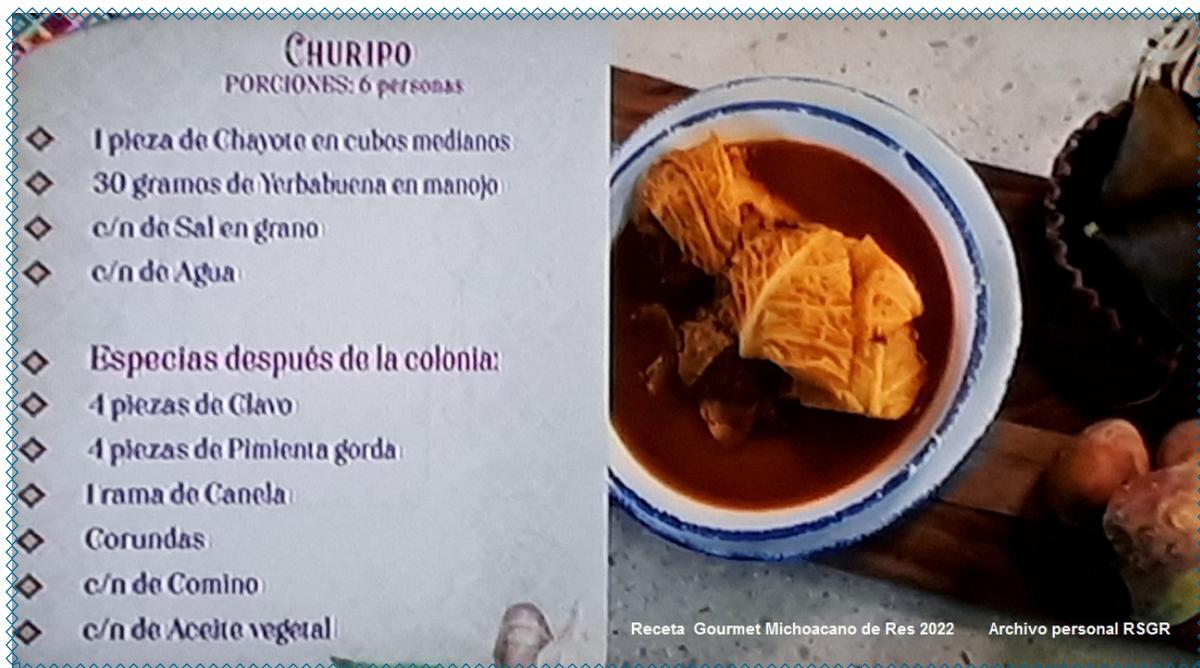
registran impresiones diagnósticas o diagnósticos confirmados si es el caso.

- ▶ Plan de estudio y tratamiento del paciente.

La prioridad de la atención al sobrepeso y la obesidad debe ser de corte preventivo en primer lugar, los datos epidemiológicos y clínicos actuales señalan, los alcances de la pandemia de obesidad y de enfermedades crónico-degenerativas que tienen un gran impacto en el bienestar físico, el psicosocial, el económico e incluso a nivel espiritual del individuo y de su familia. Por lo que se debe hacer un frente común entre las entidades gubernamentales, sus instituciones, la iniciativa privada, los profesionales de la salud, la sociedad en general, las familias y los individuos, para atender y posibilitar estrategias efectivas para la prevención, sobre todo del sobrepeso y la obesidad, como de otras enfermedades no transmisibles.

## Referencias

- Bautista-Rodríguez, L. M. (2015). Registros de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(2), 5-10. file:///C:/Users/MARY-23/Downloads/Dialnet-RegistrosDeEnfermeria-7490903.pdf
- García-Milian, A. J. y Creus-García, E. D. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000300011&lng=es&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011&lng=es&Ing=es).
- Malo-Serrano, M., Castillo, N. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178. <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13213>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Guía de Atención de la Obesidad*. Dirección General de Promoción y Prevención de la República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/15Atencion%20de%20la%20Obesidad.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Secretaría de Salud del Gobierno de México. (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010: Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Diario Oficial de la Federación. <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4127/Salud/Salud.htm#:~:text=Establecimiento%20para%20el%20tratamiento%20integral,ambulatorios%20o%20que%20requieran%20hospitalizaci%C3%B3n>.





# Antecedentes de los factores emocionales asociados a la obesidad

## Background of emotional factors associated with obesity

Lic. Georgina Paulina Lezama Leyva

Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
lezama2505@gmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48>

### Resumen

Las emociones en el área psicológica son fenómenos estudiados ampliamente, sin embargo, emociones sociales como la culpa y vergüenza se han tomado poco en consideración, siendo delegadas de la importancia que tienen en la vida cotidiana, es un territorio poco desarrollado en el campo psicológico. En la sociedad mexicana son pocos los estudios que profundizan en las emociones de culpa y vergüenza otorgándoles un lugar casi nulo dentro de la investigación como sino existieran o fueran ajenos al individuo y a la sociedad, pero a pesar de la poca relevancia puesta en dichas emociones, sentirse culpable o avergonzado es claramente influenciado por la concepción moral infundada en el núcleo familiar. Es necesario extender y profundizar los conocimientos de estas emociones en la sociedad mexicana para saber si experimentan las emociones de culpa y/o vergüenza y proponer un modelo de intervención con la finalidad de brindar las herramientas que puedan ser necesarias en las áreas clínica y social.

**Palabras clave:** emociones, culpa, vergüenza, obesidad, imagen corporal.

### Abstract

Emotions in the psychological area are widely studied phenomena, however, social emotions such as guilt and shame have been little taken into consideration, being delegated the importance they have in everyday life, it is a little developed territory in the psychological field. In Mexican society there are few studies that delve into the emotions of guilt and shame, giving them an almost null place in research as if they did not exist or were alien to the individual and society, but despite the little relevance placed on these emotions, feeling guilty or ashamed is clearly influenced by the unfounded moral conception in the family nucleus. It is necessary to extend and deepen the knowledge of these emotions in Mexican society to know if they experience the emotions of guilt and/or shame and to propose an intervention model with the purpose of providing the tools that may be necessary in the clinical and social areas.

**Keywords:** emotions, guilt, shame, obesity, body image.

Recibido el 17 de noviembre de 2022.  
Aceptado el 20 de febrero de 2023.



Psic-Obesidad está distribuido bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

## Introducción

Probablemente, el primer aspecto del sí mismo que se desarrolla es el sentido del sí mismo corporal a partir de las sensaciones orgánicas repetidas, esfuerzo postular y frustraciones procedentes del exterior que ponen en evidencia las limitaciones del cuerpo. Durante toda la vida, el sentido del yo corporal constituye el testimonio básico de nuestra existencia. Nuestras sensaciones y nuestros movimientos nos demuestran constantemente que yo soy yo (Allport, 1966).

La imagen corporal es un cuadro mental, al mismo tiempo que una percepción. La imagen corporal y la emoción se hallan íntimamente vinculadas entre sí, y así como nuestra imagen corporal es la expresión de nuestra propia vida emocional y nuestra personalidad, los cuerpos de los otros adquieren su significado último por el hecho de ser los cuerpos de otras personalidades. La percepción de los cuerpos de los demás y de su expresión de las emociones es tan primaria como la percepción de nuestro propio cuerpo y de sus emociones y expresiones. Nuestro cuerpo, tal como lo demuestran todos los análisis que anteceden, no difiere, en la percepción sensoria, de los cuerpos de los demás (Flores, 1998).

La imagen corporal juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos. Denominando a la imagen corporal como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias debidas a cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Bruchon-Schweitzer, 1992; citado en Gómez-Peresmitré, 1997).

Es común que cuando la obesidad empieza desde la infancia se tiende a visualizar una imagen corporal desagradable afectando su autoestima. Las investigaciones sobre la autoimagen de obesos señalan que éstos califican bajo en las áreas que se relacionan con identidad y autosatisfacción (Stein, 1987).

En México se ha observado que en mujeres que se encuentran en tratamiento para controlar su peso, el 5% presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, de tal forma que la distorsión de la imagen es favorecida

por las prácticas alimentarias, los estilos de alimentación y los sentimientos que se encuentran asociados con la obesidad, aunque éstos no son necesariamente anómalos o patológicos. Sin embargo, los estudios de Faubel (1989) revelan que los obesos no necesariamente tienen una pobre imagen corporal, ya que, si bien es cierto que vislumbran su cuerpo como menos conveniente, no se sienten menos atractivos o saludables; incluso un gran número de ellos se encuentra sumamente conforme con su condición.

## Sobrepeso y obesidad

En la actualidad la obesidad logro adquirir una relevancia significativa a nivel mundial, nos vemos bombardeados por anuncios en televisión, radio, periódico, internet y espectaculares que buscan prevenir o solucionar la obesidad. La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial. Su sorprendente prevalencia, gravedad y resistencia al tratamiento, la convierte en uno de los problemas médicos y psicológicos más difíciles de tratar en la sociedad moderna. Existe una enorme presión social para ser delgado y es rara la persona obesa que no ha desplazado esta presión mediante la eterna obsesión de seguir una dieta y bajar de peso. Desafortunadamente, la mayoría de los obesos no se convierten en delgados. Y esto no depende de si realmente quieren bajar de peso o de su falta de voluntad o de la falta de dietas disponibles. Muchas personas comen menos de lo que quisieran, y hay infinidad de dietas, pastillas, consejos y programas que prometen éxito seguro (Brownell, 1982).

Siguiendo con esta idea los tratamientos de la obesidad actuales son paliativos, no curativos. Los médicos no pueden curar la obesidad tal y como no pueden curar la diabetes o la hipertensión. Los médicos necesitan ayudar a los pacientes para que reconozcan que la obesidad es una enfermedad crónica que requiere de un cuidado a largo plazo. La aceptación de este hecho podrá ayudar a incrementar los resultados del tratamiento (Guillén, 2011).

Actualmente la relación con el alimento rompe con la primera intención que es favorecer a la vida y se va condicionando a un ámbito social más complejo, donde lo importante no es el nutrirse sino consumir los alimentos que se tiene disponibles, su aceptación y posibilidad de compartir el consumo. Algunas consideraciones que podemos hacer el alimento es la dieta que conforma el

grupo social: los platillos preferidos, la manera de organizar la mesa, la elección de los alimentos etc. Otra consideración puede ser la satisfacción del consumo de los alimentos, por ejemplo, el tipo de alimento que se ofrece puede dar status social, ofrecer refresco embotellado en lugar de agua da muestra de más posibilidad económica. Comer y beber permite una comunicación trascendente como acto social, donde hacen presencia emociones, afectos, significado, como serían los significados de satisfacción, de hambre, de relaciones interpersonales, comerciales y hasta de negocios en los que también están impregnados una variedad de emociones y afectos (Guillén, 2011).

La obesidad es una enfermedad compleja, por ello su definición ha sido un proceso difícil. Su evidente relación con el consumo de alimentos determinó que durante mucho tiempo fuera vista como un trastorno de conducta, existiendo una gran resistencia a considerar las múltiples alteraciones que le dan el carácter de enfermedad. Del conocimiento cada vez más preciso de lo que es la obesidad se ha derivado un modelo que explica su génesis y consecuencias. Las definiciones de la obesidad pasan por el análisis de la naturaleza, fisiopatogénica, posibilidades de prevención y tratamiento de esta enfermedad. Además, dan la pauta para comprender su heterogeneidad clínica (García, Vázquez, López y Arcilla, 2004).

La medida exacta de la grasa corporal es cara e incómoda, el peso corporal es utilizado frecuentemente como un estimador de la obesidad. El término sobrepeso se refiere tradicionalmente a que la persona tenga un exceso de peso con referencia a cierto peso ideal, el cual está estipulado usualmente por tablas de peso y talla. Desafortunadamente, la definición de "peso ideal" varía a lo largo del tiempo ya través de diferentes culturas, lo cual hace difícil, por ejemplo, comparar la prevalencia de obesidad en dos naciones diferentes (Anderson y Wadden, 1999).

La antropometría se define como la medición de las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo humano; esto incluye algunos métodos indirectos, como son: 1) El Índice de Masa Corporal (IMC), que incluye al peso y a la estatura; 2) El peso relativo o porcentaje de sobrepeso; 3) La circunferencia de cintura y de cadera; y 4) La medición de pliegues cutáneos (plicometría). Aunque hay métodos directos de medición de grasa corporal, como la densitometría, la tomografía

computarizada, la resonancia magnética, la pletismografía, etc., en la práctica clínica son difíciles de emplear, son caros y sofisticados, por lo que los métodos indirectos han sido los más utilizados en investigación (Vázquez, 2006).

Para estimar el grado de obesidad, pueden ser utilizadas las *tablas de distribución del peso y la talla* de la Metropolitan Life Insurance de 1999 (citado en Vázquez, 2006), que evalúan la complexión del individuo y en base a eso determinan cual es el peso que esta asociado a una menor mortalidad. También existe el llamado *peso relativo o porcentaje de sobrepeso (Índice de Broca)* que se obtiene al dividir el peso actual del individuo entre el peso ideal para su talla multiplicando el resultado por 100. Con esto podemos considerar que un individuo es obeso si el exceso de peso para su talla es mayor del 20%.

## Emociones

En gran medida la cultura que inicia en el seno familiar tiene un gran impacto en la formación emocional del nuevo ser, pues desde que nacemos contamos con capacidades de respuestas fisiológicas de adaptación como medidas de supervivencia, esto es, el bebé desde que nace trae consigo sensaciones corporales que le permiten expresar sus sentimientos emocionales para cubrir sus necesidades orgánicas, las cuales se van guardando a través de su memoria sensorial y corporal. La emoción es una reacción afectiva intensa de aparición aguda y de breve duración, determinada por un estímulo ambiental. Su aparición provoca una modificación en el nivel somático, vegetativo y psíquico. Las reacciones fisiológicas ante una situación emocionante afectan las funciones vegetativas como la circulación, respiración, digestión y secreción, las funciones motrices con hipertensión muscular, y las sensoriales con diferentes trastornos en la vista y el oído. Las reacciones psicológicas se manifiestan como reducción del control de sí, dificultad para articular lógicamente acciones y reflexiones, disminución de las capacidades de método y de crítica (Galimberti, 2009).

Garnica en 2006, menciona que las emociones son reacciones afectivas, y es necesario especificar cuáles son los factores o variables que determinan la valencia de cada uno de estos tipos de emoción. Se considera que existen dos tipos de variables las cuales determinan la intensidad de las emociones: las globales y las locales. Las

variables globales son aquellas que afectan la intensidad de todos los grupos de emociones. Una de ellas es el sentido de realidad, el cual se refiere al grado en el que el acontecimiento, agente u objeto es percibido como real para la persona que experimenta la emoción. La proximidad es la segunda variable y se refleja en la cercanía psicológica del acontecimiento, agente u objeto que induce la emoción; también está la variable de la cualidad de inesperado que, generalmente, se relaciona con la intensidad de la emoción. Por otro lado, la excitación fisiológica y la actividad del sistema nervioso autónomo son resultado de la evaluación que se lleva a cabo al experimentar la emoción.

Reeve (1994), define a las emociones como fenómenos multidimensionales; son estados afectivos subjetivos, respuestas biológicas y reacciones fisiológicas que preparan al cuerpo para la acción adaptativa; además de fenómenos subjetivos, funcionales y sociales. Se dice que la emoción es un constructor que tiene como propósito unir el componente funcional - expresivo, fisiológico y cognoscitivo - subjetivo. El componente funcional tiene que ver con el bienestar de la persona que siente la emoción, la parte expresiva es la conducta y la comunicación de las emociones a los demás. La actividad de los sistemas nervioso autónomo y hormonal constituyen el componente fisiológico, y el componente cognoscitivo, subjetivo genera el estado afectivo que representa una experiencia subjetiva que tiene razón y significado personal. En este orden de ideas las emociones toman una gran trascendencia en un sentido evolutivo, ya que han sido fundamentales para la supervivencia.

## Emociones sociales

La culpa, la vergüenza y el orgullo, son conocidas como emociones autoconscientes. Ello se debe a que en ellas subyace, como rasgo fundamental, una evaluación relativa al propio yo: estas emociones surgen cuando se produce una valoración positiva o negativa del propio yo en relación con una serie de criterios acerca de lo que constituye una actuación adecuada en diversos ámbitos. El orgullo surge de una evaluación positiva del yo, la culpa y vergüenza por su parte, tienen que ver con la evaluación negativa del yo (Palmero, 2002).

Aunque la culpa y la vergüenza surgen, ambas, cuando el yo percibe que ha fallado en algún sentido, ambas emociones son diferentes. Las emociones sociales son

ampliamente permeadas por el sentido de la moralidad y el problema básico del individuo en desarrollo está en descubrir y empezar su yo real dentro de las funciones que le están impuestas (roles). Desgraciadamente los modelos de perfección que ofrece el medio cultural preparan el escenario para el fracaso, la desilusión y los consiguientes sentimientos de inferioridad. La persona de funcionamiento cabal reconoce con facilidad y evita, decididamente, aparentar ser lo que no es o comportarse en una forma que no corresponde a su yo real (Rogers, 1961).

Al respecto Allport (1966) que una constante presión en el sentido de la "cultura patrón" afecta el curso del desarrollo de personalidad, conduciendo a la presencia de ciertos rasgos que son básicos y corrientes en la mayoría de las personas de una determinada cultura. En términos de cultura real, lo que parece ocurrir es que el individuo, según su temperamento y la evolución del sentido de sí mismo, selecciona dentro del margen de tolerancia permitido por su cultura las características que más concuerdan con su estilo de vida propio. Para mantener una personalidad estable e integrada, necesitamos el alimento proporcionado por un ambiente estable.

La moralidad se sustenta en la consideración del hombre como un fin en sí mismo. El reino de los fines constituye la posibilidad de que el hombre pueda autodeterminarse en forma autónoma y se respete su dignidad. Lo que implica que la moralidad es el ámbito en el que el hombre se trata a sí mismo y a los demás como un fin y nunca como un mero medio. Así la distinción entre razones para actuar moralmente y razones que justifican una norma dependen de la libertad práctica como posibilidad de que los agentes puedan auto legislarse y auto determinarse, es decir, que los agentes puedan establecer lo que debe suceder, aspecto normativo, y pueden actuar en consecuencia. El deber moral, en un sentido muy general, implica exigencias válidas para todo ser racional (Gardea, 2008).

## Culpa y vergüenza

Los autores rechazan la idea de que las emociones básicas junto con sus combinaciones, den cuenta de todas las emociones; sin embargo, consideran algunas emociones más básicas que otras puesto que hay emociones que tienen condiciones desencadenantes menos complejas que otras. El que una emoción sea más compleja que otra

tiene que ver con una reacción afectiva más simple lo que quiere decir que una emoción se diferencia de otra por la reacción afectiva que se dé. Por lo tanto, esta propuesta está a favor de un principio de estructura más jerárquica, en la cual, en el nivel superior hay dos clases básicas de reacciones afectivas: positivas y negativas (Barrett, Gross, Christense y Benvenuto, 2001). Las reacciones con valencia son los ingredientes esenciales en el sentido de que todas las emociones implican alguna suerte de reacción positiva o negativa ante una cosa u otra. Cuando se traen a consideración factores adicionales, pueden resultar estados emocionales progresivamente diferenciados. El más importante de estos factores es la naturaleza de la cosa (acontecimiento, agente u objeto) ante la cual se da una reacción con valencia.

Los siete principios básicos de la culpa y vergüenza según Birren (2000):

Principio 1: La vergüenza y la culpa son emociones "sociales". Se etiquetan como tal porque la socialización influye de manera central en su desarrollo, así como el hecho de que otras personas están implicadas de manera muy importante en cada una de estas emociones.

Principio 2: La vergüenza y la culpa sirven a importantes funciones. - La vergüenza y la culpa sirven como funciones reguladoras importantes del comportamiento intrapersonal. La vergüenza sirve para distanciar al individuo de otros importantes, especialmente lo que pueden evaluar o evalúan al individuo. Los comportamientos activados se dirigen a evitar exponerse a la evaluación de otros.

Principio 3: La vergüenza y la culpa se asocian con apreciaciones particulares en cuanto a la persona y al otro. - Cada emoción tiene una "apreciación en cuanto a la persona" y una "apreciación en cuanto al otro". La vergüenza implica una apreciación de que uno es malo, alguien implica apreciaciones que uno ha hecho algo contrario a las normas de alguien, y que algunos han sido perjudicados por este acto. La culpa implica la aprehensión de que uno ha cometido algún acto dañino. La vergüenza implica la sensación de que otro nos mira o ve como una persona mala.

Principio 4: La vergüenza y la culpa están asociadas con tendencias de acción particulares, que tienen sentido en

termino de apreciaciones y funciones asociadas con estas emociones. - Si uno se enfoca en el self como una mala persona que es evaluada como tal por otros, el único recurso que queda es morirse, desaparecer, o por lo menos alejarse de los otros evaluadores. Si el problema es que uno ha dañado alguna persona por medio alguna acción, uno puede remediar la situación fácilmente, confesando o reparando lo hecho.

Principio 5: La vergüenza y la culpa ayudan al desarrollo del self. - Una importante función reguladora interna de la vergüenza y la culpa involucra el impacto de estas emociones en el desarrollo del self. La experiencia de la vergüenza destaca "el self espejo", la persona como es vista por los demás.

Principio 6: La comprensión cognoscitiva no determina la emergencia de la vergüenza y de la culpa.

Principio 7: La socialización es crucial en el desarrollo de la vergüenza y la culpa. La socialización es importante en el desarrollo de la vergüenza y la culpa no solamente porque es una importante fuente de información acerca de reglas, normas y personas. Es la responsable principal de dotar a esas normas de significado, haciendo que la adhesión a las normas para el logro de las metas sea importante para el individuo.

En algunas enfermedades y trastornos físicos se destacan diversas variables para dar explicación de su presencia y el curso del mismo, específicamente las variables involucradas en de la obesidad, son las biológicas, que también se asocia con la genética, las comportamentales que se refieren a la sobre ingesta y sedentarismo, las ambientales que incluye la disponibilidad de comida saludable, los espacios adecuados para ejercitarse, las psicológicas que implicarían la experiencia emocional, como se mencionó a lo largo de este artículo, especialmente con la experimentación de emociones sociales en la experiencia de vivir con una condición de peso; y las sociales para abordar apropiadamente las causas de la enfermedad. Esto es con el objetivo de establecer una propuesta de intervención adecuada tomando en cuenta las diferentes variables, para que esa propuesta sea adecuada y eficaz para los pacientes con este padecimiento y con dichas características emocionales.

## Referencias

- Allport, G. W. (1966). La personalidad: su configuración y desarrollo. Herder.
- Anderson, D. A. y Wadden, T. A. (1999). Treating the obese patient. *Archives of*
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713–724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Birren, J. E. (2000). I have to do it myself. En J.E. Birren, y J.F. Schroots, (Eds). A history of gerontopsychology in autobiography. American Psychological Ass.
- Brownell, K. D. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 820–840. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.50.6.820>
- Family Medicine*, 8 (2), 156-167. <https://doi.org/10.1001/archfami.8.2.156>
- Faubel, M. (1989). Body image and depression in women with early and late onset obesity. *The Journal of psychology*, 123(4), 385–395. <https://doi.org/10.1080/00223980.1989.10542993>
- Flores-Ángeles, A. R. (1998). *Autoconcepto*. [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, UNAM.
- Galimberti, U. (2009). *Diccionario de psicología*. Siglo XXI.
- García, E., Vázquez, V., López, J. y Arcilla, D. (2003). Validez interna y utilidad diagnóstica del eating disorder inventory en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 45(3), 206-210. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10645312.pdf>
- Gardea, J. (2008). *Moralidad y permisividad*. [Tesis de maestría en filosofía]. Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Garnica-Ojeda, E. R. (2006). *Culpa y Vergüenza hacia la propia sexualidad: Un estudio comparativo homosexuales vs. Heterosexuales*. [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología UNAM. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/culpa-y-vergüenza-hacia-la-propia-sexualidad-un-estudio-comparativo-homosexuales-vs-heterosexuales-441615?c=pngeL5&d=false&q=\\*&i=2&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/culpa-y-vergüenza-hacia-la-propia-sexualidad-un-estudio-comparativo-homosexuales-vs-heterosexuales-441615?c=pngeL5&d=false&q=*&i=2&v=1&t=search_0&as=0)
- Gómez-Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40. [https://www.researchgate.net/publication/339352501\\_REVISTA\\_MEXICANA\\_DE\\_PSIKOLOGIA](https://www.researchgate.net/publication/339352501_REVISTA_MEXICANA_DE_PSIKOLOGIA)
- Guillén Riebeling, R. del S. (2011). Trastorno de la personalidad por dependencia. *Psic-Obesidad*, 1(3), 6–9. [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/boletines/psicobesidad/boletin\\_psicobesidad\\_vol\\_1\\_no\\_3\\_julio\\_septiembre\\_2011.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/Portal2015/publicaciones/boletines/psicobesidad/boletin_psicobesidad_vol_1_no_3_julio_septiembre_2011.pdf)
- Palmero, F., Fernández, P., Martínez, F., y Chóliz, M (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. McGraw-Hill.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. McGraw- Hill/ Interamericana.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Stein R. F. (1987). Comparison of self-concept of nonobese and obese university junior female nursing students. *Adolescence*, 22(85), 77–90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3591506/>
- Vázquez, (2006). Obesidad con trastorno por atracón y sin trastorno: uso de eating disorder inventory (EDI- 2). [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, UNAM. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/obesidad-con-trastorno-por-atracon-y-sin-trastorno-uso-del-eating-disorder-inventory-edi-2-388117?c=1eRppB&d=true&q=\\*&i=4&v=1&t=search\\_0&as=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/obesidad-con-trastorno-por-atracon-y-sin-trastorno-uso-del-eating-disorder-inventory-edi-2-388117?c=1eRppB&d=true&q=*&i=4&v=1&t=search_0&as=0)

## Lecturas recomendadas

- Lizama, A. J. C., Villanueva, B. J., Martínez, D. P., Leiva, F. C., y Mella, E. R. (2021). Obesidad: Autoeficacia Percibida, Regulación Emocional y Estrés. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 36. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/PKB9gGMwX8f7RgFqFvXqBFn/?lang=es>
- Mejía-Soria, U., Guerrero-Morales, A. L., Lorenzo-Colorado, I., y Sosa-Pérez, A. J. (2021). Actividad física y su asociación con el estado emocional en adultos mayores con obesidad. *Atención Familiar*, 28(1), 10-15. <https://www.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/AF-28-1.pdf#page=14>
- Palomino-Pérez, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista chilena de nutrición*, 47(2), 286-291. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000200286>
- Selva, J. M. M., y Navarro, J. P. S. (2021). Regulación emocional y obesidad: un enfoque psicobiológico. *Journal of Behavior and Feeding*, 1(1), 26-38. <http://www.jbf.cusur.udg.mx/index.php/JBF/article/view/13>



# Consideraciones en la atención de la obesidad

## Considerations in obesity care

**María del Rosario Guiza Montiel**

Servicio Social: Obesidad desde una perspectiva  
cognitivo conductual  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.  
guiza\_pink0417@hotmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48>

### Resumen

El sobrepeso y la obesidad son considerados un grave problema de salud pública, por la comorbilidad con enfermedades crónicas como las cardiovasculares y la diabetes, que tienen una mayor prevalencia en la población que presenta sobrepeso y obesidad. Con el objetivo de combatir y revertir este problema de salud se establecen ciertas pautas para la modificación del estilo de vida, ya que se considera una forma de contribución a la epidemia de obesidad, sin negar la responsabilidad que tiene la estructura social. Ya que la obesidad y el sobrepeso rebasan la perspectiva biomédica, se ha propuesto incluso un enfoque social para dar respuestas a la presencia de este padecimiento. Por lo que el objetivo de este trabajo es visualizar algunas de las explicaciones del origen del sobrepeso y la obesidad, para dar paso a la consideración de algunas de las propuestas que se han planteado para la atención con profesionales de la salud.

**Palabras clave:** estilo de vida, obesidad, sobrepeso, diagnóstico, tratamiento.

### Abstract

Overweight and obesity are considered a serious public health problem, due to comorbidity with chronic diseases such as cardiovascular disease and diabetes, which are more prevalent in the overweight and obese population. In order to combat and reverse this health problem, certain guidelines for lifestyle modification are established, since it is considered a way of contributing to the obesity epidemic, without denying the responsibility of the social structure. Since obesity and overweight go beyond the biomedical perspective, a social approach has even been proposed to respond to the presence of this condition. Therefore, the objective of this paper is to visualize some of the explanations of the origin of overweight and obesity, to give way to the consideration of some of the proposals that have been put forward for the attention of health professionals.

**Keywords:** lifestyle, obesity, overweight, diagnosis, treatment.

Recibido el 16 de mayo de 2022.  
Aceptado el 20 de enero de 2023.



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

Tanto el sobrepeso como la obesidad se han convertido en un tema no solo de actualidad si no también necesario por considerarse como un problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2000). La obesidad se ha abordado desde distintos enfoques, especialmente desde las orientaciones cuantitativas. El sobrepeso y la obesidad son condiciones que reflejan incluso, las desigualdades sociales y de género en la sociedad moderna, además de la promoción en la adopción de estilos de vida saludables, que son base de la política sanitaria que pretenden combatirlas, ya que los estilos de vida no son necesariamente una elección libre, esto por las influencias de los grupos de referencia, las circunstancias socioeconómicas y el conocimiento disponible empujan a las personas a hacer ciertas elecciones y a desestimar otras (Giddens, 1997).

Dorante (1997) define a la obesidad como el exceso en más del 20 por ciento del peso que le corresponde a la estatura de la persona; esto es muy lógico, pues la diferencia en estatura entre dos personas de la misma edad puede ser de hasta 15 centímetros en situaciones normales y, por lo tanto, el peso ideal de una persona que mide 1.30 metros será; diferente al de una de la misma edad que mida 1.45 metros. Sin embargo, Vera y Fernández (1989) dicen que se debe definir la obesidad como exceso de grasa corporal y no tanto como exceso de peso. Aunque estas dos medidas están correlacionadas, en muchos casos hay excepciones importantes en las que la estructura ósea eleva el peso sin que por ello haya exceso de grasa en el cuerpo; es el caso de las personas que hacen algún tipo de deporte. Por otro lado, según Saldaña y Rossell (1988), la obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Cuando el peso del sujeto esta entre el 100 y el 120 por ciento del peso ideal se considera que existe sobrepeso y por encima del 120 por ciento del peso ideal es considerada obesidad.

Únicamente por encima del 130 por ciento del peso ideal la obesidad se asocia a complicaciones metabólicas, cardiocirculatorias o respiratorias que pueden anticipar la muerte del individuo. Sin embargo, la institución Kinsey Centre Mèdic d' Especialitats, (1996) y Dorantes, (1997). Mencionan que, aunque la obesidad es una alteración que raramente causa la muerte por sí; misma, se ha relacionado a una serie de enfermedades que son causa de mortalidad, como la hipertensión arterial y diabetes

mellitus que pueden hasta en presentarse en personas jóvenes la artritis, los trastornos cardiovasculares, venas varicosas, incluso, las alteraciones que conducen a esas enfermedades se inician desde la niñez.

Por otro lado, se encuentran las alteraciones psicológicas que el adolescente sufre debido a la obesidad, que son muy poco tomadas en cuenta cuando es tratada la obesidad como por ejemplo se encuentran los complejos de depresión y falta de confianza en sí mismo. No todos los sujetos obesos exhiben las mismas características de distribución de la grasa, ni todos presentan las complicaciones metabólicas o cardiorespiratorias que se han señalado, ni tampoco parece que todos los obesos lo sean por la misma causa.

## Diagnóstico

Dorante (1997) señala que un diagnóstico de la obesidad se basa en la medición del peso del paciente y en el reconocimiento del peso ideal para su estatura; sin embargo, en la mayoría de los casos el exceso de peso de la persona es claro y evidente para los parientes, amigos y vecinos. Siempre se habla de que para una cierta edad y estatura debe corresponder un peso ideal; el cual presentará una serie de fluctuaciones en relación al tipo constitucional de la persona. Así una persona atlética o que realiza deporte asiduamente, aun teniendo la misma edad y talla de otra persona, pero de tipo sedentario, siempre pesará más que esta última, ya que la hipertrofia muscular que posee por la práctica del ejercicio le proporcionará un incremento de masa muscular y de peso.

Por otro lado, la obesidad no ha tenido la misma consideración social estética, en todas las épocas de la historia. Por ejemplo, en los periodos que hay escasez de alimentos, o la dieta es monótona y poco sabrosa, el exceso de la masa corporal se convierte en un signo de status social. La idea de obesidad o gordura ligada a los placeres mundanos, especialmente el de la gula, tiene raíces históricas, con innumerables pruebas en las pinturas de los grandes maestros. ¿Quién no ha contemplado las serias adiposidades de las bellas damas que Rubens pinto para solaz de sus coetáneos? Se ha de tener en cuenta que los ideales estéticos cambian con los tiempos, lugares y culturas, en el pensamiento puritano, el obeso es alguien que carece de estatura moral suficiente para hacer frente

a su gula, es un pecador y un pobre de espíritu. Su estigma se centra en sus *michelines*<sup>1</sup>. No hay una relación directa entre gula y obesidad, pero las cosas las describen más o menos así:

Si gula = pecado  
y gula = obesidad  
obesidad = pecado

Los obesos son pecadores, por lo que para ellos solo hay dos caminos:

- a) dejar de ser pecadores, regenerarse y perder la grasa, no volver a comer y honrar así el cuerpo que es templo de Dios, o
- b) ser condenados al ostracismo y eventualmente, a la gehenna del fuego (Alemany, 1992).

Actualmente los cánones de belleza están en la delgadez y en los cuerpos estilizados. Por ello, aparte de los trastornos orgánicos pueden surgir, paralelamente, alteraciones psicológicas producto de una autoimagen física negativa (Kinsey Centre Mèdic d'Espécialitats, 1996).

Por lo antes mencionado la obesidad es un fenómeno complejo donde no se puede hablar de una causa única sino de la interacción de varios factores como pueden ser los factores genéticos, biológicos, sociales y comportamentales que inciden en mayor o menor grado dependiendo del individuo que se trate.

De entre todos los países occidentales, Estados Unidos de Norteamérica, es el que tiene un mayor número de estudios epidemiológicos ha llevado a cabo. Tales estudios señalan que la obesidad es el número uno de los problemas nutricionales, llegando a afectar a 70 millones de norteamericanos (Jeffrey, 1976 en Vera y Fernández, 1989).

Se calcula que el 30 por ciento de los hombres y el 40 por ciento de las mujeres con edades comprometidas entre 40 y 49 años tienen, al menos, un 20 por ciento de sobrepeso (Metropolitan Life Insurance Company, 1960 en Vera y Fernández, 1989). Esta prevalencia es mayor cuando más avanza la edad y sobre todo más baja es la clase social (Stunkard, D'Acquili y Fox, 1972).

## Clasificación

Existen diversos sistemas o formas de clasificación la obesidad en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa.

Desde el punto de vista clínico - anatómico, algunos autores describen dos tipos de obesidad según la distribución corporal de la grasa: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana y la obesidad con predominio de la grasa en la mitad en la parte inferior, o de tipo pera. El primer tipo sería más característico de los hombres se denomina **androide** y el segundo, más característico de las mujeres, obesidad **ginecoide**. En función de la edad de comienzo de la obesidad se distinguen dos formas la llamada obesidad infantil que se inicia en la infancia del sujeto y la obesidad adulta que se inicia después de la adolescencia.

En función del grado de obesidad, Stunkard (en Saldaña, 1988) ha clasificado la obesidad en tres categorías:

- 1) Leve, que corresponde del 120 al 140 por ciento del peso ideal,
- 2) Moderada que va del 141 al 200 por ciento del peso ideal; y
- 3) Grave y severa cuando el peso excede el 200 por ciento del peso ideal.

- ▶ Obesidad familiar:
  - a) Obesidad masiva.
  - b) Asociación a diabetes.
  - c) Asociadas a hiperlipidemia.

### 1) Obesidad de origen metabólico:

- ▶ Secundarias a ingesta excesiva:
  - a) Espontanea
  - b) Experimental.
- ▶ Secundaria a desequilibrio energético:
  - a) Mayor aporte que gasto energético.
  - b) Alteraciones en la termogénesis.

<sup>1</sup> Etiqueta y personaje promocional de llantas para vehículos.

## Genética

Con respecto a la genética estudios recientes han comprobado que existen factores genéticos en la obesidad. No sólo se repiten tendencias metabólicas de acumulación de grasa, sino que los hábitos culturales alimenticios y sedentarios contribuyen a repetir patrones de obesidad de padres a hijos. Una significativa parte de los casos de obesidad que no tienen origen genético nacen de desarreglos hormonales o endocrinos, y pueden ser susceptibles de solución mediante los respectivos diagnósticos especializados; no mediante el uso indiscriminado de drásticas dietas que suprimen tanto el azúcar como otros importantes nutrientes y causan aún más problemas al organismo.

De manera que ante un problema de obesidad lo mejor es explorar estas posibilidades médicas y no matarse de hambre. Pero cuando el origen de un caso de obesidad radica definitivamente en la comida, se puede concluir que el azúcar no es más responsable que ningún otro alimento en la causa de la obesidad. Entre tantos estudios hechos en relación a la obesidad genética; se ha demostrado que la obesidad es un fenómeno hereditario en los animales (Bray & York, 1971, en Vera y Fernández, 1989), no existe evidencia suficiente y definitiva en humanos, ya que los estudios son observacionales y no manipulativos en humanos. De cualquier manera, de aquí no se puede concluir que la obesidad es debida al aspecto genético, ya que la obesidad puede ser a causa de factores ambientales de aprendizaje a los hábitos. La obesidad se convierte en una "condición percibida", se es o no obeso en la medida en que se percibe como tal, y en este sentido tienen el mismo problema psicológico una persona que siendo delgada se percibe como obesa, como un obeso que, al margen de razones médicas, desea perder peso por razones estéticas. Teniendo presente, no cabe duda de que el momento actual se caracteriza por grandes contradicciones culturales.

## Hábitos alimentarios

A este respecto Dorante (1997) dice que en la mayoría de los casos iniciales o leves no es necesaria la intervención médica, y cambios menores y obvios en hábitos de alimentación y actividad física permitirán el control del problema y evitarán que el pequeño se convierta en un obeso.

Es muy frecuente que acostumbremos a los bebés al sabor dulce, agregando azúcar o miel a las mamilas o a los diferentes alimentos y se hace poco por irlos introduciendo a sabores nuevos de frutas y verduras que son tan necesarias para un hábito alimentario adecuado.

Esto debe cambiar, podemos empezar por eliminar el exceso de grasa, harinas, azúcar, dulces y alimentos chatarra y tratar de sustituirlos por verduras y frutas en forma gradual, manteniendo el aporte de proteínas (leche, carne, huevo) constante a fin de no afectar su nutrición. También hay que tratar de aumentar la actividad física del niño.

Con respecto a los hábitos alimenticios Vera y Fernández, (1989) dicen que la obesidad resulta de un exceso en el consumo de calorías ya que el obeso consume una cantidad de calorías que excede a su gasto. Pero también se debe a un déficit metabólico. Muchas personas eliminan el azúcar y los dulces de su dieta, pero siguen consumiendo grasas y carbohidratos probablemente en mayor proporción que antes. Eliminar el azúcar del café; que nos tomamos después de una hamburguesa con queso es absurdo. Tal vez convenga reemplazar la hamburguesa, o al menos el queso, por algo menos calórico, pero no el azúcar, que es necesario para el balance energético del organismo. Varios autores afirman que los alimentos dulces contribuyen más a la obesidad porque la dulzura es irresistible. La dulzura contribuye a la nutrición porque hace más atractivos ciertos alimentos; pero las preferencias de las personas por los alimentos son heterogéneas. Algunos engordan porque el maní les resulta irresistible, otros por el pan con mantequilla de leche o de maní, o por las grasas. La gordura es muchas veces simplemente cultural; en algunos grupos sociales determinados, estar gordo es símbolo de estar bien, de no ser pobre o marginado; la flacura es signo de pobreza.

En otros, hay patrones y hábitos alimentarios diseñados alrededor del trabajo físico; la dieta campesina en Latinoamérica es sumamente fuerte y rica en carbohidratos antes que en vegetales o proteínas. Han desaparecido muchos de los patrones de actividad laboral que dieron origen a estas dietas, pero los platos se conservan en la tradición gastronómica. Así, nos encontramos con el mismo arroz con frijoles, longaniza y chicharrón que era tradicional para dar energía al colono que derribaba árboles, en la dieta del oficinista sedentario, que irremediablemente aumenta el perímetro de su cintura y la flacidez de sus músculos.

Según la doctora Mary Klem (2000)<sup>2</sup> señala que la razón para mantenerse estables en el peso, una vez perdidos los kilos que sobran, de todas estas personas fue muy simple: solamente voluntad. “Voluntad para ser cuidadoso con la dieta, olvidarse casi de las grasas y de la comida basura y voluntad también para hacer del ejercicio físico un compromiso diario”, asegura la doctora Klem.

## Hábitos deportivos

Con respecto a la actividad física; la investigación se ha centrado en la evaluación de la energía consumida por las personas obesas, el estudio de la energía que gastan está cobrando cada vez mayor auge. La forma como se mide la energía gastada es a través de la actividad física. Se debe tener en cuenta que esta es solo una pequeña cantidad del total de energía gastada. El metabolismo basal es el responsable de la energía que gasta el cuerpo en estado de reposo. Por tanto, el metabolismo consume una cantidad de energía muy superior a la del estado físico en sí mismo. Por otro lado, se ha comprobado que la tasa metabólica o la velocidad con que el organismo consume la energía puede cambiar en una persona con el paso del tiempo. Hay autores que demuestran que hay una reducción del 15 por ciento al 30 por ciento en la tasa metabólica (Apfelbaum, Bostsarron y Lacatis, 1971; Bray, 1969; Wooley, Wooley y Dyrenforth, 1979 en Vera y Fernández, 1989), lo que supone que el organismo se acostumbra a un nivel calórico determinado y a pesar de la disminución en el consumo de calorías mantendría su peso debido a la reducción en la tasa metabólica.

Por otro lado, como indican Saldaña y Rossell (1988) hay claros indicios de que el ejercicio físico puede incrementar el ritmo metabólico. Si esto se comprueba plenamente nos encontraremos con la mejor forma de contrarrestar el posible decremento que parecen producir las dietas (Vera y

Fernández, 1989). En un artículo de cirugía de la obesidad el Hospital Cristiano Jerusalén (1996), pide al paciente un aumento en su actividad física para que consuma más energía y así su cuerpo tenga mejor adaptación a la pérdida de peso. Por lo ya mencionado sobresale la atención individualizada con una evaluación de cada persona con condición corporal de sobrepeso u obesidad, de tal forma que sepamos que objetivos y metas se pueden alcanzar con el plan de tratamiento, sus estrategias y cuidados de forma más eficaz.

## Referencias

- Aleman, M. (1992). *Obesidad y nutrición*. Alianza Editorial.
- Córdoba, V. (1996). OBESIDAD La voluntad: clave para conservar el peso. <https://www.elmundo.es/salud/1996/219/01562.html>.
- Dorante-Álvarez, L. M. (1997). *Consejos Médicos / obesidad en el niño y el joven*. <http://www.traders.co.uk/insulintrust/drjoe/obesidad.htm.-size-6k-11-feb-1997Spanish>.
- Giddens, A. (1997). *Sociología*. Alianza Editorial.
- Hospital Cristiano Jerusalén. (1996). *Cirugía de la obesidad*. <http://www.publinet.co.cr/Jerusalem/Estetica /esp-adelgazar.htm/-size-4k-27-apr-96 Spanish>.
- Kinsey Centre Mèdic d'Espesialitats. (1996). *Kinsey. Sobrepeso*. <http://www.teclata.es /Kinsey /cast /t3.htm.-size-2k-05-Dec-1996-Spanish>.
- Klem, M.L. (2000). Weight Loss Motivations and Long-Term Weight Loss. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Research Project (R01). 5R01DK058387-05. University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA. <https://grantome.com/grant/NIH/R01-DK058387-05>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA53/sa4.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf)
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Ediciones Martínez Roca.
- Stunkard, A., d'Aquili, E., Fox, S., & Filion, R. D. (1972). Influence of social class on obesity and thinness in children. *JAMA*, 221(6), 579–584. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5068079/>
- Vera-Guerrero, M. N. y Fernández-Santiago, M. C. (1989). *Prevención y tratamiento*. Martínez Rocha Editoriales.

<sup>2</sup> (jueves, 24 de Octubre de 1996) La semana pasada se dieron a conocer, en el transcurso de una reunión de la Asociación Norteamericana para el Estudio de la Obesidad, celebrada en Colorado, los datos de un grupo muy singular de personas que llevaba cinco años por lo menos manteniendo el peso que había perdido después de haber llevado a cabo una dieta estricta. Los 786 exobesos que han conseguido no volver a ganar los kilos perdidos (la media fue de 30 kilos de pérdida de peso en cada uno de ellos) conforman el más numeroso grupo de personas de estas características seguidas a largo plazo y estudiadas con metodología científica (Córdoba, 1996)

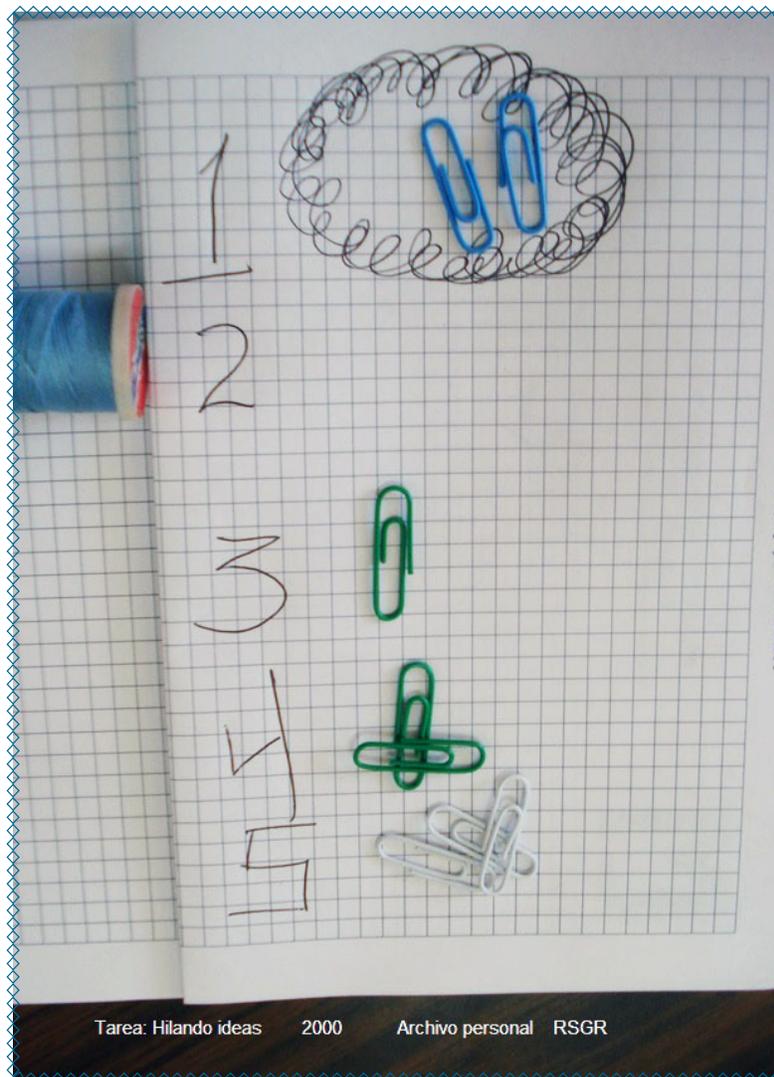
## Lecturas recomendadas

Bess, Y. O. D., Valiente, Y. T., Pérez, C. D., & Martínez, Y. Q. (2018). La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud. *Revista Información Científica*, 97(3), 680-690. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82095>

Fernández, S. D., de Valderrama, B. V. F., Ortega, R. M. M., Laín, S. A., Blanco, C. R., y Soria, D. J. V. (2019). Familias+ Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(3), 28-40. <https://>

[dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071442](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071442)  
Hernández Rodríguez, J. (2018). Recomendaciones para el tratamiento médico de la obesidad exógena en el nivel primariodeatención. *RevistaCubadeMedicinaGeneral Integral*, 34(3), 123-144. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000300013&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000300013&script=sci_arttext&lng=en)

Rosero, R. J., Polanco, J. P., Sánchez, P., Hernández, E., Pinzón, J. B., & Lizcano, F. (2020). Obesidad: un problema en la atención de Covid-19. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.01217372.1035>





## ¿Cómo como? Prevención de la obesidad infantil

### How how? Prevention of childhood obesity

**Ana Karen Fonseca Torres**

Prestadora de Servicio Social, Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM  
sour\_cherry-@hotmail.com

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48>

#### Resumen

La condición de pandemia por la enfermedad infecciosa de COVID 19 ha impactado los hábitos de consumo de alimentos y la rutina diaria de las familias. Los hábitos alimentarios no han sido la excepción, la compra de alimentos en línea, la preparación en casa de alimentos y la reducción de la actividad física, mantiene los índices de obesidad en la población, en particular en los menores de edad cuya actividad se reduce al espacio de casa y al uso de aparatos digitales. Las estrategias de prevención de la obesidad infantil se enfocan principalmente en la alimentación y el ejercicio, además de evitar el consumo de los productos procesados y en la medida de lo posible impedir que estén como reserva en la despensa, además de involucrar a los miembros de la familia en la elaboración de alimentos y prepararlos de forma creativa, son ejemplos de lo que se ha propuesto para este combate. En el presente trabajo se muestran tres estrategias empleadas en programas de prevención con estrategias psicoeducativas que contiene información relevante y propuesta de cambio en beneficio del individuo.

**Palabras clave:** salud, alimentación, obesidad, hábitos, aspectos psicológicos.

#### Abstract

The pandemic status of COVID 19 infectious disease has impacted food consumption habits and the daily routine of families. Eating habits have not been the exception, online food shopping, home food preparation and reduced physical activity, maintains obesity rates in the population, particularly in minors whose activity is reduced to the home space and the use of digital devices. Strategies for the prevention of childhood obesity focus mainly on nutrition and exercise, in addition to avoiding the consumption of processed products and, as far as possible, preventing them from being a reserve in the pantry, as well as involving family members in the preparation of food and preparing them creatively, are examples of what has been proposed for this fight. This paper shows three strategies used in prevention programs with psychoeducational strategies that contain relevant information and proposals for change for the benefit of the individual.

**Keywords:** health, nutrition, obesity, habits, psychological aspects.

Recibido el 12 de agosto de 2022.  
Aceptado el 5 de noviembre de 2022.



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

En 2020 se da a conocer la postura conjunta de OPS/OMS, UNICEF y FAO a través de un proyecto de Ley Promoción de la Alimentación Saludable. Donde establecen que los sistemas alimentarios actuales tienen repercusiones en la salud de las personas y en el ambiente. “Una parte esencial para mejorar la alimentación y detener el crecimiento del problema requiere la reducción de la ingesta excesiva de azúcares libres, sodio, grasas totales y grasas saturadas que están presentes en los productos alimentarios y bebidas, y que no son identificados por las personas en el momento de adquirirlos para sí y para sus hijos. Esto último debido a que no cuentan con un sistema claro de advertencias en el frente de los envases a diferencia de cómo han avanzado otros países de la región” (PAHO, 2021).

La aplicación por parte de profesionales de la salud de estrategias para la prevención del sobrepeso en menores de edad se lleva a cabo de guías, protocolos o recomendaciones para los padres de familia sobre la identificación de las condiciones del estado nutricional y en caso de obesidad, las estrategias para la modificación en los niveles de salud: primero, segundo y tercero.

A continuación, se describen cuatro estrategias que se proponen para dichas intervenciones.

### Estrategia 1

La intervención de casos de la obesidad infantil se realiza tomando en cuenta diez puntos clave:

1. **Consulta.** Recibir atención en un centro de salud institucional.
2. **Evaluación.** A través de una evaluación integral y multidisciplinaria sobre el patrón alimentario, hábitos individuales y familiares, aspectos psicológicos del niño/a y cuestionarios
3. **Exploración física.** Se requiere la valoración para descartar patologías ortopédicas, endocrinológicas, HTA, carencias y otros.
4. **Citas.** Establecimiento de controles/visitas periódicas
5. **Valoración de parámetros bioquímicos y antropométricos.**
6. **Diagnóstico.** Obtener un diagnóstico oportuno con la propuesta de atención.
7. **Confección de la dieta:** teniendo en cuenta: Necesidades nutricionales, costumbres y preferencias alimentarias.

8. **Orientación** sobre el valor calórico de los alimentos y su categoría: por etiquetas: exceso de sodio, de azúcares, de calorías, de grasas.

9. **Cambios cognitivos y conductuales.** A través de la valoración asertiva del beneficio de la nutrición en el cuidado a salud, del consumo de alimentos y sus horarios, la actividad física en la escuela, la casa y el parque, la evaluación de las relaciones interpersonales y sus afectos, entre otros. Y

10. **Apoyo psicológico profesional a la familia y al niño.** Consideraciones sobre los objetivos y metas en la recuperación de la salud, de los valores y estrategias para lograr un desarrollo sano con calidad de vida (Lalsla, 1994).

### Estrategia 2

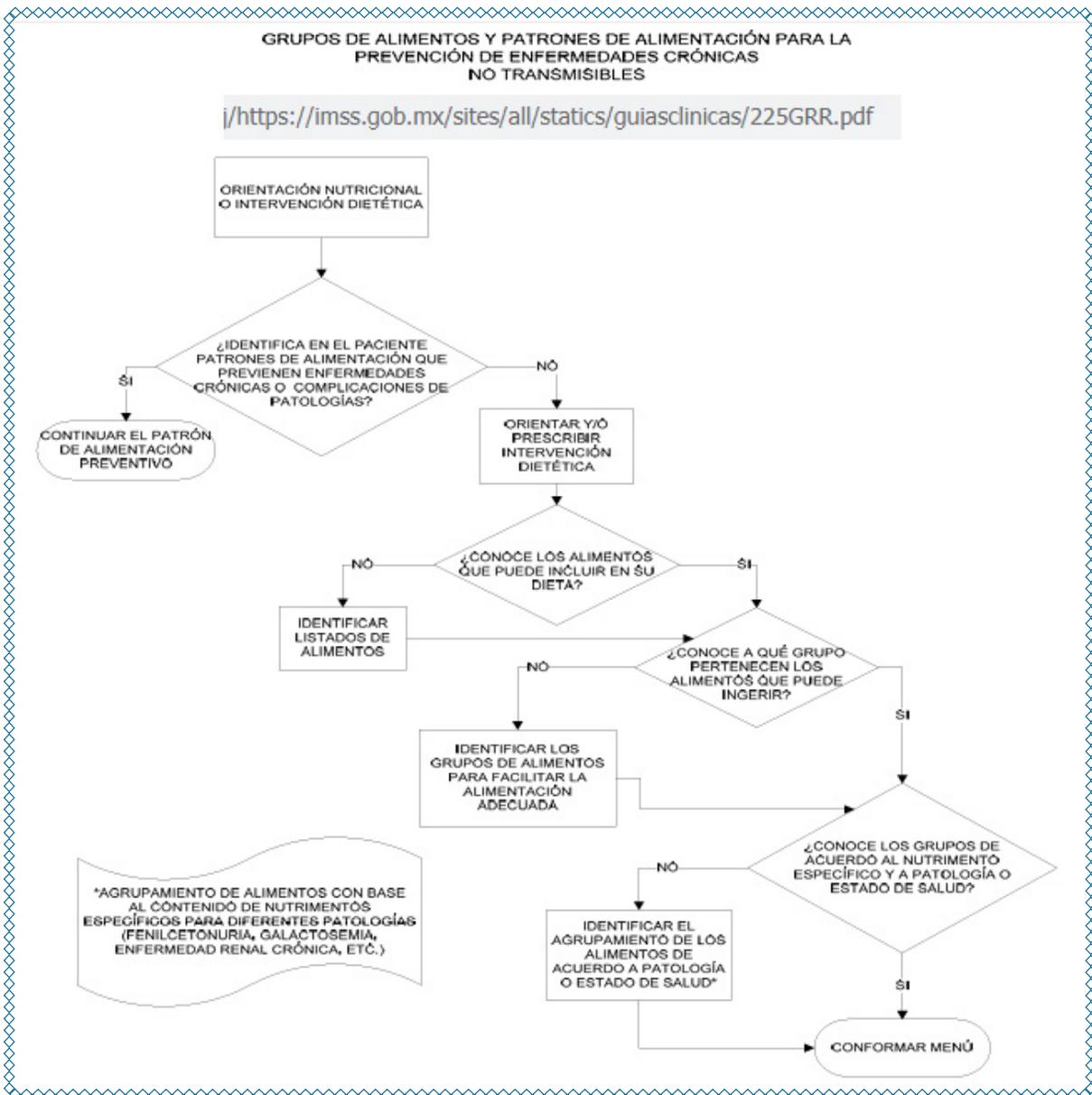
Propuesta por la entonces Dirección General De Atención Materno Infantil del IMSS (1996) sobre la alimentación del niño en preescolar propone las recomendaciones:

- ▶ Del primer año de vida la recomendación es Leche materna, Jugos colados purés, alimentos picados
- ▶ En la niñez y la adolescencia: Consumo de alimentos de los tres grupos cereales, tubérculos, leguminosas y alimentos de origen animal, frutas y verduras
- ▶ No omitir ningún tiempo de comida
- ▶ Evitar caer en prácticas dietéticas erróneas
- ▶ Aumentar el consumo de tortilla, leche, quesos, verdura de hoja verde
- ▶ La alimentación diaria puede tener las siguientes características: Completa y equilibrada; Suficiente; Variada y combinada; y con Higiene.

### Estrategia 3

La figura propuesta en la Guía de los Grupos de alimentos y patrones de alimentación saludables para la prevención de enfermedades adultos y pediátricos, 1º, 2º, 3er nivel de atención (2020) muestra un diagrama de flujo sobre los grupos de alimentos y patrones de alimentación para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

El sobrepeso en niños, niñas y adolescentes es una problemática importante en todo el mundo. Es necesaria la atención a este tema de salud pública para ofrecer medidas oportunas para la puesta en marcha de acciones preventivas, con el objetivo de generar un impacto para



disminuir los índices de obesidad infantil, los esfuerzos deben comenzar en la difusión de información pertinente para los cuidados necesarios desde el embarazo y continuar a lo largo de la infancia, incluyendo la creación de entornos de apoyo y de intervenciones a lo largo de la vida. Para ello es indispensable la puesta en marcha de estrategias basadas en un enfoque multidisciplinario, para que se obtengan resultados eficaces.

## Referencias

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Dirección General de Atención Materno Infantil (1996) Alimentación del

niño en preescolar. México.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2014). Guía de referencia rápida de grupos de alimentos y patrones de alimentación saludables para la prevención de enfermedades adultos y pediátricos, 1º, 2º, 3er nivel de atención. <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/225GRR.pdf>

La Isla (1994). *Idea Niño Gordo Sano*. <http://laisla.com/uned/indice.htm>

Organización Panamericana de la Salud (PAHO) (2021). Proyecto de Ley Promoción de la Alimentación Saludable: postura conjunta de OPS/OMS, UNICEF y FAO. <https://www.paho.org/es/documentos/proyecto-ley-promocion-alimentacion-saludable-postura-conjunta-opsoms-unicef-fao>



## Factores asociados entre la obesidad y vejez

### Factors associated between obesity and old age

**Lic. Guadalupe Gabriela Jiménez Batres**

Egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
peluso\_xxx@hotmail.com

**Lic. Maricruz Morales Salinas**

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

<https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2022.12.48>

#### Resumen

La condición de salud corporal con el sobrepeso y la obesidad muestra un doble riesgo al individuo, como factor para la generación de otros problemas como la Diabetes o la hipertensión y en si misma factor de riesgo en cáncer y trastornos mentales como el atracón. En cualquier etapa de desarrollo la obesidad es una condición de salud de riesgo que afecta tanto a mujeres como hombres. En adultos mayores se le relaciona a déficits cognoscitivos, sistémicos-orgánicos y a enfermedades crónicas degenerativas. El presente trabajo es una revisión bibliográfica de la condición de obesidad en personas de la tercera edad o viejos y a su vez los factores relacionados, entre los que se encuentran los sociales, culturales, de relaciones interpersonales y el estilo de vida.

**Palabras clave:** obesidad, vejez, estilo de vida, factores de riesgo, IMC.

#### Abstract

The body health condition with overweight and obesity shows a double risk to the individual, as a factor for the generation of other problems such as Diabetes or hypertension and in itself a risk factor in cancer and mental disorders such as binge eating. At any stage of development, obesity is a risky health condition that affects both women and men. In older adults it is related to cognitive, systemic-organic deficits and chronic degenerative diseases. The present work is a bibliographic review of the condition of obesity in elderly people and the related factors, among which are social, cultural, interpersonal relationships and lifestyle.

**Keywords:** obesity, old age, lifestyle, risk factors, BMI.

Recibido en 10 de agosto de 2022.  
Aceptado el 6 de octubre de 2022.



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

## Contexto

La presencia de sobrepeso y obesidad señala dificultades en salud de quien la presenta y de su entorno físico y sociocultural. Del individuo, al afectar su estilo y esperanza de vida y de su entorno al favorecer conductas no saludables por su propiedad obesogénica -generar y mantener cargas energéticas en exceso procedentes de los azúcares, grasas y carbohidratos, principalmente-. De la sociedad al incrementar los gastos en los servicios de salud, en los esfuerzos de los cuidadores primarios y de la economía familiar por los gastos realizados.

Por otro lado, al tratar la condición de salud en las personas de la tercera edad, la Organización Mundial de Salud (2022) toma en cuenta que el ser humano vive más tiempo gracias a los medicamentos, a las intervenciones oportunas y las condiciones de vivienda más favorables que en otras épocas<sup>1</sup>: *Hoy la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Todos los países del mundo están experimentando un incremento tanto de la cantidad como de la proporción de personas mayores en la población.* La expectativa que tiene la OMS es:

*En 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones. En 2050, la población mundial de personas de 60 años o más se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.*

Las condiciones de salud de las personas de la tercera edad tienen sus antecedentes en la genética, en sus entornos y las características personales obtenidas a lo largo de su desarrollo. Las cogniciones, emociones y conductas integradas en los hábitos -saludables o no saludables- distintivos de cada persona. De esta manera se encuentran los no saludables que aumentan el riesgo de presentar alguna enfermedad no trasmisible o degenerativa de tipo crónico.

<sup>1</sup> A pesar de las epidemias y pandemias que ha sufrido la población mundial. Nota de la Autora.

La obesidad está relacionada con diversos problemas de salud como diabetes, enfermedades cardiovasculares (cardiopatía y accidentes cerebrovasculares principalmente), trastornos del aparato locomotor, enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, cáncer, enfermedades hepáticas o trastornos afectivos (Cserjési et al 2007). Destaca la reducción de la esperanza de vida en comparación de personas con normo peso (Bray, 2004; Wang et al 2016).

Para favorecer hábitos saludables en todas las etapas de desarrollo del individuo, a nivel mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2022 propone la *Década del Envejecimiento Saludable* al período 2021-2030 para orientar y promover la esperanza de vida de la población, más larga y más saludable: *... tiene como objetivo reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades a través de la acción colectiva en cuatro esferas: cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar en relación con la edad y el edadismo; desarrollar las comunidades de forma que se fomenten las capacidades de las personas mayores; prestar servicios de atención integrada y atención primaria de salud centrados en la persona, que respondan a las necesidades de las personas mayores; y proporcionar acceso a la atención a largo plazo a las personas mayores que la necesiten* (WHOa, 2022).

Su argumento principal es la necesidad urgente de un periodo en atención al “Envejecimiento Saludable” de personas mayores de 60 años, habitantes de países de bajos y medianos ingresos económicos. Aquí se encuentran más de mil millones de personas con riesgo de afecciones a su salud (WHOb, 2022).

## Obesidad y Envejecimiento

La relación entre la obesidad y el envejecimiento se muestra en la calidad de vida de la persona. Si bien al paso de los años el desgaste en funciones pasa de manera natural, la obesidad aumenta el esfuerzo integral para mantener al individuo cada día de su vida. Ramírez Alvarado en 2019 destaca que, en las personas de la tercera edad, tienen cambios biológicos que afectan su estado nutricional. Factores relacionados son:

- a) Redistribución de la masa grasa y pérdida de masa muscular, así como disminución de la masa libre de grasa (masa muscular, órganos, piel y hueso) mientras que se reduce el músculo esquelético y la densidad mineral ósea;
- b) Cambios hormonales, como la disminución de testosterona en hombres;
- c) Estrés oxidativo;
- d) Enfermedades como las cardiovasculares, artritis, fracturas que disminuyen la movilidad del adulto mayor;
- e) Estilo de vida, originado por el declive del gasto de energía total; y
- f) Redistribución del tejido adiposo subcutáneo, del compartimiento visceral y sitios ectópicos (p. 20).

Otras investigaciones muestran la relación de la condición de obesidad y vejez como lo muestran los resultados siguientes:

- 1) El peso corporal de las personas de entre 65 y 70 años de edad se estabilizan. Se considera que la pérdida de peso sugiere que hay un riesgo de alguna enfermedad subyacente y puede estar vinculado con un proceso de deterioro mayor (Dahl & Hassing, 2013).
- 2) Se encontró una asociación positiva entre obesidad y desempeño cognitivo en personas mayores (Smith et al., 2014) donde el IMC es un predictor de buen desempeño cognitivo en personas de 70 o más años de edad (Gunathlake et al., 2016).
- 3) En adultos mayores con un IMC mayor a 30, presentaron una mayor tasa de deterioro cognitivo en presencia de mayor circunferencia de cintura (West & Haan, 2009).
- 4) Diferencias de género. En los hombres se observó un mejor desempeño cognitivo mientras que en las mujeres se asoció con un decremento en el funcionamiento cognitivo (Han et al., 2009).
- 5) La *paradoja de obesidad* en personas con un IMC mayor a 30 se asocia con mejores resultados en adultos mayores (Fitzpatrick et al., 2009). Mientras que un decremento en el IMC, podría indicar un proceso patológico subyacente (Galioto et al., 2013).

Ramírez Alvarado en 2019 realiza una comparación de procedimientos metodológicos y sus resultados de

publicaciones científicas del periodo de 2003 a 2016 sobre obesidad, cognición y vejez (páginas 23-25).

La Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) (2021) sobre la prevalencia de la obesidad, muestran los resultados una tendencia al alza, tanto en hombres como en mujeres - el 2001 al 2021. En este último, la obesidad fue mayor en mujeres (30.1 por ciento) que en hombres (23.3 por ciento), diferencia de cerca de siete puntos porcentuales.

La obesidad en personas de la tercera edad tiene resultados que se denominan paradójicos. Sin embargo, las conductas, emociones y cogniciones van a tener un papel muy importante en la vida cotidiana de las personas en su estilo de vida. La prevención es un aspecto que tiene gran importancia en la época actual.

## Referencias

- Bray, G. (2004). Medical consequences of obesity. *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 89(6), 2583-2589. doi: 10.1210/jc.2004-0535.
- Cserjési, R., Molnár, D., Luminet, O. & Lénárd, L. (2007). Is there any relationship between obesity and mental flexibility in children? *Appetite*, 49, 675-678. doi: 10.1016/j.appet.2007.04.001
- Dahl, A. & Hassing, L. (2013) Obesity and cognitive aging. *Epidemiologic Reviews*, 35, 22-32. Doi: 10.1093/epirev/mxs002
- Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)*. (2021). Presentación de Resultados de la Sexta Edición. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2021/doc/enasem\\_2021\\_presentacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasem/2021/doc/enasem_2021_presentacion.pdf).
- Fitzpatrick, A.L., Kuller, L. H., Lopez, O.L., Diehr, P., O'Meara, E.S., Longstreth, W.T. & Luchsinger, J.A. (2009). Midlife and late-life obesity and the risk of dementia: cardiovascular study. *Archives of neurology*, 66, 336-342. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2004.52058.x
- Galioto, R., Alosco, M., Spitznagel, M., Stanek, K. & Gunstad, J. (2013). Cognitive reserve preserves cognitive function in obese individuals. *Aging, Neuropsychology and cognition*, 20 (6), 684-699. <http://dx.doi.org/10.1080/13825585.2012.762972>
- Gunathilake, R., Oldmeadow, C., McEvoy, M., Inder, K., Schofield, P., Nair, B. & Attia, J. (2016). The Association

Between Obesity and Cognitive Function in Older Persons: How Much Is Mediated by Inflammation, Fasting Plasma Glucose, and Hypertriglyceridemia? *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(12):1603-1608. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw070> P

Han, C., Ahn Jo, S., Seo, J. A., Gwon, B., Hee Kim, N., Jo, Inho, Ho Park, M. & Woo Park, K. (2009). Adiposity parameters and cognitive function in the elderly: application of “jolly fat” hypothesis to cognition. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49, 133-138. DOI: 10.1016/j.archger.2008.11.005.

Organización Mundial de Salud (OMS-WHOa)(1 de octubre de 2022). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de Salud (OMS-WHOb)(1 de octubre de 2022). Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030). <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Ramírez-Alvarado, M. (2019). *Relación entre obesidad, memoria y funciones ejecutivas en adultos mayores mexicanos*. Tesis Maestría en Psicología. UNAM Inédita

Wang, C., Chan, J., Ren, L. & Yan, J. (2016). Obesity reduces cognitive and motor functions across the lifespan. *Neural Plasticity*, 1-13. [doi.org/10.1155/2016/2473081](https://doi.org/10.1155/2016/2473081)

West, A. & Haan, M. (2009). Body Adiposity in Late Life

and Risk of Dementia or Cognitive Impairment in a Longitudinal Community-Based Study. *Journal of Gerontology*, 64, 103109. [doi 10.1093/gerona/gln006](https://doi.org/10.1093/gerona/gln006)

## Lecturas recomendadas

Kantilafti, M., Chrysostomou, S., Yannakoulia, M., & Giannakou, K. (2022). The association between binge eating disorder and weight management in overweight and obese adults: A systematic literature review. *Nutrition and Health*, 28(2), 189–197. DOI: 10.1177/02601060211032101

Metzler-Baddeley C, Baddeley RJ, Jones DK, Aggleton JP, O’Sullivan MJ (2013) Individual Differences in Fornix Microstructure and Body Mass Index. *PLoS ONE* 8(3): e59849. [Doi:10.1371/journal.pone.0059849](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059849)

Penggang Tai, Shanshan Yang, Weiguo Liu, Shengshu Wang, Kai Chen, Wangping Jia, Ke Han, Miao Liu & Yao He (2021). Association of anthropometric and nutrition status indicators with cognitive functions in centenarians. *Clinical Nutrition*, 40(4), 2252 - 2258. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.10.004>.

Tamayo, D. y Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v6n1/v6n1a07.pdf>





## 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